

**MAMIK**

*Manajemen Mutu*

**PELAYANAN  
KESEHATAN DAN  
KEBIDANAN**



*Manajemen Mutu*

## **PELAYANAN KESEHATAN DAN KEBIDANAN**

Oleh: Mamik

©2014

Diterbitkan oleh:



Jl. Taman Pondok Jati J 3, Taman Sidoarjo

Telp/fax : 031-7871090

Email : [zifatama@gmail.com](mailto:zifatama@gmail.com)

Cetakan Pertama, Agustus 2014

Ukuran buku : 15,5x23 cm, viii+377 hal

Desain Layout & Cover: Miftakhul Jannah

ISBN : 978-602-1662-30-4

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ke dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk fotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2000 tentang Hak Cipta, Bab XII Ketentuan Pidana, Pasal 72,

Ayat (1), (2), dan (6)

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Segala puji bagi Allah yang telah memberikan kami kemudahan dan kekuatan sehingga dapat menyelesaikan buku ini sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Tanpa pertolongan-Nya mungkin penyusun tidak akan sanggup menyelesaikan dengan baik. Shalawat dan salam semoga terlimpahkan kepada baginda tercinta Nabi Muhammad SAW.

Buku yang ada di tangan pembaca ini kami beri judul “Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Kebidanan”, yang kami susun berdasarkan pengamatan dan pengolahan data dari berbagai sumber termasuk kajian pustaka baik jurnal maupun literatur-literatur kesehatan yang tersedia. Keterbatasan waktu dan aktivitas penyusun yang begitu padat, sangat berpengaruh pada proses dan waktu penyelesaian buku ini, namun berkat pertolongan berbagai pihak, akhirnya buku ini bisa terwujud sehingga bisa kita nikmati bersama.

Buku ini memuat berbagai hal tentang manajemen mutu pelayanan baik yang berkaitan dengan kesehatan maupun kebidanan, termasuk hal-hal yang berhubungan dengan keduanya, diantaranya kajian tentang peningkatan mutu pelayanan dan peningkatan pendidikan kebidanan, profesi kebidanan, Kesehatan Ibu dan Anak, serta kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan dan kebidanan.

Tentu saja buku ini masih jauh dari kata sempurna, karenanya kritik dan saran konstruktif dari berbagai pihak sangat kami harapkan demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini di masa yang akan datang. Amin

Surabaya, Agustus 2014

Penyusun  
Mamik

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi .....	iv
<b>Bab 1 : Konsep Manajemen .....</b>	<b>1</b>
1. Arti Manajemen .....	2
2. Sejarah Perkembangan Manajemen .....	5
3. Prinsip-Prinsip Manajemen .....	10
4. Perencanaan Manajemen .....	13
5. Teori Manajemen .....	21
6. Fungsi Manajemen .....	23
7. Model Manajemen .....	25
8. Unsur Manajemen .....	39
<b>Bab 2 : Manajemen Perencanaan .....</b>	<b>43</b>
1. Pengertian Perencanaan .....	44
2. Empat Tahap Dasar Perencanaan .....	44
3. Perencanaan Operasional .....	46
4. Perencanaan Strategis .....	46
5. Faktor-Waktu dan Perencanaan .....	46
<b>Bab 3 : Penerapan Manajemen Pada Program Kesehatan .....</b>	<b>51</b>
1. Profesi dan Profesionalisme .....	52
2. Perencanaan Kesehatan Berbasis POACE .....	54
<b>Bab 4 : Kualitas Sumber Daya Manusia .....</b>	<b>63</b>
1. Pengertian Sumber Daya Manusia .....	64
2. Pengukuran Kualitas Sumber Daya Manusia .....	71
3. Tantangan dalam Pengelolaan Kualitas .....	77
4. Ruang Lingkup Pengembangan Kualitas .....	87

<b>Bab 5 : Manajemen Mutu Terpadu (MMT)</b>	<b>89</b>
1. Pengertian Manajemen Mutu Terpadu	90
2. Sejarah Manajemen Mutu Terpadu	93
3. Hubungan MMT Dengan Pelayanan Kesehatan	97
4. Prinsip-Prinsip Total Quality Manajemen	100
5. Penerapan Manajemen Mutu Terpadu	111
6. Langkah-Langkah Manajemen Mutu Terpadu	113
7. Hambatan Penerapan Manajemen Mutu Terpadu	118
<b>Bab 6 : Konsep Pelayanan Kesehatan</b>	<b>121</b>
1. Pelayanan Kesehatan	122
2. Definisi Pelayanan Kesehatan	123
3. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan	126
4. Masalah Pelayanan Kesehatan	128
5. Batasan Pelayanan Kesehatan	130
6. Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan	131
7. Syarat Pelayanan Kesehatan	133
8. Pelayanan Kesehatan Menyeluruh Dan Terpadu	134
9. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan	136
10. Sistem Rujukan	137
11. Pelayanan Umum Dan Pelayanan Prima Dalam Pelayanan Kesehatan	145
12. Pelayanan Umum	145
13. Paradigma Pelayanan Kesehatan	149
14. Karakteristik Pelayanan Kesehatan	150
<b>Bab 7 : Mutu Pelayanan Kesehatan</b>	<b>155</b>
1. Pengertian Mutu pelayanan Kesehatan	156
2. Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan	157
3. Komponen Mutu Pelayanan Kesehatan	162
4. Indikator Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan	165
5. Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan	167

6. Sistem Dan Mekanisme Peningkatan Mutu Pelayanan Terus-Menerus _____	170
7. Bentuk Program Menjaga Mutu Pelayanan _____	172
<b>Bab 8 : Pelayanan Kesehatan Ibu &amp; Anak _____</b>	<b>183</b>
1. Dasar Pemikiran Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak _____	184
2. Upaya Pembangunan Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak _____	187
3. Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak _____	190
4. Kegiatan Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak _____	191
5. Sistem Kesiagaan Kesehatan Ibu & Anak _____	192
6. Indikator Dasar Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak _____	193
7. MDGs Dalam Meningkatkan Kesehatan Ibu Dan Anak _____	194
8. MDGs di Indonesia _____	202
<b>Bab 9 : Sistem Pelayanan Kesehatan Di Indonesia _____</b>	<b>211</b>
1. Konsep Dasar Sistem _____	212
2. Konsep Dasar Kesehatan _____	215
3. Sistem Pelayanan Kesehatan _____	216
4. Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia _____	219
5. Masalah Pelayanan Kesehatan _____	221
6. Konsep Indonesia Sehat _____	223
7. Pilar Indonesia Sehat _____	234
8. Sistem Kesehatan Nasional _____	235
9. Derajat Kesehatan Masyarakat Indonesia _____	243
<b>Bab 10 : Kebijakan Pemerintah di Bidang Kesehatan _____</b>	<b>249</b>
1. Dasar hukum _____	250
2. Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan _____	256
3. Pembangunan Berwawasan Kesehatan _____	258
4. Visi dan misi Indonesia sehat 2010-2014 _____	258
5. Perubahan Paradigma Sehat _____	259
<b>Bab 11 : Perencanaan Manajemen Pelayanan Kebidanan _____</b>	<b>261</b>
1. Pelayanan Kebidanan _____	262

2. Manajemen Kebidanan _____	263
3. Perencanaan Manajemen Pelayanan kebidanan _____	264
4. Unsur Pokok Perencanaan Manajemen Pelayanan Kebidanan _____	265
5. Standar Pelayanan Kebidanan _____	267
6. Sasaran Manajemen Kebidanan _____	271
7. Langkah-langkah dalam Manajemen pelayanan Kebidanan	272
<b>Bab 12 : Standar Mutu Pelayanan Kebidanan _____</b>	<b>281</b>
1. Pelayanan Kebidanan _____	282
2. Program Menjaga Mutu _____	284
3. Prinsip Perbaikan Mutu _____	286
4. Menetapkan Masalah Mutu _____	287
5. Standar Pelayanan Kebidanan _____	288
6. Standar Outcome _____	291
7. Kepuasan Pelanggan _____	291
8. Efektifitas Program _____	294
9. Sistem Untuk Peningkatan Kinerja Bidan _____	295
<b>Bab 13 : Standar Pelayanan Kebidanan _____</b>	<b>297</b>
1. Profesi Bidan _____	298
2. Standar Profesi Bidan _____	299
3. Profesionalisme Bidan _____	300
4. Standar Kompetensi Bidan _____	301
5. Standar Pelayanan kebidanan _____	302
<b>Bab 14 : Metode Peningkatan Mutu Pelayanan Kebidanan _____</b>	<b>319</b>
1. Falsafah Mutu _____	320
2. Pengertian Quality Assurance _____	320
3. Kegunaan Quality Assurance _____	321
4. Tahapan/Langkah Peningkatan Mutu _____	322
5. Prinsip Jaminan Mutu _____	331

6. Dimensi Mutu _____	331
7. Organisasi Mutu _____	333
8. Model Jaminan Mutu _____	334
9. Indikator Jaminan Mutu _____	336
10. Manfaat Program Jaminan Mutu _____	337
11. Ruang Lingkup Kegiatan _____	339
12. Tahap-Tahap Pelaksanaan Jaminan Mutu _____	343
13. Cara Menjaga Kelangsungan jaminan Mutu di Puskesmas _____	349

**Bab 15 : Mengelola Pelayanan Kebidanan di Tingkat  
Pelayanan Kesehatan Primer \_\_\_\_\_ 351**

1. Konsep Pelayanan Kesehatan Primer _____	352
2. Bentuk Dan Jenis Pelayanan Kesehatan _____	355
3. Upaya Kemenkes Menanggukani Aids _____	357
4. Peningkatan Kualitas Personal Bidan _____	363
5. Pengembangan Karir Bidan _____	365
6. Jenis Pendidikan Berkelanjutan _____	367
Daftar Pustaka _____	371
Biodata Penulis _____	377

# BAB 1

---

## Konsep **MANAJEMEN**

---



## 1. *Arti Manajemen*

Kata atau istilah “manajemen” berasal dari kata dalam bahasa Inggris “*management*”, kata tersebut bukanlah merupakan kata asli bahasa Inggris, melainkan berasal dari kata dalam bahasa Italia “*maneggiare*” yang berarti menangani. Kata “*maneggiare*” itu berasal dari kata bahasa latin “*manus*” yang berarti “tangan”. Kemudian menjadi kata “manage” dalam bahasa Inggris pada abad ke 16; ini menurut etimologinya (ilmu asal kata), dan kata tersebut digunakan secara luas di kalangan militer di Inggris yang diartikan secara umum sebagai kegiatan melakukan pengendalian (*controlling*), memelihara atau memimpin.

Kata “*management*” (bahasa Inggris) diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dengan: manajemen, manajemen, mengelola, mengurus dan mengatur. Sedangkan pengertian manajemen ada beberapa macam antara lain sebagai berikut:

- 1) Manajemen adalah proses merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan dan mengendalikan kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi dengan menggunakan sumber daya organisasi. (Stoner, 1998).
- 2) Manajemen adalah usaha pencapaian tujuan organisasi melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian dengan menggunakan sumber daya organisasi. (Daft, 2001).
- 3) Manajemen adalah proses merencanakan, mengorganisasikan, menggerakkan, dan mengendalikan untuk mencapai tujuan (Terry, 1978).

Pada mulanya, ketika berbicara mengenai manajemen, secara otomatis banyak orang (mahasiswa, pembisnis, konsultan, dosen, dan lain-lain) akan mengkaitkan dengan “manajemen bisnis”. Namun dewasa ini manajemen dipandang dapat diaplikasikan di dalam semua jenis organisasi, tidak hanya bisnis (perusahaan). Salah satu Guru

manajemen dunia yang amat terkenal, Peter Drucker menyatakan bahwa semua organisasi membutuhkan manajemen (Drucker, 1998). Berdasarkan pengertian dan sejarah praktek manajemen dapat disimpulkan bahwa manajemen sangat diperlukan oleh semua orang (individu maupun kelompok) dan semua jenis lembaga (organisasi)

Kata manajemen juga berasal dari bahasa Italia (1561) *maneggiare* yang berarti “*mengendalikan*,” terutamanya “*mengendalikan kuda*” yang berasal dari bahasa latin manus yang berarti “tangan”. Kata ini mendapat pengaruh dari bahasa Perancis *manège* yang berarti “kepemilikan kuda” (yang berasal dari Bahasa Inggris yang berarti seni mengendalikan kuda), dimana istilah Inggris ini juga berasal dari bahasa Italia. Bahasa Prancis lalu mengadopsi kata ini dari bahasa Inggris menjadi *ménagement*, yang memiliki arti seni melaksanakan & mengatur. Manajemen berasal dari bahasa Perancis kuno *ménagement*, yang memiliki arti seni melaksanakan & mengatur. Manajemen belum memiliki definisi yang mapan & diterima secara universal.

Mary Parker Follet, misalnya, mendefinisikan manajemen sebagai seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Definisi ini berarti bahwa seorang manajer bertugas mengatur & mengarahkan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi.

Ricky W. Griffin mendefinisikan manajemen sebagai sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, & pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (goals) secara efektif & efisien. Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, & sesuai dengan jadwal.

Banyak kesulitan yang terjadi dalam melacak sejarah manajemen. Namun diketahui bahwa ilmu manajemen telah ada sejak ribuan tahun

yang lalu. Hal ini dibuktikan dengan adanya piramida di Mesir. Piramida tersebut dibangun oleh lebih dari 100.000 orang selama 20 tahun. Piramida Giza tidak akan berhasil dibangun jika tidak ada seseorang yang merencanakan apa yang harus dilakukan, mengorganisir manusia serta bahan bakunya, memimpin & mengarahkan para pekerja, & menegakkan pengendalian tertentu guna menjamin bahwa segala sesuatunya dikerjakan sesuai rencana.

Pembangunan piramida ini tidak mungkin terlaksana tanpa adanya seseorang yang merencanakan, mengorganisasikan & menggerakkan para pekerja serta mengontrol pembangunannya. Praktik-praktik manajemen lainnya dapat disaksikan selama tahun 1400-an di kota Venesia, Italia, yang ketika itu menjadi pusat perekonomian & perdagangan di sana. Penduduk Venesia mengembangkan bentuk awal perusahaan bisnis & melakukan banyak kegiatan yang lazim terjadi di organisasi modern saat ini. Sebagai contoh, di gudang senjata Venesia, kapal perang diluncurkan sepanjang kanal & pada tiap-tiap perhentian, bahan baku & tali layar ditambahkan ke kapal tersebut. Hal ini mirip dengan model lini perakitan (*assembly line*) yang dikembangkan oleh Henry Ford untuk merakit mobil-mobilnya. Selain lini perakitan tersebut, orang Venesia memiliki sistem penyimpanan & pergudangan untuk memantau isinya, manajemen sumber daya manusia untuk mengelola angkatan kerja, & sistem akuntansi untuk melacak pendapatan & biaya.

Daniel Wren membagi evolusi pemikiran manajemen dalam 4 fase, yaitu pemikiran awal, era manajemen sains, era manusia sosial, & era moderen.

## 2. *Sejarah Perkembangan Manajemen*

Sebelum abad ke-20, terjadi 2 peristiwa penting dalam ilmu manajemen. Peristiwa pertama terjadi pada tahun 1776, ketika Adam Smith menerbitkan sebuah doktrin ekonomi klasik, *The Wealth of Nation*. Dalam bukunya itu, ia mengemukakan keunggulan ekonomis yang akan diperoleh organisasi dari pembagian kerja (*division of labor*), yaitu perincian pekerjaan ke dalam tugas-tugas yang spesifik & berulang.

Dengan menggunakan industri pabrik peniti sebagai contoh, Smith mengatakan bahwa dengan sepuluh orang perusahaan peniti dapat menghasilkan kurang lebih 48.000 peniti dalam sehari. Akan tetapi, jika setiap orang bekerja sendiri menyelesaikan tiap-tiap bagian pekerjaan, sudah sangat hebat bila mereka mampu menghasilkan sepuluh peniti sehari. Smith menyimpulkan bahwa pembagian kerja dapat meningkatkan produktivitas dengan *meningkatnya keterampilan & kecekatan tiap-tiap pekerja, menghemat waktu yang terbuang dalam pergantian tugas, serta menciptakan mesin & penemuan lain yang dapat menghemat tenaga kerja*.

Peristiwa penting kedua yang mempengaruhi perkembangan ilmu manajemen adalah Revolusi Industri di Inggris. Revolusi Industri menandai dimulainya penggunaan mesin, menggantikan tenaga manusia, yang berakibat pada pindahnya kegiatan produksi dari rumah-rumah menuju tempat khusus yang disebut pabrik. Perpindahan ini mengakibatkan manajer-manajer ketika itu membutuhkan teori yang dapat membantu mereka meramalkan permintaan, memastikan cukupnya persediaan bahan baku, memberikan tugas kepada bawahan, mengarahkan kegiatan sehari-hari, & lain-lain, sehingga ilmu manajemen mulai dikembangkan oleh para ahli.

## 1) *Manajemen di Era Manajemen Ilmiah*

Era ini ditandai dengan berkembangnya perkembangan ilmu manajemen dari kalangan insinyur—seperti Henry Towne, Frederick Winslow Taylor, Frederick A. Halsey, & Harrington Emerson.

Manajemen ilmiah, atau dalam bahasa Inggris disebut *scientific management*, dipopulerkan oleh Frederick Winslow Taylor dalam bukunya yang berjudul *Principles of Scientific Management* pada tahun 1911. Dalam bukunya itu, Taylor mendeskripsikan manajemen ilmiah adalah “penggunaan metode ilmiah untuk menentukan cara terbaik dalam menyelesaikan sesuatu pekerjaan.” Beberapa penulis seperti Stephen Robbins menganggap tahun terbitnya buku ini sebagai tahun lahirnya teori manajemen modern.

Henry Gantt yang pernah bekerja bersama Taylor di Midvale Steel Company menggagas ide bahwa seharusnya seorang mandor mampu memberi pendidikan kepada karyawannya untuk bersifat rajin (*industrious*) & kooperatif. Ia juga mendesain sebuah grafik untuk membantu manajemen yang disebut sebagai *Gantt Chart* yang digunakan untuk merancang & mengontrol pekerjaan.

Manajemen ilmiah kemudian dikembangkan lebih jauh oleh pasangan suami-istri Frank & Lillian Gilbreth. Keluarga Gilbreth berhasil menciptakan micromotion yang dapat mencatat setiap gerakan yang dilakukan oleh pekerja & lamanya waktu yang dihabiskan untuk melakukan setiap gerakan tersebut. Era ini juga ditandai dengan hadirnya teori administratif, yaitu teori mengenai apa yang dilakukan oleh para manajer & bagaimana cara membentuk praktik manajemen yang baik.

Pada awal abad ke-20, seorang industriawan Perancis bernama Henry Fayol mengajukan gagasan 5 fungsi utama manajemen: merancang, mengorganisasi, memerintah, mengoordinasi, & mengendalikan. Gagasan Fayol itu kemudian mulai digunakan sebagai kerangka kerja buku ajar ilmu manajemen pada pertengahan tahun 1950, & terus berlangsung hingga sekarang. Selain itu, Henry Fayol juga mengagas 14 prinsip manajemen yang merupakan dasar-dasar & nilai yang menjadi inti dari keberhasilan sebuah manajemen.

Sumbangan penting lainnya datang dari ahli sosiologi Jerman Max Weber. Weber menggambarkan sesuatu tipe ideal organisasi yang disebut sebagai birokrasi. Bentuk organisasi yang dicirikan oleh pembagian kerja, hierarki yang didefinisikan dengan jelas, peraturan & ketetapan yang rinci, & sejumlah hubungan yang interpersonal. Namun, Weber menyadari bahwa bentuk “birokrasi yang ideal” itu tidak ada dalam realita. Dia menggambarkan tipe organisasi tersebut dengan maksud menjadikannya sebagai landasan untuk berteori tentang bagaimana pekerjaan dapat dilakukan dalam kelompok besar. Teorinya tersebut menjadi contoh desain struktural bagi banyak organisasi besar sekarang ini.

Perkembangan selanjutnya terjadi pada tahun 1940-an ketika Patrick Blackett melahirkan ilmu riset operasi, yang merupakan kombinasi dari teori statistika dengan teori mikroekonomi. Riset operasi, sering dikenal dengan “Sains Manajemen”, mencoba pendekatan sains untuk menyelesaikan masalah dalam manajemen, khususnya di bidang logistik & operasi. Pada tahun 1946, Peter F. Drucker menerbitkan salah satu buku paling awal tentang manajemen terapan: “Konsep Korporasi” (Concept of the Corporation). Buku ini muncul atas ide Alfred Sloan

(chairman dari General Motors) yang menugaskan penelitian tentang organisasi.

## 2) *Manajemen di Era Manusia Sosial*

Era manusia sosial ditandai dengan lahirnya mazhab perilaku (behavioral school) dalam pemikiran manajemen di akhir era manajemen ilmiah. Mazhab perilaku tidak mendapatkan pengakuan luas sampai tahun 1930-an. Katalis utama dari kelahiran mazhab perilaku adalah serangkaian studi penelitian yang dikenal sebagai eksperimen Hawthorne.

Eksperimen Hawthorne dilakukan pada tahun 1920-an hingga 1930-an di Pabrik Hawthorne milik Western Electric Company Works di Cicero, Illinois. Kajian ini awalnya bertujuan mempelajari pengaruh berbagai macam tingkat penerangan lampu terhadap produktivitas kerja. Hasil kajian mengindikasikan bahwa ternyata insentif seperti jabatan, lama jam kerja, periode istirahat, maupun upah lebih sedikit pengaruhnya terhadap output pekerja dibandingkan dengan tekanan kelompok, penerimaan kelompok, serta rasa aman yang menyertainya. Peneliti menyimpulkan bahwa norma-norma sosial atau standar kelompok merupakan penentu utama perilaku kerja individu.

Kontribusi lainnya datang dari Mary Parker Follet. Follet (1868–1933) yang mendapatkan pendidikan di bidang filosofi & ilmu politik menjadi terkenal setelah menerbitkan buku berjudul *Creative Experience* pada tahun 1924. Follet mengajukan sesuatu filosofi bisnis yang mengutamakan integrasi sebagai cara untuk mengurangi konflik tanpa kompromi atau dominasi. Follet juga percaya bahwa tugas seorang pemimpin adalah untuk menentukan tujuan organisasi & mengintegrasikannya dengan tujuan individu & tujuan kelompok. Dengan kata lain, ia

berpikir bahwa organisasi harus didasarkan pada etika kelompok daripada individualisme. Dengan demikian, manajer & karyawan seharusnya memandang diri mereka sebagai mitra, bukan lawan.

Pada tahun 1938, Chester Barnard (1886–1961) menulis buku berjudul *The Functions of the Executive* yang menggambarkan sebuah teori organisasi dalam rangka untuk merangsang orang lain memeriksa sifat sistem koperasi. Melihat perbedaan antara motif pribadi & organisasi, Barnard menjelaskan dikotomi “efektif-efisien”.

Menurut Barnard, efektivitas berkaitan dengan pencapaian tujuan, & efisiensi adalah sejauh mana motif-motif individu dapat terpuaskan. Dia memandang organisasi formal sebagai sistem terpadu di mana kerjasama, tujuan bersama, & komunikasi merupakan elemen universal, sementara pada organisasi informal, komunikasi, kekompakan, & pemeliharaan perasaan harga diri lebih diutamakan. Barnard juga mengembangkan teori “penerimaan otoritas” didasarkan pada gagasan bahwa bos hanya memiliki kewenangan jika bawahan menerima otoritas itu.

### 3) *Manajemen di Era moderen*

Era moderen ditandai dengan hadirnya konsep manajemen kualitas total (*total quality management*) di abad ke-20 yang diperkenalkan oleh beberapa guru manajemen, yang paling terkenal di antaranya W. Edwards Deming (1900–1993) and Joseph Juran (lahir 1904).

Deming, orang Amerika, dianggap sebagai Bapak Kontrol Kualitas di Jepang. Deming berpendapat bahwa kebanyakan permasalahan dalam kualitas bukan berasal dari kesalahan pekerja, melainkan sistemnya. Ia menekankan pentingnya meningkatkan kualitas dengan mengajukan teori 5 langkah reaksi

berantai. Ia berpendapat bila kualitas dapat ditingkatkan, (1) biaya akan berkurang karena berkurangnya biaya perbaikan, sedikitnya kesalahan, minimnya penundaan, & pemanfaatan yang lebih baik atas waktu & material; (2) produktivitas meningkat; (3) *market share* meningkat karena peningkatan kualitas & harga; (4) profitabilitas perusahaan meningkat sehingga dapat bertahan dalam bisnis; (5) jumlah pekerjaan meningkat. Deming mengembangkan 14 poin rencana untuk meringkas pengajarannya tentang peningkatan kualitas.

### 3. *Prinsip-Prinsip Manajemen*

Henri Fayol (1841-1925) adalah seorang ahli teori manajemen Perancis yang teori-teorinya dalam manajemen dan organisasi tenaga kerja berpengaruh secara luas pada awal abad ke-20. Dia adalah seorang insinyur pertambangan yang bekerja untuk sebuah perusahaan pertambangan Perancis Commentry-Fourchamboult-Decazeville, pertama kali sebagai seorang insinyur. Kemudian ia pindah ke bagian manajemen umum dan menjadi Managing Director 1888-1918.

Selama masa jabatannya sebagai Managing Director ia menulis berbagai artikel mengenai “administrasi” dan pada tahun 1916 Bulletin de la Société de l’Industrie Minérale, memuat artikelnya “Administration, Industrielle et Générale – Prévoyance, Organization, Commandement, Coordination, Contrôle”. Pada tahun 1949 terjemahan Bahasa Inggris pertama kali muncul berjudul: ‘Manajemen Umum dan Industri’ oleh Constance Storrs.

Suatu dalil umum yang dapat disimpulkan dari proses menggerakkan orang-orang dan menggerakkan fasilitas-fasilitas yang berlaku sebagai dasar petunjuk bagi seseorang dalam melakukan perbuatan-perbuatan atau menjalankan tindakannya untuk mencapai

tujuan yang dikehendaki disebut dengan prinsip manajemen. Adapun 14 prinsip manajemen menurut Henry Fayol adalah sebagai berikut.

- 1) *Pembagian Kerja (Division of Labour)*, Pembagian kerja dalam suatu badan sangat diperlukan untuk membedakan seseorang dalam suatu perusahaan, apakah ia pemimpin, pelaksana, staf dan lain sebagainya. Baik buruknya pembagian kerja banyak menentukan berhasil guna dan berdaya guna.
- 2) *Kekuasaan (wewenang) dan Tanggung Jawab (Authority and Responsibility)* Setiap pejabat/pimpinan dalam suatu badan tertentu harus mempunyai kekuasaan dan tanggung jawab. Kekuasaan, wewenang (*authority*) adalah hak untuk mengambil keputusan sehubungan tugas dan tanggung jawab atas pekerjaan yang dikerjakannya.
- 3) *Disiplin (Discipline)*, Disiplin merupakan sesuatu yang menjadi dasar bagi kekuatan suatu badan atau perusahaan. Setiap pihak yang terlibat dalam suatu badan harus ada kedisiplinan untuk melakukan suatu pekerjaan, menaati peraturan yang dibuat oleh badan tersebut. Pimpinan harus dapat memberi teladan kepada bawahan dengan jalan memenuhi peraturan dan perjanjian yang telah disepakati sebelumnya.
- 4) *Kesatuan Perintah (Unity of Command)*, Untuk memperlancar pencapaian tujuan, perlu adanya kesatuan perintah dari atasan kepada bawahan atau seorang pegawai menerima perintah dari seorang atasannya.
- 5) *Kesatuan Arah (Unity of Direction)*, Dengan prinsip kesatuan arah dimaksudkan seorang kepala dan pegawainya tidak boleh bertentangan antara satu sama lain dalam mencapai suatu tujuan secara keseluruhan.

- 6) *Kepentingan Individu Harus Berada di Bawah Kepentingan Umum (Subordinate of Individual Interest to General Interest)*. Prinsip ini dimaksudkan bahwa kepentingan umum atau perusahaan secara keseluruhan harus berada di atas kepentingan pribadi.
- 7) *Pembayaran Upah yang Adil (Remuneration of Personal)*, Dalam pemberian upah kepada pegawai harus adil atau tidak berat sebelah, ada dasar-dasar objektif dalam menetapkan upah masing-masing pegawai.
- 8) *Pemusatan (Centralization)*, suatu wewenang dapat dipusatkan dan dapat didelegasikan kepada pejabat-pejabat tertentu untuk memperlancar jalannya suatu perusahaan.
- 9) *Rantai Skalar atau Scalar Chain (Line of Authority)*, Dengan prinsip ini dimaksudkan bahwa garis wewenang dalam suatu organisasi haruslah jelas.
- 10) *Tata Tertib (Order)*, Dalam melakukan suatu usaha harus ada ketertiban baik secara material maupun orang-orang, sehingga ada aturan yang harus dijalankan.
- 11) *Keadilan (Equity)*, Agar setiap bawahan setia kepada atasannya, maka masing-masing atasan harus mempraktikkan keadilan yakni memberikan kepada setiap orang apa yang menjadi haknya.
- 12) *Stabilitas Pegawai (Stability of Tenure of Personal)*, Keberadaan pegawai harus dijaga kestabilannya, jangan terlalu sering pergantian pegawai, baik karena pemindahan atau pemecatan. Ketidakstabilan pegawai akan menimbulkan pertambahan biaya, baik merekrut, melatih dan juga untuk pengawasan.
- 13) *Inisiatif (Initiative)*, Setiap orang atau pegawai diberi kesempatan untuk mengungkapkan atau menjalankan inisiatif, baik mengenai cara kerja, prosedur kerja atau menjalankan rencana baru dalam pekerjaannya.

14) *Jiwa Kesatuan (Esprits de Corps)*, pada diri setiap pegawai atau manajer perlu ditanamkan jiwa kesatuan atau kesetiaan pada kelompok, sehingga dapat bekerja sama pada sejumlah orang untuk mencapai tujuan bersama.

#### 4. **Perencanaan Manajemen**

Perencanaan didefinisikan sebagai suatu proses menetapkan tujuan dan memutuskan bagaimana hal tersebut dapat dicapai. Rencana meliputi sumber-sumber yang dibutuhkan, tugas yang diselesaikan, tindakan yang diambil dan jadwal yang diikuti. Para manajer mungkin membuat rencana untuk stabilitas (*plan for stability*), rencana untuk mampu beradaptasi (*plan for adaptability*) atau para manajer mungkin juga membuat rencana untuk situasi yang berbeda (*plan for contingency*)

Menurut Newman: Perencanaan adalah penentuan terlebih dahulu apa yang akan dikerjakan, sedangkan menurut Louis A Allen : Perencanaan adalah penentuan serangkaian tindakan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Charles Betreheim : Rencana mengandung 2 tindakan : Tujuan dan alat untuk mencapai tujuan itu

Dalam manajemen, perencanaan adalah proses mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan itu, dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi. Perencanaan merupakan proses terpenting dari semua fungsi manajemen karena tanpa perencanaan fungsi-fungsi lain - pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan - tak akan dapat berjalan.

Rencana dapat berupa rencana informal atau rencana formal. Rencana informal adalah rencana yang tidak tertulis dan bukan merupakan tujuan bersama anggota suatu organisasi. Sedangkan rencana formal adalah rencana tertulis yang harus dilaksanakan suatu organisasi dalam jangka waktu tertentu. Rencana formal merupakan

rencana bersama anggota korporasi, artinya setiap anggota harus mengetahui dan menjalankan rencana itu. Rencana formal dibuat untuk mengurangi ambiguitas dan menciptakan kesepahaman tentang apa yang harus dilakukan.

### 1) *Tujuan*

Stephen Robbins dan Mary Coulter mengemukakan empat tujuan perencanaan. Tujuan *pertama* adalah untuk memberikan pengarahan baik untuk manajer maupun karyawan nonmanajerial. Dengan rencana, karyawan dapat mengetahui apa yang harus mereka capai, dengan siapa mereka harus bekerja sama, dan apa yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi. Tanpa rencana, departemen dan individual mungkin akan bekerja sendiri-sendiri secara serampangan, sehingga kerja organisasi kurang efisien.

Tujuan *kedua* adalah untuk mengurangi ketidakpastian. Ketika seorang manajer membuat rencana, ia dipaksa untuk melihat jauh ke depan, meramalkan perubahan, memperkirakan efek dari perubahan tersebut, dan menyusun rencana untuk menghadapinya.

Tujuan *ketiga* adalah untuk meminimalisir pemborosan. Dengan kerja yang terarah dan terencana, karyawan dapat bekerja lebih efisien dan mengurangi pemborosan. Selain itu, dengan rencana, seorang manajer juga dapat mengidentifikasi dan menghapus hal-hal yang dapat menimbulkan inefisiensi dalam perusahaan.

Tujuan yang *terakhir* adalah untuk menetapkan tujuan dan standar yang digunakan dalam fungsi selanjutnya, yaitu proses pengontrolan dan pengevaluasian. Proses pengevaluasian atau *evaluating* adalah proses membandingkan rencana dengan

kenyataan yang ada. Tanpa adanya rencana, manajer tidak akan dapat menilai kinerja perusahaan.

## 2) Sasaran

Sasaran adalah hal yang ingin dicapai oleh individu, grup, atau seluruh organisasi. Sasaran sering pula disebut tujuan. Sasaran memandu manajemen membuat keputusan dan membuat kriteria untuk mengukur suatu pekerjaan.

Sasaran dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu sasaran yang dinyatakan (*stated goals*) dan sasaran riil. *Stated goals* adalah sasaran yang dinyatakan organisasi kepada masyarakat luas. Sasaran seperti ini dapat dilihat di piagam perusahaan, laporan tahunan, pengumuman humas, atau pernyataan publik yang dibuat oleh manajemen. Seringkali *stated goals* ini bertentangan dengan kenyataan yang ada dan dibuat hanya untuk memenuhi tuntutan *stakeholder* perusahaan. Sedangkan sasaran riil adalah sasaran yang benar-benar diinginkan oleh perusahaan. Sasaran riil hanya dapat diketahui dari tindakan-tindakan organisasi beserta anggotanya.

Ada dua pendekatan utama yang dapat digunakan organisasi untuk mencapai sasarannya. Pendekatan pertama disebut pendekatan tradisional. Pada pendekatan ini, manajer puncak memberikan sasaran-sasaran umum, yang kemudian diturunkan oleh bawahannya menjadi sub-tujuan (*subgoals*) yang lebih terperinci. Bawahannya itu kemudian menurunkannya lagi kepada anak buahnya, dan terus hingga mencapai tingkat paling bawah. Pendekatan ini mengasumsikan bahwa manajer puncak adalah orang yang tahu segalanya karena mereka telah melihat gambaran besar perusahaan. Kesulitan utama terjadi pada proses penerjemahan sasaran atasan oleh bawahan. Seringkali,

atasan memberikan sasaran yang cakupannya terlalu luas seperti “tingkatkan kinerja,” “naikkan profit,” atau “kembangkan perusahaan,” sehingga bawahan kesulitan menerjemahkan sasaran ini dan akhirnya salah mengintepretasi maksud sasaran itu (lihat gambar).

Pendekatan kedua disebut dengan *management by objective* atau MBO. Pada pendekatan ini, sasaran dan tujuan organisasi tidak ditentukan oleh manajer puncak saja, tetapi juga oleh karyawan. Manajer dan karyawan bersama-sama membuat sasaran-sasaran yang ingin mereka capai. Dengan begini, karyawan akan merasa dihargai sehingga produktivitas mereka akan meningkat. Namun ada beberapa kelemahan dalam pendekatan MBO.

*Pertama*, negosiasi dan pembuatan keputusan dalam pendekatan MBO membutuhkan banyak waktu, sehingga kurang cocok bila diterapkan pada lingkungan bisnis yang sangat dinamis. *Kedua*, adanya kecenderungan karyawan untuk bekerja memenuhi sasarnya tanpa mempedulikan rekan sekerjanya, sehingga kerjasama tim berkurang. Ada juga yang bilang MBO hanyalah sekedar formalitas belaka, pada akhirnya yang menentukan sasaran hanyalah manajemen puncak sendiri.

### 3) Rencana

Rencana atau *plan* adalah dokumen yang digunakan sebagai skema untuk mencapai tujuan. Rencana biasanya mencakup alokasi sumber daya, jadwal, dan tindakan-tindakan penting lainnya. Rencana dibagi berdasarkan cakupan, jangka waktu, kekhususan, dan frekuensi penggunaannya. Berdasarkan cakupannya, rencana dapat dibagi menjadi rencana strategis dan rencana operasional. Rencana strategis adalah rencana umum yang berlaku di seluruh lapisan organisasi sedangkan rencana

operasional adalah rencana yang mengatur kegiatan sehari-hari anggota organisasi.

Berdasarkan jangka waktunya, rencana dapat dibagi menjadi rencana jangka panjang dan rencana jangka pendek. Rencana jangka panjang umumnya didefinisikan sebagai rencana dengan jangka waktu tiga tahun, rencana jangka pendek adalah rencana yang memiliki jangka waktu satu tahun. Sementara rencana yang berada di antara keduanya dikatakan memiliki *intermediate time frame*.

Menurut kekhususannya, rencana dibagi menjadi rencana direksional dan rencana spesifik. Rencana direksional adalah rencana yang hanya memberikan *guidelines* secara umum, tidak mendetail. Misalnya seorang manajer menyuruh karyawannya untuk “meningkatkan profit 15%.” Manajer tidak memberi tahu apa yang harus dilakukan untuk mencapai 15% itu. Rencana seperti ini sangat fleksibel, namun tingkat ambiguitasnya tinggi. Sedangkan rencana spesifik adalah rencana yang secara detail menentukan cara-cara yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan. Selain menyuruh karyawan untuk “meningkatkan profit 15%,” ia juga memberikan perintah mendetail, misalnya dengan memperluas pasar, mengurangi biaya, dan lain-lain.

Terakhir, rencana dibagi berdasarkan frekuensi penggunaannya, yaitu *single use* atau *standing*. *Single-use plans* adalah rencana yang didesain untuk dilaksanakan satu kali saja. Contohnya adalah “membangun 6 buah pabrik di China atau “mencapai penjualan 1.000.000 unit pada tahun 2006.” Sedangkan *standing plans* adalah rencana yang berjalan selama perusahaan tersebut berdiri, yang termasuk di dalamnya adalah prosedur, peraturan, kebijakan, dan lain-lain.

4) *Tipe Perencanaan Yang Digunakan Para Manajer, Meliputi :*

- (1) Perencanaan Jangka pendek (*Short Range Plans*)
  - (2) Perencanaan Jangka panjang (*Long Range Plans*)
  - (3) Perencanaan Strategi
  - (4) Perencanaan Operasional
  - (5) Perencanaan Tetap
  - (6) Perencanaan Sekali Pakai
- (1) Perencanaan Jangka Panjang & Jangka Pendek , Jangka Pendek: Perencanaan untuk jangka waktu 1 tahun atau kurang  
Menengah: 1 s/d 2 tahun, Panjang : Jangka waktu 5 tahun atau lebih
  - (2) Perencanaan strategi dan operasional, Perencanaan Strategi :  
Kebutuhan jangka panjang dan menentukan komprehensif yang telah diarahkan. Menentukan tujuan untuk organisasi kegiatan apa yang hendak diambil sumber-sumber apa yang diperlukan untuk mencapainya.
  - (3) Perencanaan tetap (*standing plans*), Digunakan untuk kegiatan yang terjadi berulang kali (terus menerus) Tertuang dalam : Kebijakan Organisasional , Prosedur dan Peraturan.  
Perencanaan tetap yang mengkomunikasikan pengarahannya yang luas untuk membuat berbagai keputusan dan melaksanakan tindakan. Misalnya: Penyewaan karyawan, Pemberhentian sementara. Perencanaan tetap yang menggambarkan tindakan yang diambil pada situasi tertentu sering disebut : *Standard Operating Prosedurs* (SOP)
  - (4) Perencanaan sekali pakai (*single-use plans*). Digunakan hanya sekali untuk situasi yang unik. Anggaran menggunakan sumber-sumber untuk mengerjakan aktivitas proyek atau

program merupakan alat manajemen yang ampuh untuk mengalokasikan berbagai macam sumber yang terbatas untuk memenuhi kebutuhan yang beranekaragam.

#### 5) Pendekatan-Pendekatan Perencanaan

##### (1) Perencanaan *inside-out* dan perencanaan *outside-in*

- a. Perencanaan *inside-out*: terfokus pada yang sudah dilakukan dan mengusahakan untuk melakukan yang terbaik yang dapat dilakukan. Ini meningkatkan efektivitas organisasi.
- b. Perencanaan *outside-in*: dari analisa lingkungan eksternal muncul perencanaan untuk mengeksploitasi kesempatan-kesempatan dan meminimisasi permasalahan yang terjadi. Kedua perencanaan ini dapat dikombinasikan agar optimal.
- c. Perencanaan *top-down* dan perencanaan *bottom-up*
- d. Perencanaan dari atas ke bawah (*top-down*): manajer dibawah manajer puncak membuat perencanaan berdasarkan tujuan yang telah ditentukan manajer puncak.
- e. Perencanaan dari bawah ke atas (*bottom-up*) dikembangkan pada tingkatan yang lebih bawah tanpa adanya batasan yang secara teratur melewati hirarki tersebut ke tingkat manajer puncak. Kelebihan: kuatnya komitmen dan kepemilikan dalam perencanaan yang lebih rendah. Kelemahan: bila terlalu ekstrim mungkin akan gagal untuk menghasilkan seluruh tugas yang terintegrasi dalam organisasi secara keseluruhan.

##### (2) Perencanaan *contingency*

Perencanaan yang terfokus pada pemikiran ke depan. Perencanaan ini meliputi penentuan alternatif-alternatif tindakan yang dapat diimplementasikan seandainya perencanaan orisinil tidak sesuai karena adanya perubahan

keadaan. Kunci: prediksi perubahan yang akan datang yang dapat berakibat pada perencanaan yang sedang dijalankan.

6) *Dasar-Dasar Perencanaan yang Baik*

- (1) *Forecasting*, proses pembuatan asumsi-asumsi tentang apa yang akan terjadi pada masa yang akan datang. a. *forecasting kualitatif*: prediksi masa depannya menggunakan pendapat para ahli. b. *forecasting kuantitatif*: prediksi masa depannya menggunakan analisa data secara matematis dan statistis (analisa *time series*, model ekonometri, survey statistik)
- (2) Penggunaan skenario, meliputi penentuan beberapa alternatif skenario masa yang akan datang atau keadaan peristiwa yang mungkin terjadi. Pengidentifikasian kemungkinan skenario yang berbeda waktunya akan membantu organisasi beroperasi lebih fleksibel dalam lingkungan yang dinamis.
- (3) *Benchmarking*, perbandingan eksternal untuk mengevaluasi secara lebih baik suatu arus kinerja dan menentukan kemungkinan tindakan yang dilakukan untuk masa yang akan datang. Tujuan: untuk mengetahui apakah orang-orang dan organisasi bekerja dengan baik dan merencanakan bagaimana menggabungkan ide-ide tersebut dalam pengoperasiannya.
- (4) Partisipasi dan keterlibatan, perencanaan partisipatif yang aktif: perencanaan di mana semua orang yang mungkin akan memengaruhi hasil dari perencanaan dan atau akan membantu mengimplementasikan perencanaan-perencanaan tersebut.
- (5) Penggunaan staf perencana, fungsi staf perencana: bertanggung jawab dalam mengarahkan dan mengkoordinasi sistem perencanaan untuk organisasi secara keseluruhan atau untuk salah satu komponen perencanaan yang utama.

## 5. *Teori Manajemen*

### 1) *Aliran Perilaku (Neo-Klasik)*

Teori ini timbul sebagian karena para manajer terdapat berbagai kelemahan dengan pendekatan klasik. Teori ini berasumsi bahwa manusia itu makhluk sosial dengan mengaktualisasikan dirinya. Beberapa pelopor aliran neo-klasik antara lain: Elton Mayo dengan studi hubungan antar manusia, atau tingkah laku manusia dalam situasi kerja terkenal dengan Studi Hawthorne. berdasarkan studi ini ternyata kelompok kerja informal lingkungan sosial pekerja mempunyai pengaruh besar terhadap produktivitas. Pelopor lainnya adalah Douglas McGregor, ia menyatakan bahwa manajemen akan mendapatkan manfaat besar bila menaruh perhatian pada kebutuhan sosial dan aktualisasi diri karyawan.

Teori manajemen aliran perilaku memandang kemungkinan bahwa pekerja yang menerima perhatian khusus akan bekerja lebih baik hanya karena mereka menerima perhatian tersebut. Teori ini menganut prinsip bahwa :

- (1) Organisasi adalah satu keseluruhan jangan dipandang bagian per bagian.
- (2) Motivasi karyawan sangat penting yang menghasilkan komitmen untuk pencapaian tujuan organisasi.
- (3) Manajemen tidak dapat dipandang sebagai suatu proses teknis secara ketat (peranan, prosedur, dan prinsip).

### 2) *Teori Modern*

#### (1) *Pendekatan Sistem (System Approach)*

Pendekatan sistem memandang bahwa organisasi sebagai sistem yang dipersatukan dan diarahkan dari komponen-komponen yang saling berkaitan. Chester I. Barnard menjelaskan bahwa tugas manajer adalah mengupayakan

adanya suatu upaya kerjasama dalam organisasi dengan menyarankan pendekatan komprehensif dalam aktifitas *managing*.

Komponen-komponen tersebut tidak dapat dipisahkan satu sama lain, merupakan satu kasatuan utuh yang saling terkait, terikat, mempengaruhi, membutuhkan, dan menentukan. Oleh karena itu, harus disadari bahwa perubahan satu komponen akan berpengaruh terhadap komponen-komponen lainnya. Dengan demikian berpikir dan bertindak sistem berarti tidak memandang komponen secara parsial, tetapi saling terpadu satu sama lain secara sinergi.

Sinergi berarti bahwa keseluruhan lebih besar daripada jumlah dan bagian-bagiannya. Sistem yang sinergi adalah tiap-tiap unit atau bagian bekerja dengan serius dalam tatanannya dan menyadari secara penuh dan bertanggungjawab terhadap kemajuan sistem secara umum.

## (2) *Pendekatan Kontingensi atau pendekatan situasional*

Istilah *contingent* berarti dapat terjadi, tetapi hal tersebut tidak pasti akan terjadi. Dalam bidang manajemen menurut keadaan hal tersebut berarti kondisi-kondisi atau lingkungan di dalam manajemen terjadi. dalam kondisi-kondisi tertentu, sebuah rencana akan dijalankan, tetapi apabila terdapat kondisi-kondisi yang berbeda maka akan digunakan sebuah rencana yang berbeda.

Ide memperhatikan variabel-variabel lingkungan yang mempengaruhi manajemen dikenal sebagai situasional manajemen dan dalam sebuah paper tahun 1919, Mary Parker Follet mengemukakan istilah *Law of the Situation* (Hukum Keadaan).

## 6. *Fungsi Manajemen*

*Fungsi manajemen* secara umum dan dalam kehidupan sehari-hari memang memiliki peran vital dalam kehidupan maupun dalam bisnis. Manajemen tidak hanya mengajarkan 4 fungsi utama, melainkan juga bagaimana seseorang mengimplementasikan keempatnya secara tepat di dunia kerja, belajar, bahkan ketika mencari teman dan waktu bermain.

Manajemen menjadi indikator sukses dalam kehidupan pribadi dan perusahaan terbesar di Indonesia atau pun di dunia. Secara umum fungsi manajemen adalah untuk memberikan suatu sistem yang jelas bagaimana suatu tujuan dapat dicapai dengan pendekatan yang sistematis. Fungsi manajemen menurut para ahli dan dalam kehidupan sehari-hari kita memang sangat besar terutama untuk menunjang bisnis dan efektivitas. Manajemen merupakan sebuah ilmu yang diterapkan di segala bidang kehidupan, tidak hanya untuk bisnis dan keuangan, manajemen juga sangat penting untuk mengelola waktu agar lebih efektif dan efisien.

Bagi yang sedang mempelajari ilmu bisnis dan ekonomi ada beberapa fungsi manajemen yang diungkapkan oleh ahli dalam bidang ekonomi dan manajemen. Namun dari beberapa teori yang dikembangkan tersebut memang ada beberapa yang lebih sering digunakan untuk teori ataupun prakteknya, setidaknya ada 4 fungsi manajemen

- 1) *Perencanaan*, Fungsi perencanaan merupakan fungsi bagaimana mengelola sumber daya yang ada untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Fungsi ini bertujuan untuk mencari bagaimana jalan atau cara alternatif untuk mencapai tujuan perusahaan dengan meningkatkan kinerja dan sumber daya yang ada seefisien dan sebaik mungkin. Sub kegiatan pada fungsi perencanaan

- (1) Menetapkan sumber daya yang dibutuhkan
  - (2) Menentukan target bisnis
  - (3) Merancang strategi yang akan dilakukan
  - (4) Membuat key performance indicator atau indikator sukses setiap strategi dan kegiatan yang dilakukan
- 2) *Pengarahan*, fungsi manajemen yang kedua adalah fungsi pengarahan, dimana memberikan arahan agar seluruh tim dan sumber daya yang ada dapat bekerja untuk mencapai tujuan bersama. Selain itu, menjalankan seluruh perencanaan yang telah dibuat agar dapat dijalankan dengan baik. Sub kegiatan pada fungsi pengarahan
- (1) Review rutin terhadap kegiatan yang dilakukan
  - (2) Memberikan motivasi dan bimbingan pada tim
  - (3) Memberikan penjelasan rutin mengenai tugas dan item yang harus dilakukan
- 3) *Pengorganisasian*, Fungsi untuk melakukan *substract* pekerjaan yang ada menjadi sub bagian yang kecil agar mudah dikerjakan oleh semua anggota tim. Memberikan fungsi nyata *the right man on the right place* dan memastikan seluruh orang dalam tim tersebut telah mendapat porsi dan pekerjaan yang telah sesuai. Sub kegiatan pada fungsi pengorganisasian
- (1) Membuat *work breakdown structure* atau struktur organisasi
  - (2) Seleksi sumber daya manusia, yang merupakan tugas HRD di perusahaan.
  - (3) Penetapan personil pada area kerja yang telah ditentukan
- 4) *Pengawasan*, Memastikan bahwa seluruh kegiatan yang telah direncanakan dan diarahkan telah dikerjakan dengan baik dan

benar dan sesuai dengan perencanaan yang di buat. Sub kegiatan pada fungsi pengorganisasian

- (1) Mengevaluasi kinerja yang telah dicapai
- (2) Mengambil tindakan atas pencapaian yang telah di capai
- (3) Mengambil solusi atas kekurangan dalam pencapaian target yang telah ditentukan.

## 7. *Model Manajemen*

Sebuah organisasi tidak bisa dilepaskan dari bagaimana usaha seorang manager mengatur segala sumber daya yang ada dalam sebuah organisasi. Banyak sekali sumber daya yang harus dimiliki sebuah organisasi dalam kegiatan produksinya guna mencapai tujuan organisasi diantaranya adalah sumber daya manusia. Pemilihan model manajemen sumber daya manusia yang tepat dalam mengelola sebuah organisasi diharapkan dapat menciptakan efektifitas serta efisiensi kerja. Beberapa ilmu yang ada mempunyai kelebihan serta kekurangannya masing-masing.

Pemilihan model manajemen seharusnya disesuaikan dengan karakteristik sumber daya manusia serta kondisi lingkungan organisasi yang dihadapi oleh seorang manager. Dalam perkembangan ilmu manajemen telah mengalami banyak sekali banyak evolusi dan perkembangan ilmu yang dilandasi dengan kondisi serta pengalaman para ahli tentang suatu fenomena yang terjadi pada suatu kondisi tertentu. Dalam pengembangannya banyak sekali dukungan para ahli dalam membangun asumsi-asumsi dasar masing-masing teori manajemen yang ada. Menurut Miles (1975) mencoba mengelompokkan beberapa macam teori manajemen sumber daya manusia, yaitu *Traditonal Model*, *Human Relation Model*, dan *Human Resources Model*. Pembahasan mengenai teori-teori dasar MSDM tersebut adalah sebagai berikut :

### 1) *Traditional Model*

Dalam model tradisional ini secara umum mempunyai tiga sumbangan teori yaitu *The Social Darwinist (The Natural Law)* oleh Herbert Spencer, *The Scientific Management Movement* oleh Federick W. Taylor, dan ide-ide yang dikembangkan oleh Max Webber. Model tradisional yang digambarkan oleh Miles (1975:35) mengasumsikan bahwa dalam model tradisional pekerjaan yang dilakukan tidak begitu disukai oleh sebagian besar pegawai. Apa yang dikerjakan pegawai tidak lebih penting daripada apa yang diperoleh dari pegawai itu sendiri yaitu gaji atau upah. Seperti yang dikemukakan oleh Miles bahwa *“man is drawn out of leisure and into work by the payment of money which he requires to meet his needs, and the substitution of money for leisure will continue up to some point of marginal satisfaction”*

Dari pernyataan tersebut maka dalam model tradisional para bawahan bekerja hanya untuk mendapatkan upah dari pekerjaan tersebut untuk memenuhi kepuasan mereka, sehingga upah menjadi tujuan utama dari pada apa yang dikerjakannya. Oleh karena itu, model tradisional tersebut sangat dipengaruhi oleh teori ekonomi klasik dimana seseorang akan mencapai kepuasan apabila mendapatkan upah yang tinggi. Namun, tidak semua orang dapat menduduki jabatan tinggi dalam organisasi, hanya beberapa orang saja yang mampu bekerja secara kreatif, menentukan tujuan dan mengawasi diri sendiri. Posisi yang tinggi dalam organisasi pasti akan mendapatkan upah atau gaji yang tinggi pula. Untuk memperoleh gaji yang tinggi maka teori Darwinist menjadi indikator utama yaitu manusia harus berusaha untuk bertahan hidup dan bersaing dengan manusia yang lainnya.

Dalam sudut pandang kebijakan yang dikeluarkan oleh manajer dalam organisasi, Miles menggambarkan bahwa dalam

model tradisional, tugas utama seorang manajer adalah untuk mengawasi para bawahan secara dekat, merinci tugas supaya lebih mudah dan sederhana, serta mengembangkan tugas-tugas dan prosedur yang ditaati secara sungguh-sungguh. Dengan adanya kebijakan tersebut harapan yang muncul dari model ini adalah dengan adanya upah yang pantas dan dengan pimpinan yang baik maka pekerja juga akan bekerja secara baik. Kualitas pekerjaan akan dapat sesuai dengan standard jika pekerjaan yang dilakukan lebih sederhana dengan pengawasan yang dekat dari manajer.

Dalam pendapat yang disampaikan oleh Gomes (2005) model tradisional berpandangan bahwa para manajer cenderung memusatkan perhatiannya pada masalah uang, karena uang dianggap sebagai satu-satunya alasan seseorang memilih untuk bekerja. Terdapat banyak unit atau bagian dan pekerjaan yang disusun secara tidak efisien, dan banyak pegawai yang tidak terlatih. Dalam model tradisional perusahaan berusaha melakukan perbaikan proses pekerjaan, kinerja, efisiensi, dan efektifitas kinerja. Para pekerja dilatih agar bekerja mengikuti metode-metode tersebut, kemudian diawasi secara ketat. Penempatan pekerja sesuai dengan kemampuan yang ia miliki. Gomes (2005 : 39) berpendapat bahwa yang menjadi hal penting pada model tradisional adalah bagaimana para pegawai mematuhi atau mengikuti langkah-langkah yang sudah ditetapkan bagi pelaksanaan pekerjaan. Artinya bagaimana dalam model tradisional menurut Gomes, para pekerja telah diikat oleh peraturan sehingga para pekerja tidak bisa mengembangkan kemampuan dan kreatifitasnya.

Selain itu, Gomes menjelaskan bahwa dalam model tradisional menurutnya garis kewenangan dan tanggung jawab yang jelas

didasarkan kepada kepentingan kantor. Oleh karena itu, metode-metode ditetapkan secara baku dan tidak dapat diubah oleh para pemegang jabatan. Metode-metode yang disesuaikan dengan kepentingan kantor dengan menghiraukan kepentingan manusia dalam perusahaan akan membuat kinerja perusahaan menjadi lebih kaku.

Menanggapi model tradisional ini Sulistiyani dan Rosidah (2003: 19) mengemukakan bahwa model tradisional tidak terlepas dari pengaruh teori birokrasi. Hal tersebut ditarik oleh adanya bukti bahwa dalam model tradisional terdapat pengaruh dari teori Taylor, Frank dan Gilbert yang menyatakan bahwa untuk mengatasi ketidak efisienan dalam organisasi atau perusahaan maka organisasi disarankan untuk membuat standard pegawai yang jelas, spesialisasi pegawai, kontrol yang kuat, penempatan pegawai berdasarkan keahlian, dan sistem penggajian berdasarkan pada jenis dan khas pegawai. Selain teori tersebut, model tradisional ini juga dikatakan dipengaruhi oleh teori yang dikembangkan oleh Max Webber yaitu teori yang mengutamakan pentingnya pengetahuan, keterampilan, dan keahlian pegawai, disiplin, hirarkhis, spesialisasi pegawai dan jabatan serta karir dengan sistem merit.

Sulistiyani dan Rosidah menjelaskan bahwa pada model tradisional ini pekerjaan sangat dipengaruhi oleh peraturan. Sehingga memunculkan masalah dalam model ini yaitu bagaimana seorang manajer harus bisa membuat para pekerja atau karyawan mematuhi peraturan yang telah ada. Diharapkan dengan mematuhi peraturan tersebut maka pegawai akan mempunyai kinerja yang lancar. Namun, apabila terdapat pelanggaran terhadap peraturan tersebut maka akan mengurangi efisiensi kerja. Hal tersebut menggambarkan bagaimana model

tradisional senantiasa memanfaatkan peraturan yang mengikat tersebut dengan dasar menciptakan efisiensi dan efektifitas kerja.

*Traditional Model* yang dikemukakan oleh Suharyanto dan Hadna (2005), organisasi dijelaskan seperti mesin. Sebagai suatu mesin manusia dianggap tidak memiliki perasaan, kebutuhan, atau keinginan

Implikasi dari anggapan manusia sebagai mesin tersebut adalah pekerja melaksanakan pekerjaannya secara paksaan dari manajer. Dimana manajer memanfaatkan kewenangannya untuk menentukan siapakah pekerja yang mampu bekerja di dalam tekanan prosedural organisasi. Dengan adanya sistem ini di dalam manajemen model tradisional maka pekerja tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan sudah menjadi ketentuan bahwa kepentingan pekerja dalam organisasi tidak diperhatikan karena akan membuat organisasi berjalan tidak efisien dan efektif.

Secara umum, dari penjelasan keempat pakar tersebut dalam model tradisional mereka menjelaskan bahwa dalam model ini yang paling menonjol dibahas yaitu: Pertama, masalah keteraturan untuk menciptakan stabilitas dalam organisasi. Organisasi yang terjaga stabilitasnya akan memperoleh kinerja organisasi yang efisien dan efektif dalam organisasi sehingga keuntungan pegawai akan diperoleh dengan tidak memperhatikan kepentingan dari para pekerja. Standarisasi prosedur kerja merupakan tujuan utama pelaksanaan organisasi. Pelanggaran terhadap peraturan akan dapat membuat pekerja dikenai sanksi dan mungkin berbuah pemecatan. Hal ini mengindikasikan bahwa kepentingan dari pekerja tersebut tidaklah penting daripada peraturan dalam organisasi atau perusahaan. Kedua, kewenangan yang

berdasarkan atas kemampuan pekerja. Tuntutan spesialisasi untuk mewujudkan efisiensi kinerja mengakibatkan organisasi harus dapat menspesialisasi kerja dalam perusahaan. *The right man in the right place.*

Kemampuan kerja harus disesuaikan dengan tempatnya jika ingin mewujudkan efisiensi dan efektifitas tersebut. Dengan melihat penjelasan diatas maka kedudukan sumber daya manusia di dalam organisasi tidak lah berbeda dengan sumber daya lain atau sumber daya non-manusia, yaitu hanya sebagai faktor produksi semata. Sehingga dengan produksi yang semakin tinggi dengan pengeluaran yang semakin rendah maka akan diperoleh keuntungan yang besar. Dengan dihubungkan dalam sumber daya manusia, model tradisional ini berasumsikan bahwa dengan adanya peraturan yang mengikat akan mewujudkan perusahaan yang efektif dan efisien serta dapat mewujudkan tujuan organisasi yang sesuai kesepakatan awal dibentuknya organisasi.

Kelemahan dalam model tradisional ini adalah tidak diperhatikannya masalah lingkungan organisasi atau perusahaan. Terfokuskannya tujuan organisasi untuk menciptakan keefektifitasan dan keefisienan organisasi membuat model ini hanya mengolah bagian internal organisasi yaitu pekerja dan sistem kewenangan. Dalam penjelasan yang diberikan oleh Miles maka organisasi terkonsentrasi terhadap perilaku sumber daya manusia dalam organisasi. Dengan asumsi bahwa pekerja akan melakukan pekerjaan yang baik apabila mendapatkan upah yang tinggi serta memiliki pemimpin yang baik pula. Tentu hal tersebut sulit diwujudkan dikarenakan tidak semua manusia dapat didorong hanya dengan kepemimpinan yang baik dan imbalan yang pas saja, melainkan harus ada dorongan terhadap kebutuhan manusia yang lain. Menurut Maslow ada lima tingkat

kebutuhan manusia yaitu fisiologis, keamanan, sosial, harga diri, dan aktualisasi diri

Selain itu, tidak semua manusia dapat berkemampuan yang tinggi sehingga dibutuhkan kepemimpinan yang intensif. Dengan melihat pada penjelasan Sulistiyani dan Rosidah yang berpendapat bahwa model tradisional ini tidak terlepas dari teori birokrasi yang berorientasi pada spesialisasi kerja, penggajian yang berdasarkan tingkatan jenis pekerjaan dan pendapat Gomes yang mengindikasikan model tradisional pada pencapaian tujuan keefisienan dan keefektifan maka dalam model ini mempunyai kelemahan yaitu untuk mendapatkan para pekerja yang dapat menaati peraturan tanpa adanya pengawasan. Implikasinya jika dalam birokrasi yang mempunyai pekerja yang sangat banyak dan heterogen maka model ini akan sulit diimplementasikan. Akan terjadi ketidakseimbangan manajer dan jumlah pekerja dalam birokrasi.

Pada akhirnya terfokusnya efisiensi terhadap sumber daya manusia yang juga merupakan salah satu faktor produksi justru merugikan perusahaan ke depan. Akan tetapi justru dengan adanya ikatan prosedural itu justru akan membuat para karyawan menjadi stagnan dalam produktivitas. Oleh karena itu, penggunaan model ini hanya dapat digunakan dalam organisasi yang mempunyai bentuk yang sederhana dan dalam lingkungan yang tidak berubah misalnya adalah organisasi militer atau dalam organisasi yang mempunyai pekerja yang sedikit misalnya adalah industri rumahan. Sehingga pengawasan terhadap pekerja atau bawahan tidak terlalu sulit untuk dilakukan.

## 2) *Human Relation Model*

Dalam *human relation model* merupakan bentuk dari ketidakpuasan atas praktik model manajemen tradisional yang cenderung kaku serta memperlakukan pegawai seperti mesin. Dalam model manajemen tradisional mencoba memfokuskan kajiannya pada spesialisasi tugas, ketertiban, stabilitas, dan pengendalian sehingga dapat memunculkan standarisasi kerja yang dinilai dapat mencapai produktifitas tertinggi para pegawai. Teori manajemen *human relation model* muncul diawali dari hasil eksperimen Hawthorne yang melahirkan banyak sekali teori-teori organisasi. Menurut Sulistiyani dan Rosidah (2003:20) fokus dalam teori manajemen ini adalah mengenai hubungan kerja kemanusiaan. Teori ini mencoba mengembangkan point-point penting dalam teori manajemen tradisional yang kaku dan cenderung menganggap pegawai sebagai mesin yang menuntut produktivitas, efektifitas, serta efisiensi kerja.

Sebuah organisasi pada dasarnya bukan masalah bagaimana mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien, tapi lebih pada bagaimana mengkondisikan pegawai sehingga mampu bekerja sama sesuai dengan kebutuhan organisasi. Pernyataan ini didukung dengan pernyataan Elton Mayo dalam Sutarto (2006:293) yang mengatakan bahwa *“an organization was more than formal structure or arrangement of functions. An organization is a social system, a system of cliques, grapevine, informal status system, ritual, and a mixture of logical, non logical and illogical behavior.”*

Dalam pernyataan Mayo tersebut dapat dilihat bagaimana Mayo menganggap organisasi bukan sekedar struktur formal yang berisikan pegawai mesin yang tidak membutuhkan apa-apa, tapi lebih pada anggapan bahwa sebuah organisasi merupakan

sebuah miniatur sistem sosial masyarakat dalam keragamannya.

Dalam teori ini dapat dilihat adanya penekanan pada unsur moralitas dalam manajemen tentang bagaimana perlakuan yang layak diberikan kepada para pegawai oleh para manajer. Seharusnya manusia diperlakukan seutuhnya sebagai manusia yang memiliki perasaan, keinginan, kebutuhan, dsb. Di sini pegawai membutuhkan suasana kerja yang fleksibel dan kondusif serta memiliki kenyamanan kerja untuk mendukung produktivitas mereka dalam mewujudkan tujuan organisasi secara efektif serta efisien. Selain itu, para pegawai tersebut menegaskan tidak hanya membutuhkan uang sebagai upah kerja, tapi para pegawai tersebut membutuhkan balasan yang lain diantaranya *personal attention, human treatment, and the chance to feel important, providing, of course, that they were receiving reasonable salary anyway* (Miles, p:39)

Untuk mencapai itu semua seorang manajer kiranya harus mampu mengetahui apa yang dibutuhkan pegawainya sehingga mampu meningkatkan produktivitasnya. Dalam kenyataannya dalam sebuah organisasi seorang pegawai membutuhkan waktu untuk kiranya memenuhi kebutuhannya serta mendapatkan motivasi baik secara implisit maupun eksplisit. Implisit disini dapat dipahami seperti pemberian semangat kerja melalui kata-kata motivasi ataupun perhatian lain yang dapat diberikan kepada pegawai, sedangkan eksplisit disini dapat dipahami seperti pemberian upah yang sesuai dengan kinerja pegawai ataupun yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan kehidupannya secara umum.

Tidak semua manajemen yang ada dalam organisasi dapat berjalan dengan sesuai harapan yaitu dapat memenuhi segala kebutuhan umum para pegawai sebagai faktor pendukung kerja.

Hal ini didukung oleh pernyataan Miles (1975:40) yaitu “*poor morale, resistance to authority, and ultimately, inefficient production would result from the failure of management to satisfy people’s basic human needs*”. Menanggapi pernyataan tersebut Suharyanto dan Hadna (2005) mencoba menawarkan beberapa cara dalam mengakomodir segala aspirasi pegawai seperti mendengarkan keluhan para pegawai serta melibatkan pegawai dalam setiap pengambilan keputusan sehingga mampu memberikan persepsi bahwa pegawai dihargai kontribusinya oleh manajemen organisasi dalam mencapai tujuan organisasi.

Disini manajer memiliki peran yang cukup signifikan dalam mengarahkan pegawainya serta bagaimana memotivasi pegawainya agar berkontribusi sesuai dengan kebutuhan organisasi dalam mewujudkan tujuan organisasi. Dalam sebuah organisasi tentu memiliki keragaman pegawai dalam perjalanannya. Melihat kondisi kemajemukan pegawai tersebut diharapkan seorang manajer mampu mengakomodir secara total kepentingan para pegawainya seperti kesempatan saling berinteraksi antar pegawai mengingat manusia merupakan makhluk sosial. Makhluk sosial disini dimaksudkan bagaimana dalam kehidupannya manusia membutuhkan kesempatan untuk melakukan interaksi sosial. Sehingga antar pegawai dapat menjalin kerja sama dalam mewujudkan tujuan organisasi yang tidak dapat dipungkiri akan memunculkan kelompok-kelompok informasl berdasarkan kesukuan, agama, ras, dsb.

Dari uraian singkat diatas dapat dipahami bagaimana dalam model manajemen *human relation* mencoba menawarkan sebuah pengembangan pemikiran dari teori model sebelumnya yaitu model tradisional yang dimana terlalu memfokuskan diri pada standarisasi prosedur kerja dan kemudian dihargai berupa

pemberian upah kerja pegawai. Pada kenyataannya tidak hanya semudah itu seperti menganggap pegawai seperti mesin saja. Ketika seorang pegawai telah berhasil mengerjakan tugasnya, kini giliran sebuah organisasi untuk menghargai usaha tersebut dengan pemberian upah tanpa mempertimbangkan sisi lain lain dari para pegawai tersebut.

Kini pada model *human relation* telah mulai memperhatikan unsur interaksi antar pegawai serta antara pegawai dengan atasan dan suasana kerja yang kondusif sebagai faktor penting dalam mendorong tingkat produktivitas pegawai. Dalam teori ini pemahaman pegawai sebagai sebuah mesin sudah mulai ditinggalkan. Perlakuan yang jauh lebih baik dan menganggap bahwa manusia sebagai salah satu faktor penting produksi yang wajib dijaga baik itu fisik dan rohani untuk meningkatkan produktivitasnya ataupun menjaga kinerja yang sudah baik. Fisik di sini dapat diartikan sebagai pemberian upah kerja sedangkan rohani di sini dapat diartikan sebagai penghargaan diri pegawai seutuhnya dengan memahami serta memberikan pengakuan tentang keinginan dan kebutuhan pegawai. Dapat dilihat bagaimana teori ini sangat menekankan pada aspek moralitas dalam manajemen. Akibatnya jika sebuah manajemen organisasi tidak memperhatikan *feeling and needs* dari para pegawai maka produktivitas pegawai mustahil akan tercapai dengan sempurna. Selain itu, setidaknya para pegawai harus mulai dilibatkan dalam setiap proses pengambilan keputusan untuk menghormati keberadaan pegawai sebagai salah satu bagian penting dari suatu organisasi.

Akan tetapi dalam konteks organisasi makro model manajemen ini kurang dapat diaplikasikan dengan baik. Hal ini mengingat dengan semakin besar sebuah organisasi maka

semakin besar pula kemajemukan dalam sebuah organisasi. Dalam kondisi seperti itu maka manajemen akan sangat sulit untuk mengakomodir seluruh keinginan para pegawai dengan sempurna. Pasti ada kalanya sebuah manajemen mengalami *error* dalam menjalankan fungsinya. Selain itu, tingkat kompleksitas yang harus diperhatikan oleh seorang manajer sangatlah tinggi. Tingginya kompleksitas tersebut dapat dilihat dari kenyataan bahwa setiap pegawai pasti memiliki perbedaan keinginan serta kebutuhan. Maka dibutuhkan kemampuan serta energi ekstra untuk mencoba mewujudkan fungsi manajemen tersebut.

### 3) *Human Resources Model*

*Human resources model* atau disebut dengan manajemen sumber daya manusia ini adalah suatu pengembangan dari model-model manajemen yang sebelumnya yaitu *traditional model* dan *human relation model* yang menyadari bahwa karyawan adalah orang yang ingin dilibatkan dalam organisasi. Seperti halnya dalam model *human relation* pada *model human resources* juga bersependapat bahwa bawahan harus dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan, tetapi ada perbedaan point dalam memajemen bawahan.

Dalam model *human relation* terlihat mendekat dari sisi psikologis bawahan agar memiliki rasa terlibat dalam pengambilan keputusan tetapi model ini menyarankan agar bawahan diberi dengan batas dengan isu-isu yang berkaitan dengan kondisi kerja, penempatan dan penggunaan peralatan yang tidak begitu penting dan tidak terlibat dalam tugas-tugas kerja yang sedang dijalankan. Sedangkan model *human resources* ini lebih kepada pengembangan sumber daya pada karyawan itu sendiri dan bagaimana bawahan mengerti sendiri dalam menyelesaikan tugas-tugas yang dilaksanakan.

Model ini sangat dipengaruhi oleh teori hirarki kebutuhan manusia dari Abraham Maslow. Tugas para manajer/pimpinan adalah meningkatkan kinerja organisasi dengan mendorong dan memberi fasilitas para pegawai untuk mengekspresikan segala kemampuan yang dimiliki. Untuk memberi fasilitas tersebut maka teori Maslow yang menjadi jawabannya. Menurut teori ini manusia disamping membutuhkan status, pengakuan, penerimaan tetapi juga menginginkan peluang yang adil untuk mengembangkan dan menerapkan segala kemampuannya serta mendapatkan kepuasan pegawainya.

Oleh karena itu, Maslow membagi kebutuhan manusia tersebut yaitu antara lain fisiologis, keamanan, sosial, harga diri, dan aktualisasi diri. Dengan pemenuhan terhadap kebutuhan tersebut maka diharapkan bawahan/karyawan telah diperhatikan sehingga muncul kepercayaan terhadap pimpinan yang kemudian karyawan akan mengembangkan potensi yang ada dalam diri mereka untuk kepentingan organisasi.

Model *human resources* selain memberi rasa pengakuan/penerimaan kepada bawahan, model ini mulai menyadari bahwa sangat penting adanya pelatihan dan pendidikan sehingga bawahan lebih memiliki sikap matang dalam menghadapi tugasnya yang disamping itu bawahan memiliki rasa keterlibatan dalam organisasi. Manajer juga harus mampu merancang struktur dan pembagian tugas yang dapat memberikan perkembangan kemampuan pekerja dalam organisasi.

Menurut Suharyanto dan Hadna (2005:26) berpendapat bahwa dalam model *Human Resources* sesungguhnya manusia memiliki sumber daya yang terpendam dan menjadi tugas manajer untuk membuka sumber daya ini untuk mendukung

tercapainya efisiensi dan efektivitas organisasi. Artinya dalam model ini seorang manajer dituntut secara profesional menyusun struktur organisasi sedemikian rupa sehingga para pekerja dapat mengembangkan kemampuannya. Dengan itu bawahan akan diharapkan mampu mengendalikan dan mengatur diri dalam memperbaiki *performance* mereka dalam menjalankan tugas-tugas dalam organisasi.

Tidak seperti pada model tradisional yang beranggapan bahwa sumber daya manusia dalam organisasi sama dengan sumber daya yang lainnya dan lebih menjadi faktor produksi. Menurut Sulistiyani dan Rosidah (2003:22) melalui pendekatan SDM, manusia tidak hanya dipandang sebagai faktor produksi. Ada beberapa landasan bagi pendekatan SDM, yaitu :

- 1) Karyawan dipandang sebagai sesuatu investasi yang jika dikembangkan dan dikelola secara efektif akan memberi imbalan-imbalan jangka panjang bagi organisasi dalam bentuk produktivitas yang lebih besar.
- 2) Manajer menyusun berbagai kebijakan, program dan praktik yang memuaskan kebutuhan-kebutuhan ekonomi dan emosional para karyawan.
- 3) Manajer menciptakan lingkungan kerja agar para karyawan dapat dipacu untuk mengembangkan dan menggunakan keahlian-keahlian mereka semaksimal mungkin.
- 4) Program dan praktik personalia diterapkan dengan tujuan penyeimbangan kebutuhan karyawan sekaligus tujuan organisasi.

Dengan melihat asumsi-asumsi tersebut maka jika kita melihat implikasi pada saat ini maka akan diperoleh adanya kelemahan dalam model ini. Banyaknya pendapat dalam

proses pembuatan keputusan mengakibatkan kesulitan untuk mencapai kesepakatan bersama. Banyaknya kepentingan justru mengakibatkan organisasi menjadi tidak efisien.

## 8. *Unsur Manajemen*

- 1) *Man (Manusia)*, Dalam pendekatan ekonomi, sumber daya manusia adalah salah satu faktor produksi selain tanah, modal, dan keterampilan. Pandangan yang menyamakan manusia dengan faktor-faktor produksi lainnya dianggap tidak tepat baik dilihat dari konsepsi, filsafat, maupun moral. Manusia merupakan unsur manajemen yang penting dalam mencapai tujuan perusahaan.
- 2) *Money (Uang)*, Uang selalu dibutuhkan dalam perusahaan, mulai dari pendirian perusahaan hingga pengurusan perizinan pembangunan gedung kantor, pabrik, peralatan modal, pembayaran tenaga kerja, pembelian bahan mentah, dan transportasi. Para pemilik modal menyisihkan sebagian dari kekayaannya untuk digunakan sebagai modal dalam kegiatan produksi. Dengan demikian, uang merupakan salah satu unsur penting dalam melakukan produksi.
- 3) *Material (Bahan Baku)*, Perusahaan umumnya tidak menghasilkan sendiri bahan mentah yang dibutuhkan tersebut, melainkan membeli dari pihak lain. Untuk itu, manajer perusahaan berusaha untuk memperoleh bahan mentah dengan harga yang paling murah, dengan menggunakan cara pengangkutan yang murah dan aman. Di samping itu, bahan mentah tersebut akan diproses sedemikian rupa sehingga dapat dicapai hasil secara efisien.
- 4) *Machine (Mesin)*, Mesin mulai memegang peranan penting dalam proses produksi setelah terjadinya revolusi industri dengan ditemukannya mesin uap sehingga banyak pekerjaan manusia

yang digantikan oleh mesin. Perkembangan teknologi yang begitu pesat, menyebabkan penggunaan mesin semakin menonjol. Hal ini karena banyaknya mesin-mesin baru yang ditemukan oleh para ahli sehingga memungkinkan peningkatan dalam produksi.

- 5) *Method (Metode)*, Metode kerja sangat dibutuhkan agar mekanisme kerja berjalan efektif dan efisien. Metode kerja yang sesuai dengan kebutuhan organisasi, baik yang menyangkut proses produksi maupun administrasi tidak terjadi begitu saja melainkan memerlukan waktu yang lama. Bahkan sering terjadi, untuk memperoleh metode kerja yang sesuai dengan kebutuhan organisasi, pimpinan perusahaan meminta bantuan ahli. Hal ini dilakukan karena penciptaan metode kerja, mekanisme kerja, serta prosedur kerja sangat besar manfaatnya.
- 6) *Market (Pasar)*, Pasar merupakan tempat kita memasarkan produk yang telah diproduksi. Pasar sangat dibutuhkan dalam suatu perusahaan. Pasar itu berupa masyarakat (pelanggan) itu sendiri. Tanpa adanya pasar suatu perusahaan akan mengalami kebangkrutan. Jadi perusahaan seharusnya memikirkan manajemen pasar (pemasaran) dengan baik. Dengan manajemen pasar (pemasaran) yang baik (juga didukung oleh pasar yang tepat) distribusi produk dapat berjalan dengan lancar dan sesuai dengan apa yang diharapkan.
- 7) *Information (Informasi)*, Tentu saja informasi sangat dibutuhkan dalam suatu perusahaan. Informasi tentang apa yang sedang populer, apa yang sedang disukai, apa yang sedang terjadi di masyarakat, dsb. Manajemen informasi sangat penting juga dalam menganalisis produk yang telah dan akan dipasarkan.

Ketujuh unsur manajemen tersebut lebih dikenal dengan sebutan 6M+I, yaitu *man, money, material, machine, method, market*

dan *information*. Setiap unsur tersebut memiliki karakteristik yang berbeda. Manajemen tidak dapat berjalan dengan baik tanpa adanya ketujuh unsur tersebut.



# BAB 2

---

## Manajemen **PERENCANAAN**

---



## 1. Pengertian Perencanaan

Dalam proses manajemen, yang menjadi titik awalnya adalah perencanaan. Jadi perencanaan sebagai awal kita melakukan proses manajemen sebelum kita melakukan pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan.

Menurut George R. Terry perencanaan adalah: *“planning is the selecting and relating of fact and the making and using of assumption regarding the future in the visualization and formulating of proposed activities believed necessary to achieve desired result”*.

Dalam pengertian tersebut bisa kita simpulkan antara lain:

- 1) Perencanaan merupakan kegiatan yang harus didasarkan pada fakta, data dan keterangan kongkret.
- 2) Perencanaan merupakan suatu pekerjaan mental yang memerlukan pemikiran, imajinasi dan kesanggupan melihat ke masa yang akan datang.
- 3) Perencanaan mengenai masa yang akan datang dan menyangkut tindakan-tindakan apa yang dapat dilakukan terhadap hambatan yang mengganggu kelancaran usaha.

Pada intinya perencanaan dibuat sebagai upaya untuk merumuskan apa yang sesungguhnya ingin dicapai oleh sebuah organisasi atau perusahaan serta bagaimana sesuatu yang ingin dicapai tersebut dapat diwujudkan melalui serangkaian rumusan rencana kegiatan tertentu.

## 2. Empat Tahap Dasar Perencanaan

Semua kegiatan perencanaan pada dasarnya melalui 4 tahapan berikut ini :

- 1) Menetapkan tujuan atau serangkaian tujuan. Perencanaan dimulai dengan keputusan-keputusan tentang keinginan atau kebutuhan organisasi atau kelompok kerja. Tanpa

rumusan tujuan yang jelas, organisasi akan menggunakan sumber daya sumberdayanya secara tidak efektif.

- 2) Merumuskan keadaan saat ini. Pemahaman akan posisi perusahaan sekarang dari tujuan yang hendak dicapai atau sumber daya yang tersedia untuk pencapaian tujuan sangat penting, karena tujuan dan rencana menyangkut waktu yang akan datang. Hanya setelah keadaan perusahaan saat ini dianalisa, rencana dapat dirumuskan untuk menggambarkan rencana kegiatan lebih lanjut. Tahap kedua ini memerlukan informasi, terutama keuangan dan data statistik yang didapat melalui komunikasi dalam organisasi
- 3) Mengidentifikasi segala kemudahan dan hambatan. Segala kekuatan dan kelemahan serta kemudahan dan hambatan perlu diidentifikasi untuk mengukur kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan. Oleh karena itu perlu diketahui faktor-faktor lingkungan intern dan ekstern yang dapat membantu organisasi mencapai tujuannya, atau yang mungkin menimbulkan masalah. Walaupun sulit dilakukan, antisipasi keadaan, masalah, dan kesempatan serta ancaman yang mungkin terjadi di waktu mendatang adalah bagian esensi dari proses perencanaan
- 4) Mengembangkan rencana atau serangkaian kegiatan untuk pencapaian tujuan tahap terakhir dalam proses perencanaan meliputi pengembangan berbagai alternatif kegiatan untuk pencapaian tujuan, penilaian alternatif-alternatif tersebut dan pemilihan alternatif terbaik (paling memuaskan) diantara berbagai alternatif yang ada.

### **3. *Perencanaan Operasional***

Perencanaan operasional diturunkan dari perencanaan taktis, mempunyai fokus yang lebih sempit, jangka waktu yang lebih pendek (kurang dari 1 tahun) dan melibatkan manajemen tingkat bawah.

### **4. *Perencanaan Strategis***

Perencanaan strategis merupakan rencana jangka panjang (lebih dari 5 tahun) untuk mencapai tujuan strategis. Fokus perencanaan ini adalah organisasi secara keseluruhan. Rencana strategis dapat dilihat sebagai rencana secara umum yang menggambarkan alokasi sumberdaya, prioritas, dan langkah yang diperlukan untuk mencapai tujuan strategis. Tujuan strategis biasanya ditetapkan oleh manajemen puncak.

### **5. *Faktor Waktu dan Perencanaan***

Perencanaan merupakan salah satu fungsi dari manajemen atau pengelolaan termasuk pengelolaan komunikasi, baik ditinjau dari segi proses, bentuk maupun komponen-komponen atau unsur-unsur.

Dari sudut proses, pengelolaan mencakup unsur-unsur dalam manajemen, baik secara lengkap maupun secara sederhana. Secara lengkap unsur-unsur tersebut terdiri dari penelitian pengembangan (litbang), perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan/pengkomunikasian, monitoring/pengawasan, dan penilaian. Secara singkat unsur tersebut dikenal dengan POAC (*Planning Organizing, Actuating dan Controlling*). Setiap unsur harus mampu didefinisikan baik secara logis maupun akademis. Dari masing-masing definisi setiap unsur/komponen tidak boleh tumpang tindih. Proses pengelolaan, bisa berbentuk lingkaran (cycle) termasuk proses komunikasi.

Dari sudut objek, perencanaan memerlukan faktor-faktor untuk pelaksanaannya, yaitu *man*, *money*, *material*, dan *method* untuk mencapai tujuan. Di samping faktor proses dan objek juga harus diperhatikan komponen-komponen dalam proses komunikasi, seperti komunikator, pesan, media, komunikan, efek, *feedback*, tujuan, dan lingkungan yang turut mempengaruhinya.

Konsep dasar perencanaan terutama yang menyangkut pengertian merupakan langkah yang strategis di dalam menguasai konsep-konsep serta indikator-indikator dari perencanaan itu sendiri.

Perencanaan merupakan proses karya yang berkesinambungan sampai pada tahap pelaksanaan dan bahkan sampai pada tahap evaluasi. Seorang perencana selalu berusaha mengorganisasikan sumber-sumber atau faktor-faktor, seperti orang, material, dana dalam proses pengerjaan suatu kegiatan. Perencanaan juga merupakan langkah kedua dalam pengelolaan kegiatan setelah mengidentifikasi masalah-masalah, baik dari hasil penelitian maupun dari pengumpulan data yang sederhana.

Kurangnya berfikir strategis dan tidak mantapnya perencanaan dalam kegiatan komunikasi akan menimbulkan kontroversi daripada memecahkan masalah. Dalam perencanaan, sering berkaitan dengan istilah *goal* dan *objective* di samping meliputi pendekatan-pendekatan dan strategi yang harus diadakan.

Proses perencanaan melibatkan berbagai unsur di antaranya menurut Harold Koontz adalah menentukan tujuan, menetapkan premis-premis serta mencari dan menyelidiki berbagai kemungkinan rangkaian tindakan yang diambil.

Dalam penilaian tiap-tiap kemungkinan yang diselidiki berdasarkan pertimbangan untung rugi serta faktor-faktor yang akan mempengaruhi dalam pengambilan keputusan. Harus disadari bahwa

perencanaan banyak menghadapi faktor-faktor yang tidak pasti dan berubah-ubah sehingga penilaian terhadap kemungkinan tersebut sangat sulit untuk dilakukan.

Fungsi dan manfaat perencanaan dalam dunia modern semakin mendapat tempat yang paling penting karena di samping nilai manfaat juga fungsinya pun semakin dirasakan. Manfaat dan fungsi perencanaan dapat disimpulkan, sebagai berikut:

- 1) Perencanaan itu penting karena di dalamnya memuat garis-garis tujuan baik yang berjangka panjang ataupun pendek serta digariskan pula apa saja yang harus dilakukan agar tercapai tujuan-tujuan tersebut.
- 2) Perencanaan berfungsi sebagai petunjuk (*guide*) bagi semua anggota organisasi.
- 3) Perencanaan merupakan proses yang terus-menerus.
- 4) Perencanaan berfungsi sebagai alat pengendali.
- 5) Perencanaan yang baik menjamin penggunaan sumber-sumber daya yang tersedia secara efektif dan efisien.

Faktor waktu mempunyai pengaruh sangat besar terhadap perencanaan dalam tiga hal yaitu :

- 1) Waktu sangat diperlukan untuk melaksanakan perencanaan efektif
- 2) Waktu sering di perlukan setiap langkah perencanaan tanpa informasi lengkap tentang variabel-variabel dan alternatif-alternatif, karena waktu diperlukan untuk mendapatkan data dan memperhitungkan semua kemungkinan.
- 3) Jumlah waktu yang akan dicakup dalam rencana harus dipertimbangkan.
- 4) Faktor waktu lainnya yang mempengaruhi perencanaan adalah seberapa sering rencana-rencana harus ditinjau kembali dan

diperbaiki. Ini tergantung sumber daya yang tersedia dan derajat ketetapan perencanaan manajemen.

- 5) Waktu perkiraan akan menjadi masukan penting sebagai teknik lainnya digunakan untuk mengatur struktur dan semua proyek. Menggunakan teknik estimasi waktu yang baik dapat mengurangi proyek-proyek besar ke sejumlah proyek-proyek kecil.



# BAB 3

---

## Penerapan Manajemen **PADA PROGRAM KESEHATAN**

---



## 1. *Profesi & Profesionalisme*

### 1) *Profesi*

Profesi adalah kata serapan dari sebuah kata dalam bahasa Inggris “*Profess*”, yang bermakna Janji untuk memenuhi kewajiban melakukan suatu tugas khusus secara tetap/permanen. Profesi sendiri memiliki arti sebuah pekerjaan yang membutuhkan pelatihan dan penguasaan terhadap suatu pengetahuan dan keahlian khusus. Suatu profesi biasanya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses setrifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut.

Profesi adalah pekerjaan, namun tidak semua pekerjaan adalah profesi, karena profesi memiliki karakteristik sendiri yang membedakannya dari pekerjaan lainnya, berikut adalah karakteristik profesi secara umum:

- (1) Keterampilan yang berdasarkan pada pengetahuan teoritis: Profesional dapat diasumsikan mempunyai pengetahuan teoritis yang ekstensif dan memiliki keterampilan yang berdasarkan pada pengetahuan tersebut dan bisa diterapkan dalam praktik
- (2) Asosiasi profesional: Profesi biasanya memiliki badan yang diorganisasi oleh para anggotanya, yang dimaksudkan untuk meningkatkan status para anggotanya. Organisasi tersebut biasanya memiliki persyaratan khusus untuk menjadi anggotanya.
- (3) Pendidikan yang ekstensif: Profesi yang prestisius biasanya memerlukan pendidikan yang lama dalam jenjang pendidikan tinggi
- (4) Ujian kompetensi: Sebelum memasuki organisasi profesional, biasanya ada persyaratan untuk lulus dari suatu tes yang menguji terutama pengetahuan teoritis.

- (5) Pelatihan institusional: Selain ujian, juga biasanya dipersyaratkan untuk mengikuti pelatihan institusional dimana calon profesional mendapatkan pengalaman praktis sebelum menjadi anggota penuh organisasi. Peningkatan keterampilan melalui pengembangan profesional juga dipersyaratkan.
- (6) Lisensi : Profesi menetapkan syarat pendaftaran dan proses sertifikasi sehingga hanya mereka yang memiliki lisensi bisa dianggap bisa dipercaya.
- (7) Otonomi kerja : Profesional cenderung mengendalikan kerja dan pengetahuan teoretis mereka agar terhindar adanya intervensi dari luar.
- (8) Kode etik: Organisasi profesi biasanya memiliki kode etik bagi para anggotanya dan prosedur pendisiplinan bagi mereka yang melanggar aturan. Menurut UU No. 8 (Pokok-Pokok Kepegawaian), kode etik profesi adalah pedoman sikap, tingkah laku dan perbuatan dalam melaksanakan tugas dan dalam kehidupan sehari-hari.
- (9) Mengatur diri: Organisasi profesi harus bisa mengatur organisasinya sendiri tanpa campur tangan pemerintah. Profesional diatur oleh mereka yang lebih senior, praktisi yang dihormati, atau mereka yang berkualifikasi paling tinggi
- (10) Layanan publik dan altruisme: Diperolehnya penghasilan dari kerja profesinya dapat dipertahankan selama berkaitan dengan kebutuhan publik, seperti layanan dokter berkontribusi terhadap kesehatan masyarakat
- (11) Status dan imbalan yang tinggi: Profesi yang paling sukses akan meraih status yang tinggi, prestise, dan imbalan yang layak bagi para anggotanya. Hal tersebut bisa dianggap sebagai pengakuan terhadap layanan yang mereka berikan bagi masyarakat.

## 2) *Profesionalisme*

Dalam Kamus Kata-Kata Serapan Asing dalam Bahasa Indonesia, karangan J.S. Badudu (2003), definisi profesionalisme adalah mutu, kualitas, dan tindak tanduk yang merupakan ciri suatu profesi atau ciri orang yang profesional. Sementara kata profesional sendiri berarti: bersifat profesi, memiliki keahlian dan keterampilan karena pendidikan dan latihan, beroleh bayaran karena keahliannya itu.

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa profesionalisme memiliki dua kriteria pokok, yaitu keahlian dan pendapatan (bayaran). Kedua hal itu merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan. Artinya seseorang dapat dikatakan memiliki profesionalisme manakala memiliki dua hal pokok tersebut, yaitu keahlian (kompetensi) yang layak sesuai bidang tugasnya dan pendapatan yang layak sesuai kebutuhan hidupnya.

## 2. *Perencanaan Kesehatan berbasis POACE*

### 1) *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 yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta dan bukan berdasarkan emosi atau angan-angan saja.

Dalam upaya pemberantasan kesehatan baik itu yang sifatnya menular maupun tidak menular yang dilakukan oleh departemen kesehatan dalam suatu negara diperlukan sebuah pola kerja atau program kerja yang tersusun dengan baik. Untuk mendukung itu

semua maka diperlukan fungsi manajemen perencanaan agar tujuan yang dicapai terarah dengan baik, adapun perencanaan yang dapat disusun dalam program kesehatan untuk melakukan pemberantasan penyakit tidak menular yaitu;

- (1) Penyusunan perencanaan dalam lingkup tugas dibidang pencegahan dan penanggulangan penyakit;
- (2) Perencanaan kegiatan pengumpulan data bahan perumusan pencegahan dan pemberantasan penyakit bersumber pada binatang, penyakit menular langsung, penyakit menular tertentu dan penyakit tidak menular serta kejadian luar biasa penyakit dan wabah;
- (3) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi serta pelaporan kegiatan;
- (4) Pelaksanaan pengumpulan, pengolahan, penganalisisan data dan pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit bersumber pada binatang, penyakit menular langsung, penyakit menular tertentu dan penyakit tidak menular serta kejadian luar biasa penyakit dan wabah;
- (5) Pelaksanaan koordinasi dengan instansi/lembaga lainnya terkait pembinaan di tempat-tempat umum, lingkungan pemukiman, lingkungan kerja perusahaan, pengendalian vektor penyakit, pengawasan kualitas air bersih dan air minum;
- (6) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi serta pelaporan kegiatan.
- (7) Evaluasi pencapaian hasil kerja yang terdapat dalam tujuan utama program kerja.

Langkah yang sering digunakan dalam perencanaan program kesehatan adalah mengikuti prinsip lingkaran pemecahan masalah (*problem solving cycle*), secara umum tersusun sebagai berikut :

- (1) Melakukan Pengumpulan Data
- (2) Menetapkan Prioritas Masalah
- (3) Menyusun Alternatif Jalan Keluar
- (4) Memilih Prioritas Jalan Keluar
- (5) Menyusun Rencana Kerja Selengkapanya
- (6) Metode Penilaian dan Kriteria Keberhasilan

## 2) *Organizing*

Pengorganisasian dilakukan dengan tujuan membagi suatu kegiatan besar menjadi kegiatan yang lebih kecil. Pengorganisasian mempermudah manajer dalam melakukan pengawasan dan menentukan orang yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas yang telah dibagi-bagi tersebut. Pengorganisasian dapat dilakukan dengan cara menentukan tugas apa yang harus dikerjakan, siapa yang harus mengerjakannya, bagaimana tugas-tugas tersebut dikelompokkan, siapa yang bertanggungjawab atas tugas tersebut, pada tingkatan mana keputusan harus diambil.

Pengorganisasian yang dapat dilakukan dalam perencanaan program kesehatan ialah:

- (1) Bagaimana bentuk tindakan pemberantasan penyakit tidak menular yang akan dilakukan dan siapa yang akan melakukannya?
- (2) Mengordinir petugas kesehatan yang akan melakukan tahapan pemberantasan penyakit tidak menular dimasyarakat.

Untuk menjawab point pertama diatas maka tindakan pengorganisasian perencanaan program kesehatan itu berupa pelaksanaan tugas oleh bidang-bidang pemberantasan kesehatan tidak menular yang telah dibentuk sebelumnya oleh pemerintah terkait yang kemudian akan dilaksanakan oleh bidang-bidang tersebut misalnya Bidang Pencegahan, Pemberantasan Penyakit dan

Penyehatan Lingkungan terdiri dari:

(1) Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Seksi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit.

(2) Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi

Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan Pengamatan Penyakit dan Imunisasi.

(3) Seksi Penyehatan Lingkungan

Seksi Penyehatan Lingkungan mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan penyehatan lingkungan.

Dari ketiga contoh diatas merupakan bentuk pengorganisasian dari perencanaan program kesehatan dalam rangka pemberantasan penyakit tidak menular.

Kemudian poin kedua ialah cara untuk mengordinir petugas pemberantasan kesehatan dimasyarakat oleh petugas kesehatan ialah dengan memberdayakan semua potensi yang ada baik itu dari lingkup kesehatan sendiri maupun dari masyarakat sendiri.

3) *Actuating*

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

yang telah disusun. Kecuali memang ada hal-hal khusus sehingga perlu dilakukan penyesuaian. Setiap SDM harus bekerja sesuai dengan tugas, fungsi dan perannya masing-masing. Tidak boleh saling jejal untuk memperebutkan lahan basah misalnya.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan nasional yang diupayakan oleh pemerintah. Dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di tengah beban dan permasalahan kesehatan yang semakin pelik, dibutuhkan strategi jitu untuk menghadapinya. Dalam perencanaan program kesehatan untuk memberantas penyakit tidak menular dapat dilaksanakan strategi sebagai berikut yang dapat dijalankan oleh dinas kesehatan terkait:

- (1) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat. Sasaran utama strategi ini adalah seluruh desa menjadi desa siaga, seluruh masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat serta seluruh keluarga sadar gizi.
- (2) Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sasaran utama strategi ini adalah setiap orang miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu; setiap bayi, anak, dan kelompok masyarakat risiko tinggi terlindungi dari penyakit; di setiap desa tersedia SDM kesehatan yang kompeten; di setiap desa tersedia cukup obat esensial dan alat kesehatan dasar; setiap Puskesmas dan jaringannya dapat menjangkau dan dijangkau seluruh masyarakat di wilayah kerjanya; pelayanan kesehatan di setiap rumah sakit, Puskesmas dan jaringannya memenuhi standar mutu.
- (3) Meningkatkan sistem surveillans, monitoring dan informasi kesehatan. Sasaran utama dari strategi ini adalah : setiap kejadian penyakit dilaporkan secara cepat kepada desa/lurah untuk kemudian diteruskan ke instansi kesehatan terdekat; setiap

kejadian luar biasa (KLB) dan wabah penyakit tertanggulangi secara cepat dan tepat sehingga tidak menimbulkan dampak kesehatan masyarakat; semua ketersediaan farmasi, makanan dan perbekalan kesehatan memenuhi syarat; terkendalinya pencemaran lingkungan sesuai dengan standar kesehatan; dan berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence based* di seluruh Indonesia.

- (4) Meningkatkan pembiayaan kesehatan. Sasaran utama dari strategi ini adalah : pembangunan kesehatan memperoleh prioritas penganggaran pemerintah pusat dan daerah; anggaran kesehatan pemerintah diutamakan untuk upaya pencegahan dan promosi kesehatan; dan terciptanya sistem jaminan pembiayaan kesehatan terutama bagi rakyat miskin.

#### 4) *Controlling*

Hal-hal yang perlu dikontrol dalam program perencanaan kesehatan misalnya:

##### (1) Tenaga Kesehatan

Peranan dokter, dokter gigi, perawat dan bidan dalam upaya kesehatan yang menekankan penyembuhan penyakit adalah sangat penting. Pengelolaan upaya kesehatan dan pembinaan bangsa yang sehat memerlukan pendekatan *holistic* yang lebih luas, menyeluruh, dan dilakukan terhadap masyarakat secara kolektif dan tidak individual. Tenaga kesehatan harus mampu mengajak, memotivasi dan memberdayakan masyarakat, mampu melibatkan kerjasama lintas sektoral, mampu mengelola sistem pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif, mampu menjadi pemimpin, pelopor, pembinan dan teladan hidup sehat.

##### (2) Pemberdayaan Masyarakat

Dalam pembinaan dan pemberdayaan masyarakat yang sangat penting adalah bagaimana mengajak dan menggairahkan

masyarakat untuk dapat tertarik dan bertanggungjawab atas kesehatan mereka sendiri dengan memobilisasi sumber dana yang ada pada mereka.

(3) Kesehatan dan Komitmen Politik.

Masalah kesehatan pada dasarnya adalah masalah politik oleh karena itu untuk memecahkan masalah kesehatan diperlukan komitmen politik. Dewasa ini masih terasa adanya anggapan bahwa unsur kesehatan penduduk tidak banyak berperan terhadap pembangunan sosial ekonomi.

Para penentu kebijakan banyak beranggapan sektor kesehatan lebih merupakan sektor konsumtif ketimbang sektor produktif sebagai penyedia sumber daya manusia yang berkualitas, sehingga apabila ada kegoncangan dalam keadaan ekonomi negara alokasi terhadap sektor ini tidak akan meningkat.

## 5. *Evaluating*

Evaluasi program adalah sebuah kegiatan yang dilakukan untuk melihat lebih dekat dan seksama sebuah program. Hal ini melibatkan metode penelitian dan sifatnya lebih detail. Tujuan evaluasi ini adalah untuk melihat seberapa banyak perubahan yang dapat dilakukan program tersebut terhadap *outcomes* kesehatan secara luas, seperti prevalensi penggunaan alat kontrasepsi atau ratio kematian ibu dan bayi.

Kegiatan evaluasi biasanya meliputi pengukuran pada saat awal program dan akhir program dan jika memungkinkan mengontrol atau membandingkan antara kelompok yang satu dengan yang lain untuk membantu melihat seberapa besar perubahan dalam pencapaian *outcomes* sebagai hasil akhir dari kegiatan-kegiatan program kesehatan tersebut. Namun, tidak termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi lainnya dari luar program tersebut.

Mendesain sebuah evaluasi yang baik membutuhkan spesialisasi keterampilan teknis yang mungkin saja tidak dimiliki oleh program-program kesehatan. Jika dimungkinkan, seorang ahli evaluasi dapat membantu program tersebut. Berbeda dengan monitoring sebuah program yang dapat dilakukan oleh manager program. Evaluasi yang dapat dilakukan dalam hal ini ialah sebagai berikut:

Mengungkapkan rentangan isu yang luas dengan cara melakukan *survey* berbagai kelompok yang terlibat dalam satu program untuk menentukan kepercayaan itu sebagai isu yang relevan.

- (1) Mengurangi jumlah isu yang dapat diukur.
- (2) Membentuk dua tim evaluasi yang berlawanan dan memberikan kepada mereka kesempatan untuk berargumentasi.
- (3) Melakukan sebuah dengar pendapat yang formal. Tim evaluasi ini kemudian mengemukakan argument-argument dan bukti sebelum mengambil keputusan.



# BAB 4

---

Kualitas  
**SUMBER DAYA  
MANUSIA**

---



## 1. *Pengertian Sumber Daya Manusia*

Yang dibangun atau dikembangkan melalui proses pembangunan dari SDM itu dapat dipertanyakan, apakah dari SDM itu yang harus dibangun sehingga terwujud manusia seutuhnya atau manusia yang berbobot atau yang berkualitas sesuai dengan hakikat dan sasaran pembangunan nasional Indonesia. Yang perlu dibangun adalah daya yang berasal atau bersumber dari manusia itu ataukah manusia yang menghasilkan daya itu yang harus dibangun atau dikembangkan.

Menurut Hasibuan (2003:244) Sumber Daya Manusia adalah kemampuan terpadu dari daya pikir dan daya fisik yang dimiliki individu. Pelaku dan sifatnya dilakukan oleh keturunan dan lingkungannya, sedangkan prestasi kerjanya dimotivasi oleh keinginan untuk memenuhi kepuasannya. Sumber Daya Manusia atau *man power* disingkat SDM merupakan yang dimiliki setiap manusia. SDM terdiri dari daya pikir dan daya fisik setiap manusia. Tegasnya kemampuan setiap manusia ditentukan oleh daya pikir dan daya fisiknya. SDM atau manusia menjadi unsur utama dalam setiap aktivitas yang dilakukan. Peralatan yang handal atau canggih tanpa peran aktif SDM, tidak berarti apa-apa. Daya pikir adalah kecerdasan yang dibawa lahir (modal dasar) sedangkan kecakapan diperoleh dari usaha (belajar dan pelatihan). Kecerdasan tolok ukurnya *Intelligence Quotient (IQ)* dan *Emotion Quality (EQ)*.

Menurut Gouzali Syadam (2000:5) Sumber Daya Manusia (SDM) semula merupakan terjemahan dari *human resources*. Namun ada pula para ahli yang menyamakan SDM dengan *manpower* atau tenaga kerja, bahkan sebagian orang menyetarakan pengertian SDM dengan *personnel* (personalia, kepegawaian dan sebagainya).

Menurut Abdurrahmat Fathoni (2006:8) Sumber Daya Manusia merupakan modal dan kekayaan yang terpenting dari setiap kegiatan

manusia. Manusia sebagai unsur terpenting mutlak dianalisis dan dikembangkan dengan cara tersebut. Waktu, tenaga dan kemampuannya benar-benar dapat dimanfaatkan secara optimal bagi kepentingan organisasi, maupun bagi kepentingan individu.

Sebagai faktor pertama dan utama dalam proses pembangunan, SDM selalu menjadi subjek dan objek pembangunan. Proses administrasi pun sangat dipengaruhi oleh manajemen sumber daya manusia, dan ada empat macam klasifikasi sumber daya manusia sebagaimana dikemukakan oleh Ermaya (1996:2):

Manusia atau orang-orang yang mempunyai kewenangan untuk menempatkan, mengendalikan dan mengarahkan pencapaian tujuan yang disebut administrator. Manusia atau orang-orang yang mengendalikan dan memimpin usaha agar proses pencapaian tujuan yang dilaksanakan bisa tercapai sesuai rencana disebut manajer. Manusia atau orang-orang yang mempengaruhi syarat tertentu, diangkat langsung melaksanakan pekerjaan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing atau jabatan yang dipegangnya.

Menurut Veithzal Rivai (2003:6), Sumber Daya Manusia adalah seorang yang siap, mau dan mampu memberi sumbangan usaha pencapaian tujuan organisasi. Selain itu sumber daya manusia merupakan salah satu unsur masukan (input) yang bersama unsur lainnya seperti modal, bahan, mesin dan metode/teknologi diubah menjadi proses manajemen menjadi keluaran (output) berupa barang atau jasa dalam usaha mencapai tujuan perusahaan.

Menurut Sonny Sumarsono (2003:4), Sumber Daya Manusia atau *human resources* mengandung dua pengertian. Pertama, SDM mengandung pengertian usaha kerja atau jasa yang dapat diberikan dalam proses produksi. Dalam hal lain SDM mencerminkan kualitas usaha yang diberikan oleh seseorang dalam waktu tertentu untuk

menghasilkan barang dan jasa. Pengertian kedua, SDM menyangkut manusia yang mampu bekerja untuk memberikan jasa atau usaha kerja tersebut. Mampu bekerja berarti mampu melakukan kegiatan yang mempunyai kegiatan ekonomis, yaitu bahwa kegiatan tersebut menghasilkan barang atau jasa untuk memenuhi kebutuhan atau masyarakat.

Menurut M.T.E. Hariandja (2002:2) Sumber Daya Manusia merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam suatu perusahaan disamping faktor yang lain seperti modal. Oleh karena itu SDM harus dikelola dengan baik untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi organisasi, sebagai salah satu fungsi dalam perusahaan yang dikenal dengan manajemen sumber daya manusia.

Menurut Tadjuddin Noer Effendi (1995:3), Sumber Daya Manusia menyangkut dimensi, jumlah karakteristik (kualitas), dan persebaran (penduduk). Meskipun upaya untuk menyatukan pengertian pengembangan sumber daya manusia telah banyak dilakukan oleh para pakar, ada beberapa pendapat yang berbeda mengenai pengertian pengembangan sumber daya manusia. Tidak tertutup kemungkinan ketidaksamaan pengertian pengembangan sumber daya muncul sebagai akibat setiap negara mempunyai pengertian yang disesuaikan dengan kondisi dan kepentingan masing-masing negara. Berikut ini dibahas beberapa pengertian pengembangan sumber daya manusia menurut Bank Dunia (1990). Pengertian pengembangan sumber daya manusia mirip dengan pengembangan manusia (*human development*). Dengan demikian, pengembangan sumber daya manusia adalah upaya pengembangan manusia yang menyangkut pengembangan aktivitas dalam bidang pendidikan dan latihan, kesehatan, gizi, penurunan fertilitas, peningkatan kemampuan penelitian, dan pengembangan teknologi.

Menurut B. Silalahi dan R.B. Silalahi (1995:74), manusia adalah makhluk yang ingin berperan atau berfungsi. Sejak bayi, seseorang senantiasa mengadakan gerakan-gerakan fungsional seperti menangis jika lapar atau kurang nyaman, merangkak menuju suatu tempat, dan seterusnya berkembang menurut perkembangan fisiologi, mental, bahkan spiritual. Manusia mempunyai kemampuan dasar yang menggerakannya ke arah mencapai sasaran dan hasil. Sayang sekali gerakan-gerakan atau fungsi ini tidak selalu sempurna karena pengetahuan, keterampilan, atau sikap terhadap fungsi dan pengenalan sasaran yang akan dicapai masih kurang tepat. Setiap sasaran yang dicapai dengan berhasil jika: 1) Identitas sasaran kerja dikenal secara jelas; 2) Modus tindakan atau karya yang paling tepat dapat digerakkan dengan mudah.

Dua langkah diatas dapat disimpulkan sebagai berikut: potensi seseorang yang berbentuk “usaha” dapat dikerahkan dalam bentuk gerak atau “karya” untuk mencapai tepat dan kepuasan. Unsur-unsur tersebut (usaha, karya, dan kepuasan) merupakan titik tolak pembinaan karyawan yang cekatan, teliti, dan selamat. Teori mengatakan sumber daya setiap karyawan harus dikembangkan dan dibina secara terus menerus guna mencapai sasaran dan hasil kerja yang ditetapkan.

Jika kita bicarakan mengenai pembinaan sumber daya manusia mau tidak mau harus diterima bahwa manusia mempunyai potensi yang tidak terhingga, dan bahwa pendidikan formal yang tradisional hanya mampu mengembangkan di bawah 15 persen dari potensi ini. Jika kita mampu mengarahkan potensi otak kita hingga 50 persen dari kapasitas yang tersedia, dengan mudah kita dapat menguasai 40 bahasa, menghafal ensiklopedia yang setebal *Encyclopedia Americana*, dan dapat memenuhi persyaratan kurang lebih 12 gelar kesarjanaaan. Betapa besarnya potensi manusia itu.

Menurut Agus Sunyoto (2008:2), mengapa kita harus mempelajari manusia sebagai sumber daya? Karena manusia memegang peran yang sangat penting dalam keberhasilan suatu usaha. Dalam organisasi usaha yang besar, modal yang besar, teknologi yang canggih, sumber daya alam yang berlimpah tidak mungkin dapat dieksploitasi tanpa sumber daya yang diperlukan, yang memadai, yang mempunyai kemampuan dan kompetensi untuk memanfaatkan sumber daya lingkungan. Manusia harus terpuaskan keinginannya atau aspirasinya sehingga ia dapat mencurahkan perhatiannya kepada tanggung jawab yang diembannya, tugas yang dilakukannya. Tanpa kesungguhan karyawan dalam melakukan tugas mereka, banyak contoh-contoh yang kita dapat ambil, organisasi usaha tempat mereka bekerja bisa merugi, dan bangkrut.

Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM) menurut Mathis dan Jackson (2006:3) adalah rancangan sistem-sistem formal dalam sebuah organisasi untuk memastikan penggunaan bakat manusia secara efektif dan efisien guna mencapai tujuan organisasi. Manajemen Sumber Daya Manusia menurut Fisher et.al (1993:5) mendefinisikan :

*Human Resources Management (HRM) involves all management decisions and practices that directly affect or influence the people, or human resources who work for the organization.* (MSDM melibatkan semua keputusan dan praktek manajemen yang berdampak langsung atau berpengaruh ke semua orang, atau sumber daya manusia yang bekerja bagi organisasi).

Manajemen Sumber Daya Manusia menurut Gary Dessler (1997:2) adalah kebijakan dari praktik yang dibutuhkan seseorang untuk menjalankan aspek “orang” atau SDM dari posisi seorang manajemen, meliputi perekrutan, penyaringan, pelatihan, pengimbangan dan penilaian.

Sedangkan Manajemen Sumber Daya Manusia menurut Hasibuan (2003:10), adalah ilmu dan seni mengatur hubungan dan peranan tenaga kerja agar efektif dan efisien membantu terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan dan masyarakat. Manajemen Sumber Daya Manusia adalah bidang manajemen yang khusus mempelajari hubungan dan peranan manajemen manusia dalam organisasi perusahaan. Unsur MSDM adalah manusia yang merupakan tenaga kerja pada perusahaan. Dengan semikian, fokus yang dipelajari MSDM ini hanyalah masalah yang berhubungan dengan tenaga kerja manusia saja.

Menurut Gouzali Saydam (2000:4), Manajemen Sumber Daya Manusia terdiri dari dua kata yaitu : manajemen dan sumber daya manusia. Manajemen berasal dari kata *to manage* yang berarti mengelola, menata, mengurus, mengatur atau mengendalikannya. Dengan demikian manajemen pada dasarnya dapat diterjemahkan menjadi pengelolaan, penataan, pengurusan, pengaturan atau pengendalian. Sedangkan sumber daya manusia semula merupakan terjemahan dari *human resources*. Namun ada pula para ahli yang menyamakan SDM dengan *manpower* atau tenaga kerja, bahkan sebagian orang menyetarakan pengertian SDM dengan *personnel* (personalia, kepegawaian dan sebagainya).

Menurut Veithzal Rivai (2003:1), Manajemen Sumber Daya Manusia merupakan salah satu bidang dari manajemen umum yang meliputi segi-segi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian. Proses ini terdapat dalam fungsi atau bidang produksi, pemasaran, keuangan, maupun kepegawaian. Karena sumber daya manusia dianggap semakin penting perannya dalam pencapaian tujuan perusahaan, maka berbagai pengalaman dan hasil penelitian dalam bidang SDM dikumpulkan secara sistematis dalam apa yang disebut manajemen sumber daya manusia. Istilah “manajemen” mempunyai

arti sebagai kumpulan pengetahuan tentang bagaimana seharusnya memmanage (mengelola) sumber daya manusia.

Dalam usaha pencapaian tujuan perusahaan, permasalahan yang dihadapi manajemen bukan hanya terdapat pada bahan mentah, alat-alat meja, mesin-mesin produksi, uang dan lingkungan saja, tetapi juga menyangkut karyawan (sumber daya manusia) yang mengelola faktor-faktor produksi lainnya tersebut. Namun, perlu diingat bahwa sumber daya manusia sendiri sebagai faktor produksi, seperti halnya faktor produksi lainnya, merupakan masukan (*output*). Karyawan baru yang belum mempunyai keterampilan dan keahlian, sehingga menjadi karyawan yang terampil dan ahli. Apabila dilatih lebih lanjut serta diberikan pengalaman dan motivasi, dia akan menjadi karyawan yang matang. Pengolahan manusia inilah yang disebut MSDM.

Menurut Veithzal Rivai. (2003:17) Manajemen Sumber Daya Manusia merupakan sistem yang terdiri dari banyak aktivitas interdependen (saling terkait satu sama lain). Aktivitas ini tidak berlangsung menurut isolasi, yang jelas setiap aktivitas mempengaruhi SDM lain. Misalnya kebutuhan buruk menyangkut kebutuhan staffing bisa menyebabkan persoalan ketenagakerjaan, penempatan, kepatuhan sosial, hubungan serikat buruh, manajemen kompensasi.

Menurut Anwar Prabu Mangkunegara (2001:4) Manajemen Sumber Daya Manusia merupakan suatu perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, pelaksanaan, dan pengawasan terhadap pengadaan, pengembangan, pemberian balas jasa, pengintegrasian, pemeliharaan, dan pemisahan tenaga kerja dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Manajemen Sumber Daya Manusia dapat didefinisikan pula sebagai suatu pengelolaan dan pendayagunaan sumber daya yang ada pada individu (pegawai). Pengelolaan dan pendayagunaan tersebut dikembangkan secara

maksimal di dalam dunia kerja untuk mencapai tujuan organisasi dan pengembangan individu pegawai.

Menurut Buchari Zainun (2004:13) dari segi bahasa, kepegawaian mempunyai asal kata pegawai yang diberi awalan “ke” dan akhiran “an” sehingga mengubah arti kata asalnya tadi. Pegawai adalah kata benda berupa orang-orang atau sekelompok orang yang mempunyai status tertentu karena pekerjaannya.

## ***2. Pengukuran Kualitas Sumber Daya Manusia***

Karyawan bagian/unit SDM pada umumnya seringkali bekerja dalam pola terpisah dan tersendiri. Orang yang mengelola perekrutan fokus pada menyediakan karyawan baru yang berkualitas. Grup maupun tim kompensasi berupaya memberikan keadilan dalam salary dan benefit untuk karyawan. Tim pelatihan & pengembangan berusaha melatih ketrampilan dan pengetahuan baru untuk semua karyawan. Sasaran yang dicapai adalah keberhasilan individu masing-masing. Tentu saja hal ini tidak efisien, karena tidak menyentuh maupun mencapai kinerja organisasi yang optimal. Sebab, setiap unit sebenarnya merupakan bagian dari unit lebih besar sehingga sasaran yang dicapai harusnya mendukung sasaran yang lebih besar yakni keseluruhan tim.

Perubahan yang paling signifikan dalam manajemen SDM selama 40 tahun di dunia bisnis adalah kolaborasi (bahkan dengan kompetitor sekalipun). Berupaya berjalan sendirian dalam suasana pasar industri saat ini adalah tidak mungkin. Hal yang sama juga terjadi pada SDM. Dengan adanya pemahaman yang lebih luas terhadap tujuan SDM di perusahaan, setiap fungsi di dalam SDM dapat mengembangkan kontribusinya secara maksimal dalam sasaran unit/departemen maupun tujuan umum perusahaan.

Karena itu, perlu adanya perubahan visi dalam bagian SDM itu sendiri. Ini dilakukan agar para staff SDM lebih fokus dalam bekerja, dengan memperhatikan tujuan yang lebih besar. Visi adalah fondasi esensial dalam membentuk arahan baru dari setiap fungsi organisasi, termasuk fungsi SDM. Dengan demikian visi SDM hendaknya memiliki karakter sebagai berikut:

- 1) Bagian SDM hadir di dalam organisasi karena ia menambahkan nilai yang nyata untuk perusahaan. SDM harus mampu memberikan jasa yang diperlukan perusahaan dengan biaya kompetitif.
- 2) Tanggung jawab bagian SDM adalah mengembangkan produktivitas dan efektivitas organisasi dari segi manusia, bakat (*talent*) dan *human capital*.
- 3) Bagian SDM seharusnya melibatkan isu sumber daya manusia dalam setiap aktifitas manajemen organisasi
- 4) Bagian SDM adalah fungsi yang diisi oleh para profesional yang berdedikasi dalam pengembangan manusia dengan tujuan meningkatkan keterlibatan individu-individu di dalam organisasi baik dari segi komitmen maupun kompetensi dan juga memberikan manfaat untuk organisasi secara optimal.

Salah satu hal terpenting untuk mengetahui peran dan fungsi SDM adalah adanya pengukuran kinerja SDM itu sendiri. Tidak diragukan bahwa pengukuran kinerja dibutuhkan untuk semua orang yang memilih untuk memiliki peran dalam organisasinya. Para pakar manajemen setuju bahwa pengukuran kuantitatif diperlukan dalam SDM. Data kuantitatif adalah bagian dari setiap kegiatan operasional organisasi.

Sistem pengukuran SDM ini tentunya memberikan kerangka referensi yang membantu manajemen untuk memenuhi sejumlah

tanggung jawab terutama yang terkait SDM antara lain :

- 1) *Mengkomunikasikan harapan tentang kinerja*: Diskusi tentang sasaran kerja dalam definisi kuantitatif mengurangi ambiguitas. Saat sasaran dibuat berdasarkan aspek biaya, waktu, kualitas, kuantitas, dan kepuasan customer, orang-orang SDM memahami apa yang diharapkan dari dirinya.
- 2) *Melibat, merasakan, dan memahami suatu dampak atau outcomes*. Sistem pengukuran SDM meliputi, memotivasi, dan menguasai kreativitas. Umumnya, para staf berespon terhadap sasaran yang telah dibuat dan mencari jalan yang kreatif untuk mencapainya. Data dari sistem membuat para staf jelas tentang *outcome* apa dan seberapa besar yang telah diperoleh.
- 3) *Membandingkan dengan standar dan/atau benchmark* yang ada: data dapat mengindikasikan posisi relatif perusahaan atau departemen bila dibandingkan dengan sasaran internal organisasi dan kompetitor eksternal.
- 4) *Mengidentifikasi gap atau selisib kinerja*: bisa diketahui pada bagian mana perlu membuat pengembangan dan seberapa jauh tertinggal atau lebih maju dari goal yang kita miliki. Juga dapat belajar seberapa cepat pergerakan bila dibandingkan dengan pertumbuhan industri sejenis.
- 5) *Mendukung keputusan alokasi sumber daya*. Data dapat menunjukkan tugas yang memiliki prioritas lebih tinggi atau lebih rendah untuk para staf. Alokasi sumber daya dapat diberikan pada isu yang paling penting dan pada area yang memberikan pengembalian investasi (*return of investment*) terbaik.
- 6) *Memberikan pengakuan dan penghargaan pada kinerja*: karyawan dengan kinerja di atas rata-rata seringkali demotivasi dengan sasaran yang bersifat kualitatif. Bukti kuantitatif pada kinerja

memberikan perusahaan kesempatan untuk menunjukkan apresiasi terhadap pekerjaan yang luar biasa.

Setiap pemimpin organisasi seperti perusahaan, entah setiap tahun atau semester atau bahkan tiap bulan, cenderung selalu ingin mengetahui tingkat kemajuan perusahaannya. Kemajuan itu dilihat dari berbagai segi yang disebut Indikator Kinerja Utama (IKU) atau *Key Performance Indicators (KPI)*. IKU bisa berupa ukuran finansial dan non-finansial. Kalau ukuran finansial kita mengenal apa yang disebut dengan *total balanced scorecard (BSC)*.

Dengan BSC memungkinkan perusahaan untuk mengaitkan strategi perusahaan dengan proses dan outputnya dengan menggunakan IKU. BSC dapat digunakan untuk memantau pencapaian strategi perusahaan tersebut dilihat dari perspektif finansial, pelanggan, prospek bisnis internal, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Sementara dalam ukuran non-finansial dikenal ada yang disebut *Personal Balanced Scorecard (PBSC)*; Hubert K.Rampersad; PPM, 2006). Teknik ini merupakan bagian integral dari BSC. Contoh penggunaan teknik ini adalah bagaimana perubahan perilaku individu berpengaruh pada efektivitas organisasi, peningkatan kinerja, dan peningkatan kesadaran diri.

IKU akan berbeda bergantung pada jenis, sifat, tujuan dan strategi dari organisasi. Keberhasilan lembaga pendidikan tinggi dapat diukur antara lain dari jumlah yang lulus, indeks prestasi akademik, dan berapa lulusan yang dapat diserap pasar kerja. Begitu pula dapat dilihat dari jumlah hasil penelitian yang sudah berupa paten, dan berapa jurnal pertahunnya, tingkat akreditasi nasional, dan peringkat perguruan tinggi kelas dunia. Sementara di dunia bisnis dapat dilihat antara lain dari perkembangan kinerja karyawan, produksi, omzet penjualan, dan keuntungan persatuan waktu.

Ada kata kunci untuk mengidentifikasi IKU yakni memiliki proses bisnis; tujuan yang jelas dari proses bisnis; ada ukuran kuantitatif dan kualitatif dari hasil dan dibandingkan dengan tujuan; investigasi unsur-unsur yang mempengaruhi tujuan. Dalam mengidentifikasi IKU maka tujuan yang ingin dicapai harus memiliki ciri-ciri spesifik, terukur, dapat dicapai, orientasi hasil atau relevan, dan ada batasan waktu. Seperti halnya IKU pada umumnya, untuk ukuran kinerja sumberdaya manusia (SDM) juga memiliki empat kategori yaitu:

- 1) indikator kuantitatif yang mengindikasikan jumlah atau angka contohnya berupa angka tingkat keluar masuk karyawan; dan produktivitas karyawan.
- 2) indikator praktis yang mengindikasi proses yang sedang berjalan; contohnya berupa nilai investasi sumberdaya manusia dan jumlah hari pelatihan bagi karyawan.
- 3) indikator sinyal yang secara spesifik menunjukkan gambaran apakah perusahaan sedang maju atau sebaliknya; contohnya besarnya pertumbuhan produktivitas karyawan pertahun selama lima tahun terakhir.
- 4) indikator yang menunjukkan efek suatu kendali perusahaan terhadap perubahan; contohnya pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan, sikap, dan ketrampilan karyawan; pengaruh peningkatan motivasi terhadap kinerja karyawan dan pengaruh teknologi terhadap produktivitas karyawan.

IKU juga dapat digolongkan menjadi tiga indikator yakni:

- 1) indikator absolut, contohnya produktifitas karyawan dan *revenue* perusahaan per karyawan dalam waktu tertentu.
- 2) indikator relatif, contohnya persentase karyawan bermotivasi tinggi, persentase karyawan berpendidikan tinggi, dan persentase biaya pelatihan terhadap *revenue* perusahaan.

- 3) indikator tertimbang, contohnya produktifitas karyawan berdasarkan unsur kontrol pada periode dan kondisi inflasi tertentu.

IKU banyak digunakan untuk membantu perusahaan mengetahui tingkat perkembangan dan merumuskan langkah-langkah pelaksanaan kegiatan di masa depan. Sebagai ukuran penting yang terukur, IKU bisa dipakai dalam membuat arah tujuan, bisa digunakan untuk patok duga IKU, menentukan target dan kerangka waktu. Dalam prakteknya mengukur IKU sering menghadapi kesulitan terutama yang berkaitan dengan segala sesuatu yang bersifat *intangible* (tak berwujud). Misalnya manfaat dari pengembangan kepemimpinan, manfaat karyawan bermoral, produk jasa, dan tingkat kepuasan. Namun dengan pendekatan atau pengukuran dari data ordinal atau pendekatan persepsi, misalnya dengan menerapkan skala likert, dapat diperoleh IKU. Misalnya karyawan dapat dikelompokkan sesuai dengan angka selang skor; tingkat motivasi sangat rendah sampai sangat tinggi.

Beberapa perusahaan mungkin akan mengalami masalah yaitu enggan menggunakan teknik IKU karena pelaksanaannya tidak mudah. Misalnya karena kurangnya para ahli dalam mengukur kinerja; kesulitan mengukur perubahan kepuasan kerja karyawan yang cenderung fluktuatif dan bisa jadi sangat mahal. Selain itu IKU memiliki keterbatasan yakni tidak mudah selalu diubah kalau IKU menjadi patokan untuk menganalisis secara *time series*. Padahal kondisi eksternal tidak selalu memiliki kepastian yang stabil. Biasanya IKU dipakai untuk pertimbangan jangka panjang. Perubahan indikator kinerja bisa jadi karena berubahnya tujuan perusahaan.

Penggunaan IKU dikatakan "bagus", apapun indikator yang digunakan itu haruslah mencerminkan tujuan dari perusahaan dan sebagai kunci keberhasilan serta harus terukur. Mengukur kinerja

suatu perusahaan untuk menentukan secara obyektif apa yang sedang dikerjakan dan mana yang tidak. IKU merupakan suatu perhitungan yang mempertimbangkan hal-hal pokok untuk mengetahui kesehatan organisasi. Dengan IKU, perusahaan didorong untuk memantau apa yang sedang dikerjakan dan mengembangkan target untuk mencapai perbaikan. Selain itu dapat digunakan untuk membangun garis dasar kinerja, patok duga, dan mencatat perubahan kemajuan perusahaan dari waktu ke waktu.

### ***3. Tantangan dalam Pengelolaan Kualitas***

Globalisasi memberikan implikasi terbukanya peluang bagi para manajemen dalam berbagai bidang untuk memberikan solusi alternatif kepada pengguna untuk memperoleh kualitas layanan unggul. Hal ini memberikan tantangan bagi suatu organisasi perusahaan untuk menghasilkan kualitas layanan prima.

Organisasi dengan subsistem manusianya merupakan kesatuan sistem yang bertujuan mencapai berbagai sasaran yang telah ditetapkan organisasi. Pendekatan untuk meningkatkan daya saing melalui peningkatan produktivitas personil dalam era kompetisi yang semakin meningkat telah menjadi salah satu upaya kunci keberhasilan organisasi. Kenyataan telah menunjukkan semakin banyak organisasi yang bergantung pada para karyawan yang inovatif, kreatif, dan terampil.

Sementara lingkungan bisnis yang telah berubah menuntut adanya pandangan jauh ke depan searah jalannya organisasi agar tetap stabil dan sigap mengatasi perubahan-perubahan. Dengan demikian, organisasi perlu memiliki pemimpin yang visioner yang mampu melihat ke depan, memprediksi perubahan yang akan terjadi, melakukan penyesuaian dalam organisasi, dan menjembatani tuntutan

bisnis sekaligus menjadi katalisator pengembangan SDM. Pusat pengembangan potensi SDM mengambil peran untuk memetakan profil kompetensi SDM yang dimiliki organisasi saat ini berdasarkan kriteria-kriteria yang dibutuhkan untuk masa datang.

Organisasi harus mencari jalan untuk mengurangi hambatan-hambatan. Pertama, organisasi harus belajar keanekaragaman dari budaya dan nilai-nilai anggotanya. Kedua, organisasi harus mengembangkan budaya organisasi sendiri melalui komunikasi yang baik dengan anggotanya. Untuk mendukung usaha mengembangkan budaya organisasi, harus ada perubahan pada kebijakan SDM.

### 1) *Faktor Eksternal Organisasi*

Faktor lingkungan atau keadaan yang bersumber dari luar organisasi yang dapat menghambat usaha peningkatan fungsi SDM yang mendukung tercapainya tujuan organisasi. Faktor tersebut adalah angkatan kerja, peraturan/hukum perundang-undangan, persaingan, konsumen, serta perubahan teknologi, ekonomi, dan masyarakat.

#### (1) *Angkatan Kerja*

Angkatan Kerja merupakan kelompok individu dari luar yang menjadi pekerja dalam organisasi. Kemampuan dari tenaga kerja organisasi menentukan seberapa besar dapat meraih misinya. Sejak tenaga kerja baru dipekerjakan dari luar organisasi, angkatan kerja dipertimbangkan sebagai faktor lingkungan eksternal. Angkatan kerja selalu berubah dan pergantian ini menimbulkan perubahan angkatan kerja dalam organisasi. Perubahan ini meliputi ras, jenis kelamin/gender, usia, nilai, dan norma budaya.

## (2) *Legal Consideration*

Masalah signifikan lain yang mempengaruhi SDM berhubungan dengan undang-undang lokal dan Negara bagian adalah tentang peluang kerja yang sama (*equal employment opportunity*).

Untuk menghindari masalah ras, warna kulit, agama, jenis kelamin atau negeri asal maka dibentuk suatu badan/komisi untuk menangani masalah tersebut. *Equal Employment Opportunity Commission* merupakan komisi yang diberi kuasa untuk menyelidiki keluhan-keluhan diskriminasi pekerjaan dan menggugat atas nama pihak yang mengeluh. Masalah hukum, keputusan pengadilan dan tindakan afirmatif berakibat pada aktivitas SDM.

## (3) *Persaingan*

Untuk menaikkan pangsa pasar, sebuah organisasi harus mengandalkan pada satu dari dua peluang yang terbuka, yaitu:

- a. Organisasi itu harus mendapatkan lebih banyak pelanggan, baik dengan mengumpulkan pangsa pasar yang lebih besar maupun dengan menemukan cara peningkatan ukuran pasar itu sendiri.
- b. Organisasi itu harus mengalahkan pesaing dalam memasuki dan memenangkan pasar yang sedang berkembang.
- c. Cara manapun yang digunakan organisasi harus menganalisis pesaing dalam menetapkan strategi pemasaran yang terarah dalam rangka member kepuasan yang lebih besar kepada pelanggan.

#### (4) *Konsumen*

Konsumen menukarkan sumber daya yang pada umumnya berbentuk uang dengan produk dan jasa organisasi. Konsumen bisa terdiri dari lembaga seperti sekolah, rumah sakit, atau kantor pemerintah, atau organisasi lain seperti kontraktor, distributor, pabrik atau individual. Taktik menjual bervariasi menurut pelanggan dan situasi pasar. Biasanya dilakukan analisis pelanggan potensial dan kondisi pasar serta menentukan kampanye pemasaran berdasar analisis tersebut.

Konsumen merupakan suatu hal yang tidak pasti bagi organisasi. Selera dan cita rasa pelanggan dapat berubah. Setiap saat perubahan konsumen dapat menjadi puas atau tidak puas dengan jasa atau produk organisasi. Dengan demikian, organisasi harus dapat mengenali perubahan selera atau kebutuhan konsumen.

Semakin lama secara umum, ada kecenderungan konsumen menjadi semakin kuat posisi relatifnya terhadap organisasi. Hal ini disebabkan tingkat pendidikan masyarakat semakin maju sehingga konsumen semakin mengetahui hak-haknya. Organisasi yang ingin berkembang dan mendapatkan keunggulan kompetitif harus dapat memberikan produk berupa barang atau jasa yang berkualitas dengan harga yang bersaing, pengantaran barang lebih cepat, dan layanan yang baik pada para pelanggan. Untuk memenuhi kepuasan pelanggan pada industri jasa, kualitas layanan sangat penting dikelola. Kualitas layanan merupakan suatu bentuk penilaian konsumen terhadap tingkat layanan yang dipersepsi dengan tingkat pelayanan yang diharapkan.

(5) *Teknologi*

Teknologi adalah pengetahuan, peralatan, dan teknik yang digunakan untuk mengubah bentuk masukan (bahan baku, informasi, dsb) menjadi keluaran (produk dan jasa). Perubahan teknologi dapat membantu organisasi untuk menyediakan produk yang lebih baik atau menghasilkan produk secara efisien.

Teknologi akan mempengaruhi manajemen personalia karena teknologi mampu mengubah pekerjaan dan keterampilan yang dibutuhkan organisasi untuk memproduksi barang atau jasa. Otomatisasi adalah cara lain dimana teknologi mempengaruhi bidang manajemen personalia. Pengenalan komputer ke bank mengubah kebutuhan tenaga kerja. Sebelum ada komputer, personalia merekrut sejumlah besar karyawan tanpa keterampilan dan yang memiliki sedikit keterampilan.

Namun, komputer memerlukan *programmer* dan *analisis system* dengan keterampilan tinggi. Selain itu, diperlukan karyawan yang memiliki keterampilan untuk memproses informasi dengan komputer. Oleh karena itu, departemen SDM dari bank secara dramatis mengubah program rekrutmen dan pelatihan mereka.

(6) *Politik*

Variabel unsur politik termasuk UU, peraturan, dan keputusan pemerintah yang memimpin dan mengatur segala perilaku usaha.

Banyak peraturan dan perundang-undangan yang mempengaruhi organisasi dihasilkan melalui proses politik. Peran pemerintah dalam mempengaruhi kegiatan organisasi

dapat dilihat dari pembicaraan pemerintah sebagai lingkungan eksternal. Politik internasional akan berpengaruh pula pada kegiatan suatu organisasi. Oleh karena itu perubahan-perubahan politik harus diperhatikan oleh manajemen. Aspek politik ini berpengaruh pula pada dimensi komunitas kaum imigran urban terhadap calon senat unggulan yang dulunya bukan berasal dari daerah pemilihan yang kuat. Namun dengan adanya gelombang imigran pendatang ini, para calon senat mulai mengalihkan konsentrasi mereka pada daerah-daerah urban yang memiliki suara potensial bagi pemilihan suaranya.

#### (7) *Ekonomi*

Kondisi ekonomi secara umum sangat menentukan keberhasilan organisasi. Upah, harga yang ditetapkan oleh pemasok dan pesaing, serta kebijakan fiskal pemerintah akan mempengaruhi biaya produksi barang dan penawaran jasa serta kondisi pasar tempat kita menjual. Indikator ekonomi umum mengukur pendapatan dan produk nasional, tabungan, investasi, harga, upah, produktivitas, lapangan kerja, aktivitas pemerintah, pengangguran, kebijakan moneter, lalu lintas devisa, suku bunga, lembaga keuangan bank dan nonbank, serta inflasi dan transaksi internasional.

Semua faktor ini bervariasi sepanjang waktu merupakan tugas dari sumber daya organisasi untuk membuat ramalan ekonomi dan mengantisipasi perubahan.

Persaingan global semakin meningkat membuat Negara berkembang menargetkan pasar khusus. Persaingan ini menuntut semua organisasi untuk lebih produktif. Robot dan kemajuan teknologi lainnya membantu meningkatkan

produktivitas. Namun pada akhirnya robot dirancang, dipasang, diprogram, dan dirawat oleh manusia untuk memenuhi tekanan ekonomi yang diakibatkan oleh persaingan yang meningkat. Para professional SDM perlu menemukan cara yang lebih inovatif untuk membantu manajer meningkatkan produktivitas melalui SDM.

### (8) *Demografi*

Demografi tenaga kerja menggambarkan komposisi berikut: tingkat pendidikan, usia, suku, jenis kelamin, persentase populasi yang berpartisipasi dalam tenaga kerja, dan karakteristik lainnya. Perubahan dalam demografi tenaga kerja biasanya diketahui lebih dahulu, terjadi secara perlahan, dan diikuti dengan baik. Misalnya peningkatan tingkat pendidikan penduduk adalah kecenderungan yang bergerak perlahan. Beberapa perusahaan seperti General Motor menganggap demografi begitu penting sehingga mereka mempekerjakan demographer mereka sendiri. Meskipun bergerak perlahan, kecendrungan ini dapat berpengaruh penting pada aktivitas sumber daya lama.

Selama tahun 1970-an misalnya, perkembangan tenaga kerja di Amerika berasal dari wanita yang mencari kerja. Mayoritas perkembangan tenaga kerja secara historis berasal dari pria. Nilai dan hukum yang berubah telah menyebabkan tingkat partisipasi yang lebih besar oleh wanita dalam pasar kerja. Nilai budaya lama bahwa “Pria bekerja dan wanita menunggu di rumah” telah mengalami modifikasi radikal.

### 2) *Faktor Internal Organisasi*

Faktor lingkungan atau keadaan yang bersumber dari dalam organisasi sendiri yang dapat menghambat usaha peningkatan

fungsi SDM untuk mendukung tercapainya tujuan organisasi. Faktor tersebut antara lain misi, kebijakan, budaya organisasi, serikat pekerja, dan pemegang saham.

Adapun variable internal dapat dijelaskan sbb :

### (1) *Misi*

Sesuatu yang menyangkut keberadaan organisasi. Di dalam masyarakat, setiap entitas mempunyai peranan sendiri. Peranan tersebut akan menentukan misi atau maksud keberadaan mereka dalam masyarakat tersebut.

Jika mereka tidak mempunyai misi atau maksud keberadaan mereka maka entitas tersebut tidak akan mempunyai eksistensi. Misi entitas bisnis biasanya memproduksi atau mendistribusikan barang/jasa ekonomis. Misi keberadaan departemen SDM akan individu yang memiliki nilai potensial dan kompetitif. Dengan demikian, adanya misi yang jelas dan terarah akan membawa riset SDM pada fokus strategis yaitu memenuhi kebutuhan penawaran dan permintaan barang yang sebenarnya dari organisasi.

### (2) *Kebijakan*

Kebijakan juga merupakan rencana karena merupakan pernyataan atau pemahaman umum yang membantu mengarahkan pengambilan keputusan. Seringkali kebijakan merupakan pernyataan tidak tertulis. Kebijakan membatasi pengambilan keputusan dalam wilayah tertentu dan memastikan agar keputusan tersebut konsisten dan mengarah pada tujuan organisasi. Kebijakan memberi ruang inisiatif dalam pengambilan keputusan. Kebijakan dapat ditemui pada jenjang yang palng bawah sampai atas.

Kebijakan juga dapat ditemui pada departemen organisasi, seperti pemasaran atau keuangan. Membuat kebijakan yang konsisten dengan tujuan organisasi bukan merupakan pekerjaan

mudah. Ada beberapa alasan. Pertama, beberapa kebijakan tidak tertulis. Kedua, inisiatif otonomi dalam kebijakan dapat menghasilkan variasi yang cukup besar dalam pengambilan keputusan.

### (3) *Budaya Perusahaan*

Budaya perusahaan merupakan sistem dari nilai-nilai dan kepercayaan yang disepakati bersama yang memberi arti pada anggota dari organisasi tersebut dan aturan-aturan yang berlaku. Nilai-nilai ini bervariasi bergantung pada pandangan masing-masing. Nilai-nilai ini juga menciptakan peluang dan rencana strategis. Seperti sikap dan kepribadian yang membentuk individu, budaya organisasi membentuk tanggapan dari anggota-anggotanya.

Perubahan kultural seperti penyalahgunaan obat terlarang dan kebebasan seksual telah menghadapkan departemen SDM pada tantangan utama di banyak organisasi. Karyawan yang baru diperkerjakan dan bahkan yang telah bekerja diharuskan menyerahkan hasil tes bebas narkoba.

Hal ini dipandang sebagai penjajahan hak individu. Penyebaran AIDS yang pesat pun kini menjadi tantangan departemen SDM untuk turut serta memecahkan masalah karyawan yang berkenaan pekerjaan yang terinfeksi AIDS. Hal ini menimbulkan tantangan tersendiri dalam bidang asuransi, bagaimana departemen SDM menentukan cara untuk melanjutkan asuransi kesehatan untuk membayar pasien AIDS dan agar AIDS tercantum dalam asuransi kesehatan karyawan.

### (4) *Pemegang Saham dan Dewan Direksi*

Pemilik perusahaan disebut pemegang saham. Struktur organisasi publik yang besar mempengaruhi organisasi dengan

menggunakan hak suara. Secara tradisional, pemegang saham tertarik pada pendapatan investasi dan membiarkan kegiatan operasional organisasi dijalankan oleh manajer.

Pemegang saham memberikan modal ke organisasi dalam bentuk penyertaan. Dengan demikian, hak dan kewajiban melekat pada kepemilikannya. Hak mereka adalah berbagi keuntungan dan berkewajiban menanggung risiko organisasi jika organisasi bangkrut.

#### (5) *Serikat Pekerja*

Tingkat upah, keuntungan, dan kondisi kerja bagi jutaan pekerja merupakan cerminan keputusan yang dibuat oleh manajemen dan serikat pekerja secara bersama-sama. Serikat pekerja adalah kelompok karyawan yang bersama-sama mewujudkan kesepakatan secara kolektif. Isu-isu dan masalah sentral yang sering dibicarakan antara serikat pekerja dan manajemen antara lain :

- a. *Wage-related issue*, meliputi penentuan upah minimal, penyesuaian upah, penyesuaian biaya hidup, dan tunjangan-tunjangan.
- b. *Supplementary economic benefits*, meliputi rencana pensiun, tunjangan liburan, tunjangan hari raya, jaminan kesehatan, dan keamanan, reporting pay, dan tunjangan sejenis lainnya.
- c. *Institutional issue*, meliputi hak dan kewajiban manajemen, pekerja, dan serikat pekerja, prosedur standar, kualitas kondisi kerja, dan hak-hak lainnya.
- d. *Administrative issue*, meliputi senioritas, disiplin, pemecatan, peraturan, kebijakan, keamanan pekerja, perubahan teknologi, keselamatan kerja dan pelatihan.

#### (6) *Sistem Informasi*

Kualitas informasi akan mempengaruhi kualitas kontribusi

departemen SDM yang digunakan dalam pengambilan keputusan personalia. Departemen manapun dalam organisasi, termasuk personalia, membutuhkan informasi yang akurat dan valid.

Kemampuan untuk memperoleh data dan informasi merupakan tantangan tersendiri bagi departemen personalia . Untuk itu perlu adanya dukungan teknologi yang dapat membantu dan mengembangkan system informasi SDM. Teknologi tersebut diperlukan untuk menyimpan segala informasi vital yang berhubungan dengan SDM, seperti tentang karyawan, pekerja, dan factor-faktor lain sesuai kebutuhan.

#### **4. *Ruang Lingkup Pengembangan Kualitas SDM***

Ruang lingkup dari MSDM meliputi semua aktivitas yang berhubungan dengan sumberdaya manusia dalam organisasi, seperti dikatakan oleh Russel & Bernadin bahwa”...*all decisions which affect the workforce concern the organization’s human resource management function.* Aktivitas-aktivitas yang berkaitan dengan MSDM ini secara umum mencakup:

##### *1) Rancangan Organisasi*

- (1) Perencanaan Sumber Daya Manusia
- (2) Analisis pekerjaan
- (3) Rancangan pekerjaan
- (4) Tim kerja(system sosioteknik)
- (5) System informasi

##### *1) Staffing*

- (1) Rekrut/interview/mempekerjakan
- (2) Affirmative action
- (3) Promosi/pemindahan/sparasi
- (4) Pelayanan-pelayanan outplacement
- (5) Pengangkatan/orientasi

- (6) Metode-metode seleksi pekerja
- 2) *Sistem Reward, tunjangan-tunjangan, dan pematuhan*
  - (1) Pelayanan-pelayanan kesehatan/medis
  - (2) Prosedur-prosedur pengaduan/disiplin
  - (3) Administrasi kompensasi
  - (4) Administrasi pengupahan/penggajian
  - (5) Administrasi tunjangan asuransi
  - (6) Rencana-rencana pembagian keuntungan/pensiun
  - (7) Hubungan-hubungan kerja
- 3) *Manajemen Formasi*
  - (1) Penilaian manajemen/MBO
  - (2) Program peningkatan/produktivitas
  - (3) Penilaian performasi yang difokuskan pada klien
- 4) *Pengembangan pekerjaan dan organisasi*
  - (1) Pengembann dan pengawasan/manajemen
  - (2) Perencanaan/pengembangan karier
  - (3) Program-program pembinaan/asistensi pekerjaan
  - (4) Pelatihan ketrampilan, nonmanajemen
  - (5) Program-program persiapan pensiun
  - (6) Penelitian-penelitian terhadap sikap
- 5) *Komunikasi dan Relasi Publik*
  - (1) Sistem informasi /laporan/catatan sumber daya manusia
  - (2) Komuniaksi/publikasi pekerja
  - (3) Sistem penyaranan

# BAB 5

---

## Manajemen **MUTU TERPADU**

---



## 1. *Pengertian MMT*

Manajemen Mutu Terpadu(MMT) atau *Total Quality Management-(TQM)* merupakan suatu sistem nilai yang mendasar dan komprehensif dalam mengelola organisasi dengan tujuan meningkatkan kinerja secara berkelanjutan dalam jangka panjang dengan memberikan perhatian secara khusus pada tercapainya kepuasan pelanggan dengan tetap memperhatikan secara memadai terhadap terpenuhinya kebutuhan seluruh *stakeholders* organisasi yang bersangkutan. Masalah kualitas dalam MMT menuntut adanya keterlibatan dan tanggung jawab semua pihak dalam organisasi.

Karena itu, pendekatan MMT tidak hanya bersifat parsial, tetapi komprehensif dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan dengan produk yang dihasilkan. Masalah kualitas juga tidak lagi dimaknai dan dipandang sebagai masalah teknis, tetapi lebih berorientasi pada terwujudnya kepuasan konsumen atau pelanggan. MMT juga melibatkan faktor fisik dan faktor non fisik, semisal budaya organisasi, gaya kepemimpinan dan pengikut. Keterpaduan factor-faktor ini akan mengakibatkan kualitas pelayanan menjadi lebih meningkat dan bermakna.

Manajemen Mutu Terpadu (MMT) atau *Total Quality Management-(TQM)* dapat diartikan sebagai perpaduan semua fungsi dari organisasi ke dalam falsafah holistik yang dibangun berdasarkan konsep kualitas, teamwork, produktivitas, dan pengertian serta kepuasan pelanggan (Ishikawa dalam Pawitra, 1993: 135). Menurut Juran dan Ishikawa, MMT adalah upaya organisasi menilai kembali cara-cara, kebiasaan, praktik, dan aktivitas yang ada dan kemudian secara inovatif memfungsikan seluruh sumber dayanya kedalam proses lintas fungsi yang mengabdikan pada kepentingan klien, sehingga organisasi mampu mencapai visi dan misinya. Pendapat lain dikemukakan oleh Sugeng

Pinando (2001) yang menyatakan bahwa MMT merupakan aktivitas yang berusaha untuk mengoptimalkan daya saing organisasi melalui perbaikan yang terus menerus atas produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungannya. Disamping itu, Fandy Tjiptono dan Anastasia Diana juga mengatakan bahwa MMT merupakan sistem manajemen yang mengangkat kualitas sebagai strategi usaha dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi.

MMT juga diasumsikan sebagai suatu filosofi manajemen yang melembagakan sumber daya yang ada, terencana, berkesinambungan dan mengasumsikan peningkatan kualitas dari hasil semua aktivitas yang terjadi dalam organisasi: bahwa semua fungsi manajemen yang ada dan semua tenaga untuk berpartisipasi dalam proses perbaikan.

Dengan peningkatan sistem kualitas dan budaya kualitas, proses MMT bermula dari pelanggan dan berakhir pada pelanggan pula. Proses MMT memiliki input yang spesifik (keinginan, kebutuhan dan harapan pelanggan), mentransformasi (memproses) input dalam organisasi untuk memproduksi barang atau jasa yang pada gilirannya memberikan kepuasan kepada pelanggan (*output*).

Definisi TQM bermacam-macam. TQM diartikan sebagai perpaduan semua fungsi dari perusahaan kedalam falsafah holistik yang dibangun berdasarkan konsep kualitas, *teamwork*, produktivitas, dan pengertian serta kepuasan pelanggan (Ishikawa dalam Pawitra, 1993). Definisi lainnya menyatakan bahwa TQM merupakan sistem manajemen yang mengangkat kualitas sebagai strategi usaha dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi (Santosa, 1992).

Menurut Ariani (1999:25) Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management*) merupakan suatu penerapan metode kuantitatif dan sumber daya manusia untuk memperbaiki dalam penyediaan

bahan baku maupun pelayanan bagi organisasi, semua proses dalam organisasi pada tingkatan tertentu di mana kebutuhan pelanggan terpenuhi sekarang dan dimasa datang.

Menurut Tjiptono & Diana (2004) TQM merupakan suatu pendekatan dalam menjalankan usaha yang mencoba untuk memaksimumkan daya saing organisasi melalui perbaikan terus menerus atas produk, jasa, manusia, proses dan lingkungannya. Sementara itu menurut Pulungan (2001), TQM adalah salah satu pola manajemen organisasi yang berisi seperangkat prosedur yang dapat digunakan oleh setiap orang dalam upaya memperbaiki kinerja secara terus menerus.

*Total Quality Management (TQM)* atau disebut pula Pengelolaan Mutu Total merupakan sebuah konsep yang meliputi usaha meningkatkan mutu secara terus menerus pada semua tingkatan manajemen dan seluruh struktur yang terdapat dalam organisasi (Harianto, 2005).

Hanafiah dkk (1994) mendefinisikan Pengelolaan Mutu Total adalah suatu pendekatan yang sistematis, praktis dan strategis dalam menyelenggarakan suatu organisasi, yang mengutamakan kepentingan pelanggan. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan dan mengendalikan mutu. Sedang yang dimaksud dengan Pengelolaan Mutu Total pendidikan tinggi adalah cara mengelola lembaga pendidikan berdasarkan filosofi bahwa meningkatkan mutu harus diadakan dan dilakukan oleh semua unsur lembaga sejak dini secara terpadu, berkesinambungan sehingga pendidikan sebagai jasa yang berupa proses pembudayaan sesuai dengan dan bahkan melebihi kebutuhan para pelanggan baik masa kini maupun yang akan datang.

Dasar pemikiran perlunya TQM sangatlah sederhana, yakni bahwa cara terbaik agar dapat bersaing dan unggul dalam persaingan global adalah dengan menghasilkan kualitas yang terbaik. Untuk

menghasilkan kualitas yang terbaik diperlukan upaya perbaikan berkesinambungan terhadap kemampuan manusia, proses, dan lingkungan. Cara terbaik agar dapat memperbaiki kemampuan komponen-komponen secara berkesinambungan adalah dengan menerapkan TQM (Tjiptono & Diana, 2004).

Konsep mutu terpadu (*Total Quality Management*) saat ini banyak diterapkan dan dikenal banyak orang. Filosofi mendahulukan kepentingan pelanggan saat ini sudah mulai akrab dikalangan pelaku bisnis. Menurut Russel dan Taylor (dalam Fitriani 2008:22-23) manajemen mutu terpadu merujuk pada penekanan kualitas yang meliputi organisasi secara keseluruhan mulai dari pemasok hingga pelanggan. TQM menekankan komitmen manajemen untuk mendapatkan arahan perusahaan secara terus menerus untuk mencapai keunggulan dalam semua aspek produk dan jasa yang penting bagi pelanggan.

Dari bahasan terdahulu tentang pengertian TQM, penulis mengambil suatu kesimpulan bahwa yang dimaksud dengan *Total Quality Manajemen (TQM)* atau Manajemen Mutu Terpadu dalam penelitian ini adalah: “seperangkat prinsip dan cara-cara mengelola mutu organisasi yang bersifat terpadu yang meliputi kepuasan pelanggan, respek terhadap setiap orang, manajemen berdasarkan fakta dan perbaikan berkesinambungan dengan tujuan untuk memberikan kepuasan pada pengguna jasa organisasi”.

## **2. Sejarah Manajemen Mutu Terpadu**

Pada mulanya mutu produk ditentukan oleh produsen. Pada perkembangan selanjutnya, mutu produk ditentukan oleh pembeli, dan produsen mengetahuinya bahwa produk itu bermutu bagus yang memang dapat dijual, karena produk tersebut dibutuhkan oleh pembeli dan bukan menjual produk yang dapat diproduksi.

Perkembangan mutu terpadu pada mulanya sebagai suatu sistem, perkembangan di Amerika Serikat. Buah pikiran mereka pada mulanya kurang diperhatikan oleh masyarakat, khususnya masyarakat bisnis. Namun beberapa dari mereka merupakan pemegang kunci dalam pengenalan dan pengembangan konsep mutu. Sejak 1980 keterlibatan mereka dalam manajemen terpadu telah dihargai di seluruh dunia. Adapun konsep-konsep mereka tentang mutu terpadu secara garis besar dapat dikemukakan berikut ini.

1) *F.W. Taylor (1856-1915)*

Seorang insiyur mengembangkan satu seri konsep yang merupakan dasar dari pembagian kerja (*division of work*). Analisis dengan pendekatan gerak dan waktu (*time and motion study*) untuk pekerjaan manual, memperoleh gelar “Bapak Manajemen Ilmiah” (*The Father of Scientific Management*). Dalam bukunya tersebut Taylor menjelaskan beberapa elemen tentang teori manajemen, yaitu :

- (1) Setiap orang harus mempunyai tugas yang jelas dan harus diselesaikan dalam satu hari.
- (2) Pekerjaan harus memiliki peralatan yang standar untuk menyelesaikan tugas yang menjadi bagiannya.
- (3) Bonus dan intensif wajar diberikan kepada yang berprestasi maksimal.
- (4) Penalti yang merupakan kerugian bagi pekerjaan yang tidak mencapai sasaran yang telah ditentukan (*personal loss*).

Taylor memisahkan perencanaan dari perbaikan kerja dan dengan demikian memisahkan pekerjaan dari tanggung jawab untuk memperbaiki kerja.

(1) Shewhart (1891-1967)

Adalah seorang ahli statistik yang bekerja pada “Bell Labs” selama periode 1920-1930. Dalam bukunya “*The Economic Control of Quality Manufactured Products*”, merupakan suatu kontribusi yang menonjol dalam usaha untuk memperbaiki mutu barang hasil pengolahan. Dia mengatakan bahwa variasi terjadi pada setiap segi pengolahan dan variasi dapat dimengerti melalui penggunaan alat statistik yang sederhana. *Sampling* dan probabilitas digunakan untuk membuat *control chart* untuk memudahkan para pemeriksa mutu, untuk memilih produk mana yang memenuhi mutu dan tidak. Penemuan Shewhart sangat menarik bagi Deming dan Juran, dimana kedua sarjana ini ahli dalam bidang statistik.

(2) *Edward Deming*

Lahir tahun 1900 dan mendapat *Ph. D* pada 1972 sangat menyadari bahwa ia telah memberikan pelajaran tentang pengendalian mutu secara statistik kepada para insinyur bukan kepada para manajer yang mempunyai wewenang untuk memutuskan. Katanya : “*Quality is not determined on the shop floor but in the executive suite*”. Pada 1950, beliau diundang oleh, “*The Union to Japanese Scientists and Engineers (JUSE)*” untuk memberikan ceramah tentang mutu. Pendekatan Deming dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. *Quality is primarily the result of senior management actions and not the results of actions taken by workers.*
- b. *The system of work that determines how work is performed and only managers can create system.*
- c. *Only manager can allocate resources, provide training to workers, select the equipment and tools that workers use, and provide the*

*plant and environment necessary to achieve quality.*

- d. *Only senior managers determine the market in which the firm will participate and what product or service will be solved.*

Hal ini berarti bahwa tanpa keterlibatan pimpinan secara aktif tidak mungkin tercapai manajemen mutu terpadu.

## 2) *Prof Juran*

Mengunjungi Jepang pada tahun 1945. Di Jepang Juran membantu pimpinan Jepang di dalam menstrukturisasi industri sehingga mampu mengekspor produk ke pasar dunia. Ia membantu Jepang untuk mempraktekkan konsep mutu dan alat-alat yang dirancang untuk pabrik ke dalam suatu seri konsep yang menjadi dasar bagi suatu “*management process*” yang terpadu. Juran mendemonstrasikan tiga proses manajerial untuk mengelola keuangan suatu organisasi yang dikenal dengan trilogy Juran yaitu, *Finance Planning, Financial control, financial improvement*. Adapun rincian trilogi itu sebagai berikut :

- (1) *Quality planning*, suatu proses yang mengidentifikasi pelanggan dan proses yang akan menyampaikan produk dan jasa dengan karakteristik yang tepat dan kemudian mentransfer pengetahuan ini ke seluruh kaki tangan perusahaan guna memuaskan pelanggan.
- (2) *Quality control*, suatu proses dimana produk benar-benar diperiksa dan dievaluasi, dibandingkan dengan kebutuhan-kebutuhan yang diinginkan para pelanggan. Persoalan yang telah diketahui kemudian dipecahkan, misalnya mesin-mesin rusak segera diperbaiki.

- (3) *Quality improvement*, suatu proses dimana mekanisme yang sudah mapan dipertahankan sehingga mutu dapat dicapai berkelanjutan. Hal ini meliputi alokasi sumber-sumber, menugaskan orang-orang untuk menyelesaikan proyek mutu, melatih para karyawan yang terlibat dalam proyek mutu dan pada umumnya menetapkan suatu struktur permanen untuk mengejar mutu dan mempertahankan apa yang telah dicapai sebelumnya.

Uraian tokoh-tokoh mutu di atas sekedar menggambarkan secara singkat saja. Masih banyak para sarjana di bidang mutu yang tidak sempat ditulis pada kesempatan ini. Yang jelas para sarjana tersebut sependapat bahwa konsep “pentingnya perbaikan mutu secara terus menerus bagi setiap produk walaupun tehnik yang diajarkan berbeda-beda”. Kini sampailah pada pengertian mutu yang diambil dari *America Society for Quality Control* yang mengatakan : *Quality is the totality of features and characteristics of a product or service that bear on its ability to satisfy stated of implied needs* (Kotler : 1994).

### **3. Hubungan MMT Dengan Pelayanan Kesehatan**

Pertumbuhan dan pemerataan ekonomi yang semakin baik dan modern akan meningkatkan kebutuhan dan tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau sesuai dengan kemampuan masyarakat. Hal ini sejalan dengan meningkatnya kemampuan masyarakat dalam membayar biaya pemeliharaan kesehatan. Dalam UU Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan dikemukakan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat secara

optimal. Langkah-langkah yang diambil untuk mewujudkan tujuan pemerataan kesehatan itu antara lain adalah pengembangan puskesmas, peningkatan peran serta masyarakat, dan pengembangan sistem rujukan. Puskesmas dijadikan ujung tombak untuk pemerataan pelayanan kesehatan dasar sampai ke desa-desa dan umum terpencil. Peran serta masyarakat terwujud dalam bentuk berdirinya posyandu di seluruh tanah air.

Rumah sakit dijadikan tumpuan sistem rujukan medis, khususnya dalam masalah penyembuhan dan pemulihan kesehatan perorangan. Untuk memacu pemerataan pembangunan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan, pemerintah membuka kesempatan bagi pihak swasta untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dan permintaan masyarakat.

Pelayanan kesehatan masih tetap hak warga Negara. (UU No.23/1992). Namun disini bukan berarti didapatkan secara cuma-cuma, tetapi dapat diartikan bahwa pelayanan kesehatan yang tersedia, mudah dijangkau, bermutu baik, dan dengan harga yang terbayar oleh semua lapisan masyarakat. Pengelolaan sarana kesehatan seperti rumah sakit dituntut untuk dikelola dengan manajemen moderen dan bersifat sosio-ekonomi. Sebuah rumah sakit harus selalu tanggap akan perubahan-perubahan yang terjadi cukup cepat dan kemudian segera mengantisipasinya sesuai dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat dengan selalu mengacu pada kepuasan konsumen (*Customer satisfaction*). Tuntutan masyarakat saat ini adalah pelayanan kesehatan yang mudah, cepat dan nyaman, yang pada akhirnya dapat memberikan kepuasan dalam hasil perawatan sesuai dengan penyakit yang dideritanya. Oleh karena itu rumah sakit sebagai suatu organisasi yang bergerak dibidang layanan kesehatan publik makin dituntut untuk memberikan layanan kesehatan yang lebih baik.

Rumah sakit dengan kualitas yang baik akan sangat tergantung pada sumber daya yang ada di rumah sakit seperti kualitas pelayanan dokter, perawat, staf, dan karyawan serta fasilitas sarana dan prasarana yang tersedia. Rumah sakit yang berkualitas hendaknya dapat mengetahui apa yang diharapkan pasien-pasiennya karena pasien memiliki hak untuk menilai kualitas pelayanan yang diterimanya.

Pada beberapa rumah sakit masih terdapat perbedaan antara apa yang diharapkan pasien dengan kenyataan yang dirasakan pasien terhadap kualitas pelayanan rumah sakit tersebut. Hal itu dapat kita lihat dari beberapa keluhan antara lain yang disampaikan salah satu pasien di Rumah sakit umum, seorang pasien poli mata dibentak-bentak oleh pegawainya ketika bertanya mungkin terdapat kekeliruan hasil pemeriksaan mata pada dua minggu sebelumnya. Selain itu masalah keamanan lingkungan rumah sakit perlu juga diperhatikan. Sehingga dengan adanya perbedaan harapan pelayanan dan kenyataan yang diperoleh tersebut akan berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.

Memperhatikan kondisi rumah Sakit Umum selama kurun waktu 5 tahun anggaran, sangatlah menarik untuk mengetahui sistem kerja dalam mendapatkan data informasi kesehatan dari masyarakat sehingga tidakan kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit yang bersangkutan. Pengukuran haruslah bersifat berkelanjutan di dalam upaya menciptakan perbaikan maupun peningkatan pelayanan.

Salah satu faktor penyebab keterbatasan sumber daya manusia khususnya medis tersebut adalah implikasi dari lemahnya manajemen mutu terpadu. Permasalahan kurang terampilnya pegawai dalam mengelola pelayanan rumah sakit, masih terdapat pasien yang merasa kurang nyaman dalam pelayanannya. Dan hal ini berkaitan dengan masih lemahnya penerapan *Total Quality Management (TQM)* atau Manajemen Mutu Terpadu yang belum optimal.

Fenomena belum optimalnya penerapan TQM, merupakan tantangan berat bagi pimpinan rumah sakit dan karyawan di rumah sakit umum. Hasil pengamatan lapangan sementara dari peneliti menunjukkan bahwa pasien masih sering mengeluhkan kesigapan tenaga medis dalam menangani keluhan masyarakat, tenaga medis sering menunda tindakan medis dalam waktu lama, masih kurangnya fasilitas layanan, serta masih terbatasnya tenaga medis terutama dokter spesialis. Sehingga antara harapan dan kenyataan yang dirasakan oleh konsumen atau pasien rumah sakit umum masih perlu menerapkan Manajemen Mutu Terpadu atau (TQM) dalam rangka meningkatkan jaminan kualitas kesehatan masyarakat. Kebijakan bidang manajemen bisnis mengacu pada prospek tersebut, yaitu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan yang ditopang oleh otonomi umum dalam semua jenjang dan unit kerja guna menjamin akuntabilitas dan kelancaran strategi bersaing rumah sakit. Kebijakan ini antara lain diwujudkan dalam program penerapan TQM secara efisien dan efektif

#### **4. *Prinsip-Prinsip Total Quality Manajemen***

Pada era informasi, setiap organisasi harus menghadapi *corporate olympics* yang semakin kompleks karena untuk kelangsungan hidup dan perkembangannya, organisasi harus memiliki keunggulan daya saing.

Dalam persaingan semakin tajam dan sangat kompetitif diantara pengelola jasa pendidikan, mutu adalah agenda utama. Peningkatan mutu merupakan tuntutan dari paradigma baru manajemen organisasi. Untuk meraih predikat sehat yang bermutu dan berkualitas tinggi harus menjadi tugas setiap lembaga penyelenggara kesehatan termasuk rumah sakit umum. Upaya peningkatannya terus menerus dilakukan, salah satunya dilakukan dengan pengelolaan sistem layanan

rumah sakit secara menyeluruh dan berorientasi pada mutu dan cepat tindakan. Pendekatan ini dikenal dengan *Total Quality Management (TQM)* atau Manajemen Mutu Terpadu pada rumah sakit yang menuntut keunggulan pelayanan kesehatan seperti kecepatan, daya tanggap, kelincahan, penanganan, tindakan dan kompetensi dokter dan suster.

TQM sebagai suatu konsep yang berupaya melaksanakan sistem manajemen kualitas kelas dunia, untuk itu diperlukan perubahan besar dalam budaya dan sistem nilai suatu organisasi. Menurut Hensler dan Brunel (dalam Christopher, 1993), ada empat prinsip utama dalam TQM.

Keempat prinsip tersebut adalah:

1) *Kepuasan Pelanggan*

Dalam TQM, konsep mengenai pelanggan dan kualitas diperluas. Kualitas tidak lagi hanya bermakna kesesuaian dengan spesifikasi-spesifikasi tertentu, tetapi kualitas tersebut ditentukan oleh pelanggan. Pelanggan itu sendiri meliputi pelanggan internal dan eksternal. Kebutuhan pelanggan diusahakan untuk dipuaskan dalam segala aspek, termasuk didalamnya harga, keamanan dan ketepatan waktu. Oleh karena itu segala aktivitas pelayanan kesehatan harus dikoordinasikan untuk memuaskan pelanggan.

2) *Respek Terhadap Setiap Orang*

Dalam rumah sakit yang kualitasnya kelas dunia, setiap dokter dan suster dipandang sebagai individu yang memiliki talenta dan kreativitas tersendiri yang cepat dan tanggap. Dengan demikian tenaga kesehatan merupakan sumber daya organisasi yang paling bernilai. Oleh karena itu setiap orang dalam organisasi diperlakukan dengan baik dan diberi kesempatan untuk terlibat dan berpartisipasi dalam tim pengambil keputusan.

### 3) *Manajemen Berdasarkan Fakta*

Pelayanan kesehatan kelas dunia berorientasi pada fakta. Maksudnya bahwa setiap keputusan selalu didasarkan pada data, bukan sekedar pada perasaan (*feeling*). Ada dua konsep pokok berkaitan hal ini.

Pertama, prioritasasi (*prioritization*) yakni suatu konsep bahwa perbaikan tidak dapat dilakukan pada semua aspek pada saat yang bersamaan, mengingat keterbatasan sumber daya yang ada. Oleh karena itu dengan menggunakan data maka manajemen dan tim dalam perusahaan dapat memfokuskan usahanya pada situasi tertentu yang vital.

Konsep kedua, variasi (*variation*) atau variabilitas kinerja manusia. Data statistik dapat memberikan gambaran mengenai variabilitas yang merupakan bagian yang wajar dari setiap sistem organisasi. Dengan demikian manajemen dapat memprediksi hasil dari setiap keputusan dan tindakan yang dilakukan.

### 4) *Perbaikan Berkesinambungan*

Agar dapat sukses, setiap perusahaan perlu melakukan proses secara sistematis dalam melaksanakan perbaikan berkesinambungan. Konsep yang berlaku disini adalah siklus PDCA (*plan-do-check-act*), yang terdiri dari langkah-langkah perencanaan, pelaksanaan rencana, pemeriksaan hasil pelaksanaan rencana, dan tindakan korektif terhadap hasil yang diperoleh.

Sementara itu Russel dan Taylor (dalam Fitriani, 2008; 23) mengemukakan prinsip TQM antara lain;

- (1) *Customer-oriented* (fokus pada konsumen)
- (2) *Leadership* (kepemimpinan)
- (3) *Strategy planning* (perencanaan strategi)

- (4) *Employee responsibility* (keterlibatan semua orang)
- (5) *Continous improvement* (perbaikan terus menerus)
- (6) *Cooperation* (kerjasama)
- (7) *Statistical methods* (penggunaan metode-metode statistik)
- (8) *Training and education* (pendidikan dan latihan)

Komponen dalam TQM memiliki sepuluh unsur utama (Goetsch dan Davis, 1994) yang masing-masing dijelaskan sebagai berikut:

(1) *Fokus pada pelanggan*

Dalam TQM, baik pelanggan internal maupun pelanggan eksternal merupakan *driver*. Pelanggan eksternal menentukan kualitas produk atau jasa yang disampaikan kepada mereka, sedangkan pelanggan internal berperan besar dalam menentukan kualitas manusia, proses, dan lingkungan yang berhubungan dengan produk atau jasa.

(2) *Obsesi terhadap Kualitas*

Dalam organisasi yang menerapkan TQM, penentu akhir kualitas pelanggan internal dan eksternal. Dengan kualitas yang ditetapkan tersebut, organisasi harus terobsesi untuk memenuhi atau melebihi apa yang ditentukan tersebut. Hal ini berarti bahwa semua sivitas akademik pada setiap level berusaha melaksanakan setiap aspek pekerjaannya berdasarkan perspektif "bagaimana kita dapat melakukannya dengan lebih baik?" Bila suatu organisasi terobsesi dengan kualitas, maka berlaku prinsip '*good enough is never good enough*'.

(3) *Pendekatan Ilmiah*

Pendekatan ilmiah sangat diperlukan dalam penerapan TQM, terutama untuk mendesain pekerjaan dan dalam

proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah yang berkaitan dengan pekerjaan yang didesain tersebut. Dengan demikian data diperlukan dan dipergunakan dalam menyusun patok duga (*benchmark*), memantau prestasi, dan melaksanakan perbaikan.

#### (4) *Komitmen Jangka Panjang*

TQM merupakan suatu paradigma baru dalam melaksanakan bisnis. Untuk itu dibutuhkan budaya rumah sakit yang baru pula. Oleh karena itu komitmen jangka panjang sangat penting guna mengadakan budaya agar penerapan TQM dapat berjalan dengan sukses.

#### (5) *Kerja Sama Tim (Teamwork)*

Dalam organisasi yang dikelola secara tradisional seringkali diciptakan persaingan antar departemen yang ada dalam organisasi tersebut agar daya saingnya terdongkrak. Akan tetapi persaingan internal tersebut cenderung hanya menggunakan dan menghabiskan energi yang seharusnya dipusatkan pada upaya perbaikan kualitas yang pada gilirannya untuk meningkatkan daya saing eksternal.

Sementara itu dalam organisasi perusahaan yang menerapkan TQM, kerja sama tim, kemitraan dan hubungan dijalin dan dibina baik antar sivitas akademik maupun dengan lembaga-lembaga pemerintah, dan masyarakat sekitarnya.

#### (6) *Perbaikan Sistem Secara Berkesinambungan*

Setiap produk dan atau jasa dihasilkan dengan memanfaatkan proses-proses tertentu di dalam suatu system atau lingkungan. Oleh karena itu sistem yang ada perlu diperbaiki secara terus menerus agar kualitas yang dihasilkannya dapat meningkat.

*(7) Pendidikan dan Pelatihan*

Dewasa ini masih terdapat perusahaan yang menutup mata terhadap pentingnya pendidikan dan latihan. Mereka beranggapan bahwa perusahaan bukanlah sekolah, yang diperlukan adalah tenaga terampil yang siap pakai. Jadi perusahaan-perusahaan seperti itu hanya akan memberikan pelatihan sekadarnya kepada para karyawannya. Kondisi seperti itu menyebabkan perusahaan yang bersangkutan tidak berkembang dan sulit bersaing dengan perusahaan lainnya, apalagi dalam era persaingan global.

Sedangkan dalam organisasi yang menerapkan TQM, pendidikan dan pelatihan merupakan faktor yang fundamental. Setiap orang diharapkan dan didorong untuk terus belajar. Dalam hal ini berlaku prinsip bahwa belajar merupakan proses yang tidak ada akhirnya dan tidak mengenal batas usia. Dengan belajar setiap orang dalam perusahaan dapat meningkatkan keterampilan teknis dan keahlian profesionalnya.

*(8) Kebebasan yang Terkendali*

Dalam TQM keterlibatan dan pemberdayaan sivitas akademik dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah merupakan unsur yang sangat penting. Hal ini dikarenakan unsur tersebut dapat meningkatkan “rasa memiliki” dan tanggung jawab sivitas akademik terhadap keputusan yang telah dibuat. Selain itu unsur ini juga dapat memperkaya wawasan dan pandangan dalam suatu keputusan yang diambil, karena pihak yang terlibat lebih banyak.

Meskipun demikian, kebebasan yang timbul karena keterlibatan dan pemberdayaan tersebut merupakan hasil dari pengendalian yang terencana dan terlaksana dengan baik.

Pengendalian itu sendiri dilakukan terhadap metode-metode pelaksanaan setiap proses tertentu. Dalam hal ini civitas akademik yang melakukan standardisasi proses dan mereka pula yang berusaha mencari cara untuk meyakinkan setiap orang agar bersedia mengikuti prosedur standar tersebut.

(9) *Kesatuan Tujuan*

Supaya TQM dapat diterapkan dengan baik maka perusahaan harus memiliki kesatuan tujuan. Dengan demikian setiap usaha dapat diarahkan pada tujuan yang sama. Akan tetapi kesatuan tujuan ini tidak berarti bahwa harus selalu ada persetujuan atau kesepakatan antara pihak manajemen dan sivitas akademik mengenai upah dan kondisi kerja.

(10) *Adanya Keterlibatan dan Pemberdayaan Karyawan*

Keterlibatan dan pemberdayaan civitas akademik merupakan hal yang penting dalam penerapan TQM. Usaha untuk melibatkan karyawan membawa 2 manfaat utama. Pertama, hal ini akan meningkatkan kemungkinan dihasilkannya keputusan yang baik, rencana yang lebih baik, atau perbaikan yang lebih efektif karena juga mencakup pandangan dan pemikiran dari pihak-pihak yang langsung berhubungan dengan situasi kerja. Kedua, keterlibatan karyawan juga meningkatkan “rasa memiliki” dan tanggung jawab atas keputusan dengan melibatkan orang-orang yang harus melaksanakannya.

Elemen-elemen pendukung dimaksud adalah :

1) *Kepemimpinan*

Manajer senior harus mengarahkan upaya pencapaian tujuan dengan memberikan, menggunakan alat dan bahan yang komunikatif, menggunakan data dan menggali siapa-

siapa yang berhasil menerapkan konsep manajemen mutu terpadu. Ketika memutuskan untuk menggunakan MMT/TQM sebagai kunci proses manajemen, peranan manajer senior sebagai penasihat, guru dan pimpinan tidak bisa diremehkan.

Pimpinan senior suatu organisasi harus sepenuhnya menghayati implikasi manajemen di dalam suatu ekonomi internasional di mana manajer yang paling berhasil, paling mampu dan paling hebat pendidikannya di dunia, harus diperebutkan melalui persaingan yang ketat. Kenyataan hidup yang berat ini akan menyadarkan manajer senior mengakui bahwa mereka harus mengembangkan secara partisipatif, baik misi dan visi mereka maupun proses manajemen, yang dapat mereka pergunakan untuk mencapai keduanya.

Pimpinan bisnis harus mengerti bahwa MMT adalah suatu proses yang terdiri dari tiga prinsip dan elemen-elemen pendukung yang harus mereka kelola agar mencapai perbaikan mutu yang berkesinambungan sebagai kunci keunggulan bersaing.

## 2) *Pendidikan dan Pelatihan*

Mutu didasarkan pada keterampilan setiap karyawan yang pengertiannya tentang apa yang dibutuhkan oleh pelanggan ini mencakup mendidik dan melatih semua karyawan, memberikan baik informasi yang mereka butuhkan untuk menjamin perbaikan mutu dan memecahkan persoalan. Pelatihan inti ini memastikan bahwa suatu bahasa dan suatu set alat yang sama akan diperbaiki di seluruh perusahaan. Pelatihan tambahan pada *bench marking*, statistik dan teknik lainnya juga dipergunakan dalam rangka mencapai kepuasan

pelanggan yang paripurna.

### 3) *Struktur Pendukung*

Manajer senior mungkin memerlukan dukungan untuk melakukan perubahan yang dianggap perlu melaksanakan strategi pencapaian mutu. Dukungan semacam ini mungkin diperoleh dari luar melalui konsultan, akan tetapi lebih baik kalau diperoleh dari dalam organisasi itu sendiri. Suatu staf pendukung yang kecil dapat membantu tim manajemen senior untuk mengartikan konsep mengenai mutu, membantu melalui “*network*” dengan manajer mutu di bagian lain dalam organisasi dan membantu sebagai narasumber mengenai topik-topik yang berhubungan dengan mutu bagi tim manajer senior.

### 4) *Komunikasi*

Komunikasi dalam suatu lingkungan mutu mungkin perlu ditempuh dengan cara berbeda-beda agar dapat berkomunikasi kepada seluruh karyawan mengenai suatu komitmen yang sungguh-sungguh untuk melakukan perubahan dalam usaha peningkatan mutu. Secara ideal manajer harus bertemu pribadi dengan para karyawan untuk menyampaikan informasi, memberikan pengarahan, dan menjawab pertanyaan dari setiap karyawan.

### 5) *Ganjaran dan Pengakuan*

Tim individu yang berhasil menerapkan proses mutu harus diakui dan mungkin diberi ganjaran, sehingga karyawan lainnya sebagai anggota organisasi akan mengetahui apa yang diharapkan. Gagal mengenali seseorang mencapai sukses dengan menggunakan proses manajemen mutu terpadu akan memberikan kesan bahwa ini bukan arah

menuju pekerjaan yang sukses, dan menunggingkan promosi atau sukses individu secara menyeluruh. Jadi pada dasarnya karyawan yang berhasil mencapai mutu tertentu harus diakui dan diberi ganjaran agar dapat menjadi panutan/ccontoh bagi karyawan lainnya.

#### 6) *Pengukuran*

Penggunaan data hasil pengukuran menjadi sangat penting di dalam menetapkan proses manajemen mutu. Jelaskan, pendapat harus diganti dengan data dan setiap orang harus diberitahu bahwa yang penting bukan yang dipikirkan akan tetapi yang diketahuinya berdasarkan data. Di dalam menentukan penggunaan data, kepuasan pelanggan eksternal harus diukur untuk menentukan seberapa jauh pengetahuan pelanggan bahwa kebutuhan mereka benar-benar dipenuhi.

Pengumpulan data pelanggan memberikan suatu tujuan dan penilaian kinerja yang realistis serta sangat berguna di dalam memotivasi setiap orang/karyawan untuk mengetahui persoalan yang sebenarnya.

Di samping keenam elemen pendukung di atas, maka ada unsur yang tidak bisa diabaikan yaitu gaya kepemimpinan dalam organisasi atau perusahaan bersangkutan. Suatu cara atau gaya bagaimana seorang manajer sebagai seorang pimpinan melakukan sesuatu sangat berpengaruh pada pelaksanaan tugas yang dilakukan oleh bawahan atau karyawan. Terdapat 13 hal yang perlu dimiliki oleh seorang pimpinan dalam manajemen mutu terpadu yaitu :

- 1) Pimpinan mendasarkan keputusan pada data, bukan hanya pendapat saja.

- 2) Pimpinan merupakan pelatih, dan fasilitator bagi setiap individu atau bawahan.
- 3) Pimpinan harus secara aktif terlibat dalam pemecahan masalah yang dihadapi oleh bawahan.
- 4) Pimpinan harus bisa membangun komitmen, yang menjamin bahwa setiap orang memahami misi, visi, nilai dan target perusahaan yang jelas.
- 5) Pimpinan dapat membangun dan memelihara kepercayaan
- 6) Pimpinan harus paham betul untuk mengucapkan terima kasih kepada bawahan yang berhasil atau berjasa
- 7) Aktif mengadakan kaderisasi melalui pendidikan dan pelatihan yang terprogram
- 8) Berorientasi selalu pada pelanggan internal atau eksternal
- 9) Dapat menilai situasi dan kemampuan orang lain secara tepat
- 10) Dapat menciptakan suasana kerja yang sangat menyenangkan
- 11) Mau mendengar dan menyadari kesalahan
- 12) Selalu berusaha memperbaiki system dan banyak berimprovisasi
- 13) Bersedia belajar kapan saja dan di mana saja

Berdasarkan data yang ada telah dibuktikan penerapan manajemen mutu terpadu telah berhasil dengan baik di Jepang kalau dilaksanakan secara konsekuen, sehingga membuktikan produk Jepang telah menbanjiri pasar, terutama di Amerika Serikat untuk produk mobil dan elektronik, walaupun cikal bakal manajemen mutu berasal dari negara Paman Sam tersebut. Sukses ekonomi luar biasa ini merupakan menyadarkan Amerika Serikat untuk menerapkan manajemen mutu terpadu. Hal ini kemudian diikuti oleh negara-negara di Eropa dan Timur Tengah dalam tingkat perintisan.

Mungkinkah TQM dapat diterapkan di Indonesia?

Jawabnya mungkin saja kalau dipenuhi syarat-syarat berikut :

- 1) Setiap perusahaan/organisasi harus secara terus menerus melakukan perbaikan mutu produk dan pelayanan, sehingga dapat memuaskan para pelanggan.
- 2) Memberikan kepuasan kepada pemilik, pemasok, karyawan dan para pemegang saham.
- 3) Memiliki wawasan jauh kedepan dalam mencari laba dan memberikan kepuasan.
- 4) Fokus utama ditujukan pada proses, baru menyusul hasil.
- 5) Menciptakan kondisi di mana para karyawan aktif berpartisipasi dalam menciptakan keunggulan mutu.
- 6) Ciptakan kepemimpinan yang berorientasi pada bawahan dan aktif memotivasi karyawan bukan dengan cara otoriter, sehingga di peroleh suasana kondusif bagi lahirnya ide-ide baru.
- 7) Rela memberikan ganjaran, pengakuan bagi yang sukses dan mudah memberikan maaf bagi yang belum berhasil/berbuat salah.
- 8) Setiap keputusan harus berdasarkan pada data, baru berdasarkan pengalaman/ pendapat.
- 9) Setiap langkah kegiatan harus selalu terukur jelas, sehingga pengawasan lebih mudah.
- 10) Program pendidikan dan pelatihan hendaknya menjadi urutan utama dalam upaya peningkatan mutu.

##### **5. Penerapan Manajemen Mutu Terpadu**

Tidak semua perusahaan yang menerapkan TQM mampu menghasilkan kinerja perusahaan yang baik. Menurut Soeharso Hardjosoedarmo (1996:40) untuk menjamin keberhasilan

pengimplementasian TQM dalam perusahaan maka perlu mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

1) *Tanamkan satu falsafah kualitas*

Pada proses ini manajemen dan karyawan harus memahami sepenuhnya bahwa untuk mencapai kelangsungan hidup organisasi secara berkesinambungan dalam iklim persaingan, maka perusahaan harus mencapai kualitas total.

2) *Manajemen harus membimbing dan menunjukkan kepemimpinan yang bermutu*

Dari tahap pertama, maka CEO (*Chief Executive Officer*) harus mampu memberikan contoh baik dalam pola sikap, pola pikir, maupun pola tindak dan menunjukkan kepemimpinan yang teguh dalam gerakan mutu.

3) *Adakan perubahan terhadap sistem yang lebih kondusif*

Tahap ketiga adalah dengan melakukan evaluasi terhadap sistem dan prosedur yang ada dalam organisasi, apakah sistem tersebut masih kondusif dan konsisten terhadap kualitas total. Hal-hal yang perlu dievaluasi meliputi: struktur organisasi, proses kegiatan, prosedur kendali mutu, kebijaksanaan pengembangan sumber daya manusia, metode insentif dan lain-lain.

4) *Didik, latih dan berdayakan (empower) seluruh karyawan*

Setelah tahap pembenahan sistem dan prosedur dalam organisasi, maka langkah selanjutnya adalah melakukan pelatihan tentang kualitas total kepada seluruh anggota organisasi, termasuk para manajer. Dalam pemberdayaan ini seluruh karyawan diberi kepercayaan, tugas, wewenang dan tanggung jawab untuk mengorganisasikan diri ke dalam *self-managing teams* guna perbaikan proses dalam mencapai mutu produk atau jasa.

## **6. *Langkah-Langkah Manajemen Mutu Terpadu***

Ahli mutu W. Edward Deming menggunakan 14 langkah untuk menerapkan perbaikan mutu yang dikenal dengan '*Deming's Fourteen Points*'. Langkah – langkah tersebut dideskripsikan sebagai berikut :

- 1) Menciptakan sebuah usaha peningkatan produk dan jasa dengan tujuan agar bisa kompetitif dan tetap berjalan serta menyediakan lowongan pekerjaan. Deming percaya bahwa terlalu banyak organisasi yang hanya memiliki tujuan jangka pendek dan tidak melihat apa yang akan terjadi pada 20 atau 30 tahun mendatang. Mereka harus memiliki rencana jangka panjang yang didasarkan pada visi masa depan dan inovasi baru. Mereka harus terus menerus berusaha memenuhi kebutuhan pelanggan mereka.
- 2) Mengadopsi falsafah baru. Sebuah organisasi tidak akan mampu bersaing jika mereka terus mempertahankan penundaan waktu, kesalahan, bahan-bahan cacat dan produk yang jelek. Mereka harus membuat perubahan dan mengadopsi metode kerja yang baru.
- 3) Hindari ketergantungan pada inspeksi massa untuk mencapai mutu. Inspeksi tidak akan meningkatkan atau menjamin mutu. Anda tidak dapat menginspeksi mutu ke dalam produk. Deming berpendapat bahwa manajemen harus melengkapi staf-staf mereka dengan pelatihan tentang alat-alat statistik dan tehni-tehnik yang dibutuhkan mereka untuk mengawasi dan mengembangkan mutu mereka sendiri.
- 4) Akhiri praktek menghargai bisnis dengan harga. Menurut Deming harga tidak memiliki arti apa-apa tanpa ukuran mutu yang dijual.
- 5) Tingkatkan secara konstan sistem produksi dan jasa, Untuk meningkatkan mutu dan produktivitas, dan selanjutnya turunkan

biaya secara konstan. Ini merupakan tugas manajemen untuk mengarahkan proses peningkatan dan menjamin bahwa ada proses perbaikan yang berkelanjutan.

- 6) Lembagakan pelatihan kerja. Pemborosan terbesar dalam sebuah organisasi adalah kekeliruan menggunakan keahlian orang-orangnya secara tepat. Mempergunakan uang untuk pelatihan tenaga kerja adalah penting namun yang lebih penting lagi adalah melatih dengan standar terbaik dalam kerja. Pelatihan adalah alat kuat dan tepat untuk perbaikan mutu.
- 7) Lembagakan kepemimpinan. Deming mengatakan bahwa kerja manajemen bukanlah mengawasi melainkan memimpin. Makna dari hal itu adalah berubah dari manajemen tradisional yang selalu memperhatikan hasil indikator-indikator prestasi, spesifikasi dan penilaian menuju peranan kepemimpinan yang mendorong peningkatan proses produksi barang dan jasa yang lebih baik.
- 8) Hilangkan rasa takut agar setiap orang dapat bekerja secara efektif. Keamanan adalah basis motivasi yang dibutuhkan para pegawai. Deming yakin bahwa pada hakikatnya setiap orang ingin melakukan kerja dengan baik asalkan mereka bekerja dalam lingkungan yang mampu mendorong semangat mereka.
- 9) Uraikan kendala-kendala antar departemen. Orang dalam departemen berbeda harus dapat bekerja bersama sebagai sebuah tim. Organisasi tidak diperkenankan untuk memiliki unit atau departemen yang mendorong pada arah yang berbeda.
- 10) Hapuskan slogan, desakan, dan target serta tingkatkan produktifitas tanpa menambah beban kerja. Tekanan untuk bekerja giat mempresentasikan sebuah pemaksaan kerja oleh seorang manajer. slogan dan target memiliki sedikit dampak praktis terhadap pekerja. kebanyakan persoalan produksi terletak

pada persoalan sistem dan ini merupakan tanggung jawab manajemen untuk mengatasinya.

- 11) Hapuskan standar kerja yang menggunakan kuota numerik
- 12) Hilangkan kendala-kendala yang merampas kebanggaan karyawan atas keahliannya. Hal ini perlu dilakukan dengan menghilangkan sistem penilaian dan penghitungan jasa. Deming telah berupaya keras menentang sistem penilaian yang mana diyakini menempatkan pekerja dalam kompetisi antara satu dengan yang lain dan merusak kerja tim.
- 13) Lembagakan aneka program pendidikan yang meningkatkan semangat dan peningkatan kualitas kerja
- 14) Tempatkan setiap orang dalam tim kerja agar dapat melakukan transformasi. Transformasi menuju sebuah kultur mutu adalah tugas setiap orang.

Langkah langkah tersebut kemudian dikembangkan menjadi lima konsep program TQM yang efektif yaitu: perbaikan berkelanjutan, pemberdayaan karyawan, perbandingan kinerja (*benchmarking*), penyediaan kebutuhan tepat pada waktunya, dan pengetahuan tentang piranti TQM (Render dan Herizer, 2004).

Sedangkan Juran (1995), mengembangkan ‘trilogi Juran’ dalam pengelolaan mutu , dilakukan melalui penggunaan tiga tahap manajemen, yaitu:

- 1) Perencanaan mutu: aktivitas pengembangan produk dan proses yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan
- 2) Pengendalian mutu: aktivitas evaluasi kinerja kualitas, membandingkan kinerja nyata dengan tujuan kualitas, dan bertindak berdasarkan perbedaan.
- 3) Peningkatan mutu: cara-cara meningkatkan kinerja kualitas ke tingkat yang lebih dari sebelumnya.

Di sini Juran menganjurkan penggunaan sebuah pendekatan tahap demi tahap untuk menyelesaikan masalah dalam meningkatkan mutu. Pendekatan ini kemudian lebih dikenal dengan Manajemen Mutu Strategis (*Strategic Quality Management*).

Sementara Philip Chrosby mengidentifikasi empat belas tahapan mencapai *zero defects* yang melibatkan pentingnya kelompok kualitas, pengukuran kualitas yang ada, mengestimasi biaya kualitas, mengeliminasi kesalahan dan proses pengerjaan ulang (Bhat dan Cozzoline, 2003).

Program Crosby itu dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Komitmen manajemen (*management Commitment*). Hal ini adalah hal yang paling krusial menuju sukses dan merupakan poin yang disepakati oleh semua para ahli mutu. Inisiatif mutu harus diarahkan dan dipimpin oleh manajemen senior. Crosby menandakan bahwa komitmen ini harus dikomunikasikan dalam sebuah pernyataan kebijakan mutu, yang harus singkat, jelas, dan dapat dicapai.
- 2) Membangun Tim Peningkatan Mutu (*Quality Improvement Team*) di atas dasar komitmen. Dikarenakan setiap fungsi dalam organisasi menjadi kontributor potensial bagi kerusakan dan kegagalan mutu maka setiap bagian organisasi harus berpartisipasi dalam upaya peningkatan mutu. Tim peningkatan mutu bertugas mengatur dan mengarahkan program yang akan diimplementasikan melalui organisasi.
- 3) Pengukuran Mutu (*Quality Measurement*). Hal ini dibutuhkan untuk mengukur ketidaksesuaian yang saat ini atau yang akan muncul dengan cara evaluasi dan perbaikan. Bentuk pengukuran ini berbeda antara organisasi produksi dan organisasi layanan dan bentuk tersebut bergantung pada data inspeksi, laporan

- pemeriksaan data statistik dan data umpan balik dari pelanggan.
- 4) Mengukur Biaya Mutu (*The Cost of Quality*). Biaya mutu terdiri dari biaya kesalahan, biaya kerja ulang, biaya pembongkaran, biaya inspeksi dan biaya pemeriksaan
  - 5) Membangun kesadaran Mutu (*Quality Awareness*) yaitu langkah untuk menumbuhkan kesadaran setiap orang dalam organisasi tentang biaya mutu (*The Cost of Quality*) dan keharusan untuk mengimplementasikan program yang dicanangkan Tim Peningkatan Mutu (*Quality Improvement Team*).
  - 6) Kegiatan Perbaikan (*Corrective Actions*). Pihak pengawas harus bekerjasama dengan para staf untuk memperbaiki mutu yang rendah. Metodologi yang sistematis diperlukan untuk mengatasi masalah.
  - 7) Salah satu cara untuk menyoroti proses peningkatan mutu adalah melalui langkah ketujuh ini yaitu Perencanaan Tanpa Cacat (*Zero Defect Planning*). Crosby berpendapat bahwa program tanpa cacat harus diperkenalkan dan dipimpin oleh tim Peningkatan Mutu yang juga bertanggung jawab terhadap implementasinya. Beliau juga mengatakan bahwa seluruh staf harus menandatangani kontrak formal mewujudkan kontrak formal tanpa cacat dalam tugas dan kerja mereka.
  - 8) Pelatihan Pengawas (*Supervisor Training*). Pelatihan ini penting bagi para manajer agar mereka memahami peranan mereka dalam proses peningkatan mutu dan pelatihan ini bisa dilakukan melalui program pelatihan formal.
  - 9) Hari Tanpa Cacat (*Zero defect Day*), ini adalah kegiatan sehari penuh yang memperkenalkan ide tanpa cacat. Acara ini semacam *Family gathering* atau *Annivesary Party* yang pada dasarnya adalah sebuah acara atau pesta untuk menyoroti dan merayakan

penerapan metode tanpa cacat dan untuk menekankan Komitmen Manajemen terhadap metode tersebut.

- 10) Penyusunan Tujuan (*Goal Setting*). Langkah ini dimaksudkan agar para staf dapat mengkomunikasikan kepada manajemen tentang situasi tertentu yang mempersulit implementasi metode tanpa cacat. Hal ini dapat diraih dengan mendesain sebuah bentuk standar yang sesuai dengan garis manajemen dan semua bentuk tersebut harus sudah menerima jawaban dalam periode waktu tertentu.
- 11) Pengakuan (*Recognition*) hal ini sangat penting dilakukan bagi mereka yang telah berpartisipasi dalam usaha peningkatan mutu suatu organisasi.
- 12) Mendirikan Dewan-Dewan Mutu (*Quality Councils*), langkah ini juga sebuah struktur institusioanal yang dianjurkan oleh Juran yaitu mengikut sertakan para tenaga profesional mutu untuk menentukan bagaimana masalah dapat ditangani dengan tepat dan baik.
- 13) Lakukan Lagi (*Do it Over Again*) Program mutu adalah proses yang tidak pernah berakhir. Ketika tujuan program telah tercapai maka program tersebut harus dimulai lagi.
- 14) *Zero Defects* ini adalah kontribusi pemikiran Crosby yang utama dan kontroversial tentang mutu dan ide ini adalah sebuah ide yang sangat kuat. Ide ini adalah komitmen untuk selalu sukses dan menghilangkan kegagalan.

## 7. Hambatan Penerapan Manajemen Mutu Terpadu

Metode-metode yang digunakan dalam penerapan *TQM* dan dapat meningkatkan kemampuan lembaga pendidikan tersebut untuk menyediakan lulusan yang bermutu, dalam berbagai program

kemampuan atau keilmuan dan keterampilan atau kejuruan.

Namun demikian, penerapan filosofi *TQM* di sektor pendidikan ini bukannya tanpa kendala. Menurut Hittman (1993), ada beberapa hambatan yang sering dihadapi dalam menerapkan filosofi tersebut, antara lain sebagai berikut.

- 1) Sasaran dari berbagai metode perbaikan kualitas tradisional pada lembaga-lembaga pendidikan hanya berupa kesesuaian terhadap standar
- 2) Standar jaminan kualitas sering kali disusun terlalu rendah atau terlalu tinggi, sehingga program-program pendidikan akan mengalami kesulitan dalam pencapaiannya.
- 3) Definisi klasik mengenai jaminan kualitas terlalu sempit.
- 4) Pendekatan yang mutakhir mengkonsentrasikan hanya pada performansi pengajaran dan mengurangi penekanan pada kontribusi dari hal-hal yang bukan berkaitan dengan pengajaran.
- 5) Pendekatan yang mutakhir yang hanya menekankan pada instruktur pendidikan.



# BAB 6

---

## Konsep **PELAYANAN KESEHATAN**

---



## 1. *Pelayanan Kesehatan*

Tidak bisa dipungkiri bahwa peradaban manusia tidak bisa dipisahkan dari perkembangan ilmu dan teknologi sekarang ini dan masa depan. Demikian pesatnya kemajuan sains seiring perubahan waktu. Hampir tidak terelakan lagi, aspek kehidupan harus menyesuaikan dengan arah perubahan tersebut. Pelayanan kesehatan pun demikian, sebagai akibat dari pergeseran pemanfaatan sumber daya yang menuntut efisiensi dan akselerasi. Relevansi dengan penyediaan pelayanan kesehatan saat ini, maka dipandang perlunya reformasi pelayanan kesehatan ke arah layanan publik yang mengutamakan pemenuhan kebutuhan pelanggan, bukan pelayanan kesehatan yang ditentukan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan itu sendiri. Pendeknya pergeseran pola pelayanan dari produk yang ditentukan oleh lembaga kesehatan melalui program-program yang dijabarkan oleh pemerintah ke arah pelayanan kesehatan yang bertumpu pada mekanisme pasar.

Terapan konsep pelayanan kesehatan terdahulu pula, kala itu perhatian pada dimensi teknis pelayanan kesehatan, lebih dominan menjadi pertimbangan dalam pengambilan keputusan bila dibandingkan dengan aspek manajemen itu sendiri. Adanya asumsi pimpinan lembaga kesehatan bahwa, untuk memudahkan pencapaian tujuan pelayanan kesehatan maka daya dukung sumberdaya harus disesuaikan dengan prosedur teknis, guna memperkecil kemungkinan hambatan yang terjadi saat produktifitas. Sejalan kemajuan waktu, capaian kinerja pelayanan belum menunjukkan akselerasi dengan pendekatan teknis yang telah ditetapkan oleh kebijakan lembaga itu sendiri. Kesalahan berpikir pimpinan, menjadi kurang optimal dalam pelayanan kesehatan. Gaya kepemimpinan yang diterapkan bersifat kaku, mekanistik dan lambat dalam pengendalian produktifitas.

Kondisi ini cenderung menciptakan organisasi klasik yang tidak berorientasi masa depan.

Bertolak dari gambaran sebagaimana yang telah dipaparkan diatas menjadi suatu asupan dalam memudahkan pengelolaan suatu pelayanan kesehatan. Saat ini penemuan-penemuan baru dalam kaitan pelayanan kesehatan, telah memperdalam pengembangan metode praktis pelayanan publik.

## **2. *Definisi Pelayanan Kesehatan.***

Definisi pelayanan kesehatan cukup beragam pendapat dari para pakar. Salah satunya yang disampaikan oleh Levey dan Loomba (1973). Beliau mengatakan bahwa pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat (Levey dan Loomba, 1973).

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga ataupun masyarakat (Asrul Aswar, 1996).

Dari defenisi tersebut diatas dapat diperoleh bahwa ciri pelayanan kesehatan mengandung hal-hal sebagai berikut :

- 1) *Usaha sendiri*, Setiap usaha pelayanan kesehatan bisa dilakukan sendiri ditempat pelayanan. Misalnya pelayanan dokter praktek.
- 2) *Usaha lembaga atau organisasi*. Setiap usaha pelayanan kesehatan dilakukan secara kelembagaan atau organisasi kesehatan ditempat pelayanan. Misalnya pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas.
- 3) *Memiliki tujuan yang dicapai*. Tiap pelayanan kesehatan memiliki produk yang beragam sebagai hasil ahir pelayanan yang pada tujuan pokoknya adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat atau person.
- 4) *Lingkup Program*, Lingkup pelayanan kesehatan meliputi kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegah penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, atau gabungan dari keseluruhan.
- 5) *Sasaran pelayanan*. Tiap pelayanan kesehatan menghasilkan sasaran yang berbeda, tergantung dari program yang akan dilakukan, bisa untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara umum

Sesuai dengan batasan yang seperti ini, segera dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini amat ditentukan oleh :

- 1) Perorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- 2) Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencangkup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegah penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, atau kombinasi dari padanya.
- 3) Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

Secara umum yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga ataupun masyarakat (Asrul Aswar, 1996)

Tiga faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996). Pertama, unsur masukan meliputi tenaga medis, dana dan sarana yang tersedia sesuai kebutuhan. Kedua, unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Ketiga, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis sesuai standar profesi yang telah ditetapkan.

Sekalipun bentuk dan jenis pelayanan kesehatan banyak macamnya namun jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas 2. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut, jika dijabarkan dari pendapat Hodgetts dan Cascio (1983) adalah :

(1) *Pelayanan kedokteran*

Pelayanan kesehatan yang termaksud dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memelihara kesehatan serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

(2) *Pelayanan kesehatan masyarakat*

Pelayanan kesehatan yang termaksud dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Table .1  
Perbedaan Pelayanan Kedokteran Dengan  
Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan Kedokteran	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
(1) Tenaga pelaksana terutama adalah dokter	(1) Tenaga tenaga pelaksana terutama adalah ahli kesmas
(2) Perhatian utamanya pada penyembuhan penyakit	(2) Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit penyakit
(3) Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga	(3) Sasaran utamanya adalah masyarakat keseluruhan
(4) Kurang memperhatikan efisiensi	(4) Selalu memperhatikan efisiensi
(5) Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etik dokter	(5) Menarik perhatian masyarakat misalnya penyuluhan masyarakat
(6) Menjalankan fungsi perseorangan dan terikat dengan undang-undang	(6) Menjalankan fungsi mengorganisir masyarakat dan didukung dengan undang-undang
(7) Penghasilan diperoleh dari imbal jasa	(7) Penghasilan merupakan gaji dari pemerintah
(8) Bertanggung jawab hanya pada penderita	(8) Bertanggung jawab kepada seluruh masyarakat
(9) Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan.	(9) Dapat memonopoli upaya kesehatan
(10) Masalah administrasi sangat sederhana.	(10) Menghadapi berbagai persoalan kepemimpinan.

### 3. *Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan*

Sekalipun pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, keduanya harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud ialah :

1) *Tersedia dan berkesinambungan*

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaanya dalam masyarakat adalah setiap saat yang dibutuhkan.

2) *Dapat diterima dengan wajar*

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*) artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

3) *Mudah dicapai*

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

4) *Mudah dijangkau*

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat

diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin di nikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

#### 5) *Bermutu*

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah di tetapkan.

### 4. *Masalah Pelayanan Kesehatan*

Sayangnya sebagai akibat perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran kelima persyaratan pokok ini sering kali tidak dipenuhi. Dengan telah berkembangnya ilmu dan teknologi, terjadi beberapa perubahan dalam pelayanan kesehatan.

Perubahan yang seperti ini di satu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan seperti misalnya meningkatnya mutu pelayanan yang dapat dilihat dari makin menurunnya angka kesakitan, cacat, dan kematian serta meningkatnya umur harapan hidup rata-rata. Tetapi di pihak lain, perubahan yang seperti ini ternyata juga mendatangkan banyak masalah sebagai berikut :

#### 1) *Terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan*

Timbulnya pengkotakan dalam pelayanan kesehatan (*fragmented health services*), erat hubungannya dengan munculnya spesialisasi dan sub spesialisasi dalam pelayanan kesehatan. Dampak negatif yang ditimbulkan ialah menyulitkan masyarakat memperoleh

pelayanan kesehatan yang apabila, berkelanjutan pada gilirannya akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

2) *Berubahnya sifat pelayanan kesehatan*

Perubahan ini muncul sebagai akibat telah terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan, yang pengaruhnya terutama ditemukan pada hubungan dokter pasien. Sebagai akibat munculnya spesialis dan sub spesialis menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat lagi diberikan secara menyeluruh. Perhatian tersebut hanya tertuju kepada keluhan dan ataupun organ tubuh yang sakit saja.

Perubahan sifat pelayanan kesehatan makin bertambah nyata, jika diketahui bahwa pada saat ini telah banyak dipergunakan pula berbagai peralatan kedokteran canggih. ketergantungan yang kemudian muncul terhadap berbagai peralatan kedokteran canggih tersebut, dapat menimbulkan berbagai dampak negative yang merugikan, yakni :

- (1) Makin renggangnya hubungan dokter dan pasien antara dokter dan pasien telah terdapat suatu tabir pemisah yakni berbagai peralatan kedokteran yang dipergunakan tersebut.
- (2) Makin mahalnya biaya kesehatan, keadaan yang seperti ini mudah diperkirakan akan menyulitkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

Kedua perubahan dengan dampak negatif tersebut mau tidak mau akan mempengaruhi mutu pelayanan. Pelayanan kesehatan yang hanya memperhatikan organ tubuh saja, tentu tidak akan berhasil secara sempurna menyelesaikan masalah kesehatan yang diderita seseorang.

## 5. *Batasan Pelayanan Kesehatan*

Dari definisi yang dikemukakan oleh Levey dan Loomba (1973), dapat diperoleh bahwa batasan pelayanan kesehatan mengandung hal-hal sebagai berikut :

- 1) *Usaha sendiri*, setiap usaha pelayanan kesehatan bisa dilakukan sendiri ditempat pelayanan. Misalnya pelayanan bidan praktek mandiri.
- 2) *Usaha lembaga atau organisasi*, setiap usaha pelayanan kesehatan dilakukan secara kelembagaan atau organisasi kesehatan ditempat pelayanan. Misalnya pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas
- 3) *Memiliki tujuan yang dicapai*, tiap pelayanan kesehatan memiliki produk yang beragam yang pada tujuan pokoknya adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat atau *person*
- 4) *Lingkup program*, lingkup pelayanan kesehatan meliputi kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegah penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, atau gabungan dari keseluruhan
- 5) *Sasaran pelayanan*, tiap pelayanan kesehatan menghasilkan sasaran yang berbeda, tergantung dari program yang akan dilakukan, bisa untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara umum

Sesuai dengan batasan tersebut, segera dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini amat ditentukan oleh:

- 1) Perorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- 2) Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencangkup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegah

penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, atau kombinasi dari padanya.

- 3) Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, keluarga, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan.

## 6. *Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan*

Menurut Bloom (1974), derajat kesehatan dipengaruhi oleh 4 faktor utama, yaitu :

### 1) *Lingkungan*

Lingkungan merupakan semua yang ada di lingkungan dan terlibat dalam interaksi individu pada waktu melaksanakan aktivitasnya. Lingkungan tersebut meliputi lingkungan fisik, lingkungan psikososial meliputi keluarga, kelompok, komunitas, maupun masyarakat. Masyarakat merupakan kelompok yang paling penting dan kompleks yang telah dibentuk manusia sebagai makhluk sosial. Masyarakat adalah organisasi yang terbentuk akibat interaksi antara manusia, budaya, lingkungan yang bersifat dinamis terdiri dari individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang mempunyai tujuan dan sistem nilai. Klien/ibu/wanita merupakan bagian dari anggota keluarga dan unit dari komunitas.

Paradigma kebidanan dalam konsep lingkungan ini adalah memandang bahwa lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual, dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia selama pemberian asuhan kebidanan dengan meminimalkan dampak atau pengaruh yang ditimbulkannya sehingga tujuan asuhan kebidanan dapat tercapai.

- (1) Lingkungan fisik yang dimaksud adalah segala bentuk lingkungan secara fisik yang dapat mempengaruhi

perubahan status kesehatan seperti adanya daerah-daerah wabah, lingkungan kotor, dekat pembuangan air limbah, atau sampah dan lain-lain. Lingkungan ini jelas dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia dalam bentuk kebutuhan keamanan dan keselamatan dari bahaya yang dapat ditimbulkannya.

- (2) Lingkungan psikologis artinya keadaan yang menjadikan terganggunya psikologis pada seseorang seperti lingkungan yang kurang aman yang mengakibatkan kecemasan dan ketakutan akan bahaya yang ditimbulkannya.
- (3) Lingkungan sosial dalam hal ini adalah masyarakat yang luas serta budaya yang ada juga dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang serta adanya kehidupan spiritual juga mempengaruhi perkembangan seseorang dalam kehidupan beragama serta meningkatkan keyakinan.

## 2) *Perilaku*

Perilaku merupakan hasil dari pengalaman serta interaksi manusia dalam lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan sikap dan tindakan. Perilaku manusia bersifat holistik atau menyeluruh (IBI). Perilaku adalah apa yang dikerjakan seseorang, baik diamati secara langsung atau tidak secara langsung (Notoatmodjo, 1996).

## 3) *Bentuk Perilaku*

### a) Bentuk pasif

Bentuk pasif (*respon internal*), yaitu respon yang terjadi dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Misalnya seorang ibu tahu bahwa tablet penambah darah itu sangat dibutuhkan saat kehamilan,

meskipun ibu tersebut tidak meminum tablet penambah darah secara rutin. Dari contoh ini terlihat bahwa ibu tersebut telah tahu guna tablet penambah darah meskipun dirinya sendiri belum melakukan secara nyata dengan meminum rutin tablet penambah darah. Oleh sebab itu jenis perilaku ini disebut *covert behaviour* (perilaku terselubung).

b) Bentuk aktif

Bentuk aktif yaitu jika perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Misalnya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Karena perilaku ini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata maka disebut *overt behaviour*.

## 7. *Syarat Pelayanan Kesehatan*

- 1) *Tersedia dan berkesinambungan* Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan mudah dicapai oleh masyarakat.
- 2) *Dapat diterima dan wajar* Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah apa yang dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat dan bersifat wajar.
- 3) *Mudah dicapai* Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan sarana kesehatan menjadi sangat penting.

- 4) *Mudah dijangkau* Syarat pokok pelayanan kesehatan yang keempat adalah mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan di sini terutama dari sudut biaya. Untuk mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan pendekatan sarana pelayanan kesehatan dan biaya kesehatan diharapkan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
- 5) *Bermutu* Syarat pokok pelayanan kesehatan yang kelima adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksud adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

## 8. *Pelayanan Kesehatan Menyeluruh Dan Terpadu*

Menyadari bahwa pelayanan kesehatan yang berkotak-kotak bukanlah pelayanan kesehatan yang baik, maka berbagai pihak berupaya mencari jalan keluar yang sebaik-baiknya. Salah satu dari jalan keluar tersebut ialah memperkenalkan kembali bentuk pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu (*comprehensive and integrated health services*).

Pengertian pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu ada dua macam. *Pertama*, pelayanan kesehatan yang berhasil memadukan berbagai upaya kesehatan yang ada di masyarakat yakni, pelayanan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu apabila kelima jenis pelayanan ini diselenggarakan bersamaan. *Kedua*, pelayanan kesehatan yang menerapkan pendekatan

yang menyeluruh (*holistic approach*). Jadi tidak hanya memperhatikan keluhan penderita saja, tetapi juga berbagai latar belakang sosial ekonomi, sosial budaya, sosial psikologi, dan lain sebagainya. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu apabila pendekatan yang dipergunakan memperhatikan berbagai aspek kehidupan dari para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

Tergantung dari filosofi serta perkembangan pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh suatu Negara, maka upaya yang dilakukan untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu ini agak berbeda. Secara umum upaya pendekatan yang dimaksud dapat dibedakan atas dua macam yakni,

1) *Pendekatan institusi*

Jika pelayanan kesehatan masih bersifat sederhana maka kehendak untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu dilakukan melalui pendekatan institusi (*institutional approach*). Dalam arti penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan dalam satu atap. Disini setiap bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dikelola dalam satu instansi kesehatan saja.

2) *Pendekatan sistem*

Tentu mudah untuk dipahami untuk Negara yang pelayanan kesehatannya telah berkembang dengan pesat, pendekatan institusi telah tidak mungkin di terapkan lagi. Akibat makin kompleksnya pelayanan kesehatan adalah mustahil untuk menyediakan semua bentuk dan jenis pelayanan dalam suatu institusi. Bukan saja akan menjadi terlalu mahal, tetapi yang terpenting lagi akan tidak efektif dan efisien. Di samping memang dalam kehidupan masyarakat moderen kini, telah terdapa apa yang disebut dengan spesialisasi, yang apabila dapat diatur dan dimanfaatkan dengan

baik, akan dapat memberikan hasil yang lebih memuaskan.

Dalam keadaan yang seperti ini, kehendak untuk mewujudkan pelayanan keserhatan yang menyeluruh dan terpadu di lakukan melalui pendekatan system (*system approach*) pengertian pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu yang dsiterapkan saat ini, adalah dalam arti system. Disini pelayanan kesehatan di bagi atas beberapa strata, untuk kemudian antara satu strata dengan strata lainnya, diikat dalam satu mekanisme hubungan kerja, sehingga secara keseluruhan membentuk suatu kesatuan yang terpadu.

### 9. *Stratifikasi Pelayanan Kesehatan*

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap Negara tidaklah sama, namun secara umum berbagai strata ini dapat di kelompokkan menjadi tiga macam yakni :

#### 1) *Pelayanan kesehatan tingkat pertama*

Yang di maksud dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primery health services*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan.

#### 2) *Pelayanan kesehatan tingkat kedua*

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap dan untuk menyelenggarakannya telah dibutuhkan tersediannya tenaga-tenaga spesialis.

#### 3) *Pelayanan kesehatan tingkat ketiga*

Yang di maksud dengan pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan

umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga sub spesialis.

## 10. *Sistem Rujukan*

Adapun yang dimaksud dengan system rujukan di Indonesia, seperti yang telah dirumuskan dalam SK menteri Kesehatan RI No. 32 tahun 1972 ialah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Macam rujukan yang berlaku di Indonesia telah pula ditentukan. System kesehatan nasional membedakannya atas dua macam yakni :

### 1) *Rujukan kesehatan*

Rujukan ini di kaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat. Rujukan kesehatan dibedakan atas 3 macam yakni rujukan teknologi, sarana, dan operasional.

### 2) *Rujukan medik*

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran.

Sama halnya dengan rujukan kesehatan, rujukan medik ini dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan-bahan pemeriksaan.

Apabila sistem rujukan ini dapat terlaksana, dapat diharapkan terciptannya pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu. Beberapa manfaat juga akan diperoleh yang jika ditinjau dari unsur pembentuk pelayanan kesehatan terlihat sebagai berikut:

1) *Dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan*

Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan, manfaat yang akan diperoleh antara lain :

- (1) Membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan.
- (2) Memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia.
- (3) Memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.

2) *Dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan*

Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan manfaat yang akan diperoleh antara lain :

- (1) Meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang.
- (2) Mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena telah diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang setiap sarana pelayanan kesehatan.

3) *Dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan*

Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara kesehatan manfaat yang akan di peroleh antara lain :

- (1) Memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan dan dedikasi.
- (2) Membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin.

- (3) Memudahkan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

Berbagai program dan kegiatan di bidang pelayanan kesehatan telah dilakukan pemerintah dan swasta di setiap Negara, namun tidak seluruh penawaran pelayanan kesehatan dimanfaatkan oleh masyarakat, disebabkan adanya berbagai masalah di bidang ekonomi dan sosial budaya yang menghambat akses mereka menuju tempat-tempat pelayanan kesehatan.

Bagi masyarakat yang mempunyai nilai-nilai tradisional, kemungkinan prioritas pilihan pada pelaksanaan kegiatan-kegiatan ritual sebagai perwujudan kepercayaan yang mereka miliki, sedangkan pelayanan kesehatan diletakkan sebagai prioritas yang kurang penting. Cara pandang tentang sakit adalah bagian dari kutukan Tuhan, karena tingkah laku mereka kurang berkenan baik oleh sesama, alam, maupun pencipta. Pilihan sebagai keputusan menimbulkan biaya oportunistik berupa; (1) seluruh atau sebagian pendapatan keluarga digunakan untuk membiayai acara-acara ritual, dan (2) hilangnya kesempatan memperoleh pelayanan kesehatan dan manfaat lainnya di keluarga.

Pada tingkat pasar, pelayanan kesehatan berkompetisi dengan pelayanan tradisional dilayani para dukun atau paranormal, dan konsumen berperilaku tradisional sangat mungkin meminta pelayanan dukun untuk mengobati penyakitnya sebagai pelayanan substitusi dari pelayanan kesehatan modern. Jika pada pelayanan tradisional pasien merasa tidak sembuh, selanjutnya meminta pelayanan kesehatan modern sebagai alur rujukan. Setiap tahap pelayanan (tradisional dan modern) menimbulkan biaya yang ditanggung oleh pasien maupun keluarganya. Bagi ibu hamil, bersalin dan nifas yang merupakan anggota masyarakat tradisional, kemungkinan sulit terhindar dari siklus pengobatan tradisional, sebagaimana fenomena empiris, dan

jika dikaji secara ekonomis menimbulkan biaya yang tidak sedikit baik pada tataran individu maupun masyarakat.

Masyarakat pada suatu kelompok etnis yang memiliki nilai-nilai tradisional berupa kepercayaan bahwa ada kekuatan supernaturalistik, turut mempengaruhi proses kehidupan seseorang. Untuk menyeimbangkan kekuatan supernaturalistik dengan proses kehidupan seseorang atau masyarakat, dilakukan acara-acara ritual. Pelaksanaan acara ritual, menimbulkan biaya sebagai beban individu dan masyarakat, berlanjut pada penurunan kemampuan dan keinginan membayar (*ability to pay dan willingness to pay*) pemenuhan kebutuhan kesehatan dan non kesehatan di keluarga.

Budaya juga dapat membentuk kepribadian seseorang. Hal ini tercermin dari persepsi mereka tentang suatu obyek maupun fenomena disekitarnya. Persepsi mereka tentang kinerja provider, harus sesuai dengan harapan yang mereka miliki. Harapan sebagai derivasi kebutuhan bukan saja pada aspek medis, tetapi aspek non medis yang berhubungan dengan tingkat kepuasan sesuai nilai-nilai budaya pasien. Aspek non medis belum diletakkan sejajar dengan aspek medis dalam konsep pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan pasien. Konsep pelayanan kesehatan menurut provider adalah menerapkan standar pelayanan sesuai etika dan profesi medis. Kesenjangan antara harapan sebagai kebutuhan konsumen dengan kenyataan yang diterima pengguna pelayanan kesehatan ibu dan anak, akan menimbulkan ketidakpuasan masyarakat.

Dalam masyarakat tradisional yang mempunyai nilai-nilai tradisi, hubungan keagenan tidak hanya pada pasar pelayanan kesehatan, tetapi terjadi juga sebelum menjadi permintaan *actual*. Hubungan keagenan di luar pasar pelayanan dilakukan oleh kelompok referensi dalam keluarga, masyarakat, atau kelompok organisasi. Sedangkan pada

proses pelayanan kesehatan, kemungkinan provider menyarankan pasien melakukan pelayanan intensif atau merujuk pasien ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi. Kelompok referensi mengeksposisi seseorang ke dalam perilaku baru, menciptakan tekanan-tekanan untuk memilih produk dan merek suatu barang dan jasa, serta mempengaruhi sikap orang tersebut seperti yang diinginkan (Kotler dan Armstrong, 1994).

Engel et al. (1994) mendefinisikan budaya sebagai nilai, gagasan, artefak, dan symbol bermakna membantu individu berkomunikasi, membuat tafsiran, dan melakukan evaluasi terhadap fenomena yang ada disekitarnya. McCracken (dalam Engel et al., 1994), mengartikan budaya sebagai “lensa” dan “cetak biru”. Sebagai “lensa”, budaya digunakan manusia untuk memandang fenomena, bagaimana fenomena dipahami dan diterima. Sebagai “cetak biru” budaya sebagai landasan kegiatan manusia dalam menentukan koordinat tindakan social dan kegiatan produktif, dan menetapkan perilaku masyarakat dalam menyikapi dan memberikan makna suatu obyek.

WHO (1984 dalam Notoatmodjo, 1993) mengemukakan bahwa perilaku seseorang ditentukan atau fungsi dari pemikiran dan perasaan seseorang (pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian seseorang terhadap obyek), adanya orang lain sebagai referensi, fasilitas-fasilitas (uang, waktu, tenaga) yang dapat mendukung perilaku, dan budaya masyarakat (adapt istiadat). Secara matematis, dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f (TF,PR,R,C)$$

Keterangan :

B = Behavior

PR = Personal References

F = fungsi

R = Resources

TF = Thought and Feeling

C = Culture

Budaya bersama dengan unsur-unsur ekonomi di dalam masyarakat menentukan proses pengambilan keputusan konsumen. Engel et al (1994) mengemukakan bahwa budaya mempengaruhi struktur konsumsi, bagaimana individu mengambil keputusan pembelian, dan mengekspresikan kepuasan tentang kualitas barang atau jasa.

Dari beberapa teori di atas, disimpulkan bahwa budaya sebagai predisposisi perilaku konsumen (pengetahuan, sikap, dan tindakan, dan persepsi) seseorang. Budaya ini pula membentuk rasionalitas seseorang menggunakan sumber daya (uang, waktu, dan tenaga) dan mengalokasikan sumber daya kedalam pilihan tindakan diantara berbagai kemungkinan yang tersedia, ketika berada dalam suatu situasi pembelian (pelayanan kesehatan dan lainnya) guna memenuhi kebutuhannya.

Biaya menurut Mills dan Gilson (1990) merupakan pengorbanan yang diperlukan untuk memperoleh barang dan jasa, berarti melakukan persamaan antara pengorbanan dan harga. Kotler dan Andreasen (1995) berpendapat bahwa pembayaran sejumlah uang dalam suatu proses transaksi, hanyalah salah satu bentuk pengorbanan atau biaya dalam makna ekonomi tradisional. Dalam teori pertukaran, Kotler dan Andreasen (1995) menyatakan bahwa pertukaran antara dua belah pihak menimbulkan keuntungan pada satu sisi berarti biaya disisi lain. Pertukaran dibidang pelayanan, supplier memberikan kepada konsumen dalam bentuk kualitas pelayanan, lingkungan nyaman dan jaminan kepuasan, sedangkan bagi *supplier* menimbulkan biaya. Di lain pihak, konsumen membayarkan uang dalam pertukaran tersebut untuk memperoleh manfaat dari jasa, dan menimbulkan keuntungan bagi *supplier*.

Melestarikan budaya melalui acara ritual, memerlukan pengorbanan berupa biaya yang ditanggung oleh anggota komunitas

budaya tersebut. Mills dan Gilson (1990) menyatakan bahwa jika ada kegiatan yang menimbulkan beban biaya bagi masyarakat umum, maka nilai seluruh kerugian moneter dari masyarakat disebut biaya sosial (*society cost*), jika hanya menjadi beban biaya individu, disebut biaya privat (*private cost*).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa biaya sosial merupakan penjumlahan dari biaya privat sebagai pengeluaran moneter akibat kepercayaan, mengakibatkan *opportunity cost* bagi pengeluaran bidang kesehatan dan non kesehatan di keluarga. Sejauhmana biaya sosial dan biaya privat karena pelaksanaan acara ritual mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan ibu dan anak, dan bagaimana persepsi masyarakat terhadap biaya pelayanan kesehatan yang meliputi biaya acara ritual (biaya sosial dan biaya privat), biaya memperoleh pelayanan (biaya transportasi, biaya waktu tunggu, tarif pelayanan dan pengobatan), penelitian ini akan membuktikannya.

Pelayanan kesehatan di puskesmas perlu melibatkan potensi-potensi yang ada di masyarakat dengan menggalang masyarakat untuk ikut berperan serta dalam pembangunan dan pelayanan kesehatan yang dibentuk dalam wadah yang disebut dengan PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa).

Faktor penting dalam dinamika persaingan adalah kedudukan pasien dalam pelayanan kesehatan. Sebagaimana pemasok, daya tawar pasien sebagai pembeli akan kuat apabila pembeli berjumlah banyak dan bergabung dalam suatu organisasi yang kuat. Daya tawar pembeli pelayanan kesehatan di perkuat dengan berdirinya Yayasan Lembaga Konsumen termasuk yang berkonsentrasi pada sektor kesehatan seperti Yayasan Lembaga Konsumen Kesehatan yang berada di Jakarta. Lebih lanjut saat ini telah ada Lembaga

Bantuan Hukum Kesehatan yang memberikan jasa tindakan hukum bagi pasien yang membutuhkan. Faktor lain yang memperkuat daya tawar pasien sebagai pembeli yaitu apabila pelayanan jasa yang dibeli bersifat standar, atau tidak terdiferensiasi. Dengan demikian pasien mempunyai banyak pilihan untuk mendapatkan pelayanan (Laksono Trisnantoro, 2005).

Lebih lanjut, Laksono mengatakan bahwa trend yang sama terjadi diberbagai Negara adalah adanya kebijakan desentralisasi, termasuk otonomi lembaga pelayanan kesehatan, kompetisi diantara provider, peningkatan pelayanan kesehatan primer dan peningkatan mutu pelayanan.

Di dalam pelayanan kesehatan sering ditemukan istilah *health need* dan *health demand*. Keduanya mempunyai pengertian dan konsep yang berbeda. *Health need* mempunyai 2 pengertian yaitu :

- (1) Kebutuhan nyata (*Normative need*) adalah merupakan perbandingan situasi nyata dengan standar tertentu yang telah disepakati.
- (2) Kebutuhan yang dirasakan (*feel need*) adalah kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh individu. Sedang permintaan (*demand*) pelayanan kesehatan menggambarkan keinginan individu yang dilatar belakangi oleh kemampuan membayar, jadi merupakan *normative need* yang dinyatakan melalui kemauan.

Dari kedua pengertian tersebut diatas dapat dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan mungkin secara normatif dibutuhkan (*needed*) tapi tidak diminta (*not need*) ataupun sebaliknya mungkin diminta tetapi tidak dibutuhkan (*not needed*).

### **11. *Pelayanan Umum Dan Pelayanan Prima Dalam Pelayanan Kesehatan***

Menpan, 1993, sasaran pembangunan aparatur Negara terutama ditujukan untuk meningkatkan kemampuan dalam melayani, mengayomi dan menumbuhkan peran aktif masyarakat dalam pembangunan, terutama yang berkaitan dengan kualitas, efisiensi dan efektifitas kegiatan.

Organisasi pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas dan sebagainya memberikan pelayanan kepada masyarakat :

- (1) Pelayanan medis, misalnya : persalinan, kandungan, pelayanan, obat-obatan dsb.
- (2) Pelayanan non medis (umum), misalnya : keamanan, kenyamanan, kejelasan infoamasi, keramahan, kecekatan, waktu tunggu yang cepat, kebersihan, kemudahan administrasi dsb.

### **12. *Pelayanan Umum***

Segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan lingkungan badan usaha milik negara atau daerah dalam bentuk barang atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Instansi pemerintah adalah satuan kerja atau organisasi departemen atau lembaga pemerintah nono departemen, instansi pemerintah lainnya, baik ditingkat pusat maupun daerah, termasuk BUMN/BUMD.

Tata laksana adalah segala aturan yang ditetapkan oleh pimpinan instasni pemerintah yang menyangkut tata cara, prosedur dan sistem kerja dalam melaksanakan kegiatan yang berkenaan dengan penyelenggaraan tugas dan fungsi pemerintah dalam pembangunan di bidang pelayanan umum.

Tata kerja adalah cara-cara pelaksanaan kerja yang efisien mungkin mengenai sesuatu tugas dengan mengingat segi-segi tujuan, peralatan, fasilitas, peralatan, tenaga, waktu, ruang dan biaya yang tersedia.

Prosedur kerja adalah rangkaian tata kerja yang berkaitan dengan satu sama lain, sehingga menunjukkan adanya urutan tahapan secara jelas dan pasti serta cara-cara yang harus ditempuh dalam rangka penyelesaian suatu bidang kerja.

Sistem kerja adalah rangkaian tata kerja dan prosedur kerja yang membentuk suatu kebulatan pola kerja tertentu dalam rangka mencapai suatu hasil kerja yang diharapkan.

Wewenang adalah hak seorang pejabat untuk mengambil tindakan dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi dibidang pelayanan umum sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Biaya pelayanan adalah segala biaya dengan nama atau sebutan apapun sebagai imbalan atas pemberian pelayanan umum yang besarnya dan tata cara pembayaran ditetapkan oleh pejabat yang berwenang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pemberi pelayanan adalah pejabat atau pegawai instansi pemerintah yang melaksanakan tugas dan fungsi di bidang pelayanan umum.

Penerima pelayanan adalah orang atau badan hukum yang menerima pelayanan dari instansi pemerintah.

*1) Hakikat pelayanan Umum :*

- (1) Meningkatkan mutu dan produktifitas pelaksanaan tugas dan fungsi instansi pemerintah dibidang pelayanan umum
- (2) Mendorong upaya pengefektifkan sistem dan tata laksana pelayanan, sehingga pelayanan umum dapat diselenggarakan secara lebih berdaya guna dan berhasil guna.

- (3) Mendorong tumbuhnya kreatifitas, prakarsa dan peran serta masyarakat dalam pembangunan serta meningkatkan kesehjateraan masyarakat luas.

2) *Asas pelayanan umum :*

- (1) Hak dan kewajiban harus jelas dan pasti
- (2) Berdasarkan peraturan, efisiensi dan efektif
- (3) Bermutu
- (4) Peran serta masyarakat.

3) *Tata laksana pelayanan Umum :*

- (1) Sederhana
- (2) Jelas dan pasti
- (3) Aman
- (4) Keterbukaan
- (5) Efisiensi
- (6) Ekonomis
- (7) Adil dan merata
- (8) Tepat waktu

4) *Pola penyelenggaraan tata laksana pelayanan umum :*

Pola pelayanan fungsional, yaitu pola pelayanan umum yang dib erikan oleh suatu instansi pemerintah sesuai dengan tugas fungsi dan wewenang

- (1) Pola pelayanan satu pintu, yaitu pola pelayanan umum yang di berikan secara tunggal oleh instasni pemerintah berdasarkan pelimpahan wewenang dari instansi pemerintah terkait lainnya yang bersangkutan
- (2) Pola pelayanan satu atap adalah pola pelayanan umum yang diberikan secara terpadu pada suatu tempat atau lokasi oleh beberapa instansi pemerintah yang bersangkutan sesuai kewenangan masing-masing

- (3) Pola pelayanan secara terpusat, yaitu pola pelayanan umum yang diberikan oleh suatu instansi pemerintah yang bertindak selaku koordinator terhadap pelayanan instansi pemerintah lainnya terkait dengan bidang pelayanan umum yang bersangkutan.
- (4) *Penyusunan tata laksana pelayanan umum* :
  - a. Landasan hukum pelayanan umum
  - b. Maksud dan tujuan pelayanan umum
  - c. Alur proses atau tata cara pelayanan umum
  - d. Persyaratan yang harus dipenuhi baik teknis maupun administrasi
  - e. Tata cara penilaian untuk memberikan kepastian kepada masyarakat atas persetujuan dan penolakannya
  - f. Rincian biaya jasa pelayanan umum dan tata cara pembayaran
  - g. Waktu penyelesaian pelayanan umum
  - h. Uraian mengenai hak dan kewajiban pihak pemberi pelayanan dan penerima pelayanan umum.
  - i. Penunjukan pejabat penerima keluhan masyarakat
- (5) *Kewenangan penetapan tata laksana pelayanan umum*
  - a. Di tetapkan dengan keputusan pimpinan instansi pemerintah dan atau pimpinan BUMN/BUMD apabila secara fungsional dan keseluruhan proses pelayanan umum dilakukan satu instansi pemerintah
  - b. Merupakan pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - c. Ditetapkan dengan perda atau kep gubernur/bupati/walikota atau pimpinan instansi vertikal didaerah, apabila meruapakan

- kewenangan daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
- d. Merupakan jabatan lebih lanjut dari pedoman umum yang sudah ditetapkan oleh instansi tingkat atasnya.
  - e. Mempunyai ruang lingkup/jangkauan yang lebih bersifat teknis operasional
  - f. Sifat pelayanannya memerlukan penyesuaian terhadap situasi dan kondisi setempat.
- (6) *Biaya pelayanan umum*, besarnya tarif pelayanan umum perlu memperhatikan :
- a. Tingkat kemampuan dan daya beli masyarakat
  - b. Nilai barang dan atau jasa dari hasil pelayanan umum
  - c. Terhadap jenis pelayanan umum yang memerlukan penelitian atau pemeriksaan maka biaya penelitian atau pemeriksaan harus jelas rinciannya.
  - d. Mendapat persetujuan terlebih dahulu dari menteri keuangan sesuai peraturan perundang yang berlaku.
  - e. Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh pemda dilaksanakan sesuai dengan Inpres No. 16 tahun 1980 tentang penyusunan dan pengesahan peraturan daerah mengenai pajak daerah tingkat I, pajak daerah TK II dan retribusi daerah TK I.

### 13. *Paradigma Pelayanan Kesehatan*

Pola pelayanan kesehatan bersifat dinamis mengikuti perkembangan keadaan dan masalah serta lingkungan dalam arti luas : politik, ekonomi, teknologi, sosial, budaya masyarakat yang dilayani. Lingkungan fisik dan lingkungan biologik matra darat, laut dan udara termasuk emigran, transmigrasi, menjadikan model dan pola pelayanan kesehatan menyesuaikan. Ada perbedaan atau pergeseran pola makan

dan pola penyakit akan membawa pula pergeseran kebijakan program kesehatan. Perubahan pandangan yang terdapat di masyarakat tentang kesehatan karena meningkatnya pendidikan dan pengetahuan tentang sakit atau tidak sakit berkaitan dengan masalah pembiayaannya, akan mengubah pola pikir dan tindak. Sehingga timbul pergeseran yang semula berorientasi pada penyembuhan penyakit dan rehabilitatif menjadi orientasi pada pencegahan dan peningkatan kesehatan atau dengan kata lain bergeser dari paradigma lama ke paradigma baru.

RAKERKESNAS-1999 di Jakarta, bahwa paradigma sehat adalah sebagai cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif-antisipatif, melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan bersifat lintas sektora dalam suatu wilayah. Untuk melindungi, meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan penduduk, diperlukan upaya yang dilaksanakan secara holistik oleh sektor kesehatan dengan memperhatikan faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan, dilakukan secara sistematis, proaktif-antisipatif melalui pendekatan lintas sekotra dan ekemitraan dengan basis wilayah.

Paradigma sehat juga merupakan model pembangunan kesehatan yang berorientasi pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan penduduk yang sehat, dan bukan hanya penyembuhan pada orang sakit. Sehingga kebijakan pembangunan kesehatan perlu lebih ditekankan pada upaya preventif dan promotif, dengan maksud meningkatkan, memelihara, dan melindungi orang sehat agar tetap sehat, atau lebih sehat, sedangkan yang sakit perlu disembuhkan agar secepatnya menjadi sehat dan produktif.

#### **14. *Karakteristik Pelayanan Kesehatan.***

Dibandingkan dengan kebutuhan hidup manusia yang lain, kebutuhan pelayanan kesehatan mempunyai tiga ciri utama yang

terjadi sekaligus dan unik yaitu : *uncertainty, asymetri of information dan externality (Evans, 1984)*. Menurut Evan, ketiga ciri utama tersebut menyebabkan pelayanan kesehatan sangat unik dibandingkan dengan produk atau jasa lainnya. Keunikan yang tidak diperoleh pada komoditas lain inilah yang mengharuskan kita membedakan perlakuan atau intervensi pemerintah.

1) *Uncertainty*

*Uncertainty* atau ketidakpastian menunjukkan bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak bisa pasti, baik waktu, tempat maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Dengan ketidakpastian ini sulit bagi seseorang untuk menganggarkan biaya untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatannya. Penduduk yang penghasilannya rendah tidak mampu menyisihkan sebagian penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan yang tidak diketahui datangnya, bahkan penduduk yang relatif berpendapatan memadai sekalipun seringkali tidak sanggup memenuhi kecukupan biaya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan medisnya.. Maka dalam hal ini seseorang yang tidak miskin dapat menjadi miskin atau bangkrut mana kala ia menderita sakit.

2) *Asymetry of Information*

Sifat kedua *asymetry of Information* menunjukkan bahwa konsumen pelayanan kesehatan berada pada posisi yang lemah sedangkan provider (dokter dan petugas kesehatan lainnya) mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan yang dijualnya. Ciri ini juga ditemukan oleh para ahli ekonomi kesehatan lain seperti Feldstein, Jacos, Rappaport, dan phelps, sedangkan pada jasa kecantikan dan beras sifat *asymetry information* hampir tidak nampak.

Konsumen tahu berapa harga pasar, apa manfaat yang dinikmatinya, bagaimana kualitas berbagai layanan dan seberapa

besar kebutuhannya. Dalam pelayanan kesehatan, misalnya kasus ekstrim pembedahan, pasien hampir tidak memiliki kemampuan untuk mengetahui apakah ia membutuhkan pelayanan tersebut atau tidak. Kondisi ini sering dikenal dengan *consumer ignorance* atau konsumen yang bodoh, jangankan ia mengetahui berapa harga dan berapa banyak yang diperlukan, mengetahui apakah ia memerlukan tindakan bedah saja tidak sanggup dilakukan meskipun pasien mungkin seorang profesor sekalipun.

Dapat dibayangkan bahwa jika *provider* atau penjual memaksimalkan laba dan tidak mempunyai integritas yang kuat terhadap norma-norma agama dan sosial sangat mudah terjadi penyalagunaan atau moral hazard yang dapat dilakukan oleh *provider*.

Sifat *asymetry* ini memudahkan timbulnya *supply induce demand creation* yang menyebabkan keseimbangan pasar tidak bisa tercapai dalam pelayanan kesehatan. Maka jangan heran jika dalam pelayanan kesehatan supply meningkat tidak menurunkan harga dan kualitas meningkat, yang menjadi justru sebaliknya yaitu peningkatan harga dan penurunan kualitas ( pemeriksaan yang tidak perlu).

### 3) Externality.

*Externality* menunjukkan bahwa konsumsi pelayanan kesehatan tidak saja mempengaruhi *pembeli* tetapi juga bukan pembeli.. Contohnya adalah konsumsi rokok yang mempunyai resiko besar pada bukan perokok, akibat dari ciri ini, pelayanan kesehatan membutuhkan subsidi dalam berbagai bentuk, oleh karena pembiayaan pelayanan kesehatan tidak saja menjadi tanggung jawab diri sendiri, akan tetapi perlunya digalang tanggungjawab bersama (publik). Ciri unik tersebut juga

Konsep Pelayanan Kesehatan

dikemukakan oleh beberapa ahli ekonomi kesehatan seperti Feldstein (1993).



# BAB 7

---

Mutu  
**PELAYANAN  
KESEHATAN**

---



## 1. *Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan*

Banyak pendapat tentang mutu, pendapat yang dikemukakan agaknya berbeda-beda namun saling melengkapi yang dapat menambah pengetahuan dan wawasan kita tentang apa yang dimaksud dengan mutu.

Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan (1994), mengemukakan mutu adalah suatu derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi, sumberdaya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serata penyelenggaraannya sesuai dengan standart dan kode etik profesi (Azrul Azwar, 1996).

Memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas seluruh proses. Pelanggan meliputi, pasien, keluarga, dan lainnya yang datang untuk pelayanan dokter, karyawan (Mary R. Zimmerman).

Penampilan yang sesuai atau pantas (yang berhubungan dengan standart) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan pada kematian, kesakitan, ketidakmampuan dan kekurangan gizi (Roemer dan Aquilar, WHO, 1988). (Wijono, 1999)

Donabedian, 1980 cit. Wijono, 1999 menyebutkan bahwa kualitas pelayanan adalah suatu pelayanan yang diharapkan untuk

memaksimalkan suatu ukuran yang inklusif dari kesejahteraan klien sesudah itu dihitung keseimbangan antara keuntungan yang diraih dan kerugian yang semua itu merupakan penyelesaian proses atau hasil dari pelayanan diseluruh bagian.

Secara umum pengertian mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen.

Jadi yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan. Sekalipun pengertian mutu yang terkait dengan kepuasan ini telah diterima secara luas, namun penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan. Masalah pokok yang ditemukan ialah karena kepuasan tersebut bersifat subyektif. Tiap orang, tergantung dari latar belakang yang dimiliki, dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang berbeda untuk satu mutu pelayanan kesehatan yang sama. Di samping itu, sering pula ditemukan pelayanan kesehatan yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien, namun ketika ditinjau dari kode etik serta standar pelayanan profesi, kinerjanya tetap tidak terpenuhi.

## ***2. Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan***

Untuk mengatasi masalah dalam perbedaan tingkat kepuasan setiap orang dalam menerima pelayanan kesehatan, maka telah disepakati bahwa pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan mutu pelayanan kesehatan mengenal paling tidak

dua pembatasan, yaitu:

1) *Pembatasan pada derajat kepuasan pasien*

Pembatasan pertama yang telah disepakati adalah pada derajat kepuasan pasien. Untuk menghindari adanya subjektivitas individual yang dapat mempersulit pelaksanaan program meenjaga mutu, maka ditetapkan bahwa ukuran yang dipakai untuk mengukur kepuasan disini bersifat umum yakni sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

2) *Pembatasan pada upaya yang dilakukan*

Pembatasan kedua yang telah disepakati pada upaya yang dilakukan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Untuk melindungi kepentingan pemakai jasa pelayanan kesehatan, yang pada umumnya awam terhadap tindakan kedokteran, ditetapkanlah upaya yang dilakukan tersebut harus sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi, bukanlah pelayanan kesehatan yang bermutu. Dengan kata lain dalam pengetahuan mutu pelayanan kesehatan tercakup pula kesempurnaan tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan prifessi yang telah ditetapkannya.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan mutu memberi peranan penting. Batasan tentang mutu pelayanan banyak macamnya, yaitu:

- 1) Menurut Azwar (1996) beberapa diantaranya yang dipandang penting adalah
  - (1) Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary, 1956).
  - (2) Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian, 1980)
  - (3) Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri suatu barang atau dihasilkan, yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian

akan adanya rasa aman atau terpenuhinya kebutuhan para pengguna barang atau jasa yang dihasilkan tersebut (Din ISO 8402, 1986).

(4) Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Crosby, 1984).

2) Menurut editor Bari (1998) batasan mutu yang dipandang cukup penting adalah:

(1) Mutu adalah tingkat kesempurnaan dan penampilan sesuatu yang sedang diamati.

(2) Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program.

(3) Mutu adalah totalitas dan wujud serta ciri suatu barang atau jasa, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman dan pemenuhan kebutuhan para pengguna.

(4) Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Robert dan Prevos yang dikutip oleh Editor Bari (1998) telah berhasil membuktikan adanya perbedaan dimensi mutu pelayanan kesehatan:

(1) Bagi pemakai jasa pelayan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan dan keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang diderita pasien. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.

(2) Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan,

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisien pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan, dan atau kemampuan menekan beban biaya penyandang dana.

Pada setiap pelayanan kesehatan terdapat beberapa unsur yang bersifat pokok yakni :

(1) *Unsur masukan*

Yang dimaksud dengan unsur masukan adalah semua hal yang diperlukan untuk terselenggaranya suatu pelayanan kesehatan. Unsur masukan yang terpenting adalah tenaga, dana, dan sarana. Secara umum disebutkan apabila tenaga dan sarana (kuantitas dan kualitas) tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (*standart of personnels and facilities*), serta dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulitlah diharapkan bermutunya pelayanan kesehatan.

(2) *Unsur lingkungan*

Yang dimaksud dengan unsur lingkungan adalah keadaan sekitar yang mempengaruhi penyelenggara pelayanan kesehatan. Untuk suatu instansi kesehatan, keadaan sekitar yang terpenting adalah kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standar dan bersifat mendukung maka sulitlah diharapkan bermutunya pelayanan kesehatan.

(3) *Unsur proses*

Yang dimaksud dengan unsur proses adalah semua tindakan yang dilakukan pada waktu menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Tindakan tersebut dapat dibedakan atas dua macam yakni tindakan medis dan non-medis. Secara umum disebutkan apabila kedua tindakan ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, maka sulitlah diharapkan bermutunya pelayanan kesehatan.

#### (4) *Unsur keluaran*

Yang dimaksud dengan unsur keluaran adalah yang menunjukkan pada penampilan pelayanan kesehatan. Penampilan dapat dibedakan atas dua macam. Pertama penampilan aspek medis pelayanan kesehatan. Kedua penampilan aspek non-medis pelayanan kesehatan. Disebutkan apabila kedua ini tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bukan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Bagi masyarakat yang dimaksud dengan pelayanan yang baik yang pertama adalah: kecepatan pelayanan, keramah tamahan dan komunikasi yang baik, terhadap dokter juga perawat. Jadi masyarakat tidak mempersoalkan dokter lulusan dari mana, apakah laki-laki atau perempuan, suku atau agamanya, Karena sampai sekarang pelayanan yang cepat dan ramah tamah sangat dibutuhkan menurut Danakusuma (2002)

Seiring dengan keadaan sosial masyarakat yang semakin meningkat dimana masyarakat semakin sadar akan kualitas maka perlu peningkatan kualitas atau pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi pada kepuasan pasien. Artinya berusaha untuk memberikan pelayanan yang terbaik dan mengevaluasi berdasarkan kaca mata pasien. Mutu mencakup tentang atribut-atribut kualitas pelayanan seperti kehandalan, daya tangkap, simpati, kenyamanan, kebersihan dan keramahan. Dari sudut pandang pasien, kualitas pelayanan bisa berarti suatu empati dan tanggap akan kebutuhan pasien, pelayanan harus selalu berusaha memenuhi kebutuhan pasien serta harapan mereka, diberi dengan cara yang ramah pada waktu mereka berobat (Sampoerna, 1994).

### 3. *Komponen Mutu Pelayanan Kesehatan*

Berdasar definisi (Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat) ditemukan 5 faktor pokok yang berperan penting dalam menentukan keberhasilan manajemen kesehatan, yaitu: masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), sasaran (*target*) serta dampak (*impact*).

#### 1) *Input*

*Input* (masukan) 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 dimana pelayanan diberikan.

Menurut Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat, input ada 3 macam, yaitu:

#### (1) Sumber (*resources*)

Sumber (*resources*) adalah segala sesuatu yang dapat dipakai untuk menghasilkan barang atau jasa. Sumber (*resources*) dibagi 3 macam:

- a. Sumber tenaga (*labour resources*) dibedakan atas:
  - a) Tenaga ahli (*skilled*): dokter, bidan, perawat
  - b) Tenaga tidak ahli (*unskilled*): pesuruh, penjaga
- b. Sumber modal (*capital resources*), dibedakan menjadi:
  - a) Modal bergerak (*working capital*): uang, giro
  - b) Modal tidak bergerak (*fixed capital*): bangunan, tanah, sarana kesehatan.
  - c) Sumber alamiah (*natural resources*) adalah segala sesuatu yang terdapat di alam, yang tidak termasuk sumber tenaga dan sumber modal.

- (2) *Tatacara (prosedures)*, *tatacara (procedures)*: adalah berbagai kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang dimiliki dan yang diterapkan.
- (3) *Kesanggupan (capacity)*, *kesanggupan (capacity)*: adalah keadaan fisik, mental dan biologis tenaga pelaksana.

Menurut Koontz input manajemen ada 4, yaitu *Man, Capacity, Managerial*, dan *Technology*. Untuk organisasi yang tidak mencari keuntungan, macam input ada 4M, yaitu *Man, Money, Material, Method*. Sedangkan untuk organisasi yang mencari keuntungan, macam input ada 6M, yaitu *Man, Money, Material, Method, Machinery, Market*.

## 2) *Proses*

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. Macam fungsi manajemen:

- (1) Menurut Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat ada 6: *Planning, Organizing, Directing, Controlling, Coordinating, Evaluation (PODCCE)*.
- (2) Menurut Freeman ada 6: *Planning, Actuating, Coordinating, Guidance, Freedom, Responsibility (PACGFR)*.
- (3) Menurut George R. Terry ada 4: *Planning, Organizing, Actuating, Controlling (POAC)*.
- (4) Menurut Barton ada 8: *Planning, Organizing, Staffing, Budgeting, Implementing, Coordinating, Reporting, Evaluation (POSBICRE)*.
- (5) Menurut Luther M. Gullick ada 7: *Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgeting (POSDCoRB)*.

- (6) Menurut Hendry Fayol ada 5: *Planning, Organizing, Commanding, Coordinating, Controlling (POCCCC)*.

Sedangkan 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

### 3) *Output*

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 pemasangan infus, sedangkan *outcome* adalah hasil yang terjadi setelah pelaksanaan kegiatan jangka pendek misalnya plebitis setelah 3x24jam pemasangan infus. Macam pelayanan kesehatan adalah Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).

### 4) *Sasaran*

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)

Macam sasaran:

- (1) Sasaran langsung (*direct target group*)
- (2) Sasaran tidak langsung (*indirect target group*)

### 5) *Impact*

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.

#### (1) *Kebutuhan Kesehatan (health needs)*

Kebutuhan kesehatan (*needs*) 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 tsb. Apabila penyebab penyakit diketahui baru dilanjutkan dengan tindak lanjut (solusi).

#### (2) *Tuntutan Kesehatan (health demands)*

Tuntutan kesehatan (*health demands*) pada dasarnya bersifat subyektif, karena itu pemenuhannya bersifat fakultatif. Tuntutan kesehatan yang subyektif dipengaruhi oleh latar belakang individu (pendidikan, ekonomi, budaya dsb). Tuntutan kesehatan sangat dipengaruhi oleh teknologi kedokteran.

## 4. ***Indikator Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan***

### (1) Indikator penilaian mutu pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Indikator yang mengacu pada aspek medis.
- b. Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi

RS.

- c. Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien.
- d. Indikator mutu yang berkaitan dengan tingkat kepuasan pasien.

(2) Kebijakan dalam menjamin mutu pelayanan kesehatan, mencakup:

a. *Peningkatan kemampuan dan mutu pelayanan kesehatan*

Upaya ini melalui pengembangan dan pemantapan jejaring pelayanan kesehatan dan rujukannya serta penetapan pusat-pusat unggulan sebagai pusat rujukan (*top referral*).

b. *Penetapan dan penerapan berbagai standar dan pedoman*

Yaitu dengan memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini dan standar internasional.

c. *Peningkatan mutu sumber daya manusia*

Upaya ini diarahkan pada peningkatan profesionalisme mencakup kompetensi, moral dan etika.

d. *Penyelenggaraan Quality Assurance*

Untuk mengendalikan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan disertai dengan *Evidence-based Participatory Continuous Quality Improvement*.

e. *Percepatan pelaksanaan akreditasi*

Yang diarahkan pada pencapaian akreditasi untuk berbagai aspek pelayanan kesehatan.

f. *Peningkatan public*

Peningkatan dalam mengatasi berbagai problem pelayanan kesehatan

g. *Peningkatan kerjasama dan koordinasi*

Yang dilakukan antar berbagai pihak yang berkepentingan

dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

*b. Peningkatan peran serta masyarakat*

Termasuk swasta dan organisasi profesi dalam penyelenggaraan dan pengawasan pelayanan kesehatan.

## 5. ***Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan***

Ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapai pelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan, yaitu sebagai berikut:

(1) *Pelanggan dan harapannya*

Harapan pelanggan mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan. Organisasi pelayanan kesehatan mempunyai banyak pelanggan potensial. Harapan mereka harus diidentifikasi dan diprioritaskan lalu membuat kriteria untuk menilai kesuksesan.

(2) *Perbaikan kinerja*

Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapai konseling, adanya pengakuan, dan pemberian reward.

(3) *Proses perbaikan*

Proses perbaikan juga penting. Sering kali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan. Dengan melibatkan staf dalam proses pelayanan, maka dapat diidentifikasi masalah proses yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan, mendiagnosis penyebab, mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.

(4) *Budaya yang mendukung perbaikan terus menerus*

Untuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi

yang tertib. Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi sehingga dapat mendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya, harus sejalan dengan dorongan peningkatan mutu pelayanan terus-menerus.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan agar lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat, maka perlu dilaksanakan berbagai upaya. Upaya ini harus dilakukan secara sistematis, konsisten dan terus menerus. Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan mencakup :

a) *Penataan organisasi*

Penataan organisasi menjadi organisasi yang efisien, efektif dengan struktur dan uraian tugas yang tidak tumpang tindih, dan jalinan hubungan kerja yang jelas dengan berpegang pada prinsip *organization through the function*.

a) *Regulasi peraturan perundangan*

Pengkajian secara komprehensif terhadap berbagai peraturan perundangan yang telah ada dan diikuti dengan regulasi yang mendukung pelaksanaan kebijakan tersebut di atas.

b) *Pemantapan jejaring*

Pengembangan dan pemantapan jejaring dengan pusat unggulan pelayanan dan sistem rujukannya akan sangat meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan, sehingga dengan demikian akan meningkatkan mutu pelayanan.

c) *Standarisasi*

Standarisasi merupakan kegiatan penting yang harus dilaksanakan, meliputi standar tenaga baik kuantitatif maupun kualitatif, sarana dan fasilitas, kemampuan,

metode, pencatatan dan pelaporan dan lain-lain. Luaran yang diharapkan juga harus distandarisasi.

d) *Pengembangan sumber daya manusia*

Penyelenggaraan berbagai pendidikan dan pelatihan secara berkelanjutan dan berkesinambungan untuk menghasilkan sumber daya manusia yang profesional, yang kompeten dan memiliki moral dan etika, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan inovatif serta bersikap antisipatif terhadap berbagai perubahan yang akan terjadi baik perubahan secara lokal maupun global.

e) *Quality Assurance*

Berbagai komponen kegiatan *quality assurance* harus segera dilaksanakan dengan diikuti oleh perencanaan dan pelaksanaan berbagai upaya perbaikan dan peningkatan untuk mencapai peningkatan mutu pelayanan. Data dan informasi yang diperoleh dianalisis dengan cermat (*root cause analysis*) dan dilanjutkan dengan penyusunan rancangan tindakan perbaikan yang tepat dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan. Semuanya ini dilakukan dengan pendekatan “*tailor’s model*” dan *Plan-Do- Control- Action (PDCA)*.

f) *Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi*

Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dilakukan dengan membangun kerjasama dan kolaborasi dengan pusat-pusat unggulan baik yang bertaraf lokal atau dalam negeri maupun internasional. Penerapan berbagai pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tersebut harus dilakukan dengan mempertimbangkan aspek pembiayaan.

*g) Peningkatan peran serta masyarakat dan organisasi profesi*

Peningkatan peran organisasi profesi terutama dalam pembinaan anggota sesuai dengan standar profesi dan peningkatan mutu sumber daya manusia.

*h) Peningkatan kontrol sosial*

Peningkatan pengawasan dan kontrol masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan akan meningkatkan akuntabilitas, transparansi dan mutu pelayanan.

## **6. Sistem Dan Mekanisme Peningkatan Mutu Pelayanan Terus-Menerus**

Untuk memperkuat budaya organisasi, semua kegiatan harus menuju peningkatan mutu yang terus menerus. Untuk mewujudkan peningkatan mutu pelayanan terus menerus, pilar utamanya terdiri atas hal-hal berikut:

- 1) *Visi manajemen dan komitmen*, nilai organisasi dan komitmen dari semua level sangat diperlukan.
- 2) *Tanggung jawab*, agar setiap orang bertanggung jawab, maka perlu standar yang kuat.
- 3) *Pengukuran umpan balik*, perlu dibuat sistem evaluasi sehingga dapat mengukur apakah kita mempunyai informasi yang cukup.
- 4) *Pemecahan masalah dan proses perbaikan*, ketepatan waktu, pengorganisasian sistem yang efektif untuk menyelesaikan keluhan, dan masalah sistem memerlukan proses perbaikan dalam upaya meningkatkan kepuasan pelanggan.
- 5) *Komunikasi*, perlu ada mekanisme komunikasi yang jelas. Jika tidak ada informasi, maka petugas atau staf merasa diabaikan

dan tidak dihargai.

- 6) *Pengembangan staf dan pelatihan*, pengembangan staf dan pelatihan berhubungan dengan pengembangan sumber daya yang dapat mempengaruhi kemampuan organisasi dalam memberikan pelayanan.
- 7) *Keterlibatan tim kesehatan*, perlu keterlibatan tim kesehatan agar mereka terlibat dan berperan serta dalam strategi organisasi.
- 8) *Penghargaan dan pengakuan*, sebagai bagian dari strategi, perlu memberikan penghargaan dan pengakuan kepada visi pelayanan dan nilai sehingga individu maupun tim mendapat insentif untuk melakukan pekerjaan dengan baik.
- 9) *Keterlibatan dan pemberdayaan staf*, staf yang terlibat adalah yang mempunyai keterikatan dan tanggung jawab.
- 10) *Mengingat kembali dan pemberdayaan*, petugas harus diingatkan tentang prioritas pelayanan yang harus diberikan.

Mekanisme peningkatan mutu pelayanan menurut Trilogi Juran adalah sebagai berikut:

1) *Quality Planning, meliputi:*

- (1) Menentukan pelanggan.
- (2) Menentukan kebutuhan pelanggan.
- (3) Mengembangkan gambaran produk sesuai dengan kebutuhan pelanggan.
- (4) Mengembangkan proses yang mampu menghasilkan produk sesuai dengan gambaran produk.
- (5) Menrasfer rencana menjadi kebutuhan pelaksanaan.

2) *Quality Control, meliputi:*

- (1) Mengevaluasi kinerja produk saat ini.
- (2) Membandingkan kinerja sesungguhnya dengan tujuan produk

(3) Melaksanakan atau memperbaiki perbedaan.

3) *Quality Improvement, meliputi:*

- (1) Mengembangkan infrastruktur.
- (2) Mengidentifikasi proyek peningkatan mutu.
- (3) Membentuk tim mutu.

(4) Menyiapkan tim dengan sumber daya dan pelatihan serta motivasi untuk mendiagnosis penyebab, menstimulasi perbaikan, dan mengembangkan pengawasan untuk mempertahankan peningkatan.

## 7. *Bentuk Program Menjaga Mutu Pelayanan*

Tergantung dari unsur pelayanan kesehatan yang lebih diprioritaskan sebagai sasaran, program menjaga mutu dapat dibedakan atas 3 macam, yaitu :

1) *Program menjaga mutu prospektif (prospective quality assurance)*

Program menjaga mutu prospektif adalah program menjaga mutu yang dilaksanakan sebelum pelayanan kesehatan diselenggarakan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih ditujukan pada unsure masukan serta lingkungan. Untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, perlulah diupayakan unsur masukan dan lingkungan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Prinsip pokok program menjaga mutu prospektif sering dimanfaatkan dalam menyusun peraturan perundang-undangan. Beberapa diantaranya yang terpenting adalah :

(1) *Standarisasi (standardization)*

Untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, ditetapkanlah standarisasi institusi kesehatan. Izin menyelenggarakan pelayanan kesehatan hanya

diberikan kepada institusi kesehatan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan. Dengan adanya ketentuan tentang standarisasi, yang lazimnya mencakup tenaga dan saran, dapatlah dihindarinya berfungsinya institusi kesehatan yang tidak memenuhi syarat. Standarisasi adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan yaitu yang menyangkut masukan proses dari system pelayanan kesehatan.

(2) *Perizinan (licensure)*

Sekalipun standarisasi telah terpenuhi, bukan lalu berarti mutu pelayanan kesehatan selalu dapat dipertanggung jawabkan. Untuk mencegah pelayanan kesehatan yang tidak bermutu, standarisasi perlu diikuti dengan perizinan yang lazimnya ditinjau secara berkala. Izin menyelenggarakan pelayanan kesehatan hanya diberikan kepada institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang memenuhi persyaratan. Lisensi adalah proses administasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat izin praktik yang diberikan kepada tenaga profesi yang telah teregistrasi untuk pelayanan mandiri, Tujuan lisensi:

- a. Tujuan umum lisensi :Melindungi masyarakat dari pelayanan profesi.
- b. Tujuan khusus lisensi :Memberi kejelasan batas wewenang dan menetapkan sarana dan prasarana.

(3) *Sertifikasi (certification)*

Sertifikasi adalah tindak lanjut dari perizinan, yakni memberikan sertifikat (pengakuan) kepada institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksanaan yang benar-benar memenuhi persyaratan.

#### (4) *Akreditasi (accreditation)*

Akreditasi adalah bentuk lain dari sertifikasi yang nilainya dipandang lebih tinggi. Lazimnya akreditasi tersebut dilakukan secara bertingkat, yakni yang sesuai dengan kemampuan institusi kesehatan dan atau tenaga pelaksana yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Akreditasi adalah kegiatan yang dilakukan untuk menentukan kelayakan program dan satuan pendidikan pada jalur pendidikan formal dan non formal pada setiap jenjang dan jenis pendidikan berdasarkan kriteria yang terbuka

#### 2) *Program menjaga mutu Konkuren*

Yang dimaksud dengan program menjaga mutu konkuren adalah yang diselenggarakan bersamaan dengan pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini perhatian utama lebih ditujukan pada standar proses, yakni memantau dan menilai tindakan medis, keperawatan dan non medis yang dilakukan. Program menjaga mutu konkuren adalah program menjaga mutu yang dilaksanakan bersamaan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih ditujukan pada unsure proses, yakni menilai tindakan medis dan nonmedis yang dilakukan. Apabila kedua tindakan tersebut tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan kurang bermutu.

Program menjaga mutu konkuren dinilai paling baik, namun paling sulit dilaksanakan. Penyebab utamanya adalah karena adanya factor tentang rasa serta 'bias' pada waktu pengamatan. Seseorang akan cenderung lebih berhati-hati, apabila mengetahui sedang diamati. Kecuali apabila pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan oleh satu tim (*team work*), atau apabila telah terbentuk kelompok kesejawatan (*peer group*).

Mutu pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan yang dikenal dengan keluaran (*output*) yaitu hasil akhir kegiatan dari tindakan dokter dan tenaga profesi lainnya terhadap pasien, dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun sebaliknya. Sedangkan baik atau tidaknya keluaran tersebut sangat dipengaruhi oleh proses (*process*), masukan (*input*) dan lingkungan (*environment*). Maka jelaslah bahwa baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh unsur-unsur tersebut, dan untuk menjamin baiknya mutu pelayanan kesehatan ketiga unsur harus diupayakan sedemikian rupa agar sesuai dengan standar dan atau kebutuhan.

- (1) *Tujuan*, Tujuan program menjaga mutu mencakup dua hal yang bersifat pokok, yang jika disederhanakan dapat diuraikan sebagai berikut:
  - a. *Tujuan antara*. Tujuan antara yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah diketahuinya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini dapat dicapai apabila masalah serta prioritas masalah mutu berhasil ditetapkan.
  - b. *Tujuan akhir*. Tujuan akhir yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah makin meningkatnya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini dapat dicapai apabila masalah dan penyebab masalah mutu berhasil diatasi.
- (2) *Manfaat*, Apabila program menjaga mutu dapat dilaksanakan, banyak manfaat yang akan diperoleh. Secara umum beberapa manfaat yang dimaksudkan adalah:

- a. Dapat lebih meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan.

Peningkatan efektifitas yang dimaksud di sini erat hubungannya dengan dapat diselesaikannya masalah yang tepat dengan cara penyelesaian masalah yang benar. Karena dengan diselenggarakannya program menjaga mutu dapat diharapkan pemilihan masalah telah dilakukan secara tepat serta pemilihan dan pelaksanaan cara penyelesaian masalah telah dilakukan secara benar.

- b. Dapat lebih meningkatkan efesiensi pelayanan kesehatan.

Peningkatan efesiensi yang dimaksudkan disini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya pnyelenggaraan pelayanan yang berlebihan atau yang dibawah standar. Biaya tambahan karena pelayanan yang berlebihan atau karena harus mengatasi berbagai efek samping karena pelayanan yang dibawah standar akan dapat dicegah.

- c. Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan. Apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

- d. Dapat melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum.

Pada saat ini sebagai akibat makin baiknya tingkat pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat serta diberlakukannya berbagai kebijakan perlindungan publik,

tampak kesadaran hukum masyarakat makin meningkat pula. Untuk melindungi kemungkinan munculnya gugatan hukum dari masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan, tidak ada pilihan lain yang dapat dilakukan kecuali berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terjamin mutunya. Dalam kaitan itu peranan program menjaga mutu jelas amat penting, karena apabila program menjaga mutu dapat dilaksanakan dapatlah diharapkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, yang akan berdampak pada peningkatan kepuasan para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

3) *Program menjaga mutu Retrospektif*

Program menjaga mutu retrospektif adalah program menjaga mutu yang dilaksanakan setelah pelayanan kesehatan diselenggarakan. Pada bentuk ini, perhatian utama lebih ditujukan pada unsur keluaran, yakni menilai pemaparan pelayanan kesehatan. Jika penampilan tersebut berada dibawah standar yang telah ditetapkan, maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan kurang bermutu.

Karena program menjaga mutu retrospektif dilaksanakan setelah diselenggarakannya pelayanan kesehatan, maka objek program menjaga mutu umumnya bersifat tidak langsung. Dapat berupa hasil dari pelayanan kesehatan, atau pandangan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Beberapa contoh program menjaga mutu retrospektif adalah:

(1) *Revisi rekam medis (record review)*

Disini penampilan pelayanan kesehatan dinilai dari rekam medis yang dipergunakan. Semua catatan yang ada dalam rekam medis dibandingkan dengan standar yang

telah ditetapkan. Tergantung dari masalah yang ingin dinilai, *review* rekam medis dapat dibedakan atas beberapa macam. Misalnya *drug usage review* jika yang dinilai adalah penggunaan obat, dan atau *surgical case review* jika yang dinilai adalah pelayanan pembedahan. *Review* merupakan penilaian terhadap pelayanan yang diberikan, penggunaan sumber daya, laporan kejadian atau kecelakaan seperti yang direfleksikan pada catatan-catatan. Penilaian dilakukan baik terhadap dokumennya sendiri apakah informasi memadai maupun terhadap kewajaran dan kecukupan dari pelayanan yang diberikan.

(2) *Review jaringan (tissue review)*

Disini penampilan pelayanan kesehatan (khusus untuk bedah) dinilai dari jaringan pembedahan yang dilakukan. Apabila gambaran patologi anatomi dari jaringan yang diangkat telah sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan, maka berarti pelayanan bedah tersebut adalah pelayanan kesehatan yang bermutu.

(3) *Survei klien (client survey)*

Disini penampilan pelayanan kesehatan dinilai dari pandangan pemakai jasa pelayanan kesehatan. Survei klien ini dapat dilakukan secara informal, dalam arti melangsungkan tanya jawab setelah usainya setiap pelayanan kesehatan, atau secara formal, dalam arti melakukan suatu survei yang dirancang khusus. Survei dapat dilaksanakan melalui kuesioner atau interview secara langsung maupun melalui telepon, terstruktur atau tidak terstruktur. Misalnya : survei kepuasan pasien

#### 4) *Program menjaga mutu Internal*

Yang dimaksud dengan Program menjaga mutu internal adalah bentuk kedudukan organisasi yang bertanggungjawab menyelenggarakan Program Menjaga Mutu berada di dalam institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Untuk itu di dalam institusi pelayanan kesehatan tersebut dibentuklah suatu organisasi secara khusus diserahkan tanggung jawab akan menyelenggarakan Program Menjaga Mutu

##### (1) Tujuan

Tujuan Program Menjaga Mutu secara umum dapat dibedakan atas dua macam.

- a. Tujuan Umum, Tujuan umum Program Menjaga Mutu adalah untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
- b. Tujuan Khusus Tujuan khusus Program Menjaga Mutu dapat dibedakan atas lima macam yakni:
  - a) Diketuainya masalah mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan,
  - b) Diketuainya penyebab munculnya masalah kesehatan yang diselenggarakan,
  - c) Tersusunnya upaya penyelesaian masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan yang ditemukan,
  - d) Terselenggarakan upaya penyelesaian masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan kesehatan yang ditemukan,
  - e) Tersusunnya saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Jika ditinjau dari peranan para pelaksananya, secara umum dapat dibedakan atas dua macam:

- (1) Para pelaksana program menjaga mutu adalah para ahli yang tidak terlibat dalam pelayanan kesehatan (*expert group*) yang secara khusus diberikan wewenang dan tanggung jawab menyelenggarakan program menjaga mutu.
- (2) Para pelaksana program menjaga mutu adalah mereka yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan (*team based*), jadi semacam gugus kendali mutu, sebagaimana yang banyak dibentuk di dunia industry. Dari dua bentuk organisasi yang dapat dibentuk ini, yang dinilai paling baik adalah bentuk yang kedua, karena sesungguhnya yang paling bertanggung jawab menyelenggarakan program menjaga mutu seyogyanya bukan orang lain melainkan adalah mereka yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan itu sendiri.

#### 5) *Program Menjaga Mutu Eksternal*

Pada bentuk ini kedudukan organisasi yang bertanggung jawab menyelenggarakan program menjaga mutu berada diluar institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Untuk ini, biasanya untuk suatu wilayah kerja tertentu dan/atau untuk kepentingan tertentu, dibentuklah suatu organisasi, diluar institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, yang diserahkan tanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan, yang diserahkan tanggung jawab menyelenggarakan program menjaga mutu, misalnya suatu badan penyelenggara program asuransi kesehatan, yang untuk kepentingan programnya, membentuk suatu unit program menjaga mutu, guna memantau, menilai serta mengajukan saran-saran perbaikan mutu pelayanan

kesehatan yang diselenggarakan oleh berbagai institusi pelayanan kesehatan yang tergabung dalam program yang dikembangkannya.

Pada program menjaga mutu eksternal seolah-olah ada campur tangan pihak luar untuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh suatu institusi pelayanan kesehatan, yang biasanya sulit diterima.

### (1) *Menetapkan Masalah Mutu*

Masalah adalah sesuatu hal yang tidak sesuai dengan harapan. Dengan demikian, masalah mutu layanan kesehatan adalah kesenjangan yang terjadi antara harapan dengan kenyataan dari berbagai dimensi mutu layanan kesehatan termasuk kepuasan pasien, kepuasan petugas kesehatan, dan kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan standar layanan kesehatan sewaktu memberikan layanan kesehatan kepada pasien.

Masalah mutu layanan kesehatan dapat dikenali dengan berbagai cara antara lain :

- (1) Melalui pengamatan langsung terhadap petugas kesehatan yang sedang melakukan layanan kesehatan.
- (2) Melalui wawancara terhadap pasien dan keluarganya, masyarakat, serta petugas kesehatan.
- (3) Dengan mendengar keluhan pasien dan keluarganya, masyarakat, serta petugas kesehatan.
- (4) Dengan membaca serta memeriksa catatan dan laporan serta rekam medik.

### (2) *Inventarisasi masalah*

Inventarisasi masalah mutu layanan kesehatan dasar akan dilakukan oleh kelompok. Jaminan mutu layanan kesehatan melalui curah pendapat atau teknik kelompok nominal. Setiap

anggota kelompok diminta mengemukakan sebanyak mungkin masalah mutu layanan kesehatan. Setelah terkumpul, masalah mutu tersebut harus diseleksi untuk membedakan mana yang benar-benar masalah mutu atau bukan. Seleksi dilakukan melalui klarifikasi dan konfirmasi terhadap masalah yang terkumpul.

(3) *Klarifikasi*

Klarifikasi di sini ditujukan untuk menghilangkan atau memperjelas masalah yang belum atau tidak jelas dan untuk menghindari terjadinya masalah mutu layanan kesehatan yang tumpang tindih.

(4) *Konfirmasi*

Konfirmasi maksudnya adalah terdapatnya dukungan data untuk setiap masalah yang telah diklarifikasikan sebagai bukti bahwa masalah mutu layanan kesehatan memang ada.

Setelah dilakukan klarifikasi dan konfirmasi, maka yang bukan masalah mutu akan disingkirkan, sementara masalah mutu yang tersisa akan ditentukan prioritasnya. Masalah mutu yang baik dapat digunakan sebagai bahan ajar untuk mencari pengalaman dalam memecahkan masalah mutu layanan kesehatan.

# BAB 8

---

## Pelayanan Kesehatan **IBU & ANAK**

---



## 1. *Dasar Pemikiran Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak*

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan per orangan, keluarga maupun masyarakat. Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (Depkes RI, 2005).

Antenatal merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil maupun bayinya dengan jalan menegakkan kepercayaan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan (Depkes RI, 2009).

Menurut Saifuddin,dkk (2002), asuhan antenatal penting untuk menjamin bahwa proses alamiah dari kehamilan berjalan normal. Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat, sehingga memerlukan pemantauan selama kehamilan.

Menurut statistik kesehatan *World Health Organization* (WHO) Tahun 2009, setiap tahun diperkirakan sebanyak 536.000 wanita meninggal dunia akibat masalah persalinan dan 99% kematian ibu akibat masalah persalinan terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu secara global 400 per 100.000 kelahiran hidup (Oxfam, 2009 <http://www.alernet.org>).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator status kesehatan masyarakat. Dewasa ini angka kematian ibu di Indonesia masih tinggi dibandingkan negara *Association of Southeast Asia Nations* (ASEAN) lainnya. Menurut Badan penelitian dan pengembangan

Depkes RI, AKI tahun 2009 mencapai 226 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini turun dibandingkan AKI hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2007 yang mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup (Anonim, 2010 <http://www.jarlitbangkes.or.id>).

Kehamilan, persalinan dan menyusukan anak merupakan proses alamiah bagi kehidupan seorang ibu dalam usia produktif. Bila terjadi gangguan dalam proses ini baik gangguan fisiologik maupun psikologis dapat menimbulkan efek yang buruk tidak hanya terhadap kesehatan ibu sendiri, tetapi membahayakan bagi bayi yang dikandungnya, bahkan tidak jarang menyebabkan kematian ibu (Murniati, 2007).

Selanjutnya Depkes RI (2009) menyatakan penyebab langsung kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah Kurang Energi Kronik (KEK) pada kehamilan (37%) dan anemia pada kehamilan (40%).

Pada prinsipnya pengelolaan Program KIA adalah meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif & efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya. Selain itu program ini juga meningkatkan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga professional secara berangsur. Kemudian meningkatkan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus. yang terakhir meningkatkan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.

Tujuan dari pelaksanaan program kesehatan ibu dan anak ini

adalah untuk mencapai kehidupan masyarakat yang sehat melalui peningkatan kualitas kesehatan keluarga, khususnya untuk ibu dan anak dalam rangka mencapai Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera atau yang biasa kita sebut NKKBS. tujuan lain dari program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam memelihara kesehatan ibu dan anak. Dalam sebuah keluarga, ibu dan anak merupakan suatu kelompok yang paling rentan dan peka terhadap berbagai masalah kesehatan, contohnya seperti: kejadian kesakitan dan gangguan gizi, yang seringkali berakhir dengan kecacatan atau kematian

Upaya-upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak di Indonesia telah lama dilakukan yaitu sejak berdirinya Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) pada Tahun 1950 yang memberi pelayanan berupa perawatan kehamilan, persalinan, perawatan bayi dan anak, pendidikan kesehatan, pelatihan dukun bayi dan pelayanan keluarga berencana. Namun angka kematian ibu sampai sekarang masih tinggi (Murniati, 2007).

Tak dapat dipungkiri, kualitas kesehatan anak Indonesia masih perlu mendapat perhatian serius. Hal itu dapat dilihat dari berbagai indikator kesehatan anak yang dilaporkan berbagai sumber. Indikator pertama yang menentukan derajat kesehatan anak adalah angka kematian bayi.

Menurut laporan Badan PBB untuk masalah anak-anak (UNICEF), tingkat kematian anak/bayi di Indonesia masih relatif tinggi. Kepala Bagian kelangsungan hidup dan perkembangan anak UNICEF, Dr Robin Nandy, dalam sebuah pernyataan resmi menyebutkan, saat ini diperkirakan 150.000 anak meninggal di Indonesia setiap tahunnya sebelum mereka mencapai ulang tahun kelima.

Terkait kesehatan ibu beragam masalah kesehatan yang dihadapi anak pun tidak terlepas dari minimnya dukungan lingkungan sosial, dalam hal ini dukungan terhadap kaum perempuan/ibu. Masalah kesehatan anak memang terkait kesehatan ibu. Buruknya status kesehatan ibu akan sangat berpengaruh kepada anak.

Masih menurut UNICEF, hampir 10.000 wanita Indonesia meninggal setiap tahun karena masalah kehamilan dan persalinan. Padahal, masa kehamilan dan persalinan adalah salah satu fase vital bagi kelangsungan hidup anak. Kualitas kesehatan di masa kanak-kanak dan dewasa akan sangat ditentukan dari proses panjang sang ibu dari mulai sejak persiapan kehamilan, proses persalinan hingga fase tumbuh kembang anak.

Oleh karena itulah, Indonesia sedang berupaya memenuhi salah satu target Pembangunan Millenium (*MDGs*) di bidang kesehatan, yakni menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi. Target *MDGs* Indonesia untuk AKI diharapkan turun menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2015. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007, AKI masih bertahan pada angka 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan target *MDGs* untuk AKB adalah 23 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2015. Tahun 2007, AKB 34 per 1.000 kelahiran hidup.

## ***2. Upaya Pembangunan Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak***

Pada tahun 1999, pemerintah menetapkan visi pembangunan kesehatan "Indonesia Sehat 2010" dengan harapan pada 2010 masyarakat Indonesia telah hidup dalam lingkungan yang sehat, berperilaku hidup bersih dan sehat, serta dapat menyediakan, memanfaatkan, dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan berkeadilan sehingga masyarakat memiliki derajat kesehatan yang optimal. Indikator keberhasilan Indonesia sehat 2010

dinilai dari beberapa hal, antara lain jumlah bayi yang memperoleh imunisasi dasar lengkap, terbentuknya lingkungan hidup yang sehat, akses pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata, meningkatnya umur harapan hidup, serta menurunnya angka kematian bayi dan ibu.

Selain itu, pada tahun 2000, negara-negara di seluruh dunia berkomitmen untuk mempercepat pembangunan manusia dan pemberantasan kemiskinan. Komitmen tersebut dikenal dengan *Millennium Development Goals (MDGs)* yang terdiri dari delapan target dan diharapkan tercapai pada tahun 2015. Delapan sasaran harus dicapai pada tahun 2015, yaitu menghapuskan kemiskinan, menyediakan pendidikan dasar untuk semua, mendorong kesetaraan gender, menurunkan kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memberantas HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya, melestarikan lingkungan, dan membangun kemitraan global.

Upaya yang telah dilakukan selama ini untuk menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) berhasil menunjukkan perbaikan yang sangat berarti antara tahun 1960 dan 1990. Pada tahun 1960, AKBA masih sangat tinggi, yaitu 216 per 1.000 kelahiran hidup. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadinya penurunan hingga mencapai 46 per 1.000 kelahiran hidup pada periode 1998–2002. Rata-rata penurunan AKBA pada dekade 1990-an adalah 7% per tahun, lebih tinggi dari dekade sebelumnya, yaitu 4% per tahun. Pada tahun 2000, Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan dalam *World Summit for Children (WSC)*, yaitu 65 per 1.000 kelahiran hidup.

Angka kematian bayi. Indonesia juga telah mengalami kemajuan yang signifikan dalam upaya penurunan kematian bayi dalam beberapa dekade terakhir. Pada tahun 1960, Angka Kematian Bayi (AKB) Indonesia adalah 128 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini

turun menjadi 68 per 1.000 kelahiran hidup pada 1989, 57 pada 1992 dan 46 pada 1995. Pada dekade 1990-an, rata-rata penurunan 5% per tahun, sedikit lebih tinggi daripada dekade 1980-an sebesar 4% per tahun. Walaupun pencapaian telah begitu menggembirakan, tingkat kematian bayi di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand.

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) Indonesia masih tertinggi di Asia. Tahun 2002 kematian ibu melahirkan mencapai 307 per 100.000 kelahiran. Angka ini 65 kali kematian ibu di Singapura, 9,5 kali dari Malaysia. Bahkan 2,5 kali lipat dari indeks Filipina. Angka kematian ibu merupakan indikator utama yang membedakan suatu negara digolongkan sebagai negara maju atau negara berkembang. Rata-rata AKI di dunia dari 100.000 kelahiran tingkat kematian ibu mencapai 400. Di negara maju indeks AKI mencapai 20 kematian per 100.000 kelahiran. Sedangkan rata-rata di negara berkembang 440 kematian ibu per 100.000 kelahiran, Target pemerintah adalah untuk menurunkan AKI dari 390 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 1994) menjadi 225 per 100.000 pada tahun 1999, dan menurunkannya lagi menjadi 125 per 100.000 pada tahun 2010.

Berbagai usaha untuk menurunkan AKI telah dilakukan, di antaranya program *Safe Motherhood* pada tahun 1988, Gerakan Sayang Ibu pada tahun 1996, Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau *Making Pregnancy Saver* (MPS). Selain itu, atas kerjasama POGI, IDAI, IDI, IBI, dan Departemen Kesehatan pada tahun 2002, oleh Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo telah diterbitkan buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Buku ini diharapkan dapat dimanfaatkan secara optimal oleh setiap insan

kesehatan (bidan, dokter, dokter spesialis obstetrik dan ginekologi) di seluruh pelosok tanah air.

Tetapi pada kenyataannya AKI hanya berhasil diturunkan menjadi 334 per 100.000 pada tahun 1997 dan menjadi 307 per 100.000 pada tahun 2003 menurut survei demografi kesehatan Indonesia. Berbagai faktor penyebab seringkali dijumpai secara bersamaan dan tumpang tindih turut menyebabkan angka kematian ibu yang terjadi, diantaranya status gizi, higiene, sanitasi, kesadaran hidup sehat, dan jangkauan serta mutu pelayanan kesehatan. Status ekonomi, pendidikan, ketidaktahuan, tradisi sosial budaya, dan geografis. Status reproduksi seperti kehamilan risiko tinggi yang tidak disadari masalahnya oleh ibu hamil. Tiga penyebab utama kematian ibu dalam bidang obstetri adalah pendarahan 45%, infeksi 15%, dan hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia) 13%. Sisanya terbagi atas penyebab partus macet, abortus yang tidak aman, dan penyebab tidak langsung lainnya (SKRT, 1995).

Indonesia berharap dapat menurunkan Angka Kematian Ibu dari 390 menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi dari 69 menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Balita 97 menjadi 32 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 dalam rangka memenuhi *MDGs* 2015. Seorang dokter umum sebagai dokter layanan primer dalam penyelenggaraan kesehatan sudah sepatutnya berpartisipasi aktif dalam mendukung pencapaian target *MDGs* 2015 ini.

### 3. *Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak*

#### 1) *Tujuan Umum*

Tujuan program kesehatan ibu dan anak adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya untuk atau mempercepat

pencapaian target Pembangunan Kesehatan Indonesia yaitu Indonesia Sehat 2010, serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

## 2) *Tujuan Khusus*

- (1) Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku) dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, Desa Wisma, penyelenggaraan Posyandu dan sebagainya.
- (2) Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, Desa Wisma, Posyandu dan Karang Balita, serta di sekolah TK.
- (3) Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan ibu menyusui.
- (4) Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita.
- (5) Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dalam keluarganya.

## 4. *Kegiatan Pelayanan Kesehatan Ibu & Anak*

- 1) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan menyusui serta bayi, anak balita dan anak prasekolah.
- 2) Deteksi dini faktor resiko ibu hamil.
- 3) Pemantauan tumbuh kembang balita.
- 4) Imunisasi Tetanus Toxoid 2 kali pada ibu hamil serta BCG, DPT

3 kali, Polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.

- 5) Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.
- 6) Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita dan anak pra sekolah untuk macam-macam penyakit ringan.
- 7) Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan serta bayi-bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari)
- 8) Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi serta kader-kader kesehatan.

#### 5. *Sistem Kesiagaan Kesehatan Ibu & Anak*

Sistem kesiagaan di bidang KIA di tingkat masyarakat terdiri atas :

- 1) Sistem pencatatan-pemantauan
- 2) Sistem transportasi-komunikasi
- 3) Sistem pendanaan
- 4) Sistem pendonor darah
- 5) Sistem Informasi KB.

Proses Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA ini tidak hanya proses memfasilitasi masyarakat dalam pembentukan sistem kesiagaan itu saja, tetapi juga merupakan proses fasilitasi yang terkait dengan upaya perubahan perilaku, yaitu:

Upaya mobilisasi sosial untuk menyiagakan masyarakat saat situasi gawat darurat, khususnya untuk membantu ibu hamil saat bersalin. Upaya untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menurunkan angka kematian maternal. Upaya untuk menggunakan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat dalam menolong perempuan saat hamil dan persalinan.

Upaya untuk menciptakan perubahan perilaku sehingga

persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan profesional. Merupakan proses pemberdayaan masyarakat sehingga mereka mampu mengatasi masalah mereka sendiri. Upaya untuk melibatkan laki-laki dalam mengatasi masalah kesehatan maternal.

Upaya untuk melibatkan semua pemangku kepentingan (*stakeholders*) dalam mengatasi masalah kesehatan. Karena itu Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA ini berpijak pada konsep-konsep berikut ini

- (1) Revitalisasi praktek-praktek kebersamaan sosial dan nilai-nilai tolong menolong, untuk perempuan saat hamil dan bersalin.
- (2) Merubah pandangan: persalinan adalah urusan semua pihak, tidak hanya urusan perempuan.
- (3) Merubah pandangan: masalah kesehatan tidak hanya tanggung jawab pemerintah tetapi merupakan masalah dan tanggungjawab masyarakat.
- (4) Melibatkan semua pemangku kepentingan (*stakeholders*) di masyarakat.
- (5) Menggunakan pendekatan partisipatif.
- (6) Melakukan aksi dan advokasi.

## **6. Indikator Dasar Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak**

Puskesmas melalui pelayanan kesehatan di dalam dan luar gedung, melakukan seluruh program Kesehatan Ibu dan Anak secara menyeluruh, dengan memperhatikan beberapa indikator cakupan program KIA yang terpadu dengan beberapa kegiatan lainnya seperti program gizi, imunisasi dan Upaya Kesehatan Sekolah (UKS).

- 1) Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K4) : 95%
- 2) Cakupan Komplikasi Kebidanan : 80 %
- 3) Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan : 90%

- 4) Cakupan Pelayanan Nifas : 90%
- 5) Cakupan Pelayanan Neonatus dengan Komplikasi : 80%
- 6) Cakupan Kunjungan Bayi : 90 %
- 7) Cakupan Imunisasi Bayi (Universal Child Immunization): 100 %
- 8) Cakupan Pelayanan Anak Balita : 90 %
- 9) Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI : 100 %
- 10) Cakupan Perawatan Balita Gizi Buruk : 100 %
- 11) Cakupan Penjaringan Kesehatan Anak Sekolah Dasar : 100 %

Setiap cakupan program tersebut merupakan rincian Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD), yang diharapkan bisa tercapai pada kurun waktu 2010-2015, dimana menjadi target khusus pelayanan di tingkat puskesmas, sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) pada setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

### **7. *MDGs Dalam Meningkatkan Kesehatan Ibu Dan Anak***

*Millennium Development Goals (MDGs)* atau dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi Tujuan Pembangunan Milenium, adalah sebuah paradigma pembangunan global, dideklarasikan Konferensi Tingkat Tinggi Milenium oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) di New York pada bulan September 2000. Dasar hukum dikeluarkannya deklarasi *MDGs* adalah Resolusi Majelis Umum Perserikatan Bangsa Bangsa Nomor 55/2 Tanggal 18 September 2000, (A/Ris/55/2 United Nations Millennium Development Goals).

Semua negara yang hadir dalam pertemuan tersebut berkomitmen untuk mengintegrasikan *MDGs* sebagai bagian dari program pembangunan nasional dalam upaya menangani penyelesaian terkait dengan isu-isu yang sangat mendasar tentang pemenuhan hak asasi dan kebebasan manusia, perdamaian, keamanan, dan pembangunan.

Deklarasi ini merupakan kesepakatan anggota PBB mengenai sebuah paket arah pembangunan global yang dirumuskan dalam beberapa tujuan

Tantangan-tantangan ini sendiri diambil dari seluruh tindakan dan target yang dijabarkan dalam Deklarasi Milenium yang diadopsi oleh 189 negara dan ditandatangani oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York pada bulan September 2000.

Pada September 2000, Pemerintah Indonesia bersama dengan 189 negara lain, berkumpul untuk menghadiri Pertemuan Puncak Milenium di New York dan menandatangani Deklarasi Milenium. Deklarasi berisi sebagai komitmen negara masing-masing dan komunitas internasional untuk mencapai 8 buah sasaran pembangunan dalam Milenium ini (*MDGs*), sebagai satu paket tujuan terukur untuk pembangunan dan pengentasan kemiskinan.

Penandatanganan deklarasi ini merupakan komitmen dari pemimpin-pemimpin dunia untuk mengurangi lebih dari separuh orang-orang yang menderita akibat kelaparan, menjamin semua anak untuk menyelesaikan pendidikan dasarnya, mengentaskan kesenjangan *gender* pada semua tingkat pendidikan, mengurangi kematian anak balita hingga 2/3, dan mengurangi hingga separuh jumlah orang yang tidak memiliki akses air bersih pada tahun 2015.

### 1) *Sasaran*

Deklarasi Millennium PBB yang ditandatangani pada September 2000 menyetujui agar semua negara:

#### (1) *Pengentasan kemiskinan dan kelaparan yang ekstrim*

Target untuk 2015: Mengurangi setengah dari penduduk dunia yang berpenghasilan kurang dari 1 dolar AS sehari dan mengalami kelaparan.

*(2) Pemerataan pendidikan dasar*

Target untuk 2015: Memastikan bahwa setiap anak, baik laki-laki dan perempuan mendapatkan dan menyelesaikan tahap pendidikan dasar.

*(3) Mendukung adanya persamaan gender dan pemberdayaan perempuan*

Target 2005 dan 2015: Mengurangi perbedaan dan diskriminasi gender dalam pendidikan dasar dan menengah terutama untuk tahun 2005 dan untuk semua tingkatan pada tahun 2015.

*(4) Mengurangi tingkat kematian anak*

Target untuk 2015: Mengurangi 2/3 tingkat kematian anak-anak usia di bawah 5 tahun

*(5) Meningkatkan kesehatan ibu*

Target untuk 2015: Mengurangi 2/3 rasio kematian ibu dalam proses melahirkan

*(6) Perlawanan terhadap HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lainnya*

Target untuk 2015: Menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran HIV/AIDS, malaria dan penyakit berat lainnya.

*(7) Menjamin daya dukung lingkungan hidup*

Target:

- a. Mengintegrasikan prinsip-prinsip pembangunan yang berkelanjutan dalam kebijakan setiap negara dan program serta mengurangi hilangnya sumber daya lingkungan.
- b. Pada tahun 2015 mendatang diharapkan mengurangi setengah dari jumlah orang yang tidak memiliki akses air minum yang sehat.
- c. Pada tahun 2020 mendatang diharapkan dapat mencapai

pengembangan yang signifikan dalam kehidupan untuk sedikitnya 100 juta orang yang tinggal di daerah kumuh

*(8) Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan*

Target:

- a. Mengembangkan lebih jauh lagi perdagangan terbuka dan sistem keuangan yang berdasarkan aturan, dapat diterka dan tidak ada diskriminasi. Termasuk komitmen terhadap pemerintahan yang baik, pembangunan dan pengurangan tingkat kemiskinan secara nasional dan internasional.
- b. Membantu kebutuhan-kebutuhan khusus negara-negara kurang berkembang, dan kebutuhan khusus dari negara-negara terpencil dan kepulauan-kepulauan kecil. Ini termasuk pembebasan tarif dan kuota untuk ekspor mereka, meningkatkan pembebasan hutang untuk negara miskin yang berhutang besar, pembatalan hutang bilateral resmi; dan menambah bantuan pembangunan resmi untuk negara yang berkomitmen untuk mengurangi kemiskinan.
- c. Secara komprehensif mengusahakan persetujuan mengenai masalah utang negara-negara berkembang.
- d. Menghadapi secara komprehensif dengan negara berkembang dengan masalah hutang melalui pertimbangan nasional dan internasional untuk membuat hutang lebih dapat ditanggung dalam jangka panjang.
- e. Mengembangkan usaha produktif yang layak dijalankan untuk kaum muda
- f. Dalam kerja sama dengan pihak “pharmaceutical”, menyediakan akses obat penting yang terjangkau dalam negara berkembang  
Dalam kerjasama dengan pihak swasta, membangun adanya

penyerapan keuntungan dari teknologi-teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi.

## 2) *Sasaran Pembangunan Milenium Indonesia*

Setiap negara yang berkomitmen dan menandatangani perjanjian diharapkan membuat laporan *MDGs*. Pemerintah Indonesia melaksanakannya dibawah koordinasi Bappenas dibantu dengan Kelompok Kerja PBB dan telah menyelesaikan laporan MDG pertamanya yang ditulis dalam bahasa Indonesia dan kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris untuk menunjukkan rasa kepemilikan pemerintah Indonesia atas laporan tersebut.

Laporan Sasaran Pembangunan Milenium ini menjabarkan upaya awal pemerintah untuk menginventarisasi situasi pembangunan manusia yang terkait dengan pencapaian sasaran *MDGs*, mengukur, dan menganalisa kemajuan seiring dengan upaya menjadikan pencapaian-pencapaian ini menjadi kenyataan, sekaligus mengidenifikasi dan meninjau kembali kebijakan-kebijakan dan program-program pemerintah yang dibutuhkan untuk memenuhi sasaran-sasaran ini.

Dengan tujuan utama mengurangi jumlah orang dengan pendapatan dibawah upah minimum regional antara tahun 1990 dan 2015, laporan ini menunjukkan bahwa Indonesia berada dalam jalur untuk mencapai tujuan tersebut. Namun, pencapaiannya lintas provinsi tidak seimbang.

Kini *MDGs* telah menjadi referensi penting pembangunan di Indonesia, mulai dari tahap perencanaan seperti yang tercantum pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) hingga pelaksanaannya.

Walaupun mengalami kendala, namun pemerintah memiliki komitmen untuk mencapai sasaran-sasaran ini dan dibutuhkan kerja keras serta kerjasama dengan seluruh pihak, termasuk masyarakat madani, pihak swasta, dan lembaga donor. Pencapaian *MDGs* di Indonesia akan dijadikan dasar untuk perjanjian kerjasama dan implementasinya di masa depan. Hal ini termasuk kampanye untuk perjanjian tukar guling hutang untuk negara berkembang sejalan dengan Deklarasi Jakarta mengenai *MDGs* di daerah Asia dan Pasifik.

### 3) *Kontroversi*

Upaya Pemerintah Indonesia merealisasikan Sasaran Pembangunan Milenium pada tahun 2015 akan sulit karena pada saat yang sama pemerintah juga harus menanggung beban pembayaran utang yang sangat besar. Program-program *MDGs* seperti pendidikan, kemiskinan, kelaparan, kesehatan, lingkungan hidup, kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan membutuhkan biaya yang cukup besar.

Merujuk data Direktorat Jenderal Pengelolaan Utang Departemen Keuangan, per 31 Agustus 2008, beban pembayaran utang Indonesia terbesar akan terjadi pada tahun 2009-2015 dengan jumlah berkisar dari Rp 97,7 triliun (2009) hingga Rp81,54 triliun (2015) rentang waktu yang sama untuk pencapaian *MDGs*. Jumlah pembayaran utang Indonesia, baru menurun drastis (2016) menjadi Rp66,70 triliun. tanpa upaya negosiasi pengurangan jumlah pembayaran utang Luar Negeri, Indonesia akan gagal mencapai tujuan *MDGs*.

Menurut Direktur Eksekutif *International NGO Forum on Indonesian Development (INFID)* Don K Marut Pemerintah Indonesia perlu menggalang solidaritas negara-negara Selatan

untuk mendesak negara-negara Utara meningkatkan bantuan pembangunan bukan utang, tanpa syarat dan berkualitas minimal 0,7 persen dan menolak *ODA (official development assistance)* yang tidak bermanfaat untuk Indonesia. Menanggapi pendapat tentang kemungkinan Indonesia gagal mencapai tujuan *MDGs* apabila beban mengatasi kemiskinan dan mencapai tujuan pencapaian MDG di tahun 2015 serta beban pembayaran utang diambil dari APBN di tahun 2009-2015, Sekretaris Utama Meneg PPN/Kepala Bappenas Syahril Loetan berpendapat apabila bisa dibuktikan *MDGs* tidak tercapai di 2015, sebagian utang bisa dikonversi untuk bantu itu.

Pada tahun 2010 hingga 2012 pemerintah dapat mengajukan renegotiasi utang. Beberapa negara maju telah berjanji dalam konsesus pembiayaan (*monetary consensus*) untuk memberikan bantuan. Hasil kesepakatan yang didapat adalah untuk negara maju menyisihkan sekitar 0,7 persen dari GDP mereka untuk membantu negara miskin atau negara yang pencapaiannya masih di bawah. Namun konsensus ini belum dipenuhi banyak negara, hanya sekitar 5-6 negara yang memenuhi sebagian besar ada di Skandinavia atau Belanda yang sudah sampai 0,7 persen.

#### 4) *Upaya Kesehatan Ibu dan Anak*

Banyak upaya yang dilakukan oleh Pemerintah dan ornop dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Baik dalam hal peningkatan ketrampilan pada tenaga kesehatan, pemberdayaan pada kader atau masyarakat, maupun penyusunan Peraturan Pemerintah dalam pelayanan kesehatan. Hanya saja masih dihadapi banyak kesulitan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak, sehingga angka kematian ibu masih tinggi dan masih ditemukan kematian bayi dan balita.

- 5) *Yang menyebabkan sulitnya mencapai penurunan angka kematian ibu antara lain :*
  - (1) penolong persalinan terlatih selama kehamilan, proses persalinan, post persalinan;
  - (2) layanan kesehatan ibu dan anak yang belum memadai;
  - (3) keterbatasan anggaran dalam kesejahteraan yang menyebabkan biaya untuk persalinan cukup mahal.
- 6) *Penyebab kematian anak antara lain :*
  - (1) Infeksi
  - (2) masalah bayi baru lahir /neonatal (prematuur, berat bayi lahir rendah /BBLR, asfiksia, dan sepsis)
- 7) *Salah satu cara mengurangi kematian anak adalah dengan Standar Emas Makanan Bayi antara lain :*
  - (1) Inisiasi menyusui dini /IMD dini dapat mengurangi perdarahan post partum dan anemia, dan mengurangi angka kematian Ibu melahirkan
  - (2) ASI eksklusif 6 bulan,
  - (3) Makanan pendamping air susu ibu /MP ASI setelah 6 bulan, makanan keluarga yang tepat waktu dan adekuat menurunkan kematian balita
  - (4) ASI sampai dengan 2 tahun
- 8) *Tantangan angka kematian ibu yang menyebabkan kesulitan dalam pencapaian target MDGs antara lain :*
  - (1) Masih rendahnya cakupan antenatal care /ANC dan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan karena posisi tawar perempuan
  - (2) Penyakit infeksi dan perdarahan, termasuk yang disebabkan oleh abortus.
  - (3) Harapan kedepannya setelah pertemuan, ornop dan pemerintah bisa bergandengan tangan dalam pencapaian

target *MDGs*. Namun bukan hanya sebatas mencapai target akan tetapi lebih luas dalam upaya meningkatkan kualitas bangsa. Perlu kebersamaan dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

## 8. *MDGs di Indonesia*

Indonesia merupakan salah satu dari 189 negara penandatangan Tujuan Pembangunan Millenium atau *Millenium Development Goals (MDGs)*. Tujuan Pembangunan Milenium berisikan tujuan kuantitatif yang mesti dicapai dalam jangka waktu tertentu, terutama persoalan penanggulangan kemiskinan pada tahun 2015. Masing-masing tujuan *MDGs* terdiri dari target-target yang memiliki batas pencapaian minimum. Hal ini berarti Indonesia harus berusaha mencapai target-target yang telah ditentukan pada kesepakatan tersebut pada 2015 mendatang. Untuk mencapai tujuan *MDGs* tahun 2015 diperlukan koordinasi, kerjasama serta komitmen dari seluruh pemangku kepentingan, terutama pemerintah (nasional dan lokal), kaum akademika, media, sektor swasta, komunitas donor, dan masyarakat sipil.

### 1) *Mengentaskan Kemiskinan Ekstrim dan Kelaparan*

Pada tahun 1990, 15,1% penduduk Indonesia berada dalam kemiskinan ekstrim. Jumlahnya saat itu mencapai 27 juta orang. Saat ini proporsinya sekitar 7,5% atau hampir 17 juta orang. Pada tingkat nasional, dengan usaha yang lebih keras, Indonesia akan dapat mengurangi kemiskinan dan kelaparan hingga setengahnya pada 2015, jika tingkat pendapatan masyarakatnya meningkat terutama pada masyarakat miskin. Tingkat pendapatan masyarakat miskin di Indonesia akan meningkat dengan peningkatan kesempatan kerja dan pengembangan usaha.

Dalam usaha penanggulangan kemiskinan dan pengangguran yang dikoordinasikan oleh Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, kebijakan pemerintah mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2005-2009, Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan (SNPK). Dan salah satu upaya yang ditempuh untuk menanggulangi kemiskinan adalah usaha Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri (PNPM Mandiri).

## 2) *Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua*

Target *MDGs* kedua adalah mencapai pendidikan dasar untuk semua pada 2015. Ini artinya bahwa semua anak Indonesia, baik laki-laki maupun perempuan, akan dapat menyelesaikan pendidikan dasar. Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk memenuhi target ini dengan mencanangkan Program Wajib Belajar 9 tahun. Kebijakan ini terbukti telah meningkatkan akses untuk pendidikan SD. Akan tetapi, masih banyak anak usia sekolah di pelosok negeri yang belum dapat menyelesaikan SD-nya. Bahkan di perdesaan, tingkat putus sekolah dapat mencapai 8,5%. Kualitas pendidikan di Indonesia selama ini masih perlu ditingkatkan dan manajemen pendidikan juga kurang baik.

Untuk meningkatkan tingkat pendidikan di Indonesia, pemerintah mendukung program wajib belajar 9 tahun melalui program Bantuan Operasional Sekolah (BOS). Tahun 2009, dana BOS diberikan selama 12 bulan untuk periode Januari-Desember 2009 dengan total: SD/SDLB di kota sebesar Rp.400.000,-/siswa/tahun sedangkan di kabupaten Rp. 297.000,-/siswa/tahun. Dengan program BOS, diharapkan pendidikan dasar di Indonesia dapat terjangkau bagi semua.

### 3) *Mendukung Kesetaraan Gender dan Memberdayakan Perempuan*

Pada pasal 27 UUD 1945 telah dijamin kesetaraan hak bagi seluruh penduduk Indonesia – laki-laki maupun perempuan sehingga Indonesia telah mencapai kemajuan dalam mengatasi persoalan kesenjangan antara laki-laki dan perempuan. Program Wajib belajar 9 tahun telah membawa dampak positif dalam pengurangan kesenjangan dalam dunia pendidikan. Rasio antara partisipasi murid laki-laki dan perempuan, baik partisipasi bersih maupun kotor, sudah hampir mencapai 100% di seluruh tingkat pendidikan. Akan tetapi, keberhasilan ini masih perlu ditingkatkan, terutama untuk kelompok usia yang lebih tua. Masih terdapat kesenjangan dan anggapan yang salah dalam konteks peranan dan gender di masyarakat. Persepsi yang salah ini hampir terjadi di semua aspek kehidupan, mulai dari pekerjaan (kesempatan dan kesetaraan imbalan) hingga di bidang politik. Proporsi perempuan dalam pekerjaan non-pertanian relative stagnan, begitu pula dengan keterwakilan perempuan di parlemen, yang masing-masing masih berkisar pada 33% dan 11%.

### 4) *Mengurangi Tingkat Kematian Anak*

Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan oleh *MDGs* (*MDGs* menargetkan angka kematian bayi dan balita 65/1000 kelahiran hidup) yaitu, Angka Kematian Balita (AKBA) menurun dari 97/1000 kelahiran hidup pada tahun 1989 menjadi 46/1000 kelahiran hidup pada tahun 2000; Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari 68/1000 kelahiran menjadi 35/1000 kelahiran hidup pada tahun 1999. Pada umumnya kematian bayi dan balita disebabkan oleh infeksi pernafasan akut, komplikasi kelahiran dan diare. Selain penyebab utama, beberapa penyakit menular

seperti infeksi radang selaput otak (meningitis), typhus dan encephalitis juga menjadi penyebab kematian.

Indonesia sedang mencanangkan Program Nasional Anak Indonesia yang menjadikan isu kematian bayi dan balita sebagai salah satu bagian terpenting. Program tersebut merupakan bagian dari Visi Anak Indonesia 2015, sebuah gerakan yang melibatkan seluruh komponen masyarakat, dari mulai pemerintah, sektor swasta hingga akademisi dan masyarakat sipil. Bersama-sama, kelompok ini berusaha meningkatkan kualitas kesehatan dan kesejahteraan Bayi dan Balita. Selain mempromosikan hidup sehat untuk anak dan peningkatan akses dan kualitas terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, bagian dari Target keempat *MDGs* adalah untuk meningkatkan proporsi kelahiran yang dibantu tenaga terlatih, sehingga diharapkan terjadi perubahan perilaku di masyarakat untuk lebih aktif mencari pelayanan kesehatan, terutama untuk anak dan balita karena UU no 23 tentang Perlindungan Anak menyatakan bahwa setiap anak memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan keamanan sosial menurut kebutuhan fisik, psikis dan sosial mereka.

#### 5) *Meningkatkan Kesehatan Ibu*

Angka Kematian Ibu (AKI) menurun dari 400/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990 menjadi 307/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Angka tersebut masih jauh dari target Nasional pada tahun 2015 yaitu 124/100.000 kelahiran. Penyebab kematian ibu adalah pendarahan (28% dari total kematian ibu); eklampsia/gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan (13% dari total kematian ibu); partus lama dan infeksi (9% dari total kematian ibu); aborsi yang tidak aman

(11% dari total kematian ibu); sepsis, penyebab lain kematian ibu karena kebersihan dan hygiene yang buruk pada saat persalinan atau karena penyakit akibat hubungan seks yang tidak terobati (10% dari total kematian ibu).

Kompikasi persalinan menurun apabila persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih di lingkungan yang hygiene dengan sarana yang memadai. Menurut data Susenas terjadi peningkatan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan dari 41% pada tahun 1990 menjadi 68% pada tahun 2003. Sedangkan target Nasional pada tahun 2010 adalah 90%. Selain itu, angka pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia subur juga menjadi indikator peningkatan kesehatan ibu. Angka pemakaian kontrasepsi pada usia subur dilaporkan meningkat dari 50% pada tahun 1990 menjadi 54% pada tahun 2002.

#### 6) *Memerangi HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya*

Penurunan HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya mendapat perhatian yang besar dalam *MDGs* bidang kesehatan. Di Indonesia, sampai akhir September 2003, tercatat 1239 kasus AIDS dan 2685 kasus HIV positif. Para ahli memperkirakan hingga saat ini terdapat 90.000-130.000 orang Indonesia yang hidup dengan HIV. Pola penyebarannya lewat hubungan seksual dan napza suntik. Di Jakarta terjadi peningkatan infeksi HIV pada pengguna napza suntik dari 15% pada tahun 1999 menjadi 47,9 pada 2002. Selain itu, Di Jakarta Utara menunjukkan prevalensi HIV dikalangan ibu hamil mengalami peningkatan dari 1,5 % pada tahun 2000 menjadi 2,7 pada tahun 2001.

Selain HIV/AIDS, Malaria juga menjadi penyakit yang harus berantas. Hampir separuh dari penduduk Indonesia tinggal di daerah endemic malaria. Rata-rata prevalensi malaria

diperkirakan 850/100.000 penduduk, dengan angka tertinggi di Gorontalo, NTT, dan Papua. Angka kematian spesifik karena malaria diperkirakan 10/100.000 penduduk.

Kemudian, Indonesia menempati urutan ke tiga kasus Tuberkulosis (TB). Penyakit TB merupakan penyakit kronik, melemahkan tubuh dan sangat menular. Penyembuhan memerlukan diagnosis akurat melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan jangka panjang dengan konsumsi obat anti TB yang rutin. Dilaporkan dalam 100.000 penduduk terdapat 271 yang menderita TB dengan 122 diantaranya BTA positif. Angka Kematian Spesifik karena TB adalah 68/100.000 penduduk. Pada tahun 2001 penderita yang menyelesaikan pengobatan lengkap dan sembuh adalah 85,7 %. Namun, kelangsungan berobat pada penderita TB tidak hanya ditentukan oleh kepatuhan berobat, tetapi juga ketersediaan obat yang tidak terputus di fasilitas kesehatan. Survey pada tahun 2000 terhadap stok obat anti TB di fasilitas kesehatan menunjukkan angka kehabisan stok bervariasi antara 2-8%.

#### 7) *Memastikan Kelestarian Lingkungan*

Di Indonesia ancaman terhadap hutan hujan semakin menjadi-jadi, apalagi pada era desentralisasi dan otonomi daerah lebih banyak lagi hutan yang dieksploitasi, pembalakan liar semakin menjadi-jadi dan batas kawasan lindung sudah tidak diperdulikan lagi. Penyebab utamanya adalah lemahnya supremasi hukum dan kurangnya pengertian dan pengetahuan mengenai tujuan pembangunan jangka panjang dan perlindungan biosfer.

Akses dan ketersediaan informasi mengenai sumberdaya alam dan lingkungan merupakan aspek yang perlu ditingkatkan. Program yang seperti ini dapat membantu memperkaya

pengetahuan dan wawasan kelompok masyarakat yang hidup di daerah perdesaan dan daerah terpencil mengenai pentingnya perlindungan terhadap lingkungan. Hal ini tidak tertutup harus diketahui juga oleh kaum bisnis dan masyarakat kota yang semakin tidak peduli akan lingkungan. Selain itu, Kualitas air yang sampai ke masyarakat dan didistribusikan oleh PDAM sebagian ternyata tidak memenuhi persyaratan air minum aman yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan. Masalah ini disebabkan oleh kualitas jaringan distribusi dan perawatan yang tidak baik yang menyebabkan terjadinya kontaminasi. Oleh karena itu, promosi lingkungan juga harus disandingkan dengan promosi mengenai kesehatan dan kebersihan, sehingga masyarakat akan lebih mengerti pentingnya air bersih dan dapat berpartisipasi aktif menjaga dan merawat fasilitas air bersih yang ada.

Berdasarkan data terakhir yang tersedia, akses masyarakat secara umum terhadap fasilitas sanitasi adalah 68%. Akan tetapi, tampaknya sanitasi tidak menjadi prioritas utama pembangunan, baik di tingkat nasional, regional, badan legislatif maupun sektor swasta. Hal ini tampak dari relatif kecilnya anggaran yang disediakan untuk sanitasi. Oleh karena itu, kampanye mengenai pentingnya sanitasi juga perlu dilakukan kepada pemerintah, pembuat kebijakan, dan badan legislatif, termasuk juga kepada masyarakat. Diperlukan investasi dan prioritas yang lebih besar untuk meningkatkan akses terhadap air bersih dan pelayanan sanitasi untuk masyarakat di seluruh Indonesia.

#### 8) *Mengembangkan Kemitraan untuk Pembangunan*

Tujuan kedelapan berisikan aksi yang harus dilakukan oleh negara maju kepada negara berkembang untuk mencapai Tujuan 1-7 *MDGs*. Konsensus Monterrey yang merupakan

hasil dari Konferensi Internasional tentang Pembiayaan untuk Pembangunan tahun 2002, dipandang sebagai unsur kunci tujuan delapan *MDGs*. Konsensus tersebut berintikan kebebasan perdagangan, aliran dana swasta, utang, mobilisasi sumberdaya domestic dan hibah untuk pembangunan. Faktanya, investasi dalam bidang kesehatan publik adalah investasi yang non-profit, hibah menjadi penting, terutama di sektor kesehatan.



# BAB 9

---

## Sistem Pelayanan Kesehatan **DI INDONESIA**

---



## 1. *Konsep Dasar Sistem*

Pengertian sistem banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dipandang cukup penting adalah: Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan.

Sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien.

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dari pengertian diatas, maka pengertian sistem secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yakni:

### 1) Sistem *sebagai suatu wujud*

Suatu sistem disebut sebagai wujud (entity), apabila bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu wujud yang cirri-cirinya dapat dideskripsikan atau digambarkan dengan jelas. Tergantung dari sifat bagian-bagian atau elemen-elemen yang membentuk sistem, maka sistem sebagai wujud dapat dibedakan atas dua macam:

#### (1) Sistem *sebagai suatu wujud yang konkrit*

Dalam bentuk ini, sifat dari bagian-bagian atau elemen-elemen yang membentuk sistem adalah konkrit dalam arti dapat ditangkap oleh panca indera. Contoh : suatu mesin yang bagian-bagian atau elemen-elemennya adalah berbagai unsur suku cadang

#### (2) Sistem *sebagai suatu wujud yang abstrak*

Dalam bentuk ini, sifat dari bagian-bagian atau elemen-

elemen yang membentuk sistem adalah abstrak dalam arti tidak dapat ditangkap oleh panca indra. Contohnya adalah: sistem kebudayaan yang bagian-bagian atau elemen-elemennya adalah berbagai unsur budaya.

## 2) Sistem *sebagai suatu metode*

Suatu sistem disebut sebagai suatu metode, apabila bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu metode yang dapat dipakai sebagai alat dalam melakukan pekerjaan administrasi. Contohnya adalah sistem pengawasan yang bagian-bagian atau elemen-elemen pembentuknya adalah berbagai peraturan.

## 3) *Ciri-ciri* sistem

Sesuatu disebut sistem, apabila ia memiliki beberapa ciri pokok sistem. Ciri-ciri pokok yang dimaksud banyak macamnya, yang apabila disederhanakan dapat diuraikan sebagai berikut:

### (1) *Ciri-ciri* sistem menurut Elias M. Awad (1979).

Sistem bukanlah sesuatu yang berada di ruang hampa, melainkan selalu berinteraksi dengan lingkungan. Tergantung dari pengaruh interaksi dengan lingkungan tersebut, sistem dapat dibedakan atas dua macam:

Sistem *bersifat terbuka* Dikatakan terbuka apabila sistem tersebut berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. Pada sistem yang bersifat terbuka berbagai pengaruh yang diterima dari lingkungan dapat dimanfaatkan oleh sistem untuk menyempurnakan sistem yang ada. Pemanfaatan seperti ini memang memungkinkan, karena di dalam sistem terdapat mekanisme penyesuaian diri, yang antara lain karena adanya unsur umpan balik (*feed back*)

Sistem *bersifat tertutup*, Dikatakan tertutup apabila sistem tersebut dalam berinteraksi dengan lingkungannya tidak dipengaruhi. Sistem mempunyai kemampuan untuk mengatur diri sendiri, yang antara lain juga disebabkan karena di dalam sistem terdapat umpan balik (*feed back*)

Sistem terbentuk dari dua atau lebih subsistem, dan setiap subsistem terdiri dari dua atau lebih subsistem lain yang lebih kecil, demikian seterusnya. Antara satu subsistem dengan subsistem lainnya terdapat hubungan yang saling tergantung dan saling mempengaruhi. Keluaran subsistem misalnya, menjadi masukan bagi subsistem lain yang terdapat dalam sistem

Sistem mempunyai tujuan atau sasaran yang ingin dicapai. Pada dasarnya tercapai tujuan atau sasaran ini adalah sebagai hasil kerja sama dari berbagai subsistem yang terdapat dalam sistem.

## (2) Menurut Shode dan Dan Voich Jr. (1974)

Sistem mempunyai tujuan, karena itu semua perilaku yang ada pada sistem pada dasarnya bermaksud mencapai tujuan tersebut (*purposive behavior*) Sistem, sekalipun terdiri atas berbagai bagian atau elemen, tetapi secara keseluruhan merupakan suatu yang bulat dan utuh (*wholism*) jauh melebihi kumpulan bagian atau elemen tersebut. Berbagai bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem saling terkait, berhubungan dan berinteraksi.

Sistem bersifat terbuka dan selalu berinteraksi dengan sistem lain yang lebih luas, yang biasanya disebut dengan lingkungan. Sistem mempunyai kemampuan transformasi, artinya mampu mengubah sesuatu menjadi sesuatu yang lain.

Dengan kata lain, sistem mampu mengubah masukan menjadi keluaran. Sistem mempunyai mekanisme pengendalian, baik dalam rangka menyatukan berbagai bagian atau elemen, juga dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran.

Dari dua pendapat ahli tersebut tentang ciri-ciri sistem, pada dasarnya tidak banyak berbeda, sehingga dapat dengan mudah dipahami. Dan secara sederhana, ciri-ciri tersebut dapat dibedakan atas empat macam saja, yaitu:

- a. Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi, yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti kesemuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.
- b. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya bekerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.
- d. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

## ***2. Konsep Dasar Kesehatan***

Kesehatan menurut WHO 1974 adalah suatu keadaan sejahtera sempurna yang lengkap, meliputi: kesejahteraan fisik, mental dan sosial. Bukan semata-mata bebas dari penyakit dan/atau kelemahan. White (1977) sehat adalah keadaan dimana seseorang ketika diperiksa

oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda penyakit atau kelainan. Sedangkan sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi suatu kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan (WHO,1984).

Untuk Negara Indonesia, pengertian sistem kesehatan dikenal dengan istilah Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yaitu suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti yang dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945.

### **3. *Sistem Pelayanan Kesehatan***

Pelayanan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu menyiapkan, menyediakan dan memproses, serta membantu keperluan orang lain. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

#### **1) *Jenis pelayanan kesehatan***

Menurut pendapat Hodgetts dan Cascio (1983), ada dua macam jenis pelayanan kesehatan.

- (1) *Pelayanan kesehatan masyarakat*, Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi.

Tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, dan sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

(2) *Pelayanan kedokteran*, Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

2) *Syarat pokok pelayanan kesehatan*, Suatu pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila:

(1) Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continuous*)

Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

(2) Dapat diterima (*acceptable*) dan bersifat wajar (*appropriate*)

Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

(3) Mudah dicapai (*accessible*)

Ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi

sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

(4) Mudah dijangkau (*affordable*)

Keterjangkauan yang dimaksud adalah terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti itu harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja bukanlah kesehatan yang baik.

(5) Bermutu (*quality*)

Mutu yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standart yang telah ditetapkan.

3) *Prinsip pelayanan prima di bidang kesehatan*

(1) Mengutamakan pelanggan

Prosedur pelayanan disusun demi kemudahan dan kenyamanan pelanggan, bukan untuk memperlancar pekerjaan kita sendiri. Jika pelayanan kita memiliki pelanggan eksternal dan internal, maka harus ada prosedur yang berbeda, dan terpisah untuk keduanya. Jika pelayanan kita juga memiliki pelanggan tak langsung maka harus dipersiapkan jenis-jenis layanan yang sesuai untuk keduanya dan utamakan pelanggan tak langsung.

(2) Sistem yang efektif

Proses pelayanan perlu dilihat sebagai sebuah sistem yang nyata (*hard sistem*), yaitu tatanan yang memadukan hasil-hasil kerja dari berbagai unit dalam organisasi. Perpaduan tersebut harus terlihat sebagai sebuah proses pelayanan yang berlangsung dengan tertib dan lancar dimata para pelanggan.

(3) Melayani dengan hati nurani (*soft sistem*)

Dalam transaksi tatap muka dengan pelanggan, yang diutamakan keaslian sikap dan perilaku sesuai dengan hati nurani, perilaku yang dibuat-buat sangat mudah dikenali pelanggan dan memperburuk citra pribadi pelayan. Keaslian perilaku hanya dapat muncul pada pribadi yang sudah matang.

(4) Perbaikan yang berkelanjutan

Pelanggan pada dasarnya juga belajar mengenali kebutuhan dirinya dari proses pelayanan. Semakin baik mutu pelayanan akan menghasilkan pelanggan yang semakin sulit untuk dipuaskan, karena tuntutananya juga semakin tinggi, kebutuhannya juga semakin meluas dan beragam, maka sebagai pemberi jasa harus mengadakan perbaikan terus menerus.

(5) Memberdayakan pelanggan

Menawarkan jenis-jenis layanan yang dapat digunakan sebagai sumberdaya atau perangkat tambahan oleh pelanggan untuk menyelesaikan persoalan hidupnya sehari-hari.

#### **4. *Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia***

Sistem pelayanan kesehatan di indonesia meliputi pelayanan rujukan yang berupa:

1) Pelayanan kesehatan dasar

Pada umumnya pelayanan dasar dilaksanakan di Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan Pelayanan lainnya di wilayah kerja puskesmas selain rumah sakit.

2) Pelayanan kesehatan rujukan

Pada umumnya dilaksanakan di rumah sakit. Pelayanan keperawatan diperlukan, baik dalam pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukan.

(1) *Sistem Rujukan (Referral Sistem)*

Di negara Indonesia sistem rujukan telah dirumuskan dalam SK. Menteri Kesehatan RI No.32 tahun 1972, yaitu suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antara unit-unit yang setingkat kemampuannya. Macam rujukan yang berlaku di negara Indonesia telah ditentukan atas dua macam dalam Sistem Kesehatan Nasional, yaitu:

a. Rujukan kesehatan

Rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Rujukan ini dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Macamnya ada tiga, yaitu: rujukan teknologi, rujukan sarana, dan rujukan operasional.

b. Rujukan medis

Pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (*medical services*). Rujukan ini terutama dikaitkan dengan

upaya penyembuhan penyakit. Macamnya ada tiga, yaitu: rujukan penderita, rujukan pengetahuan, rujukan bahan-bahan pemeriksaan.

(2) *Manfaat sistem rujukan*, ditinjau dari unsur pembentuk pelayanan kesehatan:

- a. Dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan (*policy maker*)
  - a) Membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan.
  - b) Memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia.
  - c) Memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.
- b. Dari sudut masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan (*health consumer*)
  - a) kesehatan dengan berbagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi.
  - b) Membantu peningkatan pengetahuan dan ketrampilan, yaitu: kerja sama yang terjalin.
  - c) Memudahkan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

## 5. *Masalah Pelayanan Kesehatan*

Berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi, terjadi beberapa perubahan dalam pelayanan kesehatan. Disatu pihak memang mendatangkan banyak keuntungan, yaitu meningkatnya

mutu pelayanan yang dapat dilihat dari indikator menurunnya angka kesakitan, kecacatan, kematian serta meningkatnya usia harapan hidup rata-rata. Namun dipihak lain, perubahan tersebut juga mendatangkan banyak permasalahan diantaranya:

1) *Fragmented health services* (terkotak-kotaknya pelayanan kesehatan).

Timbulnya perkotakan dalam pelayanan kesehatan erat hubungannya dengan munculnya spesialis dan subspesialis dalam pelayanan kesehatan. Dampak negatif yang ditimbulkan adalah menyulitkan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang apabila berkelanjutan, pada gilirannya akan menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

(1) *Berubahnya sifat pelayanan kesehatan*

Muncul akibat pelayanan kesehatan yang terkotak-kotak, yang pengaruhnya terutama ditemukan pada hubungan dokter dengan klien. Sebagai akibatnya, munculnya spesialis dan subspesialis menyebabkan perhatian penyelenggara pelayanan kesehatan tidak dapat lagi diberikan secara menyeluruh. Perhatian tersebut hanya tertuju pada keluhan ataupun organ tubuh yang sakit saja. Perubahan sifat pelayanan kesehatan makin bertambah nyata, tatkala diketahui pada saat ini telah banyak dipergunakan berbagai alat kedokteran yang canggih, ketergantungan yang kemudian muncul terhadap berbagai peralatan tersebut, sehingga menimbulkan berbagai dampak negatif yang merugikan, diantaranya:

- a. Makin regangnya hubungan antara petugas kesehatan (tenaga medis, paramedis, dan klien) telah terjadi tabir pemisah antara dokter juga perawat dengan klien akibat dari berbagai peralatan kedokteran yang dipergunakan.

- b. Makin mahalnya biaya kesehatan. Kondisi seperti ini tentu mudah diperkirakan akan menyulitkan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

## **6. Konsep Indonesia Sehat**

### *1) Perilisan Sehat 2010 di dunia*

Pada bulan Januari 2000, Rakyat Sehat 2010 dirilis, tujuan untuk dekade ini bahkan lebih ambisius daripada dekade sebelumnya. Sebagai contoh, bukan bertujuan untuk mengurangi kesenjangan kesehatan saja, seperti tujuan untuk tahun 2000, Rakyat Sehat 2010 bertujuan untuk menghilangkan kesehatan kesenjangan. Tujuan fokus pada dua tujuan menyeluruh

- (1) Semua bantuan dari Amerika meningkatkan usia harapan hidup dan memperbaiki kualitas kehidupan mereka.
- (2) Menghilangkan kesenjangan kesehatan yang ada antara segmen yang berbeda dari penduduk AS. Bidang-bidang tertentu yang menjadi perhatian untuk masing-masing tujuan adalah sebagai berikut:
  - (3) Promosi kesehatan: Nutrisi, aktivitas fisik dan kebugaran, konsumsi tembakau, alkohol, dan obat-obatan lainnya, keluarga berencana, perilaku kasar, kesehatan mental, dan program-program berbasis pendidikan dan masyarakat.
  - (4) Perlindungan Kesehatan: Kesehatan lingkungan, keselamatan dan kesehatan, kecelakaan, keamanan makanan dan obat-obatan, dan kesehatan mulut.
  - (5) Pencegahan layanan prioritas: kesehatan ibu dan bayi, imunisasi dan penyakit menular, *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* infeksi, penyakit menular seksual, penyakit jantung dan stroke, kanker, diabetes dan gangguan menonaktifkan kronis,

dan layanan pencegahan klinis untuk ini; dan mental dan gangguan perilaku.

- (6) Prioritas perbaikan sistem: Pendidikan kesehatan dan layanan pencegahan, dan sistem surveilans dan data (USDHHS, 2000)

## 2) *Konsep Pembangunan Kesehatan di Indonesia*

Tujuan utama pembangunan nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia yang dilakukan secara berkelanjutan. Berdasarkan visi pembangunan nasional melalui pembangunan kesehatan yang ingin dicapai untuk mewujudkan Indonesia sehat 2010. Pernyataan tersebut di atas sesuai dengan tujuan bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam pembukaan UUD 1945 alinea ke-4 yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakan program Pembangunan Nasional secara berkelanjutan, terencana dan terarah. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Untuk menjawab tantangan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan termasuk konsistensi, kebijakan, keterlibatan lintas sektor serta berdasarkan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat yang mutakhir, dirumuskanlah paradigma sehat yang merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan bangsa yang bersifat proaktif. Adapun rumusan paradigma sehat tersebut telah tertuang di dalam visi: "Indonesia Sehat 2010". Visi yang tertuang dalam paradigma sehat adalah visi jangka menengah,

tentu saja bila visi jangka menengah itu telah tercapai, akan ditindak lanjuti dengan visi jangka menengah selanjutnya, yang kualitas indikatornya lebih tinggi. Begitu seterusnya sehingga pembangunan kesehatan bisa berkelanjutan dan konsisten untuk menciptakan Indonesia Sehat.

Pada tahun 1948 WHO menyepakati antara lain bahwa derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, jenis kelamin, politik yang dianut dan sosial ekonominya. Kemudian pada tahun 1980, WHO mendeklarasikan "*Health For All By The Year 2000*" yang isinya menghimbau kepada anggota WHO supaya melakukan langkah-langkah dalam melakukan pembangunan kesehatan sehingga derajat kesehatan setiap orang meningkat.

Negara Indonesia menindaklanjuti komitmen ini melalui Sistem Kesehatan Nasional atau yang dikenal dengan singkatan SKN tahun 1982 dengan Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJPK). Selanjutnya memasuki abad ke-21 Indonesia telah menetapkan "Indonesia Sehat 2010" sebagai visi pembangunan kesehatan. Penerapan paradigma baru pembangunan kesehatan baru, yaitu paradigma sehat merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan bangsa yang bersifat proaktif. Dalam mewujudkan visi, ditetapkan misi pembangunan kesehatan. Menyongsong abad ke-21, secara nasional telah dikeluarkan Undang-Undang No. 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah sebagai suatu kebijakan baru otonomi pembangunan dengan basis wilayah kabupaten atau kota, sehingga diperlukan suatu strategi pembangunan wilayah dengan prioritas yang berbeda satu dengan yang lain.

Dengan keanekaragaman tingkat perkembangan social, ekonomi dan budaya masyarakat berbagai daerah Indonesia, maka perlu ditetapkan indikator-indikator untuk masing-masing daerah selain yang bersifat nasional. Penajaman sasaran dan prioritas secara lebih spesifik, perlu dirumuskan oleh masing-masing daerah. Adanya perubahan-perubahan baik dalam lingkungan global, nasional, maupun yang spesifik di masing-masing daerah dan kecenderungannya serta masih adanya kesenjangan-kesenjangan dalam derajat kesehatan masyarakat antar daerah, maka kebijaksanaan pembangunan kesehatan dalam periode dekade mendatang, telah dipikirkan secara cermat dan komprehensif.

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan Negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia. Gambaran keadaan masyarakat Indonesia dimasa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut dirumuskan sebagai “Indonesia Sehat 2010”.

Salah satu kunci keberhasilan pembangunan kesehatan adalah mengaktualisasikan Paradigma Sehat sebagai gerakan nasional, dimana sebagai langkah awal telah dicanangkan oleh Presiden. Paradigma Sehat secara makro berarti bahwa pembangunan semua sektor harus memperhatikan dampaknya terhadap kesehatan, paling tidak harus memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat. Sedangkan secara mikro berarti bahwa pembangunan kesehatan akan menekan

upaya *promotif* dan *preventif* dengan tidak mengesampingkan upaya kesehatan *kuratif* dan *rehabilitative*.

### 3) *Visi dan Misi Indonesia Sehat 2010*

#### (1) Visi

Visi pembangunan kesehatan di Indonesia adalah : Indonesia Sehat 2010. Dalam Indonesia Sehat 2010 dapat digambarkan sebagai berikut:

- a. Lingkungan yang diharapkan adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu:
  - a) Lingkungan yang bebas dari polusi
  - b) Tersedianya sumber air yang bersih
  - c) Sanitasi lingkungan yang memadai
  - d) Perumahan dan pemukiman yang sehat
  - e) Terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.
- b. Perilaku masyarakat Indonesia Sehat 2010 yang diharapkan adalah:
  - a) Yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan
  - b) Mencegah resiko terjadinya penyakit
  - c) Melindungi diri dari ancaman sakit
  - d) Berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat.
- c. Kemampuan masyarakat yang diharapkan pada masa depan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya hambatan, baik yang bersifat ekonomi maupun non ekonomi. Pelayanan kesehatan yang bermutu yang dimaksudkan disini adalah pelayanan

kesehatan yang dapat memuaskan pemakai jasa serta diselenggarakan sesuai standart dan etika profesi.

- d. Derajat kesehatan yang setinggi-tingginya diseluruh wilayah republik Indonesia.
- e. Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat serta kemampuan masyarakat tersebut diatas, dapat mencapai misi Indonesia Sehat.

## (2) Misi

Untuk mencapai visi tersebut diatas disusunlah misi pembangunan kesehatan sebagai berikut:

- a. *Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan.*  
Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif berbagai sector pembangunan lainnya. Dengan demikian mewujudkan Indonesia Sehat 2010, para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya. Program pembangunan yang tidak berkontribusi positif terhadap kesehatan, seyogyanya tidak diselenggarakan.
- b. *Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat*
- c. Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, swasta dan pemerintah. Adapun peran yang dimainkan oleh pemerintah tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, maka tujuan Indonesia Sehat tidak akan tercapai. Perilaku sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan program

pembangunan kesehatan.

- d. *Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.*
  - e. Salah satu tanggungjawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Namun penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada di tangan pemerintah, melainkan mengikutsertakan sebesar-besarnya peran serta aktif segenap anggota masyarakat dan berbagai potensi peran swasta.
  - f. *Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.*
  - g. Tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negaranya, yakni setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya penyembuhan penyakit (*curative health*) dan atau pemulihan kesehatan (*rehabilitatif health*). Untuk terselenggaranya tugas tersebut, maka penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat diperlukan pula terciptanya lingkungan yang sehat. Oleh karenanya tugas-tugas penyehatan lingkungan harus pula diprioritaskan.
- 4) *Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Masalah-Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia*

## (2) Faktor Lingkungan

Yang sering menjadi penyebab masalah dalam masyarakat

adalah:

- a. Kurangnya peran serta masyarakat dalam mengatasi kesehatan
- b. Kurangnya sebagian besar rasa tanggung jawab masyarakat dalam bidang kesehatan

(3) Faktor Perilaku dan Gaya Hidup Masyarakat

- a. Masih banyaknya insiden kebiasaan masyarakat yang dapat merugikan kesehatan
- b. Adat istiadat yang kurang bahkan tidak menunjang kesehatan

(4) Faktor Sosial Ekonomi

- a. Tingkat pendidikan masyarakat di Indonesia sebagian besar masih rendah
- b. Kurangnya kesadaran dalam memelihara kesehatan
- c. Tingkat social ekonomi dalam hal ini penghasilan sebagian masih rendah
- d. Kemiskinan. Mayoritas masyarakat Indonesia masih tergolong miskin karena GNP perkapita hanya bisa disejajarkan dengan Vietnam (Wahid & Nurul,2009)

(5) Faktor Sistem Pelayanan Kesehatan

- a. Cakupan pelayanan kesehatan belum menyeluruh
- b. Upaya pelayanan kesehatan sebagian besar berorientasi pada upaya kuratif
- c. Sarana dan prasarana belum dapat menunjang pelayanan kesehatan.

5) *Kebijakan pembangunan kesehatan yang diambil pemerintah untuk mencapai Indonesia Sehat 2010*

Kebijakan yang ditetapkan pemerintah untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010, yaitu:

(1) Pemantapan kerja sama lintas sektor

Penyelenggaraan kerja sama sektor harus mencakup tahap perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian. Kerja sama lintas sektor merupakan hal yang utama dan perlu digalang serta dimantapkan secara bersama untuk mengoptimalkan hasil pembangunan berwawasan kesehatan.

(2) Peningkatan perilaku, kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta.

(3) Perilaku hidup sehat masyarakat sejak usia dini ditingkatkan kemitraan swasta dalam pembangunan kesehatan dihubungkan dengan memberikan kemudahan. Peran organisasi profesi perlu ditingkatkan terutama yang menyangkut standart dan kode etik profesi, aktif mengembangkan IPTEK.

(4) Peningkatkan upaya kesehatan

Peningkatan upaya kesehatan diprioritaskan pada penanganan dampak krisis ekonomi dan peningkatan produktivitas kerja. Upaya kesalahan sector pemerintahan diarahkan pada pelayanan kesehatan yang berdampak luas, sedangkan upaya penyembuhan dan pemulihan penyakit dilakukan oleh swasta, pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan ditingkatkan.

(5) Peningkatan sumber daya kesehatan

Pengembangan tenaga kesehatan diarahkan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang ahli dan terampil sesuai dengan perkembangan IPTEK. Pengembangan tenaga ditujukan untuk memberdayakan baik masyarakat maupun pemerintah. JPKM dan asuransi kesehatan terus dikembangkan. Efisiensi produksi dan distribusi serta

untuk obat terus ditingkatkan, termasuk obat tradisional dan makanan minuman.

- (6) Peningkatan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan dan manajemen KSLs ditingkatkan.

Reorganisasi, refungsionalisasi seiring dengan desentralisasi atas dasar prinsip ekonomi. Peningkatan pendanaan untuk berbagai upaya manajemen baik dari APBN maupun APBD

- (7) Peningkatan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, makanan dan obat kesehatan yang tidak absah/legal

Pencegahan produk yang tidak memenuhi persyaratan mutu, khasiat/manfaat dan keamanan serta memperluas jangkauan pengawasan. Peningkatan perlindungan masyarakat terhadap penyalagunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya. Pemerataan dan ketersediaan obat yang terjangkau dan peningkatan pemanfaatan obat generik.

- (8) Peningkatan IPTEK kesehatan

Litbang baru dibidang kesehatan terus dikembangkan untuk membantu memecahkan masalah dan kendala pelaksanaan program kesehatan.

#### 6) *Strategi dan Program Pembangunan Kesehatan di Indonesia*

Strategi pembangunan kesehatan untuk mewujudkan Indonesia Sehat 2010 adalah sebagai berikut:

- (1) Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan

Semua kebijakan pembangunan nasional yang sedang dan akan diselenggarakan harus memiliki wawasan kesehatan,

artinya : program pembangunan nasional harus memberikan kontribusi yang positif terhadap kesehatan, setidaknya terdapat 2 (dua) hal, yaitu: pembentukan lingkungan sehat, pembentukan perilaku sehat

Untuk terselenggarakannya pembangunan berwawasan kesehatan perlu dilaksanakan kegiatan: sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan sehingga semua pihak terkait memahami dan mampu melaksanakan pembangunan berwawasan nasional.

## (2) Profesionalisme

Profesionalisme dilaksanakan melalui penerapan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta melalui penerapan nilai-nilai normal dan etika. Untuk terselenggaranya pelayanan yang bermutu, perlu didukung oleh penerapan berbagai kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran dan keperawatan. Pengembangan sumber daya manusia mempunyai peranan penting. Pelayanan kesehatan profesional tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh tenaga pelaksana yang mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi serta didukung oleh penerapan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk menunjang tinggi sumpah dan kode etik profesi. Untuk terselenggaranya strategi profesionalisme akan dilaksanakan penentuan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan, pelatihan berdasarkan kompetensi, akreditasi dan legislasi tenaga kesehatan serta kegiatan peningkatan kualitas sektor lainnya.

## (3) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

Untuk memanfaatkan kemandirian masyarakat dalam pola hidup sehat, perlu digalang peran serta masyarakat

seluas-luasnya termasuk dalam pembiayaan, JPKM yang pada dasarnya merupakan penataan subsistem pembiayaan kesehatan dalam bentuk mobilisasi sumber dana masyarakat adalah wujud nyata dari peran serta masyarakat tersebut, yang apabila berhasil dilaksanakan akan mempunyai peranan yang besar pula dalam mempercepat pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Untuk terselenggaranya strategi ini dengan baik akan dilaksanakan sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan untuk semua pihak yang terkait sehingga konsep dan program JPKM dapat dipahami. Selain itu akan dikembangkan peraturan perundang-undangan, pelatihan Badan Pelaksana JPKM dan pengembangan unit pembina JPKM.

#### (4) Desentralisasi

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah. Desentralisasi yang inti adalah pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur sistem pemerintahan dan rumah tangga sendiri. Untuk terselenggaranya desentralisasi akan dilakukan kegiatan analisa dan penentuan pemerintah pusat dan daerah dalam bidang kesehatan, penentuan upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, pelatihan, penempatan kembali tenaga dan lain-lain agar kegiatan strategi desentralisasi dapat terlaksana secara nyata.

### **7. *Pilar Indonesia Sehat***

Guna menunjang terwujudnya Indonesia Sehat 2010 diperlukan 3 pilar sebagai berikut :

### 1) Lingkungan Sehat

Yang dimaksud adalah lingkungan yang kondusif untuk hidup sehat yaitu : *bebas polusi, tersedianya air bersih, lingkungan memadai, perumahan pemukiman sehat, terwujudnya kehidupan yang saling tolong-menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.*

### 2) Perilaku Sehat

Adalah perilaku yang *proaktif memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan berperan aktif dalam gerakan kesehatan.*

### 3) Pelayanan Kesehatan

Adalah *pelayanan kesehatan yang bermutu, adil dan merata yang menjangkau semua lapisan masyarakat tanpa adanya hambatan ekonomi dan non ekonomi, sesuai dengan standart dan etika profesi yang tanggap terhadap kebutuhan masyarakat serta memberi kepuasan kepada pengguna jasa.*

## 8. ***Sistem Kesehatan Nasional***

### 1) *Pengertian SKN*

SKN adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945.

Dari rumusan pengertian di atas, jelaslah SKN tidak hanya menghimpun upaya sektor kesehatan saja melainkan juga upaya dari berbagai sektor lainnya termasuk masyarakat dan swasta. Sesungguhnya keberhasilan pembangunan kesehatan tidak ditentukan hanya oleh sektor kesehatan saja. Dengan demikian, pada hakikatnya SKN adalah juga merupakan wujud

dan sekaligus metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yang memadukan berbagai upaya Bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan.

## 2) *Landasan SKN*

SKN yang merupakan wujud dan metode penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah bagian dari Pembangunan Nasional. Dengan demikian landasan SKN adalah sama dengan landasan Pembangunan Nasional. Secara lebih spesifik landasan tersebut adalah:

- (1) Landasan idiil yaitu Pancasila: Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang Adil dan Beradab, Persatuan Indonesia, Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmah kebijaksanaan dalam permusyawaratan/perwakilan, dan Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
- (2) Landasan konstitusional yaitu UUD 1945, khususnya:
  - a. Pasal 28 A; setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya.
  - b. Pasal 28 B ayat (2); setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang.
  - c. Pasal 28 C ayat (1); setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.
  - d. Pasal 28 H ayat (1); setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan

lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan ayat (3); setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

- e. Pasal 34 ayat (2); negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan, dan ayat (3); negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

### 3) *Prinsip Dasar SKN*

Prinsip dasar SKN adalah norma, nilai dan aturan pokok yang bersumber dari falsafah dan budaya Bangsa Indonesia, yang dipergunakan sebagai acuan berfikir dan bertindak dalam penyelenggaraan SKN. Prinsip-prinsip dasar tersebut meliputi:

#### (1) Perikemanusiaan

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Terbaikannya pemenuhan kebutuhan kesehatan adalah bertentangan dengan prinsip kemanusiaan. Tenaga kesehatan dituntut untuk tidak diskriminatif serta selalu menerapkan prinsip-prinsip perikemanusiaan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan.

#### (2) Hak Asasi Manusia

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-

tingginya bagi setiap orang adalah salah satu hak asasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama, dan status sosial ekonomi. Setiap anak berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

### (3) Adil dan Merata

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip adil dan merata. Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, perlu diselenggarakan upaya kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat secara adil dan merata, baik geografis maupun ekonomis.

### (4) Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip pemberdayaan dan kemandirian masyarakat. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berkewajiban dan bertanggung-jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus berdasarkan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial dan gotong royong.

### (5) Kemitraan

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip kemitraan. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta, dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki. Kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat termasuk swasta serta kerjasama lintas sektor dalam pembangunan kesehatan diwujudkan dalam suatu jejaring yang berhasil-guna dan

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

#### (6) Pengutamaan dan Manfaat

Penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip pengutamaan dan manfaat. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan lebih mengutamakan kepentingan umum dari pada kepentingan perorangan maupun golongan. Upaya kesehatan yang bermutu dilaksanakan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara berhasil guna dan berdayaguna, dengan mengutamakan upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit tinggi agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat beserta lingkungannya.

#### (7) Tata Pemerintahan yang Baik

Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkepastian hukum, terbuka (*transparent*), rasional/profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (*accountable*).

#### 4) Tujuan SKN

Tujuan SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah secara sinergis, berhasil-guna dan berdaya-guna, sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

## 5) *Kedudukan SKN*

### (1) Suprasistem SKN

Suprasistem SKN adalah Sistem Penyelenggaraan Negara. SKN bersama dengan berbagai subsistem lain, diarahkan untuk mencapai Tujuan Bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

### (2) Kedudukan SKN terhadap Sistem Nasional Lain

Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung jawab dari berbagai sektor lain terkait yang terwujud dengan berbagai sistem nasional tersebut, seperti:

- a. Sistem Pendidikan Nasional,
- b. Sistem Perekonomian Nasional
- c. Sistem Ketahanan Pangan Nasional
- d. Sistem Hankamnas, dan
- e. Sistem-sistem nasional lainnya

Dalam keterkaitan dan interaksinya, SKN harus dapat mendorong kebijakan dan upaya dari berbagai sistem nasional sehingga berwawasan kesehatan. Dalam arti sistem-sistem nasional tersebut berkontribusi positif terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan.

### (3) Kedudukan SKN terhadap Sistem Kesehatan Daerah (SKD)

Untuk menjamin keberhasilan pembangunan kesehatan di daerah perlu dikembangkan Sistem Kesehatan Daerah (SKD).

Dalam kaitan ini kedudukan SKN merupakan suprasistem dari SKD. SKD menguraikan secara spesifik unsur-unsur upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sumber daya obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan sesuai dengan potensi dan kondisi daerah. SKD merupakan acuan bagi berbagai pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

(4) Kedudukan SKN terhadap Berbagai Sistem Kemasyarakatan termasuk Swasta

Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yang secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. Di pihak lain, berbagai sistem kemasyarakatan merupakan bagian integral yang membentuk SKN. Dalam kaitan ini SKN merupakan bagian dari sistem kemasyarakatan yang dipergunakan sebagai acuan utama dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat serta peran aktif masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan. Sebaliknya sistem nilai dan budaya yang hidup di masyarakat harus mendapat perhatian dalam SKN. Keberhasilan pembangunan kesehatan juga ditentukan oleh peran aktif swasta. Dalam kaitan ini potensi swasta merupakan bagian integral dari SKN. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan perlu digalang kemitraan yang setara, terbuka dan saling menguntungkan dengan berbagai potensi swasta. SKN harus dapat mewarnai potensi swasta sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan.

## 6) *Subsistem SKN*

Sesuai dengan pengertian SKN, maka subsistem pertama SKN adalah upaya kesehatan. Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi Bangsa Indonesia. Penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan tersebut memerlukan dukungan dana, sumber daya manusia, sumber daya obat dan perbekalan kesehatan sebagai masukan SKN. Dukungan dana sangat berpengaruh terhadap pembiayaan kesehatan yang semakin penting dalam menentukan kinerja SKN. Mengingat kompleksnya pembiayaan kesehatan, maka pembiayaan kesehatan merupakan subsistem kedua SKN.

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Oleh karenanya sumberdaya manusia kesehatan juga sangat penting dalam meningkatkan kinerja SKN dan merupakan subsistem ketiga dari SKN. Sumber daya kesehatan lainnya yang penting dalam menentukan kinerja SKN adalah sumber daya obat dan perbekalan kesehatan.

Permasalahan obat dan perbekalan kesehatan sangat kompleks karena menyangkut aspek mutu, harga, khasiat, keamanan, ketersediaan dan keterjangkauan bagi konsumen kesehatan. Oleh karena itu, obat dan perbekalan kesehatan merupakan subsistem keempat dari SKN. Selanjutnya, SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai obyek pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subyek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan.

Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Sehubungan dengan itu, pemberdayaan masyarakat merupakan subsistem kelima SKN.

Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, sinkronisasi serta penyerasian upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Berhasil atau tidaknya pembangunan kesehatan ditentukan oleh manajemen kesehatan. Oleh karena itu manajemen kesehatan merupakan subsistem keenam SKN. Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa SKN terdiri dari enam subsistem, yakni:

- (1) Subsistem Upaya Kesehatan
- (2) Subsistem Pembiayaan Kesehatan
- (3) Subsistem Sumberdaya Manusia Kesehatan
- (4) Subsistem Obat dan Perbekalan Kesehatan
- (5) Subsistem Pemberdayaan Masyarakat
- (6) Subsistem Manajemen Kesehatan

## 9. *Derajat Kesehatan Masyarakat Indonesia*

Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul atau dengan istilah lain saling berinteraksi. Kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat *continue* dan terikat oleh suatu rasa identitas bersama. Sehat adalah suatu keadaan yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata bebas dari penyakit dan cacat atau kelemahan. Ciri-ciri masyarakat sehat:

- 1) Adanya peningkatan kemampuan dari masyarakat untuk hidup sehat
- 2) Mampu mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya peningkatan kesehatan (*health promotion*), pencegahan penyakit (*health prevention*), penyembuhan (*curative*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitative health*) terutama untuk ibu dan anak.
- 3) Berupaya selalu meningkatkan kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup.
- 4) Selalu meningkatkan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status social ekonomi masyarakat
- 5) Berupaya selalu menurunkan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit.
- 6) *Indicator Yang Berhubungan Dengan Derajat Kesehatan Masyarakat.*
  - (1) *Life span*, lamanya usia harapan untuk hidup dari masyarakat atau dapat juga di pandang sebagai derajat kematian masyarakat yang bukan karena mati tua
  - (2) *Disease or infirmity*, keadaan sakit atau cacat secara fisiologis dan anatomis dari masyarakat
  - (3) *Discomfort or illness*, keluhan sakit dari masyarakat tentang keadaan somatic, kejiwaan, maupun social dari dirinya.
  - (4) *Disability or incapacity*, ketidakmampuan seseorang dalam masyarakat untuk melakukan pekerjaan dan menjalankan peran sosialnya karena sakit
  - (5) *Participation in health care*, kemampuan dan kemauan masyarakat untuk berpartisipasi dalam menjaga dirinya agar selalu dalam keadaan sehat
  - (6) *Health behavior*, perilaku nyata dari anggota masyarakat yang

secara langsung berkaitan dengan kesehatan

- (7) *Ecologic behavior*, perilaku masyarakat terhadap lingkungan hidupnya terhadap spesies lain, sumber daya alam, dan ekosistem
  - (8) *Sosial behavior*, perilaku anggota masyarakat terhadap sesama, keluarga, komunitas dan bangsanya.
  - (9) *Interpersonal relationship*, kualitas komunikasi anggota masyarakat terhadap sesamanya
  - (10) *Reserve or positive health*, daya tahan anggota masyarakat terhadap penyakit atau kapasitas anggota masyarakat dalam menghadapi tekanan-tekanan somatik, kejiwaan, dan sosial
  - (11) *External satisfaction*, rasa kepuasan anggota masyarakat terhadap lingkungan sosialnya. Meliputi: rumah, sekolah, pekerjaan, rekreasi, transportasi dan sarana pelayanan kesehatan yang ada
  - (12) *Internal satisfaction*, kepuasan anggota masyarakat terhadap seluruh aspek kehidupan dirinya sendiri
- 7) *Indikator derajat kesehatan masyarakat secara umum dapat dilihat dari:*
- (1) Usia harapan hidup (*life expectancy*), usia harapan hidup diharapkan semakin meningkat pada tahun 1967 (45 tahun), tahun 1980 (50 tahun), tahun sekarang 2000 sekurang-kurangnya menjadi usia 60 tahun. Sedangkan pada tahun 2001 menjadi 66,2 tahun dan tahun 2010 diharapkan menjadi 67,9 tahun
  - (2) Angka kematian bayi (*infant mortality*) dan balita menurun. Pada tahun 1980 angka kematian bayi sekitar 100/1.000 kelahiran hidup, di harapkan pada tahun 2000 menjadi setinggi-tingginya 45/1.000 kelahiran hidup dan tahun 2001

diharapkan menjadi turun 35/1.000 kelahiran hidup. Angka kematian balita menurun dari 40/1.000 balita dan menjadi setinggi – tingggi 15/1.000 anak balita pada tahun 2000

- (3) Angka kematian ibu melahirkan (*maternal mortality rate*). Angka kematian ibu melahirkan diharapkan menurun dari 334 menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup.
- (4) Tingkat kecerdasan penduduk., Hal ini dapat di ukur dengan tingkat tingkat pendidikan golongan wanita, di mana diharapkan terjadi penurunan angka buta huruf dari sekitar 50% pada tahun 1977 menjadi sekitar 25 % pada tahun 2000
- (5) Bayi lahir. , Bayi yang di lahirkan dari ibu dengan berat badan 2500 gram atau kurang, turun menjadi setinggi-tingginya 7 % pada tahun 2000
- (6) Angka kesakitan (morbiditas)
  - a. Angka kesakitan yang di sebabkan oleh kuman penyebab diare menurun dari 400/1.000 penduduk menjadi setinggi – tingginya 200/1.000 penduduk pada tahun 2000
  - b. Angka kesakitan yang di sebabkan penyakit *tuberculosis* paru menurun dari 3/1.000 penduduk, menjadi 2/1.000 penduduk pada tahun 2000. Indonesia tahun 2008 menempati urutan ke-3 dunia untuk banyaknya kasus *tuberculosis* paru yang ditemukan dan urutan pertama dunia untuk angka kematian terbanyak akibat penyakit menular
  - c. Angka kesakitan penyakit tetanus neonatorum berkurang sampai 25% dari 11/1.000 kelahiran pada tahun 1980 menjadi 1/1.000 kelahiran pada tahun 2000
  - d. Angka kesakitan penderita kelainan jiwa (*psikosis*) dapat di pertahankan ada rasio 1-3/1.000 penduduk dan jumlah

penderita gangguan jiwa yang relatif ringan/neurosa dan gangguan perilaku pada rasio 20-60/1.000 penduduk

- e. Namun, status kesehatan ini masih jauh tertinggal apabila dibandingkan dengan kemajuan yang dicapai oleh negara – negara ASEAN lainnya meskipun Indonesia telah mencanangkan berbagai komitmen global seperti pencapaian sasaran *millennium development goal* pada tahun 2010.

8) *Indikator yang berhubungan dengan upaya kesehatan*

- (1) Angka cakupan imunisasi untuk anak – anak di bawah usia 14 bulan meningkat dari 40% pada tahun 1980 menjadi 80% pada tahun 2000
- (2) Angka cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 40% menjadi 80% pada tahun 2000
- (3) Angka cakupan penyediaan air bersih meningkat dari 18% penduduk pedesaan dan 40% penduduk kota pada tahun 1980 menjadi 100% pada tahun 2000

9) *Indikator yang menyatakan derajat kesehatan masyarakat sehat menurut WHO*

- (1) Indikator yang berhubungan dengan keadaan status kesehatan masyarakat, yang meliputi:
  - a. Indikator komprehensif, yaitu angka kematian kasar atau CDR (*Crude Date Rate*) menurun, rasio angka kematian (*mortalitas*) proposional menurun dan usia harapan hidup meningkat (*life expectancy rate*)
  - b. Indikator spesifik, yaitu angka kematian ibu dan anak menurun, angka kematian karena penyakit menular menurun serta angka kelahiran menurun

- (2) Indikator pelayanan kesehatan yang meliputi :
- a. Rasio antara tenaga kesehatan dan jumlah penduduk seimbang
  - b. Distribusi tenaga kesehatan merata
  - c. Informasi lengkap tentang jumlah tempat tidur di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain
  - d. Informasi tentang jumlah sarana pelayanan kesehatan di antaranya rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, poliklinik dan pelayanan kesehatan lainnya

# BAB 10

---

Kebijakan Pemerintah  
**BIDANG KESEHATAN**

---



## 1. *Dasar Hukum*

### 1) *SKep Men Kes RI No 99a/Men.Kes /SK/III/1982 Tentang berlakunya Sistem Kesehatan Nasional*

Menetapkan : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Cara Pembuatan Obat Tradisional yang Baik (CPOTB).

*Pertama* : Mengesahkan dan memberlakukan Cara Pembuatan Obat Tradisional yang Baik sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini sebagai pedoman bagi semua pihak yang terlibat dalam pembuatan obat tradisional.

*Kedua* : Industri Obat Tradisional dan Industri Kecil Obat Tradisional Wajib melaksanakan Cara Pembuatan Obat Tradisional yang Baik seperti dimaksud dalam amar pertama.

*Ketiga* : Dalam rangka pencapaian CPOTB seperti dimaksud dalam amar kedua Industri Kecil Obat Tradisional yang telah mendapat izin sebagai Perusahaan Jamu, Pabrik Jamu, Usaha Industri Obat Tradisional atau Industri Kecil Obat Tradisional dan total aset kurang dari Rp. 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah) tidak termasuk harga tanah dan bangunan, wajib meningkatkan kemampuannya secara bertahap untuk melaksanakan CPOTB selambat-lambatnya tahun 1997.

*Keempat* : Sertifikat CPOTB yang dimaksud dalam ayat (3) Pasal 9 Peraturan Menteri Kesehatan No. 246/Menkes/Per/V/1990 tentang Izin Usaha Industri Obat Tradisional dan Pendaftaran Obat Tradisional dikeluarkan oleh Kepala Kantor Wilayah setelah menilai laporan hasil pemeriksaan dari Kepala Balai.

*Kelima* : Cara Pembuatan Obat Tradisional yang Baik yang dimaksud dalam amar pertama dapat ditinjau dan ditetapkan kembali

oleh Direktur Jenderal atas nama Menteri Kesehatan.

*Keenam* : Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Keputusan ini diatur lebih lanjut oleh Direktur Jenderal.

*Ketujuh* : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

2) *TAP MPR RI VII tahun 2001 tentang Visi Indonesia Masa Depan*

Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat R.I. Tentang Visi Indonesia Masa Depan

Pasal 1

Visi Indonesia Masa Depan terdiri dari tiga visi yaitu :

- (1) Visi ideal, yaitu cita-cita luhur sebagaimana termaktub dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara RI Tahun 1945;
- (2) Visi antara yaitu visi Indonesia 2020 yang berlaku sampai dengan tahun 2020;
- (3) Visi lima tahunan sebagaimana termaktub dalam Garis-garis Besar Haluan Negara

3) *Undang-undang No 23 Tahun 1992 tentang pokok-pokok kesehatan.*

K E T E N T U A N U M U M

Pasal 1

Dalam undang-undang ini yang dimaksud dengan :

- (1) Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis;
- (2) Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat;
- (3) Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri

dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan;

- (4) Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan;
- (5) Transplantasi adalah rangkaian tindakan medis untuk memindahkan organ dan atau jaringan tubuh manusia yang berasal dari tubuh orang lain atau tubuh sendiri dalam rangka pengobatan untuk menggantikan organ dan atau jaringan tubuh yang tidak berfungsi dengan baik;
- (6) Implan adalah bahan berupa obat dan atau alat kesehatan yang ditanamkan ke dalam jaringan tubuh untuk tujuan pemeliharaan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, dan atau kosmetika;
- (7) Pengobatan tradisional adalah pengobatan dan atau perawatan dengan cara, obat, dan pengobatannya yang mengacu kepada pengalaman dan ketrampilan turun temurun, dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat;
- (8) Kesehatan matra adalah upaya kesehatan yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan fisik dan mental guna menyesuaikan diri terhadap lingkungan yang berubah secara bermakna baik lingkungan darat, udara, angkasa, maupun air;
- (9) Sediman farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetik;
- (10) Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik) atau campuran dari bahan tersebut secara turun-

temurun telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman;

- (11) Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin, implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit memulihkan kesehatan pada manusia dan atau untuk membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh;
- (12) Zat adiktif adalah bahan yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan psikis;
- (13) Pekerjaan kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan pengadaan, penyimpanan dan distribusi obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat, dan obat tradisional;
- (14) Perbekalan kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan;
- (15) Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara praupaya.

#### 4) *Asas Dan Tujuan*

Pasal 2 : Pembangunan kesehatan diselenggarakan beraskan perikemanusiaan yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa, manfaat, usaha bersama dan kekeluargaan, adil dan merata, perikehidupan dalam keseimbangan, serta kepercayaan akan kemampuan dan kekuatan sendiri.

Pasal 3: Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

5) *Hak Dan Kewajiban*

Pasal 4 : Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal

6) *Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah dan kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom*

PERATURAN PEMERINTAH TENTANG KEWENANGAN  
PEMERINTAH DAN KEWENANGAN PROPINSI SEBAGAI  
DAERAH OTONOM.

KETENTUAN UMUM

Pasal 1 : Dalam Peraturan Pemerintah ini yang dimaksud dengan:

- (1) Pemerintah Pusat, selanjutnya disebut Pemerintah, adalah perangkat Negara Kesatuan Republik Indonesia terdiri dari Presiden beserta para Menteri.
- (2) Propinsi adalah Propinsi yang bersifat Otonom.
- (3) Kewenangan Pemerintah adalah hak dan kekuasaan Pemerintah untuk menentukan atau mengambil kebijakan dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan.

## KEWENANGAN PEMERINTAH DAN KEWENANGAN PROPINSI SEBAGAI DAERAH OTONOM

### Pasal 2

- (1) Kewenangan Pemerintah mencakup kewenangan dalam bidang politik luar negeri, pertahanan dan keamanan, peradilan, moneter dan fiskal, agama serta kewenangan bidang lain.
- (2) Kewenangan bidang lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi kebijakan tentang perencanaan nasional, dan pembangunan nasional secara makro, dana perimbangan keuangan, sistem administrasi negara dan lembaga perekonomian negara, pembinaan dan pemberdayaan sumber daya manusia, pendaayagunaan sumber daya alam serta teknologi tinggi yang strategis, konservasi dan standarisasi nasional.
- (3) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikelompokkan dalam bidang sebagai berikut:
  - a. *Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah*

## DASAR-DASAR PEMBIAYAAN PEMERINTAHAN DAERAH

### Pasal 2

- a) Penyelenggaraan tugas Daerah dalam rangka pelaksanaan Desentralisasi dibiayai atas beban APBD.
- b) Penyelenggaraan tugas Pemerintah Pusat yang dilaksanakan oleh perangkat Daerah Propinsi dalam rangka pelaksanaan Dekonsentrasi dibiayai atas beban APBN.
- c) Penyelenggaraan tugas Pemerintah Pusat yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah dan Desa dalam rangka Tugas Pembantuan dibiayai atas beban APBN
- d) Penyerahan atau pelimpahan kewenangan Pemerintah

Pusat Kepada Gubernur atau penyerahan kewenangan atau penugasan Pemerintah Pusat kepada Bupati/Walikota diikuti dengan pembiayaannya

- 7) *Keputusan Menteri Kesehatan RI. No 574/ Men.Kes. \SK/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat tahun 2010*
- 8) *Keputusan Menteri Kesehatan RI. No 1277/Men. Kes/SK/X/2001 tentang Susunan organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Menetapkan*
  - (1) Keputusan Menteri Kesehatan tentang Sistem Kesehatan Nasional
  - (2) Sistem Kesehatan Nasional Dimaksud dalam dictum dimaksud agar digunakan sebagai Pedoman semua pihak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia
  - (3) Keputusan ini berlaku mulai pada tanggal ditetapkan dengan ketentuan akan diadakan perubahan sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari terdapat kekeliruanditetapkan 10 Februari 2004 ( Jakarta/ MenKes RI).

## **2. Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan.**

Gerakan pembangunan berwawasan kesehatan adalah inisiatif semua komponen bangsa dalam menetapkan perencanaan pembangunan selalu berorientasi untuk mengedepankan upaya *promotif* dan *preventif* pada masalah kesehatan, walaupun bukan berarti mengesampingkan kegiatan kuratif.

Gerakan tersebut berlaku untuk semua komponen bangsa yang harus berpartisipasi secara aktif baik yang berupa kegiatan individu, keluarga, kelompok masyarakat, instansi pemerintah ataupun swasta. Promotif yang dimaksud adalah suatu upaya untuk meningkatkan status kesehatan dan menjaganya dari semua kemungkinan-

kemungkinan yang menyebabkan timbulnya penyakit dan masalah kesehatan. Kegiatan tersebut bisa berupa meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan, menjaga kebugaran tubuh, mengatur menu seimbang termasuk didalamnya kegiatan rekreasi dan pembinaan mental spiritual

Kegiatan *preventif* dapat dilaksanakan dengan cara mencegah dan menghindari timbulnya penyakit dan masalah kesehatan lain. Kegiatan ini bisa berupa pemberian imunisasi, perbaikan lingkungan (*hygiene* dan sanitasi) baik perorangan, perumahan, industri rumah tangga maupun industri perusahaan. Kegiatan preventif juga dilakukan untuk menghindari terjadinya kecelakaan lalu lintas juga kereta api dan keselamatan kerja terhadap seluruh pekerja termasuk pekerja perusahaan. Pada tingkat perusahaan dan departemen dampak lingkungan dengan kegiatan analisa dampak lingkungan (AMDAL)

Pada departemen yang terkait misalkan Departemen Pertanian harus dipikirkan juga bagaimana mencegah dan mengurangi terjadinya dampak insectisida terhadap penggunaanya.

Contoh yang lain : misal pada kegiatan industri perusahaan, jadi semua industri perusahaan dalam mengolah produknya harus sudah memikirkan dampak lingkungan utamanya terhadap pengolahan polutan (limbah produksi) sehingga memenuhi batas ambang kesehatan yang ditentukan.

### 3. *Pembangunan Berwawasan Kesehatan*

Promotif	Preventif	Kuratif
Meningkatkan pengetahuan	Imunisasi	Pengobatan Rehabilitasi
Menjaga stamina tubuh	Hygiene	
Menu seimbang	Lingkungan	
	Amdal	
	Taat lalu lintas	
	Keselamatan kerja	

#### **Strategi**

- 1) Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat
- 2) Meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas
- 3) Meningkatkan sistem *surveillance*, monitoring, dan informasi kesehatan
- 4) Meningkatkan pembiayaan kesehatan

### 4. *Visi dan misi Indonesia sehat 2010-2014*

Visi Rencana Strategis yang ingin dicapai Depkes adalah “Masyarakat Yang Mandiri dan Berkeadilan“. Visi ini dituangkan menjadi 4 misi yaitu :

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani,
- 2) Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan,
- 3) menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan,
- 4) Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik.

Visi dan Misi ini akan diwujudkan melalui 6 Rencana Strategi Tahun 2010 – 2014, yaitu:

- 1) Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global
- 2) Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti dengan pengutamaan pada upaya promotif dan preventif
- 3) Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan nasional.
- 4) Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.
- 5) Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan
- 6) Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan, berdayaguna dan berhasilguna untuk memantapkan desentralisasi kesehatan yang bertanggung jawab.

## 5. *Perubahan Paradigma Sehat*

Berdasarkan pemahaman situasi dan adanya perubahan terhadap konsep sehat-sakit serta makin kayanya khasanah ilmu pengetahuan dan informasi tentang determinan kesehatan yang bersifat multifaktural, telah mendorong pembangunan kesehatan nasional kearah paradigma baru, yaitu paradigma sehat

Paradigma adalah pemikiran dasar sehat, berorientasi pada peningkatan dan perlindungan penduduk sehat dan bukan hanya penyembuhan orang sakit, sehingga kebijakan lebih ditekankan pada upaya promotif dan preventif dengan maksud melindungi dan meningkatkan orang sehat menjadi lebih sehat dan lebih produktif

serta tidak jatuh sakit karena adanya upaya preventif. Sehingga perlu diupayakan semua *policy* pemerintah selalu berwawasan kesehatan dengan mottonya menjadi “Pembangunan Berwawasan Kesehatan”

Paradigma sehat diharapkan menjadi suatu cara pandang “baru” masyarakat yang merupakan perubahan pandang terhadap konsep sehat sakit. Paradigma sehat dijadikan sebagai suatu komitmen gerakan nasional segenap masyarakat sehingga betul-betul kesehatan menjadi tanggung jawab bersama (*shared responsibility*) yang mengacu pada prinsip-prinsip kemitraan (*partner ship*). Menggunakan paradigma sehat maka segenap masyarakat bersama pemerintah menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan agar terwujud “INDONESIA SEHAT TAHUN 2010”. Wujud nyata paradigma sehat Merealisasikan visi Indonesia Sehat tahun 2010 yaitu: gambaran masa depan masyarakat Indonesia yang akan dicapai melalui penyelenggaraan pembangunan kesehatan yakni :

- 1) Masyarakat bangsa dan negara yang ditandai dengan penduduknya hidup dalam lingkungan yang sehat.
- 2) Berperilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata
- 4) Memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Indonesia

# BAB 11

---

Perencanaan Manajemen

## **PELAYANAN KEBIDANAN**



## 1. *Pelayanan Kebidanan*

Bidan merupakan salah satu profesi tertua sejak adanya peradaban umat manusia. Bidan muncul sebagai wanita terpercaya dalam mendampingi dan menolong ibu yang melahirkan. Peran dan posisi bidan dimasyarakat sangat dihargai dan dihormati karena tugasnya yang sangat mulia, memberi semangat, membesarkan hati, mendampingi, serta menolong ibu yang melahirkan sampai ibu dapat merawat bayinya dengan baik. Bidan sebagai pekerja profesional dalam menjalankan tugas dan prakteknya, bekerja berdasarkan pandangan filosofis yang dianut, keilmuan, metode kerja, standar praktik pelayanan serta kode etik yang dimilikinya

Bidan dalam pelayanan kebidanan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak dan sebagai ujung tombak pemberi asuhan kebidanan. Dalam memberi asuhan bidan sebagai individu yang memegang tanggung jawab terhadap tugas kliennya, biopsikososial. Di tengah masyarakat, bidan juga berperan dalam memberi pendidikan kesehatan dan mengubah perilaku masyarakat terhadap pola hidup dan gaya hidup yang tidak sehat. Jadi tidak hanya memberi asuhan pada individu tapi juga terhadap keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu, bidan harus mempunyai pendekatan manajemen agar dapat mengorganisasikan semua unsur-unsur yang terlibat dalam pelayanannya dengan baik dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan anak.

Bidan dalam pelayanan kebidanan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak dan sebagai ujung tombak pemberi asuhan kebidanan. Dalam memberi asuhan, bidan sebagai individu yang memegang tanggung jawab terhadap tugas kliennya, biopsikososial. Di tengah masyarakat, bidan juga berperan dalam memberi pendidikan kesehatan dan mengubah perilaku

masyarakat terhadap pola hidup dan gaya hidup yang tidak sehat. Jadi tidak hanya memberi asuhan pada individu tapi juga terhadap keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu, bidan harus mempunyai pendekatan manajemen agar dapat mengorganisasikan semua unsur unsur yang terlibat dalam pelayanannya dengan baik dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan anak .

## **2. *Manajemen Kebidanan***

Manajemen kebidanan adalah proses pertolongan yang dilakukan seseorang yang berprofesi sebagai bidan secara sistematis untuk membantu menyelesaikan persoalan kesehatan seorang pasien dengan tepat. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan, ketrampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang terfokus pada klien. (Varney, 1997)

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (50 Tahun IBI, 2007)

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. (Depkes RI, 2005)

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berfikir logis sistematis. Oleh karena itu manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Manajemen kebidanan mempunyai peran penting dalam menunjang kerja seorang

bidan agar bidan dapat melakukan pelayanan dengan baik kepada kliennya.

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut biasa dipecah-pecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Dalam pelayanan kebidanan, manajemen adalah proses pelaksanaan pemberian pelayanan kebidanan untuk memberikan asuhan kebidanan kepada klien dengan tujuan menciptakan kesejahteraan bagi ibu dan anak, kepuasan pelanggan dan kepuasan bidan sebagai provider

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan, yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah kedalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

### **3. *Perencanaan Manajemen Pelayanan kebidanan.***

Perencanaan dalam pelayanan kebidanan adalah suatu proses mempersiapkan secara sistematis kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai suatu tujuan tertentu .Untuk membuat perencanaan kita harus mengetahui si-a-bi-di-ba

- 1) Si ( siapa yang akan membuatnya )
- 2) A ( apa yang harus direncanakan )
- 3) Bi ( bila dilaksanakan )
- 4) Di ( di mana tempat pelaksanaan )

5) Ba ( bagaimana hasilnya )

Pengorganisasian dalam pelayanan kebidanan pengorganisasian, pengarahan, pengawasan, pengkoordinasian dan penilaian terhadap sumber, tata cara dan kesanggupan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan terhadap kesehatan, perawatan kedokteran serta lingkungan yang sehat dengan jalan menyediakan dan menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan yang ditujukan kepada perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat. (Dr. Suparyanto, 2009).

#### **4. Unsur Pokok Perencanaan Manajemen Pelayanan Kebidanan**

Perencanaan dalam manajemen pelayanan kebidanan merupakan bagian dari administrasi kesehatan, yang mana terdiri atas 3 unsur pokok yaitu:

1) *Input*

- (1) *Input* (struktur), ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti SDM, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan *input* yang bermutu pula. Hubungan *input* dengan mutu adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
- (2) Karakteristik yang relatif stabil dari penyedia pelayanan kesehatan, alat dan sumber daya yang dipergunakan, fisik dan pengaturan organisasi di lingkungan kerja. Konsep struktur termasuk manusia, fisik, dan sumber keuangan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan medis”.
- (3) Struktur digunakan sebagai pengukuran tidak langsung dari kualitas pelayanan. Hubungan antara struktur dan kualitas

pelayanan adalah hal yang penting dalam merencanakan, mendesain, dan melaksanakan sistem yang dikehendaki untuk memberikan pelayanan kesehatan. Pengaturan karakteristik struktur yang digunakan mempunyai kecenderungan untuk mempengaruhi proses pelayanan sehingga ini akan membuat kualitasnya berkurang atau meningkat. (Donabedian, 1980).

## 2) Proses

Beberapa pengertian tentang proses :

- (1) Proses adalah interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen (pasien/masyarakat) (Depkes RI, 2001).
- (2) Proses adalah suatu bentuk kegiatan yang berjalan dengan dan antara dokter dan pasien (Donabedian, 1980).
- (3) Proses adalah semua kegiatan dokter dan tenaga profesi lainnya yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasiennya. Baik tidaknya pelaksanaan proses pelayanan di RS dapat diukur dari tiga aspek, yaitu relevan tidaknya proses itu bagi pasien, efektivitas prosesnya, dan kualitas interaksi asuhan terhadap pasien.
- (4) Proses yaitu semua kegiatan sistem. Melalui proses akan mengubah *input* menjadi *output*.

Proses, ialah interaksi profesional antara pemberi layanan dengan konsumen (pasien/masyarakat). Proses ini merupakan variable penilaian mutu yang penting. Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien.

Penilaian terhadap proses adalah evaluasi terhadap dokter dan profesi kesehatan dalam *me-manage* pasien. Kriteria umum yang digunakan adalah derajat dimana pengelolaan pasien, *konform* dengan standar-standar dan harapan-harapan masing-

masing proses. Sebagai contoh adalah tindakan yang dilakukan saat menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Tindakan tersebut adalah tindakan medis dan tindakan non medis

### 3) *Output*

Output yaitu yang menunjuk pada penampilan (*performance*) pelayanan kesehatan. Penampilan dapat di bedakan atas dua macam :

- (1) Penampilan aspek medis pelayanan kesehatan.
- (2) Penampilan aspek non medis pelayanan kesehatan.

Secara umum di sebutkan apabila kedua penampilan ini tidak sesuai dengan standar yang telah di tetapkan maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan bukan pelayanan kesehatan yang bermutu.

*Output/outcome*, ialah hasil pelayanan kesehatan, merupakan perubahan yang terjadi pada konsumen (pasien/masyarakat), termasuk kepuasan dari konsumen tersebut. Hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien. Hasil pelayanan kesehatan/medis dapat dinilai antara lain dengan melakukan audit medis, review rekam medis dan *review* medis lainnya, adanya keluhan pasien, dan *informed consent*.

## 5. **Standar Pelayanan Kebidanan**

### 1) *Standar 1 Falsafah dan Tujuan*

Pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki visi, misi, filosofi dan tujuan pelayanan serta organisasi pelayanan sebagai dasar untuk melaksanakan tugas pelayanan yang efektif dan efisien.

Definisi operasional

- (1) Pengelola pelayanan kebidanan memiliki visi, misi dan filosofi pelayanan kebidanan yang mengacu pada visi, misi dan filosofi masing-masing

- (2) Ada bagian struktur organisasi yang menggambarkan garis komando, fungsi dan tanggungjawab serta kewenangan dalam pelayanan kebidanan dan hubungan dengan unit lain dan disahkan oleh pimpinan
- (3) Ada uraian tertulis untuk setiap tenaga yang ada pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan
- (4) Ada bukti tertulis tentang persyaratan tenaga yang menduduki jabatan pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan

## 2) *Standar 2 Administrasi dan Pengelolaan*

Pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki pedoman pengelolaan pelayanan, standar pelayanan, prosedur tetap dan pelaksanaan kegiatan pengelolaan pelayanan yang kondusif yang memungkinkan terjadinya praktik pelayanan kebidanan akurat.

### Definisi operasional

- (1) Ada pedoman pengelolaan pelayanan yang mencerminkan mekanisme kerja di unit pelayanan tersebut disahkan oleh pimpinan
- (2) Ada standar pelayanan yang dibuat mengacu pada pedoman standar alat, standar ruangan, standar ketenangan yang telah disahkan oleh pimpinan
- (3) Ada prosedur tetap untuk setiap jenis kegiatan/tindakan kebidanan yang disahkan oleh pimpinan
- (4) Ada rencana/program kerja disetiap institusi pengelolaan yang mengacu ke institusi induk
- (5) Ada bukti tertulis terselenggaranya pertemuan berkala secara teratur dilengkapi dengan daftar hadir dan notulen rapat
- (6) Ada naskah kerjasama, program praktik dari institusi yang menggunakan latihan praktik, program, pengajaran klinik dan

penilaian klinik. Ada bukti administrasi yang meliputi buku registrasi

3) *Standar 3 Staff dan Pimpinan*

Pengelolaan pelayanan kebidanan mempunyai program pengelolaan sumber daya manusia (SDM) agar pelayanan kebidanan berjalan efektif dan efisien

Definisi operasional

- (1) Ada program kebutuhan SDM sesuai dengan kebutuhan
- (2) Mempunyai jadwal pengaturan kerja harian
- (3) Ada jadwal dinas yang menggambarkan kemampuan tiap-tiap perunit yang menduduki tanggungjawab dan kemampuan yang dimiliki oleh bidan
- (4) Ada seorang bidan pengganti dengan peran dan fungsi yang jelas dan kualifikasi minimal selaku kepala ruangan jika kepala ruangan behalangan bertugas
- (5) Ada data personil yang bertugas di ruangan tersebut

4) *Standar 4 Fasilitas dan Peralatan*

Tersedia sarana dan peralatan untuk mendukung pencapaian tujuan pelayanan kebidanan sesuai dengan tugasnya dan fungsi institusi pelayanan

Definisi operasional

- (1) Tersedianya peralatan yang sesuai dengan standar dan ada mekanisme ketelibatan bidan dalam perencanaan dan pengembangan sarana dan prasarana
- (2) Ada buku inventaris peralatan yang mencerminkan jumlah barang dan kualitas barang
- (3) Ada pelatihan khusus untuk bidan tentang penggunaan alat tertentu

(4) Ada prosedur permintaan san penghapusan alat

5) *Standar 5 Kebijakan dan Prosedur*

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki kebijakan dalam penyelenggaraan pelayanan dan pembinaan pegawai menuju pelayanan yang berkualitas.

Definisi operasional

- (1) Ada kebijakan tertulis tentang prosedur pelayanan dan standar pelayanan yang disahkan oleh pimpinan
- (2) Ada prosedur personalia: penerimaan pegawai kontrak kerja, hak dan kewajiban personalia
- (3) Ada personalia pengajuan cuti pegawai, istirahat, sakit dan lain-lain
- (4) Ada prosedur pembinaan

6) *Standar 6 Pengembangan Staf dan Program Pendidikan*

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki program pengembangan staf dan perencanaan pendidikan, sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

Definisi operasional

- (1) Ada program pembinaan staf dan program pendidikan secara berkesinambungan
- (2) Ada program pelatihan dan orientasi bagi tenaga bidan atau pegawai baru dan lama agar dapat beradaptasi dengan pekerjaan
- (3) Ada data hasil identifikasi kebutuhan pelatihan dan evaluasi hasil pelatihan

7) *Standar 7 Standar Asuhan*

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki standar asuhan/ manajemen kebidanan yang ditetapkan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

### Definisi operasional

- (1) Ada Standar Manajemen Asuhan Kebidanan (SMAK) sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kebidanan
- (2) Ada format manajemen kebidanan yang terdapat pada catatan medik
- (3) Ada pengkajian asuhan kebidanan bagi setiap klien
- (4) Ada diagnosa kebidanan
- (5) Ada rencana asuhan kebidanan
- (6) Ada dokumen tertulis tentang tindakan kebidanan
- (7) Ada catatan perkembangan klien dalam asuhan kebidanan
- (8) Ada evaluasi dalam memberikan asuhan kebidanan
- (9) Ada dokumentasi untuk kegiatan manajemen kebidanan

## **6. Sasaran Manajemen Kebidanan**

Bidan sesuai dengan perannya sebagai tenaga kesehatan memiliki kewajiban memberikan asuhan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari gangguan kesehatan. Untuk melaksanakan asuhan tersebut digunakan metode pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Metode dan pendekatan digunakan untuk mendalami permasalahan yang dialami oleh pasien atau klien dan kemudian merumuskan permasalahan tersebut, serta akhirnya mengambil langkah pemecahannya. Manajemen kebidanan membantu proses berfikir bidan di dalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan. Manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu, akan tetapi dapat juga diterapkan di dalam melaksanakan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat.

Manajemen kebidanan mendorong bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional, sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam memecahkan masalah pasien dan kliennya. Dan

kemudian akhirnya tujuan mewujudkan kondisi ibu atau anak yang sehat, dapat dicapai. Sebagaimana dikemukakan di atas bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggung jawab bidan, maka sasaran manajemen kebidanan ditujukan baik kepada individu ibu dan anak keluarga maupun kelompok masyarakat

Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan di dalam melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggung jawabnya.

### **7. *Langkah-langkah dalam Manajemen Pelayanan Kebidanan***

- 1) Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan, menilai keadaan klien secara keseluruhan.
- 2) Menginterpretasikan data untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah.
- 3) Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penangannya.
- 4) Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta berdasarkan kondisi klien.
- 5) Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah yang selanjutnya.
- 6) Pelaksanaan langsung asuhan secara efisien dan aman.
- 7) Mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan dengan mengulang kembali manajemen proses untuk aspek-aspek asuhan yang tidak efektif.

Melihat penjelasan diatas, maka proses manajemen kebidanan merupakan langkah sistematis yang merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien. Diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah yang sistematis dan rasional ini, maka seluruh aktifitas atau tindakan yang diberikan oleh bidan kepada klien akan efektif. Terhindar dari tindakan yang bersifat coba-coba yang akan merugikan klien. Manajemen pelayanan kebidanan tentu saja mengambil sistem manajemen pada umumnya. Dalam pelayanannya juga melaksanakan aktifitas manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, kordinasi ,dan pengawasan (supervisi dan evaluasi).

#### 1) *Pengumpulan Data Dasar*

Pada langkah ini dilakukan pegumpulan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

##### (1) Anamnesa

- a. Biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, biopsikososial spiritual dan ekonomi, pengetahuan klien
- b. Pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV)
- c. Pemeriksaan khusus

Inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi.

- d. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium, USG, catatan terbaru dan sebelumnya

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan

melakukan konsultasi. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan langkah 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

## 2) *Interpretasi Data Dasar*

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik.

### Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Standar nomenklatur diagnosa kebidanan:

- (1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- (2) Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan
- (3) Memiliki ciri khas kebidanan
- (4) Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktek kebidanan
- (5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah adalah hal-hal berkaitan

dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami oleh wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Selain masalah yang tetap membutuhkan penanganan, klien juga memiliki kebutuhan. Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data.

### 3) *Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial*

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

#### Contoh masalah potensial :

Seorang ibu hamil datang dengan pembesaran uterus yang berlebihan (pembesaran perut tidak sesuai dengan umur kehamilan). Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pembesaran uterus yang berlebihan tersebut, misalnya:

- (1) Ibu hamil dengan diabetes mellitus (DM)
- (2) Kehamilan molahidatidosa
- (3) Kehamilan kembar

Kemudian bidan harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan postpartum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pembesaran uterus yang berlebihan. Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan

terjadinya distosia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi.

Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simtomatik bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

#### 4) *Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera*

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan, terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, atau nilai APGAR yang rendah).

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre eklampsia, kelainan

panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam kondisi tertentu seorang ibu mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

#### 5) *Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh (Intervensi)*

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap ibu tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana

tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan yang menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar *valid* berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap *valid* sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

#### 6) *Melaksanakan Perencanaan (Implementasi)*

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain.

Jika bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. (misalnya: memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

## 7) *Evaluasi*

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen pada umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah yang terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi dalam tulisan saja.

Langkah ini sebagai pengecekan apakah rencana asuhan tersebut efektif. Dalam pendokumentasian/catatan asuhan kebidanan diterapkan dalam bentuk SOAP. Data Subjektif (S), adalah data pasien yang didapat dari anamnesa. Data Objektif (O), adalah data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik serta diagnostik dan penunjang juga catatan medis lainnya. Assasment (A), adalah analisa dan interpretasi data yang terkumpul dan dibuat kesimpulan. Yang terdiri dari:

- (1) Diagnosa
- (2) Antisipasi diagnosa / masalah potensial
- (3) Perlunya tindakan segera / kolaborasi

Planning/Perencanaan (P), adalah merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan. Evaluasi didalamnya termasuk:

- (1) Asuhan mandiri
- (2) Kolaborasi
- (3) Tes diagnostik/lab
- (4) Konseling
- (5) Follow up

# BAB 12

---

## Standar Mutu **PELAYANAN KEBIDANAN**

---



## 1. *Pelayanan Kebidanan*

Pelayanan bermutu atau berkualitas sering dikaitkan dengan biaya. Rosemary E. Cross mengatakan bahwa secara umum pemikiran tentang kualitas sering dihubungkan dengan kelayakan, kemewahan, kecantikan, nilai uang, kebebasan dari rasa sakit dan ketidaknyamanan, usia harapan hidup yang panjang, rasa hormat, kebaikan.

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Semakin tinggi tingkat pemahaman masyarakat terhadap pentingnya kesehatan untuk mempertahankan kualitas hidup, maka customer akan semakin kritis dalam menerima produk jasa, termasuk jasa pelayanan kebidanan, oleh karena itu peningkatan mutu kinerja setiap bidan perlu dilakukan terus menerus. Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu banyak upaya yang dapat dilaksanakan.

Upaya tersebut jika dilaksanakan secara terarah dan terencana, dalam ilmu administrasi kesehatan dikenal dengan nama program menjaga mutu pelayanan kesehatan (*Quality Assurance Program*). Sekalipun aspek kepuasan tersebut telah dibatasi hanya yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk yang menjadi sasaran utama pelayanan kesehatan, namun karena ruang lingkup kepuasan memang bersifat sangat luas, menyebabkan upaya untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tidaklah semudah yang diperkirakan.

Sesungguhnya seperti juga mutu pelayanan, dimensi kepuasan pasien sangat bervariasi sekali. Oleh karena itu, para petugas

kesehatan harus tetap menjaga program mutu, termasuk program prospektif, konkuren dan retrospektif serta internal dan eksternal.

Pelayanan kebidanan bermutu adalah pelayanan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk dan diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan. Kode etik dan standar pelayanan profesi, pada dasarnya merupakan kesepakatan di antara kalangan profesi sehingga wajib digunakan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan setiap kegiatan profesi. Dimensi kepuasan pasien dapat dibedakan menjadi dua macam:

*Pertama*, kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi kebidanan. Kepuasan tersebut pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai hubungan bidan dengan pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pemulihan, pengetahuan dan kompetensi (*scientific knowledge* dan *technical skill*) serta efektivitas pelayanan.

*Kedua*, kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kebidanan. Suatu pelayanan dikatakan bermutu jika penerapan semua persyaratan pelayanan kebidanan dapat memuaskan pasien. Ukuran pelayanan kebidanan yang bermutu adalah ketersediaan pelayanan kebidanan (*available*), kewajaran pelayanan kebidanan (*appropriate*), kesinambungan pelayanan kebidanan (*continue*), penerimaan jasa pelayanan kebidanan (*acceptable*), keterjangkauan pelayanan kebidanan (*affordable*), efisiensi pelayanan kebidanan (*efficient*), dan mutu pelayanan kebidanan (*quality*).

Mutu pelayanan kebidanan berorientasi pada penerapan kode etik dan standar pelayanan kebidanan, serta kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kebidanan. Tujuan akhir kedua dimensi mutu pelayanan kebidanan tersebut adalah kepuasan pasien yang dilayani bidan.

## 2. *Program Menjaga Mutu*

Program menjaga mutu adalah suatu upaya yang berkesinambungan, sistematis dan objektif dalam memantau dan menilai pelayanan yang diselenggarakan dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan, serta menyelesaikan masalah yang ditemukan untuk memperbaiki mutu pelayanan (Maltos & Keller, 1989).

Program menjaga mutu adalah suatu proses untuk memperkecil kesenjangan antara penampilan yang ditemukan dengan keluaran yang diinginkan dari suatu sistem, sesuai dengan batas-batas teknologi yang dimiliki oleh sistem tersebut (Ruels & Frank, 1988).

Program menjaga mutu adalah suatu upaya terpadu yang mencakup identifikasi dan penyelesaian masalah pelayanan yang diselenggarakan, serta mencari dan memanfaatkan berbagai peluang yang ada untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan (The American Hospital Association, 1988).

Program menjaga mutu adalah suatu program berlanjut yang disusun secara objektif dan sistematis dalam memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan, menggunakan berbagai peluang yang tersedia untuk meningkatkan pelayanan yang diselenggarakan serta menyelesaikan berbagai masalah yang ditemukan (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1988).

### 1) *Tujuan*

Tujuan program menjaga mutu mencakup dua hal yang bersifat pokok, yang jika disederhanakan dapat diuraikan sebagai berikut:

#### (1) *Tujuan antara.*

Tujuan antara yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah diketahuinya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini dapat dicapai apabila masalah

serta prioritas masalah mutu berhasil ditetapkan.

(2) *Tujuan akhir.*

Tujuan akhir yang ingin dicapai oleh program menjaga mutu ialah makin meningkatnya mutu pelayanan. Jika dikaitkan dengan kegiatan program menjaga mutu, tujuan ini dapat dicapai apabila masalah dan penyebab masalah mutu berhasil diatasi.

2) *Manfaat*

Apabila program menjaga mutu dapat dilaksanakan, banyak manfaat yang akan diperoleh. Secara umum beberapa manfaat yang dimaksudkan adalah:

- (1) Dapat lebih meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan. Peningkatan efektifitas yang dimaksud di sini erat hubungannya dengan dapat diselesaikannya masalah yang tepat dengan cara penyelesaian masalah yang benar. Karena dengan diselenggarakannya program menjaga mutu dapat diharapkan pemilihan masalah telah dilakukan secara tepat serta pemilihan dan pelaksanaan cara penyelesaian masalah telah dilakukan secara benar.
- (2) Dapat lebih meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan. Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan di sini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya penyelenggaraan pelayanan yang berlebihan atau yang dibawah standar. Biaya tambahan karena pelayanan yang berlebihan atau karena harus mengatasi berbagai efek samping karena pelayanan yang di bawah standar akan dapat dicegah.
- (3) Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan

yang diselenggarakan dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan. Apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

- (4) Dapat melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum.

### 3. *Prinsip Perbaikan Mutu*

- 1) Keinginan untuk Berubah
  - (1) Tidak hanya menemukan praktek yang tidak benar
  - (2) Nyatakan secara terbuka keinginan untuk bekerja dalam kemitraan untuk meningkatkan pelayanan
- 2) Mendefinisikan Kualitas
 

Kemampuan pelayanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan
- 3) Mengukur Kualitas
  - (1) Menggunakan metode statistik yang tepat untuk menafsirkan hasil pengukuran.
  - (2) Perlu informasi atas proses, kebutuhan pelanggan, dan kualitas penyedia
- 4) Memahami Saling Ketergantungan
 

Fragmentasi tanggung jawab akan menimbulkan *suboptimize* “saya bekerja dengan baik yang lain tidak”
- 5) Memahami Sistem
 

Kesalahan yang terjadi disebabkan oleh sistem (85%) dan manusia (15%)
- 6) Investasi Dalam Belajar
 

Seluruh pakar menekankan pentingnya pelatihan/pembelajaran. Mencari penyebab lalu mendapatkan pengalaman

untuk perbaikan

7) Mengurangi Biaya

Mengurangi kerja sia-sia, duplikasi, kompleksitas yang tak perlu

8) Komitmen Pemimpin

Menunjukkan segala sesuatu baik itu dengan kata-kata maupun perbuatan atas komitmen yang telah ditetapkan terutama untuk mutu

#### 4. *Menetapkan Masalah Mutu*

Masalah adalah sesuatu hal yang tidak sesuai dengan harapan. Dengan demikian, masalah mutu layanan kesehatan adalah kesenjangan yang terjadi antara harapan dengan kenyataan dari berbagai dimensi mutu layanan kesehatan termasuk kepuasan pasien, kepuasan petugas kesehatan, dan kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan standar layanan kesehatan sewaktu memberikan layanan kesehatan kepada pasien. Masalah mutu layanan kesehatan dapat dikenali dengan berbagai cara antara lain :

- 1) Melalui pengamatan langsung terhadap petugas kesehatan yang sedang melakukan layanan kesehatan.
- 2) Melalui wawancara terhadap pasien dan keluarganya, masyarakat, serta petugas kesehatan.
- 3) Dengan mendengar keluhan pasien dan keluarganya, masyarakat, serta petugas kesehatan.
- 4) Dengan membaca serta memeriksa catatan dan laporan serta rekam medik.

Inventarisasi masalah mutu layanan kesehatan dasar akan dilakukan oleh kelompok. Jaminan mutu layanan kesehatan melalui curah pendapat atau teknik kelompok nominal. Setiap anggota

kelompok diminta mengemukakan sebanyak mungkin masalah mutu layanan kesehatan. Setelah terkumpul, masalah mutu tersebut harus diseleksi untuk membedakan mana yang benar-benar masalah mutu atau bukan. Seleksi dilakukan melalui klarifikasi dan konfirmasi terhadap masalah yang terkumpul.

Klarifikasi di sini ditujukan untuk menghilangkan atau memperjelas masalah yang belum atau tidak jelas dan untuk menghindari terjadinya masalah mutu layanan kesehatan yang tumpang tindih. Konfirmasi maksudnya adalah terdapatnya dukungan data untuk setiap masalah yang telah diklarifikasikan sebagai bukti bahwa masalah mutu layanan kesehatan memang ada. Setelah dilakukan klarifikasi dan konfirmasi, maka yang bukan masalah mutu akan disingkirkan, sementara masalah mutu yang tersisa akan ditentukan prioritasnya. Masalah mutu yang baik dapat digunakan sebagai bahan ajar untuk mencari pengalaman dalam memecahkan masalah mutu layanan kesehatan. Karakteristik masalah mutu semacam ini antara lain :

- 1) Mudah dikenali, karena biasanya dapat dipecahkan dengan mudah dan cepat.
- 2) Masalah mutu layanan kesehatan, yang menurut petugas layanan penting;
- 3) Masalah mutu layanan kesehatan yang mempunyai hubungan emosional dengan petugas layanan.

##### 5. *Standar Pelayanan Kebidanan*

Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan yaitu standar pelayanan kebidanan yang menjadi tanggung jawab profesi bidan dalam sistem pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan

anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat (Depkes RI, 2001: 53).

1) *Manfaat Standar Pelayanan Kebidanan*

Standar pelayanan kebidanan mempunyai beberapa manfaat sebagai berikut :

- (1) Standar pelayanan berguna dalam penerapan norma tingkat kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.
- (2) Melindungi masyarakat.
- (3) Sebagai pelaksanaan, pemeliharaan, dan penelitian kualitas pelayanan.
- (4) Untuk menentukan kompetisi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktek sehari-hari.
- (5) Sebagai dasar untuk menilai pelayanan, menyusun rencana pelatihan dan pengembangan pendidikan (Depkes RI, 2001:2)

2) *Format Standar Pelayanan Kebidanan*

Dalam membahas tiap standar pelayanan kebidanan digunakan format bahasan sebagai berikut :

- (1) Tujuan merupakan tujuan standar.
- (2) Pernyataan standar berisi pernyataan tentang pelayanan kebidanan yang dilakukan, dengan penjelasan tingkat kompetensi yang diharapkan.
- (3) Hasil yang akan dicapai oleh pelayanan yang diberikan dan dinyatakan dalam bentuk yang dapat diatur.
- (4) Prasyarat yang diperlukan (misalnya, alat, obat, ketrampilan) agar pelaksana pelayanan dapat menerapkan standar.
- (5) Proses yang berisi langkah-langkah pokok yang perlu diikuti untuk penerapan standar (Depkes RI, 2001:2).

3) *Dasar hukum penerapan SPK adalah:*

(1) Undang-undang kesehatan Nomor 23 tahun 1992.

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomer 23 tahun 1992 kewajiban tenaga kesehatan adalah mematuhi standar profesi tenaga kesehatan, menghormati hak pasien, menjaga kerahasiaan identitas dan kesehatan pasien, memberikan informasi dan meminta persetujuan (*informed consent*), dan membuat serta memelihara rekam medik.

Standar profesi tenaga kesehatan adalah pedoman yang harus dipergunakan oleh tenaga kesehatan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesinya secara baik.

Hak tenaga kesehatan adalah memperoleh perlindungan hukum melakukan tugasnya sesuai dengan profesi tenaga kesehatan serta mendapat penghargaan.

(2) Pertemuan Program *Safe Motherhood* dari negara-negara di wilayah *SEARO/Asia* tenggara tahun 1995 tentang SPK.

Pada pertemuan ini disepakati bahwa kualitas pelayanan kebidanan yang diberikan kepada setiap ibu yang memerlukannya perlu diupayakan agar memenuhi standar tertentu agar aman dan efektif. Sebagai tindak lanjutnya, *WHO SEARO* mengembangkan Standar Pelayanan Kebidanan. Standar ini kemudian diadaptasikan untuk pemakaian di Indonesia, khususnya untuk tingkat pelayanan dasar, sebagai acuan pelayanan di tingkat masyarakat. Standar ini diberlakukan bagi semua pelaksana kebidanan.

(1) Pertemuan Program tingkat propinsi DIY tentang penerapan SPK 1999.

Bidan sebagai tenaga profesional merupakan ujung tombak dalam pemeriksaan kehamilan seharusnya sesuai dengan prosedur standar pelayanan kebidanan yang telah ada yang telah

tertulis dan ditetapkan sesuai dengan kondisi di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Dinkes DIY, 1999).

- (2) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktek bidan. Pada BAB I yaitu tentang KETENTUAN UMUM pasal 1 ayat 6 yang berbunyi standar profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam melaksanakan profesi secara baik.

Pelayanan kebidanan yang bermutu adalah pelayanan kebidanan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kebidanan serta penyelenggaraannya sesuai kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan. Standar profesi pada dasarnya merupakan kesepakatan antar anggota profesi sendiri, sehingga bersifat wajib menjadi pedoman dalam pelaksanaan setiap kegiatan profesi (Heni dan Asmar, 2005:29)

## **6. *Standar Outcome***

*Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap klien, dapat berarti adanya perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun negatif.

*Outcome* jangka pendek adalah hasil dari segala suatu tindakan tertentu atau prosedur tertentu. *Outcome* jangka panjang adalah status kesehatan dan kemampuan fungsional klien

## **7. *Kepuasan Pelanggan***

Pembelian atau penggunaan jasa memutuskan memberikan suatu penilaian terhadap produk atau jasa dan bertindak atas dasar itu. Apakah pembeli puas setelah membelanjakan tergantung kepada penampilan yang ditawarkan dalam hubungannya dengan harapan pembeli.

Philip Kotler dalam bukunya “*Marketing Management*”, memberikan definisi tentang kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*): “*Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau outcome produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang*”. Tingkat kepuasan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan harapan.

Ada 3 tingkat kepuasan :

- 1) Bila penampilan kurang dari harapan pelanggan tidak dipuaskan
- 2) Bila penampilan sebanding dengan harapan, pelanggan puas
- 3) Apabila penampilan melebihi harapan, pelanggan amat puas atau senang

Kepuasan pelanggan pengguna jasa pelayanan kesehatan (pasien/klien) dipengaruhi oleh beberapa faktor.

- 1) pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterimanya, dalam hal ini aspek komunikasi memegang peranan penting
- 2) Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh para petugas kesehatan, kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan para pelanggan. Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien (*compliance*)
- 3) Biaya (*cost*), tingginya biaya pelayanan dapat dianggap sebagai sumber moral *hazard* pasien dan keluarganya, “yang penting sembuh” sehingga menyebabkan mereka menerima saja jenis perawatan dan teknologi yang ditawarkan petugas kesehatan. Akibatnya, biaya perawatan menjadi mahal. Informasi terbatas yang dimiliki pasien dan keluarganya tentang perawatan yang

diterima dapat menjadi sumber keluhan pasien. Sistem asuransi kesehatan dapat mengatasi masalah biaya kesehatan.

- 4) Bukti langsung penampilan fisik (*tangibility*); meliputi fasilitas fisik, perlengkapan pegawai dan sarana komunikasi.
- 5) Jaminan keamannan yang ditunjukkan petugas kesehatan (*assurance*); kemampuan kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf; bebas dari bahaya, risiko dan keragu-raguan, ketepatan jadwal pemeriksaan dan kunjungan dokter dsb.
- 6) Keandalan (*reliability*); merupakan kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan.
- 7) Daya tanggap/kecepatan petugas dalam memberi tanggapan terhadap keluhan pasien (*responsiveness*); keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
- 8) *Efisiensi Pelayanan Kesehatan*

Efisiensi mutu pelayanan kesehatan merupakan dimensi penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas. Pelayanan yang efisien akan memberikan perhatian yang optimal daripada memaksimalkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat. Petugas akan memberikan pelayanan yang terbaik dengan sumber daya yang dimiliki.

Pelayanan yang kurang baik karena norma yang tidak efektif atau pelayanan yang salah harus dikurangi atau dihilangkan, dengan cara ini kualitas dapat ditingkatkan sambil menekan biaya. Pelayanan yang kurang baik, disamping menyebabkan risiko yang tidak perlu terjadi dan kurang nyamannya pasien, seringkali mahal dan memakan waktu yang lama untuk memperbaiki.

Peningkatan kualitas memerlukan tambahan sumber daya, tetapi dengan menganalisis efisiensi, manajer program kesehatan dapat memilih intervensi yang paling *cost – effective*.

Efisiensi adalah penggunaan sumber daya secara minimum guna pencapaian hasil yang optimum. Efisiensi menganggap bahwa tujuan-tujuan yang benar telah ditentukan dan berusaha untuk mencari cara-cara yang paling baik untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut. Efisiensi hanya dapat dievaluasi dengan penilaian-penilaian relatif, membandingkan antara masukan dan keluaran yang diterima. Sebagai contoh untuk menyelesaikan sebuah tugas, cara A membutuhkan waktu 1 jam sedang cara B membutuhkan waktu 2 jam, maka cara A lebih efisien dari cara B. Dengan kata lain tugas tersebut dapat selesai menggunakan cara dengan benar atau efisiensi.

## 8. *Efektifitas Program*

Efektivitas adalah pencapaian tujuan secara tepat atau memilih tujuan-tujuan yang tepat dari serangkaian alternatif atau pilihan cara dan menentukan pilihan dari beberapa pilihan lainnya. Efektifitas bisa juga diartikan sebagai pengukuran keberhasilan dalam pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditentukan.

Sebagai contoh jika sebuah tugas dapat selesai dengan pemilihan cara-cara yang sudah ditentukan, maka cara tersebut adalah benar atau efektif.

- 1) Besarnya masalah yang dapat diselesaikan
- 2) Pentingnya cara penyelesaian masalah
- 3) Sensitifitas cara penyelesaian masalah

Efektifitas adalah melakukan tugas yang benar sedangkan efisiensi adalah melakukan tugas dengan benar. Penyelesaian yang efektif

belum tentu efisien begitu juga sebaliknya. Yang efektif bisa saja membutuhkan sumber daya yang sangat besar sedangkan yang efisien barangkali memakan waktu yang lama. Sehingga sebisa mungkin efektivitas dan efisiensi bisa mencapai tingkat optimum untuk keduanya.

### **9. *Sistem Untuk Peningkatan Kineja Bidan***

Kinerja bidan adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam memberikan jasa atau produk kepada pelanggan. Sekumpulan prinsip-prinsip pedoman untuk kegiatan di mana pekerjaan setiap individu memberikan sumbangan bagi perbaikan pelayanan kesehatan secara keseluruhan. “Bagaimana saya dapat membantu orang lain untuk memahami arti pekerjaan bagi keseluruhan”



# BAB 13

---

## Standar Pelayanan **KEBIDANAN**



## 1. *Profesi Bidan*

Dalam Bahasa Inggris, kata *midwife* (bidan) berarti “*with woman*” (bersama wanita)-*mid = together, wife = a woman*. Dalam Bahasa Perancis, *sage femme* (bidan) berarti “wanita bijaksana”, sedangkan dalam Bahasa

Latin, *cum-mater* (bidan) berarti “berkaitan dengan wanita”. Bidan adalah seseorang yang telah menjalani program pendidikan bidan, yang diakui oleh negara tempat ia tinggal, dan telah berhasil menyelesaikan studi terkait kebidanan serta memenuhi persyaratan untuk terdaftar dan/atau memiliki izin formal untuk praktik bidan (Soepardan, 2007:1).

Profesi berasal dari kata *profesio* (Latin), yang berarti pengakuan. Selanjutnya, profesi adalah suatu tugas atau kegiatan fungsional dari suatu kelompok tertentu yang “diakui” atau “direkognisi” dalam melayani masyarakat. Dapat dikatakan juga bahwa etika profesi adalah merupakan norma-norma, nilai-nilai, atau pola tingkah laku kelompok profesi tertentu dalam memberikan pelayanan atau “jasa” kepada masyarakat (Sari, 2012).

Profesi adalah pekerjaan yang dilakukan berkaitan dengan keahlian khusus dalam bidang pekerjaannya (Isnanto, 2009). Profesi adalah suatu pekerjaan yang berkaitan dengan bidang yang didominasi oleh pendidikan dan keahlian, yang diikuti dengan pengalaman praktik kerja purna waktu (Tanuwidjaja, 2009).

Profesional adalah orang yang mempunyai profesi atau pekerjaan purna waktu dan hidup dari pekerjaan itu dengan mengandalkan suatu keahlian yang tinggi. Atau seorang profesional adalah seseorang yang hidup dengan mempraktekkan suatu keahlian tertentu atau dengan terlibat dalam suatu kegiatan tertentu yang menurut keahlian, sementara orang lain melakukan hal yang sama sebagai sekedar hobi, untuk senang-senang, atau untuk mengisi waktu luang (Isnanto, 2009).

### *Ciri Profesi Bidan*

- 1) Bidan disiapkan melalui pendidikan formal agar lulusannya dapat melaksanakan pekerjaan yang menjadi tanggungjawabnya secara profesional.
- 2) Bidan memiliki alat yang dijadikan pedoman dalam menjalankan profesinya yaitu Standar Pelayanan Kebidanan ,Kode Etik ,dan Etika Kebidanan.
- 3) Bidan memiliki kelompok pengetahuan yang jelas dalam menjalankan profesinya.
- 4) Bidan memiliki kewenangan dalam menjalankan tugasnya.
- 5) Bidan memberi pelayanan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kehidupan masyarakat.
- 6) Bidan memiliki organisasi profesi.
- 7) Bidan memiliki karakteristik yang khusus dan dikenal serta dibutuhkan masyarakat.
- 8) Profesi bidan dijadikan sebagai suatu pekerjaan dan sumber utama penghidupan

## **2. Standar Profesi Bidan**

Standar merupakan landasan berpijak normatif dan parameter/ alat ukur untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam memenuhi kebutuhan klien dan menjamin mutu asuhan yang diberikan (Soepardan, 2007: 103).

Menurut Clinical Practice Guideline (1990) Standar adalah keadaan ideal atau tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna yang dipergunakan sebagai batas penerimaan minimal.

Menurut Rowland and Rowland (1983) Standar adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan

kesehatan agar pemakai jasa pelayanan dapat memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan kesehatan yang diselenggarakan secara luas.

Pengertian standar layanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan. Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam menjalankan tugas dan perannya masing-masing

Menurut Permenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002, Standar Profesi adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam melaksanakan profesi secara baik. Standar profesi kebidanan terdiri dari 4 bagian, yaitu : Standar Pelayanan Kebidanan, Standar Praktik Kebidanan, Standar Pendidikan Kebidanan, dan Standar Pendidikan Berkelanjutan Kebidanan.

### **3. *Profesionalisme Bidan***

Profesionalisme bidan adalah bidan melakukan pekerjaan sesuai dengan ilmu yang dimilikinya, jadi tidak asal tahu saja. Didasarkan pada disiplin ilmu yang telah dipelajari seorang bidan.

#### **(1) *Tugas Bidan***

Bidan mempunyai tugas yang sangat unik yaitu:

- (1) Selalu mengedepankan fungsi ibu sebagai pendidik bagi anak anaknya
- (2) Memiliki kode etik dengan serangkaian pengetahuan ilmiah

yang didapat melalui proses pendidikan dan jenjang tertentu

(3) Keberadaan bidan diakui memiliki organisasi profesi yang bertugas meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat

1) Ciri Jabatan Profesional Bidan

(1) Ketrampilan yang berdasarkan pada pengetahuan teoretis

(2) Profesional

(3) Pendidikan yang ekstensif

(4) Ujian kompetensi

(5) Pelatihan intitutional

(6) Lisensi

(7) Otonomi kerja

(8) Kode etik

(9) Mengatur diri

2) Perilaku Profesional Bidan

(1) Bertindak sesuai keahliannya

(2) Mempunyai moral yang tinggi

(3) Bersifat jujur

(4) Tidak melakukan coba-coba

(5) Tidak memberikan janji yang berlebihan

(6) Mengembangkan kemitraan

(7) Terampil berkomunikasi

(8) Mengenal batas kemampuan

(9) Mengadvokasi pilihan ibu

**4. Standar Kompetensi Bidan**

Standar kompetensi bidan adalah standar kompetensi atau kemampuan yang harus dikuasai seorang bidan. Standar kompetensi pada umumnya dirumuskan dengan kata kerja yang operasional.

## 5. *Standar Pelayanan kebidanan*

Ruang lingkup standar kebidanan meliputi 24 standar yang dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Standar Pelayanan Umum (2 standar)
- 2) Standar Pelayanan Antenatal (6 standar)
- 3) Standar Pertolongan Persalinan (4 standar)
- 4) Standar Pelayanan Nifas (3 standar)
- 5) Standar Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri-neonatal (9 standar)

### 1) *Standar Pelayanan Umum*

#### **Standar 1** Persiapan Untuk Kehidupan Keluarga Sehat

##### (1) Tujuan:

Memberikan penyuluhan kesehatan yang tepat untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat dan terencana serta menjadi orang tua yang bertanggung jawab.

##### (2) Pernyataan standar

Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum, gizi, KB dan kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, menghindari kebiasaan yang tidak baik dan mendukung kebiasaan yang baik.

##### (3) Hasil dari pernyataan standar

- a. Masyarakat dan perorangan ikut serta dalam upaya mencapai kehamilan yang sehat.
- b. Ibu, keluarga dan masyarakat meningkatkan pengetahuannya tentang fungsi alat-alat reproduksi dan bahaya kehamilan pada usia muda

- c. Tanda-tanda bahaya pada kehamilan diketahui oleh keluarga dan masyarakat.

(4) Persyaratan

- a. Bidan bekerjasama dengan kader kesehatan dan sektor terkait sesuai dengan kebutuhan
- b. Bidan didik dan terlatih dalam:
  - a) Penyuluhan kesehatan.
  - b) Komunikasi dan keterampilan konseling dasar.
  - c) Siklus menstruasi, perkembangan kehamilan, metode kontrasepsi, gizi, bahaya kehamilan pada usia muda, kebersihan dan kesehatan diri, kesehatan/ kematangan seksual dan tanda bahaya pada kehamilan.
  - d) tersedianya bahan untuk penyuluhan kesehatan tentang hal-hal tersebut di atas. Penyuluhan kesehatan ini akan efektif bila pesannya jelas dan tidak membingungkan.

**Standar 2** : Pencatatan Dan Pelaporan

(1) Tujuannya:

Mengumpulkan, mempelajari dan menggunakan data untuk pelaksanaan penyuluhan, kesinambungan pelayanan dan penilaian kinerja.

(2) Pernyataan standar:

Bidan melakukan pencatatan semua kegiatan yang dilakukannya dengan seksama seperti yang sesungguhnya yaitu, pencatatan semua ibu hamil di wilayah kerja, rincian pelayanan yang telah diberikan sendiri oleh bidan kepada seluruh ibu hamil/ bersalin, nifas dan bayi baru lahir semua kunjungan rumah dan penyuluhan kepada masyarakat. Disamping itu,

bidan hendaknya mengikutsertakan kader untuk mencatat semua ibu hamil dan meninjau upaya masyarakat yang berkaitan dengan ibu hamil, ibu dalam proses melahirkan, ibu dalam masa nifas, dan bayi baru lahir. Bidan meninjau secara teratur catatan tersebut untuk menilai kinerja dan menyusun rencana kegiatan pribadi untuk meningkatkan pelayanan.

(3) Hasil dari pernyataan ini:

- a. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang baik.
- b. Tersedia data untuk audit dan pengembangan diri.
- c. Meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam kehamilan,
- d. kelahiran bayi dan pelayanan kebidanan.

(4) Prasyarat :

Adanya kebijakan nasional/setempat untuk mencatat semua kelahiran dan kematian ibu dan bayi

- a. Sistem pencatatan dan pelaporan kelahiran dan kematian ibu dan bayi dilaksanakan sesuai ketentuan nasional atau setempat.
- b. Bidan bekerja sama dengan kader/tokoh masyarakat dan memahami masalah kesehatan setempat.
- c. Register Kohort ibu dan Bayi, Kartu Ibu, KMS Ibu Hamil, Buku KIA, dan PWS KIA, partograf digunakan untuk pencatatan dan pelaporan pelayanan. Bidan memiliki persediaan yang cukup untuk semua dokumen yang diperlukan.
- d. Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menggunakan format pencatatan tersebut di atas.
- e. Pemetaan ibu hamil.
- f. Bidan memiliki semua dokumen yang diperlukan untuk mencatat jumlah kasus dan jadwal kerjanya setiap hari.

(5) Hal yang harus diingat pada standar ini:

- a. Pencatatan dan pelaporan merupakan hal yang penting bagi bidan untuk mempelajari hasil kerjanya.
- b. Pencatatan dan pelaporan harus dilakukan pada saat pelaksanaan pelayanan. Menunda pencatatan akan meningkatkan resiko tidak tercatatnya informasi penting dalam pelaporan. Pencatatan dan pelaporan harus mudah dibaca, cermat dan memuat tanggal, waktu dan paraf.

2) *Standar Pelayanan Antenatal*

**Standar 3** : Identifikasi Ibu Hamil

(1) Tujuannya :

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

(2) Hasil dari identifikasi ini :

- a. Ibu memahami tanda dan gejala kehamilan
- b. Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan hamil.
- c. Meningkatkan cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu.

(3) Persyaratannya antara lain :

- a. Bidan bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan kader untuk menemukan ibu hamil dan memastikan bahwa semua ibu hamil telah memeriksakan kandungan secara

dini dan teratur.

- b. Prosesnya antara lain :
- c. Melakukan kunjungan rumah dan penyuluhan masyarakat secara teratur untuk menjelaskan tujuan pemeriksaan kehamilan kepada ibu hamil, suami, keluarga maupun masyarakat.

***Standar 4*** : Pemeriksaan Dan Pemantauan Antenatal

(1) Tujuannya :

Memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan.

(2) Pernyataan standar :

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/ kelsinan khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV ; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat, dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas.

(3) Hasilnya antara lain :

- a. Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan
- b. Meningkatnya pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat.
- c. Deteksi dini dan komplikasi kehamilan.
- d. Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan.

- e. Mengurus transportasi rujukan jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan.
- (4) Persyaratannya antara lain :
- a. Bidan mampu memberikan pelayanan antenatal berkualitas, termasuk penggunaan KMS ibu hamil dan kartu pencatatan hasil pemeriksaan kehamilan (kartu ibu)
  - b. Prosesnya antara lain :
  - c. Bidan ramah, sopan dan bersahabat pada setiap kunjungan.

**Standar 5** : Palpasi Abdominal

(1) Tujuannya :

Memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah janin.

(2) Pernyataan standar :

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama dan melakukan partisipasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

(3) Hasilnya :

- a. Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik.
- b. Diagnosis dini kehamilan letak, dan merujuknya sesuai kebutuhan.
- c. Diagnosis dini kehamilan ganda dan kelainan lain serta merujuknya sesuai dengan kebutuhan

(4) Persyaratannya :

- a. Bidan telah dididik tentang prosedur palpasi abdominal yang benar.
- b. Alat, misalnya meteran kain, stetoskop janin, tersedia dalam kondisi baik.
- c. Tersedia tempat pemeriksaan yang tertutup dan dapat diterima masyarakat.
- d. Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA, kartu ibu untuk pencatatan.
- e. Adanya sistem rujukan yang berlaku bagi ibu hamil yang memerlukan rujukan.
- f. Bidan harus melaksanakan palpasi abdominal pada setiap kunjungan antenatal.

**Standar 6** : Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan

(1) Tujuan :

Menemukan anemia pada kehamilan secara dini, dan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

(2) Pernyataan standar :

- a. pada kunjungan pertama dan pada minggu ke-28. HB dibawah 11gr% pada kehamilan termasuk.
- b. Bidan mampu: mengenali dan mengelola anemia pada kehamilan
- c. Memberikan penyuluhan gizi untuk mencegah anemia.
- d. Alat untuk mengukur kadar HB yang berfungsi baik.
- e. Tersedia tablet zat besi dan asam folat.
- f. Obat anti malaria (di daerah endemis malaria )
- g. Obat cacing
- h. Menggunakan KMS ibu hamil/ buku KIA , kartu ibu.

(3) Proses yang harus dilakukan bidan :

Memeriksa kadar HB semua ibu hamil berat. Dan jika anemia berat terjadi, misalnya wajah pucat, cepat lelah, kuku pucat kebiruan, kelopak mata sangat pucat, segera rujuk ibu hamil untuk pemeriksaan dan perawatan selanjutnya. Sarankan ibu hamil dengan anemia untuk tetap minum tablet zat besi sampai 4-6 bulan setelah persalinan.

**Standar 7** : Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

(1) Tujuan :

Mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan.

(2) Pernyataan standar:

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala pre eklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

(3) Hasilnya:

- a. Ibu hamil dengan tanda preeklamsi mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu.
- b. Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat eklampsia.

(4) Persyaratannya :

Bidan mampu :

- a. Mengukur tekanan darah dengan benar
- b. Mengenali tanda-tanda preeklampsia
- c. Mendeteksi hipertensi pada kehamilan, dan melakukan tindak lanjut sesuai dengan ketentuan.

***Standar 8*** Persiapan Persalinan**(1)** Pernyataan standar:

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan di rencanakan dengan baik.

**(2)** Prasyarat:

- a. Semua ibu harus melakukan 2 kali kunjungan antenatal pada trimester terakhir kehamilan
- b. Adanya kebijaksanaan dan protokol nasional/setempat tentang indikasi persalinan yang harus dirujuk dan berlangsung di rumah sakit
- c. Bidan terlatih dan terampil dalam melakukan pertolongan persalinan yang aman dan bersih.
- d. Peralatan penting untuk melakukan pemeriksaan antenatal tersedia
- e. Perlengkapan penting yang diperlukan untuk melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman tersedia dalam keadaan DTT/steril
- f. Adanya persiapan transportasi untuk merujuk ibu hamil dengan cepat jika terjadi kegawat daruratan ibu dan janin
- g. Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA kartu ibu dan partograf.
- h. Sistem rujukan yang efektif untuk ibu hamil yang mengalami komplikasi selama kehamilan

**3)** *Standar Pertolongan Persalinan*

**Standar 9** : Asuhan Persalinan Kala Satu

(1) Tujuan :

Untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

(2) Pernyataan standar:

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

(3) Hasilnya:

- a. Ibu bersalin mendapatkan pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu bila diperlukan.
- b. Meningkatkan cakupan persalinan dan komplikasi lainnya yang ditolong tenaga kesehatan terlatih
- c. Berkurangnya kematian/ kesakitan ibu atau bayi akibat partus lama.

**Standar 10**: Persalinan Kala Dua Yang Aman

(1) Tujuan :

Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi

(2) Pernyataan standar:

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

**(3) Persyaratan**

- a. Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mulas/ ketuban pecah
- b. Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman.
- c. Tersedianya alat untuk pertolongan persalinan termasuk sarung tangan steril
- d. Perlengkapan alat yang cukup.

**Standar 11:** penatalaksanaan aktif persalinan kala III

**(1) Tujuan :**

Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek kala 3, mencegah atoni uteri dan retensio plasenta

**(2) Pernyataan standar:**

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

**Standar 12:** Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi

**(1) Tujuan :**

Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum.

**(2) Pernyataan standar :**

Bidan mengenali secara tepat tanda tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomy

dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

4) *Standar Pelayanan Masa Nifas*

**Standar 13** : Perawatan bayi baru lahir

(1) Tujuan :

Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemia dan infeksi

(2) Pernyataan standar:

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah dan menangani hipotermia.

**Standar 14:** Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

1) Tujuan :

mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama kala 4 untuk memulihkan kesehatan bayi, meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, memulai pemberian IMD

2) Pernyataan standar:

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang di perlukan.

**Standar 15:** pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

1) Tujuan :

Memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan penyuluhan ASI eksklusif

2) Pernyataan standar:

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu ke dua dan minggu ke enam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

5) *Standar Penanganan Kegawatan Obstetri Dan Neonatal*

**Standar 16:** Penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III

(1) Tujuan :

Mengenalinya dan melakukan tindakan cepat dan tepat perdarahan dalam trimester 3 kehamilan

(2) Pernyataan standar:

Bidan mengenalinya secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

**Standar 17:** Penanganan kegawatan dan eklampsia

1) Tujuan :

Mengenali secara dini tanda-tanda dan gejala preeklamsi berat dan memberikn perawatan yang tepat dan segera dalam penanganan kegawatdaruratan bila eklampsia terjadi

2) Pernyataan standar:

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklampsia mengancam, serta merujuk dan atau memberikan pertolongan pertama.

**Standar 18:** Penanganan kegawatan pada partus lama

1) Tujuan :

Mengetahui dengan segera dan penanganan yang tepat keadaan kegawatdaruratan pada partus lama/macet

2) Pernyataan standar:

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.

**Standar 19:** Persalinan dengan penggunaan vakum ekstraktor

1) Tujuan :

Untuk mempercepat persalinan pada keadaan tertentu dengan menggunakan vakum ekstraktor.

2) Pernyataan standar:

Bidan mengenali kapan di perlukan ekstraksi vakum, melakukannya secara benar dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanannya bagi ibu dan janin/ bayinya.

**Standar 20:** Penanganan retensio plasenta

## 1) Tujuan :

Mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta total / persial.

## 2) Pernyataan standar:

Bidan mampu mengenali retensio plasenta, dan memberikan pertolongan pertama termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan.

**Standar 21:** Penanganan perdarahan postpartum primer

## 1) Tujuan :

Mengenali dan mengambil tindakan pertolongan kegawatdaruratan yang tepat pada ibu yang mengalami perdarahan postpartum primer/atoni uteri.

## 2) Pernyataan standar:

Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan postpartum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan perdarahan.

**Standar 22:** Penanganan perdarahan post partum sekunder

## 1) Tujuan :

Mengenali gejala dan tanda-tanda perdarahan postpartum sekunder serta melakukan penanganan yang tepat untuk menyelamatkan jiwa ibu.

## 2) Pernyataan standar:

Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala perdarahan post partum sekunder, dan melakukan

pertolongan pertama untuk penyelamatan jiwa ibu, atau merujuknya.

**Standar 23:** Penanganan sepsis puerperalis

1) Tujuan :

Mengenal tanda-tanda sepsis puerperalis dan mengambil tindakan yang tepat.

2) Pernyataan standar:

Bidan mampu mengamati secara tepat tanda dan gejala sepsis puerperalis, serta melakukan pertolongan pertama atau merujuknya.

**Standar 24:** Penanganan asfiksia neonatorum

1) Tujuan :

Mengenal dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia neonatorum, mengambil tindakan yang tepat dan melakukan pertolongan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang mengalami asfiksia neonatorum.

2) Pernyataan standar

Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang di perlukan dan memberikan perawatan lanjutan.



# BAB 14

---

Metode Peningkatan Mutu

## **PELAYANAN KEBIDANAN**



## 1. *Falsafah Mutu*

Mutu (*quality*) dapat didefinisikan sebagai keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuan dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat.

Perbaikan mutu merupakan upaya transformasi budaya kerja organisasi melalui pengalaman belajar sehingga merubah cara berpikir setiap orang yang terlibat dalam organisasi dan cara organisasi dikelola, sehingga berubah ke arah yang lebih baik. Contoh falsafah mutu:

- 1) Hari esok harus lebih baik dari hari sekarang
- 2) Pelanggan puas adalah harapan kami
- 3) Meningkatkan mutu pelayanan adalah tekad kami
- 4) Apa yang kita tulis sekarang kita kerjakan dan apa yang kita kerjakan kita tulis.

## 2. *Pengertian Quality Assurance (QA)*

Jaminan Mutu (*Quality Assurance*) adalah suatu proses yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu untuk: Menetapkan masalah dan penyebabnya berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan upaya penyelesaian masalah dan melaksanakan sesuai kemampuan menilai pencapaian hasil dengan menggunakan indikator yang ditetapkan, menetapkan dan menyusun tindak lanjut untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Walaupun mutu tidak selalu dapat dijamin tetapi dapat diukur. Jika bisa diukur, berarti bisa ditingkatkan dan dapat disempurnakan. Hal ini dapat dilakukan dengan mengidentifikasi indikator kunci mutu dalam pelayanan, memonitor indikator tersebut dan mengukur mutu hasilnya.

Salah satu faktor yang perlu diperhatikan adalah mengidentifikasi proses-proses kunci yang mengarah pada hasil tersebut (*outcome*). Dengan berfokus pada upaya peningkatan proses, tingkat mutu dari hasil yang dicapai akan meningkat. Jadi, upaya pendekatan yang dilakukan diawali dari jaminan mutu (*QA*), mengarah pada peningkatan mutu yang proaktif (*QI*).

### **3. Kegunaan *Quality Assurance***

- 1) Dapat lebih meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan.

Peningkatan efektifitas yang dimaksud di sini erat hubungannya dengan dapat diselesaikannya masalah yang tepat dengan cara penyelesaian masalah yang benar. Karena dengan diselenggarakannya program menjaga mutu dapat diharapkan pemilihan masalah telah dilakukan secara tepat serta pemilihan dan pelaksanaan cara penyelesaian masalah telah dilakukan secara benar.

- 2) Dapat lebih meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan.

Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan disini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya penyelenggaraan pelayanan yang berlebihan atau yang dibawah standar. Biaya tambahan karena pelayanan yang berlebihan atau karena harus mengatasi berbagai efek samping karena pelayanan yang dibawah standar akan dapat dicegah.

- 3) Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan. Apabila peningkatan penerimaan ini dapat

diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam turut meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

4) Dapat melindungi pelaksana pelayanan kesehatan dari kemungkinan munculnya gugatan hukum.

Pada saat ini sebagai akibat makin baiknya tingkat pendidikan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat serta diberlakukannya berbagai kebijakan perlindungan publik, tampak kesadaran hukum masyarakat makin meningkat pula. Untuk melindungi kemungkinan munculnya gugatan hukum dari masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan, tidak ada pilihan lain yang dapat dilakukan kecuali berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terjamin mutunya. Dalam kaitan itu peranan program menjaga mutu jelas amat penting, karena apabila program menjaga mutu dapat dilaksanakan dapatlah diharapkan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, yang akan berdampak pada peningkatan kepuasan para pemakai jasa pelayanan kesehatan.

#### 4. Tahapan/Langkah Peningkatan Mutu

##### 1) *Siklus Deming*

Siklus *PDCA* atau *Plan – Do – Check – Action* dipopulerkan oleh W Edwards Deming (14 Oktober 1900 – 20 Desember 1993) seorang Professor, pengarang buku, pengajar dan konsultan. Ia dianggap sebagai bapak pengendalian kualitas modern sehingga siklus ini sering disebut juga dengan siklus Deming. Siklus *PDCA* atau Siklus ‘Rencanakan – Kerjakan – Cek – Tindakanjuti’ adalah suatu proses pemecahan masalah empat langkah yang umum digunakan dalam pengendalian kualitas.

Deming yang merupakan pencetus dari siklus *PDCA* ini mengatakan bahwa jika organisasi ingin menghasilkan mutu dari

produk atau jasa yang akan dihasilkan, maka roda siklus *PDCA* harus berputar. Artinya, proses *Plan Do Check Action* harus dijalankan. Pekerjaan harus direncanakan. Rencana yang telah dibuat harus dijalankan. Pelaksanaan pekerjaan dimonitoring, diukur atau dinilai. Hasil penilaian dilakukan analisis, hasil analisis digunakan untuk merencanakan pengembangan berikutnya. Demikian seterusnya sehingga siklus *PDCA* berjalan dan organisasi akan selalu mampu memenuhi standar mutu dan berkembang secara berkelanjutan.

Siklus *PDCA* dapat diibaratkan seperti sebuah bola yang harus di dorong naik menuju ke arah tujuan yang telah ditetapkan yang letaknya di atas. Untuk itu diperlukan upaya dan tenaga yang tidak sedikit untuk mencapai tujuan tersebut. Tanpa upaya, mustahil bola siklus *PDCA* tersebut akan mencapai tujuannya. Hal ini menunjukkan bahwa untuk mencapai mutu tertentu itu harus diupayakan, diusahakan dan di dukung oleh semua pihak yang berkepentingan. Mutu yang baik tidak mungkin datang dengan sendirinya. Namun dalam upaya mendorong bola siklus *PDCA* tersebut ke atas, selain diperlukan upaya dan tekad untuk mendorongnya sampai di atas juga diperlukan alat untuk mengganjal agar bola siklus *PDCA* ini tidak turun ke bawah tetapi bisa di tahan pada level tertentu. Alat untuk mengganjal hal tersebut adalah standar. Jika target pada level tertentu sudah tercapai maka bola siklus *PDCA* ini bisa di dorong lagi lebih ke atas. Demikian seterusnya sampai bola siklus *PDCA* ini mencapai tujuan

### (1) Siklus PDCA

#### a. Plan (Perencanaan)

Dalam tahapan siklus *PDCA* ini tujuannya adalah untuk mengidentifikasi dan menganalisa masalah. Tentukanlah masalahnya. Identifikasi dengan tepat. Beberapa *management*

*tools* yang bisa digunakan dalam tahap ini antara lain *Drill Down*, *Cause & Effect Diagrams* dan *The 5 Whys*

b. Do (Kerjakan)

Mengembangkan dan menguji beberapa solusi yang potensial. Fase ini melibatkan beberapa kegiatan:

- a) Menghasilkan solusi yang mungkin.
- b) Memilih yang terbaik dari solusi tersebut, bisa dengan menggunakan *Impact Analysis*
- c) Menerapkan atau menguji solusi yang di dapat pada skala kecil atau group kecil atau pada area yang terbatas.
- d) Dalam siklus *PDCA*, *Do* bukanlah menjalankan proses tetapi melakukan uji coba atau test. Proses dijalankan pada tahap *Act*.

c. Check (Cek)

Mengukur tingkat efektifitas hasil uji test solusi yang dikerjakan dan menganalisa apakah hal itu bisa diterapkan dengan cara lain. Pada tahap ini kita mengukur seberapa efektif percobaan yang telah dilakukan pada tahap siklus *PDCA* sebelumnya yaitu: *Do*. Selain itu, tahapan ini juga menarik pembelajaran sebanyak mungkin sehingga nantinya bisa dihasilkan hasil yang lebih baik.

Dalam tahapan siklus *PDCA Do* dan *Check* dengan melihat skala dan area perbaikan yang akan dilakukan kita dapat mengulangi tahapan ini sebelum ke tahapan berikutnya jika dirasa perlu. Jika hasilnya sudah memuaskan barulah kita dapat menuju ke tahap siklus *PDCA* berikutnya yaitu: *Act*.

d. Act (Tindaklanjuti)

Menindaklanjuti hasil untuk membuat perbaikan yang diperlukan. Ini berarti juga meninjau seluruh langkah dan memodifikasi proses untuk memperbaikinya sebelum implementasi berikutnya. Jika tahapan ini sudah selesai dan kita sudah sampai di tahapan berikutnya yang lebih baik, kita bisa mengulang proses ini dari awal kembali untuk mencapai tahapan yang lebih tinggi.

Siklus *PDCA* memberikan kita tahapan proses pemecahan masalah yang terukur dan akurat. Siklus *PDCA* ini efektif untuk:

- a) Membantu penerapan Kaizen atau Proses Perbaikan Terus Menerus. Ketika siklus *PDCA* ini diulangi kembali ia akan membuka kemungkinan untuk menemukan area baru yang perlu ditingkatkan.
- b) Mengidentifikasi solusi solusi baru untuk meningkatkan proses berulang secara signifikan.
- c) Membuka cakrawala yang lebih luas akan solusi masalah yang ada, mengujinya dan meningkatkan hasilnya dalam proses yang terkontrol sebelum diimplementasikan secara luas.
- d) Menghindari pemborosan sumber daya secara luas.

## 5. Penerapan TQM

*TQM* adalah pendekatan manajemen pada suatu organisasi, berfokus pada kualitas dan didasarkan atas partisipasi dari keseluruhan sumber daya manusia dan ditujukan pada kesuksesan jangka panjang melalui kepuasan pelanggan dan memberikan manfaat pada anggota organisasi (sumber daya manusianya) dan masyarakat *TQM* juga

diterjemahkan sebagai pendekatan berorientasi pelanggan yang memperkenalkan perubahan manajemen yang sistematis dan perbaikan terus menerus terhadap proses, produk, dan pelayanan suatu organisasi. Proses *TQM* memiliki *input* yang spesifik (keinginan, kebutuhan, dan harapan pelanggan), mentransformasi (memproses) *input* dalam organisasi untuk memproduksi barang atau jasa yang pada gilirannya memberikan kepuasan kepada pelanggan (*output*). Tujuan utama *Total Quality Management* adalah perbaikan mutu pelayanan secara terus-menerus. Dengan demikian, juga *Quality Management* sendiri yang harus dilaksanakan secara terus-menerus.

Delapan alat *TQM* yang diuraikan adalah sebagai berikut:

1) Curah Pendapat (Sumbang Saran) – *Brainstorming*

Curah pendapat adalah alat perencanaan yang dapat digunakan untuk mengembangkan kreativitas kelompok. Curah pendapat dipakai, antara lain untuk menentukan sebab-sebab yang mungkin dari suatu masalah atau merencanakan langkah-langkah suatu proyek.

2) Diagram Alur (Bagan Arus Proses)

Bagan arus proses adalah satu alat perencanaan dan analisis yang digunakan, antara lain untuk menyusun gambar proses tahap demi tahap untuk tujuan analisis, diskusi, atau komunikasi dan menemukan wilayah-wilayah perbaikan dalam proses.

3) Analisis *SWOT*

Analisis *SWOT* adalah suatu alat analisis yang digunakan untuk menganalisis masalah-masalah dengan kerangka *Strengths* (kekuatan), *Weaknesses* (kelemahan), *Opportunities* (peluang), dan *Threats* (ancaman).

4) Ranking Preferensi

Alat ini merupakan suatu alat interpretasi yang dapat digunakan untuk memilih gagasan dan pemecahan masalah di

antara beberapa alternatif.

5) Analisis Tulang Ikan

Analisis tulang ikan (juga dikenal sebagai diagram sebab-akibat) merupakan alat analisis, antara lain untuk mengkategorikan berbagai sebab potensial dari suatu masalah dan menganalisis apa yang sesungguhnya terjadi dalam suatu proses.

6) Penilaian Kritis

Penilaian kritis adalah alat bantu analisis yang dapat digunakan untuk memeriksa setiap proses manufaktur, perakitan, atau jasa. Alat ini membantu kita untuk memikirkan apakah proses itu memang dibutuhkan, tepat, dan apakah ada alternatif yang lebih baik.

7) *Benchmarking*

*Benchmarking* adalah proses pengumpulan dan analisis data dari organisasi kita dan dibandingkan dengan keadaan di dalam organisasi lain. Hasil dari proses ini akan menjadi patokan untuk memperbaiki organisasi kita secara terus menerus. Tujuan *benchmarking* adalah bagaimana organisasi kita bisa dikembangkan sehingga menjadi yang terbaik.

8) Diagram Analisa Medan Daya (Bidang Kekuatan)

Diagram medan daya merupakan suatu alat analisis yang dapat digunakan, antara lain untuk mengidentifikasi berbagai kendala dalam mencapai suatu sasaran dan mengidentifikasi berbagai sebab yang mungkin serta pemecahan dari suatu masalah atau peluang.

## 6. Penerapan ISO

ISO 9001:2000 merupakan salah satu standar persyaratan sistem manajemen mutu (SMM). ISO 9001:2000 adalah nomor acuan pada seri standar internasional yang menjabarkan kriteria tentang SMM. Pada standar tersebut terdapat persyaratan yang mendasar bagi organisasi apapun yang berminat untuk menerapkan standar ini. Standar ini merupakan seri ISO yang menjadi *best seller* dan diadopsi secara luas oleh organisasi di seluruh dunia. Keberhasilan seri ISO 9001:2000 disebabkan pada sistem yang diterapkan dilandasi oleh suatu sistem yang konsisten, sistem pengendalian dan pencegahan serta upaya peningkatan secara berkelanjutan (Indranata, 2006).

Manajemen ISO 9001:2000 dapat meningkatkan mutu karena diterapkan prinsip *PDCA (Plan Do Check Action)*, visi, misi, dan kebijakan jelas serta adanya sasaran mutu sebagai bentuk keinginan untuk meningkatkan mutu. Orientasi pelayanan mutu dan target adalah kepuasan pelanggan, masalah menjadi lebih jelas, persepsi dan pelayanan yang efektif dan efisien (Suardi, 2003).

Secara umum adanya pendekatan SMM memberikan manfaat yang sangat besar bagi setiap organisasi yang menerapkannya. Manfaat tersebut terlihat antara lain :

- 1) Adanya konsistensi pelaksanaan/aktifitas di organisasi dan mampu telusur. Apabila SMM dilaksanakan dengan benar manfaat yang dirasakan adalah :
  - (1) Memberikan pendekatan praktik yang terbaik (*best practice*) yang sistematis untuk pencapaian manajemen mutu.
  - (2) Memastikan konsistensi operasi untuk memelihara mutu produk (barang dan jasa).
  - (3) Menetapkan kerangka kerja untuk proses peningkatan mutu lebih lanjut dengan membakukan proses guna memastikan

konsistensi dan mampu telusur serta meningkatkan hubungan antar fungsi unit kerja/departemen pada organisasi yang mempengaruhi mutu.

## 2) Adanya aspek pengendalian dan pencegahan

Kunci pokok untuk menjaga mutu adalah pengendalian produk yang tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan mencegah produk yang jelek sampai di tangan pelanggan.

Oleh karena itu sistem tersebut diperlukan untuk :

- (1) Menentukan secara jelas tanggung jawab dan wewenang dari personel kunci yang mempengaruhi mutu.
  - (2) Mendokumentasikan prosedur secara baik dalam rangka menjalankan operasi proses bisnis pada aktifitas proses menghasilkan produk (*product operation*).
  - (3) Menerapkan sistem dokumentasi yang efektif melalui mekanisme dengan sistem audit internal dan tinjauan manajemen secara berkelanjutan.
- ## 3) Dilihat dari aspek pembelajaran dan tumbuh kembang organisasi. Manfaat penerapan SMM dari perpektif tersebut adalah:
- (1) Sebagai sarana pemasaran yang efektif.
  - (2) Dapat meningkatkan kepercayaan dan kepuasan pelanggan melalui pendekatan secara sistematis dan terorganisir pada pemastian mutu.
  - (3) Dapat meningkatkan citra dan daya saing organisasi/ organisasi.
  - (4) Dapat meningkatkan produktifitas dan mutu produk dengan memenuhi persyaratan pelanggan melalui kerjasama

dan atau komunikasi yang lebih baik, pengendalian proses bisnis yang lebih sistematis, penurunan produk yang gagal, pencegahan pemborosan karena adanya pengendalian proses/aktifitas yang tidak efektif dan efisien.

- (5) Dapat memberikan proses pembelajaran kepada staf atau seluruh personel dengan metode pelatihan yang sistematis melalui prosedur dan instruksi yang lebih baik.
  - (6) Dapat menjadi pemicu motivasi pimpinan puncak untuk menilai kinerja organisasinya karena adanya sasaran mutu yang secara berkelanjutan dipantau dan diukur serta dibandingkan dengan kinerja pesaingnya.
- 4) Adanya pemastian mutu

Organisasi/perusahaan memiliki sistem pemastian mutu yang terstruktur dan sistematis yang dapat digunakan untuk :

- (1) Alat bantu untuk mengukur produktifitas dan kinerja SDM.
- (2) Biaya yang efektif dan efisien karena adanya konsistensi dan keandalan pelaksanaannya.
- (3) Sarana bekerja dengan benar dan terkendali disetiap waktu.
- (4) Sistem Manajemen dengan kinerja optimal karena adanya *sistem PDCA (Plan, Do, Check dan Action)* yang mengendalikan mutu produk secara sistematis.
- (5) Setiap personel memiliki tanggung jawab ,wewenang dan kompetensi yang jelas di bidang tugasnya dalam melaksanakan aktifitas di organisasi/organisasi.

## 5. *Prinsip Jaminan Mutu*

- 1) Berorientasi kedepan untuk mempertemukan kebutuhan dan harapan pasien dan masyarakat
- 2) Memfokuskan pada sistem dan proses
- 3) Menggunakan data untuk menganalisis proses penyampaian pelayanan
- 4) Mendorong suatu pendekatan diri dalam pemecahan masalah dan peningkatan mutu

## 6. *Dimensi Mutu*

Fedoroff dan Irawan (2006) merumuskan lima dimensi mutu yang menjadi dasar untuk mengukur kepuasan, yaitu :

### 1) *Tangible* (bukti langsung)

Yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, personil, dan media komunikasi yang dapat dirasakan langsung oleh pelanggan. Dan untuk mengukur dimensi mutu ini perlu menggunakan indera penglihatan.

### 2) *Reliability* (keandalan)

Yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat dan terpercaya. Pelayanan yang terpercaya artinya adalah konsisten. Sehingga *Reliability* mempunyai dua aspek penting yaitu kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu memberikan pelayanan yang tepat atau akurat.

### 3) *Responsiveness* (ketanggapan)

Yaitu kesediaan/kemauan untuk membantupelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat. Dengan kata lain bahwa pemberi pelayanan harus responsif terhadap kebutuhan

pelanggan. *Responsiveness* juga didasarkan pada persepsi pelanggan sehingga faktor komunikasi dan situasi fisik disekitar pelanggan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan.

4) *Assurance* (jaminan kepastian)

Yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan dankemampuannya untuk memberikan rasa percaya dan keyakinan atas pelayanan yangdiberikan kepada pelanggan. Dan komponen dari dimensi ini yaitu keramahan,kompetensi, dan keamanan.

5) *Emphaty* (empati)

Yaitu membina hubungan dan memberikan pelayanan sertaperhatian secara individual pada pelanggannya.

Pendapat lain mengenai dimensi mutu juga dijelaskan oleh Oki (2000) dalam tujuh dimensi diantaranya yaitu sebagai berikut :

- 1) *Time*, yaitu seberapa lama *customer* anda harus menunggu layanan pelayanan Anda
- 2) *Timeliness*, yaitu apakah layanan pelayanan anda dapat diberikan sesuai janji.
- 3) *Completeness*, yaitu apakah semua bagian atau item daripelayanan anda, dapat diberikan pada *customer*
- 4) *Courtes*, yaitu apakah karyawan yang berada di “garis depan” menyapa dan melayani customer anda dengan ramah dan menyenangkan.
- 5) *Consistency*, yaitu apakah layanan pelayanan anda selalu dilakukan dengan cara yang sama untuk semua customer .
- 6) *Accessibility and convenience*, yaitu apakah layanan pelayanan anda mudah dijangkau dan dinikmati.
- 7) *Responsiveness*, yaitu apakah karyawan anda selalu tanggap dan dapat memecahkan masalah yang tidak terduga? Selain

pendapat-pendapat di atas mengenai dimensi mutu.

Tjong (2004) juga menjelaskan dimensi dari mutu pelayanan dalam lima dimensi, diantaranya yaitu sebagai berikut :

- 1) Dapat Dipercaya (*Reliability*), dapat dipercaya artinya konsisten, dan pelayanan akan dapat diberikan jika dapat dipercaya oleh pelanggan.
- 2) Responsif (*Responsiveness*), responsif secara sederhana dapat didefinisikan sebagai kecepatan dan ketanggapan.
- 3) Buat Pelanggan Merasa Dihargai (*Makes Customer Feel Valued*), Pelanggan mempunyai pikiran bahwa merekalah yang orang yang sangat penting saat itu, sehingga perlu diperhatikan bagaimana menghargai pelanggan.
- 4) Empati (*Empaty*), empati merupakan keahlian yang sangat bermanfaat, karena melalui empati dapat menjembatani pembicaraan kepada solusi. Dan melalui empati, pemberi pelayanan akan berada di sisi yang sama dengan pelanggan sehingga dapat lebih memahami kebutuhan pelanggan.

## **7. Organisasi Mutu**

Ada beberapa kriteria Organisasi Mutu yaitu:

- 1) Fokus Pada Pelanggan
- 2) Fokus Pada Pencegahan Masalah
- 3) Investasi Pada Manusia
- 4) Memiliki Strategi Mutu
- 5) Memperlakukan Keluhan Sebagai Peluang Untuk Belajar.
- 6) Memiliki Definisi Karakteristik Mutu Bagi Semua Wilayah Organisasi
- 7) Memiliki Kebijakan dan Rencana Mutu

- 8) Manajemen Senior Adalah Pengarah Mutu
- 9) Proses Peningkatan Melibatkan Semua Orang
- 10) Fasilitator Mutu Mengarahkan Proses Peningkatan
- 11) Anggota Tampak Mewujudkan Mutu Kreativitas Dikembangkan
- 12) Peran dan Tanggung Jawab Jelas
- 13) Memiliki Strategi Penilaian Yang Jelas
- 14) Memandang Mutu Sebagai Makna Untuk Meningkatkan Kepuasan Pelanggan
- 15) Jangka Panjang
- 16) Mutu Dipandang Sebagai Bagian Budaya
- 17) Pengembangan Mutu Dalam Garis (batas) Strategi Bersama Sebagai Suatu Yang Penting.
- 18) Mempunyai Misi Khusus

## **8. Model Jaminan Mutu**

### *1) Tahap Analisa Sistem*

Tahap Analisa sistem merupakan kegiatan penguraian dari suatu sistem informasi yang utuh ke dalam bagian komponennya dengan maksud untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi permasalahan-permasalahan, kesempatan-kesempatan, hambatan-hambatan yang terjadi dan kebutuhan-kebutuhan yang diharapkan sehingga dapat diusulkan perbaikannya

#### **(1) Mengidentifikasi Masalah**

Identifikasi masalah merupakan langkah awal dari analisa sistem. Dalam tahap ini didefinisikan masalah yang harus dipecahkan dengan munculnya pertanyaan yang ingin dipecahkan.

## (2) Memahami Kerja Sistem yang Ada

Langkah ini dilakukan dengan mempelajari secara rinci bagaimana sistem yang sudah ada berjalan. Untuk mempelajari operasi dari sistem ini diperlukan data yang dapat diperoleh dengan melakukan penelitian terhadap sistem.

## (3) Menganalisis Sistem

Berdasarkan data yang sudah diperoleh maka dilakukan analisa hasil penelitian yang sudah dilakukan untuk mendapatkan pemecahan masalah yang akan dipecahkan

## (4) Membuat Laporan

Laporan perlu dibuat sebagai dokumentasi dari penelitian. Tujuan utamanya adalah sebagai bukti secara tertulis tentang hasil analisa yang sudah dilakukan.

## 2) *Tabap Pendekatan Tim*

Pendekatan Tim sudah dimulai sejak saat Jaminan Mutu mulai dilaksanakan. Pendekatan Tim dalam Pemecahan Masalah adalah suatu pendekatan untuk memecahkan masalah, dalam hal ini adalah masalah mutu pelayanan (masalah kompleks), yang terjadi di dalam organisasi pelayanan secara tim dengan mengikuti langkah-langkah dalam siklus pemecahan masalah (*Problem Solving Cycle*) dan mempergunakan alat-alat pemecahan masalah (*Quality Improvement Tool*) serta berdasarkan data.

Istilah masalah kompleks yang ditujukan terhadap masalah Keluaran yaitu *outcome* dan *output* pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah keluaran, maka masalah tentang kepuasan pasien akan dilihat sebagai mutu pelayanan. Kompleksitas masalah itu dapat terjadi dalam berbagai bentuk, antara lain sebagai berikut:

- (1) Besaran atau magnitude suatu masalah yang kompleks lebih sulit ditentukan;
- (2) Penyebab masalah yang kompleks lebih sulit diketahui atau dimengerti;
- (3) Pengumpulan data harus dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab suatu masalah yang kompleks;
- (4) Suatu intervensi khusus diperlukan untuk menghilangkan penyebab masalahnya;
- (5) Diperlukan suatu pemantauan khusus terhadap kemajuan pelaksanaan pemecahan masalah untuk menentukan apakah masalah kompleks tersebut telah dapat dipecahkan. Diharapkan organisasi pelayanan dapat memecahkan masalah mutu dua atau tiga dalam setahun. Proses pemecahan masalah dilaksanakan dalam waktu kurang lebih 3 bulan. Dimana pemecahan masalah tersebut, apabila menurut hasil evaluasi dinilai berhasil, akan menjadi SOP organisasi pelayanan untuk kegiatan yang bersangkutan. Sehingga dengan ini diharapkan organisasi dapat memberikan pelayanan berdasarkan SOP dengan mutu yang terjamin serta hasil sesuai dengan yang diharapkan, baik oleh pengguna, pelaksana maupun pimpinan. Yang penting adalah bahwa Puskesmas selalu bekerja dalam menemukan dan memecahkan masalah yang kompleks tanpa henti-hentinya.

## **9. *Indikator Jaminan Mutu***

Untuk mengukur tercapai tidaknya standar yang telah ditetapkan, maka digunakan indikator (tolok ukur), yaitu yang menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap standar yang ditetapkan. Makin sesuai sesuatu yang diukur dengan indikator, makin sesuai pula keadaannya dengan standar yang telah ditetapkan. Sesuai dengan jenis

standar dalam program menjaga mutu, maka indikatorpun dibedakan menjadi :

1) *Indikator persyaratan minimal*

Yaitu indikator persyaratan minimal yang menunjuk pada ukuran terpenuhi atau tidaknya standar masukan, lingkungan dan proses. Apabila hasil pengukuran berada di bawah indikator yang telah ditetapkan pasti akan besar pengaruhnya terhadap mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

2) *Indikator penampilan minimal*

Yaitu indikator penampilan minimal yang menunjuk pada ukuran terpenuhi atau tidaknya standar penampilan minimal yang diselenggarakan. Indikator penampilan minimal ini sering disebut indikator keluaran. Apabila hasil pengukuran terhadap standar penampilan berada di bawah indikator keluaran maka berarti pelayanan kesehatan yang diselenggarakan tidak bermutu.

Berdasarkan uraian di atas mudah dipahami, apabila ingin diketahui (diukur) adalah faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan (penyebab), maka yang dipergunakan adalah indikator persyaratan minimal. Tetapi apabila yang ingin diketahui adalah mutu pelayanan kesehatan (akibat) maka yang dipergunakan adalah indikator keluaran (penampilan)

## **10. Manfaat Program Jaminan Mutu**

1) *Dapat meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan*

Peningkatan efektifitas pelayanan kesehatan ini erat hubungannya dengan dapat diatasinya masalah kesehatan secara tepat, karena pelayanan kesehatan yang diselenggarakan telah sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi dan ataupun standar yang telah ditetapkan.

2) *Dapat meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan*

Peningkatan efisiensi yang dimaksudkan ini erat hubungannya dengan dapat dicegahnya pelayanan kesehatan yang dibawah standar dan ataupun yang berlebihan. Biaya tambahan karena harus menangani efek samping atau komplikasi karena pelayanan kesehatan dibawah standar dapat dihindari. Demikian pula halnya mutu pemakaian sumber daya yang tidak pada tempatnya yang ditemukan pada pelayanan yang berlebihan.

3) *Dapat meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.*

Peningkatan penerimaan ini erat hubungannya dengan telah sesuainya pelayanan kesehatan dengan kebutuhan dan tuntutan pemakai jasa pelayanan. Apabila peningkatan penerimaan ini dapat diwujudkan, pada gilirannya pasti akan berperan besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

4) *Dapat melindungi penyelenggara pelayanan kesehatan dan kemungkinan timbulnya gugatan hukum*

Pada saat ini sebagai akibat makin baiknya tingkat pendidikan masyarakat, maka kesadaran hukum masyarakat juga telah semakin meningkat. Untuk mencegah kemungkinan gugatan hukum terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan, antara lain karena ketidak puasan terhadap pelayanan kesehatan, perlulah diselenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Dari uraian ini, mudah dipahami bahwa terselenggaranya program menjaga mutu pelayanan kesehatan mempunyai peranan yang amat besar dalam melindungi penyelenggara pelayanan kesehatan dan kemungkinan timbulnya gugatan hukum, karena memang pelayanan kesehatan yang diselenggarakan telah terjamin mutunya

## **11. Ruang Lingkup Kegiatan**

### *1) Membangun Kesadaran Mutu*

Merupakan upaya penggeseran cara pandang peran dan fungsi organisasi pelayanan kesehatan dari "memberi obat" ke "melayani pasien", dari "pemeriksaan cepat" ke "pemeriksaan sesuai standar", dari "pekerjaan saya" ke "pekerjaan kita" dan dari "pelayanan yang tidak ramah" menjadi pelayanan yang ramah dan penuh senyum". Petugas organisasi pelayanan kesehatan harus mendapat keyakinan bahwa pendekatan Jaminan Mutu akan memberikan perubahan yang bermakna bagi kualitas pelayanan yang diberikan dan bersama-sama dalam satu tim mampu mengidentifikasi masalah di lingkungan pelayanan dan kemudian mencarikan jalan terbaik bagi pemecahan masalah tersebut.

### *2) Pembentukan Tim Jaminan Mutu*

Berdasarkan Surat Keputusan kepala organisasi pelayanan kesehatan dan mendapat dukungan dari kepala organisasi tersebut dan petugas lainnya. Tim Jaminan Mutu dapat terdiri dari sub-tim yang mempunyai fungsi tertentu: sub-tim pembuatan standar, sub-tim pelaksanaan dan sub-tim penilaian kepatuhan terhadap standar dan evaluasi. Tim Jaminan Mutu harus mendapatkan pelatihan tentang jaminan mutu. Jumlah anggota tim atau sub-tim dapat berkisar 4-5 orang.

### *3) Pembuatan Alur Kerja dan Standar Pelayanan*

Alur pelayanan ditempel di dinding agar mudah diketahui dan sebagai penunjuk jalan bagi pasien maupun pengunjung unit pelayanan kesehatan. Alur kerja: loket, alur kerja pelayanan, laborsatorium, apotik, dan lain sebagainya yang dibuat dalam bentuk skema, dibingkai dan ditempel di masing-masing ruang

pelayanan terkait serta terlihat oleh petugas. Pembuatan alur kerja ini sekaligus dapat diikuti dengan identifikasi berbagai hambatan/kendala yang membuat alur kerja ini tidak jalan atau membutuhkan waktu yang lama. Standar pelayanan medik yang penting dibuat dalam bentuk algoritme medik, misalnya standar penatalaksanaan diare, penatalaksanaan demam pada anak, penatalaksanaan anak dengan batuk dan kesulitan bernafas, penatalaksanaan pasien TB paru, dan lain-lain.

#### 4) *Penilaian Kepatuhan Terhadap Standar*

Untuk menilai tingkat kepatuhan, digunakan daftar tilik penilaian yang telah disiapkan terlebih dahulu. Penilaian tingkat kepatuhan dilakukan oleh rekan kerja dari unit pelayanan kesehatan lain (*peer review*) atau sejawat dari unit pelayanan yang sama tetapi harus dijaga kerahasiaan rekan yang ditunjuk sebagai penilai ataupun *supervisor* dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Sesuai dengan kegunaannya daftar tilik dipakai untuk mengukur kelengkapan sarana dan prasarana, pengetahuan pemberi pelayanan, standar kompetensi teknis petugas dan persepsi penerima pelayanan.

#### 5) *Penyampaian Hasil Kegiatan*

Data temuan yang terkumpul diolah dan dianalisa untuk kemudian disajikan dalam Lokakarya Mini organisasi/unit pelayanan. Jika nilai tingkat kepatuhan di bawah 80% maka keadaan ini perlu diperbaiki dengan melakukan intervensi terhadap penyebab rendahnya tingkat kepatuhan terhadap standar.

#### 6) *Survei Pelanggan*

Dilakukan secara sederhana dengan membuat kuesioner kemudian dibagikan kepada pasien/klien sambil diminta untuk

diisi dan segera mengembalikannya pada kotak yang tersedia di Puskesmas.

Jika ditemukan lebih dari 5% pasien/klien tidak puas, perlu dilakukan tindakan segera untuk mengetahui sebab-sebab ketidakpuasan pasien, misalnya melalui studi kualitatif (*diskusio* kelompok atau wawancara mendalam) atau menggunakan kuesioner terstruktur melalui wawancara langsung kepada pasien/klien

#### 7) *Penyusunan Rencana Kegiatan*

Sebelumnya tim jaminan mutu secara bersama-sama melakukan analisis permasalahan melalui siklus pemecahan masalah yang terdiri dari:

- (1) Identifikasi masalah
- (2) Penentuan prioritas masalah
- (3) Mencari penyebab masalah
- (4) Mencari alternatif pemecahan masalah
- (5) Menetapkan pemecahan masalah
- (6) Menyusun rencana kegiatan pemecahan masalah.

POA antara lain berisi:

- (1) Penanggungjawab pelaksana kegiatan
- (2) membuat alat bantu kerja. Pendekatan yang digunakan untuk meningkatkan kepatuhan: kalakarya
- (3) Melengkapi sarana yang kurang: realokasi atau pengaturan

#### 8) *Cara pemantauan kemajuan pelaksanaan kegiatan*

Dari pengalaman ini Puskesmas akan mengerti bahwa mutu itu dapat ditingkatkan oleh petugas Puskesmas secara mandiri, tanpa bantuan dari luar dan dengan menggunakan cara yang sederhana hingga ke cara yang lebih kompleks.

Untuk mempermudah proses pemecahan masalah, beberapa instrumen mutu sederhana dapat digunakan, misalnya:

- (1) Curah pendapat (*brain storming*), untuk menggali berbagai alternatif pemecahan masalah dan solusinya;
  - (2) *Multiple Criteria Utility Assessment (MCUA)*, untuk pengambilan keputusan bersama;
  - (3) *Check List*
  - (4) Diagram alur (*flowchart*) untuk menjelaskan komponen yang terlibat dalam proses;
  - (5) Diagram Ishikawa (diagram tulang ikan) untukn menggali kemungkinan penyebab.
  - (6) Data matrik.
- 9) *Pemantauan dan Supervisi*

Kunjungan penyelia (*supervisor*) kabupaten/kota untuk berkunjung secara berkala (1-3 bulan sekali) ke Puskesmas untuk memantau status kegiatan jaminan mutu di suatu Puskesmas.

Beberapa masalah yang ditemui dapat diatasi dengan perbaikan proses pelaksanaan, akan tetapi dapat pula terjadi masalah yang ditemui hanya bisa diatasi dengan bantuan sarana-prasarana dari kabupaten/kota, bahkan mungkin diperlukan bantuan teknis dari propinsi atau arah kebijakan dari pemerintah pusat.

Keberhasilan kegiatan pemantauan dan supervisi sangat tergantung pada konsistensi kegiatan (teratur, taat azas serta berkesinambungan), kapasitas (pengetahuan dan ketrampilan) penyelia untuk memberikan bantuan teknis, daftar tilik pemantauan, data status kegiatan dan adanya dukungan kepala unit organisasi dan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk mengatasi masalah/hambatan yang muncul.

## 10) *Evaluasi*

Evaluasi dilakukan pada akhir siklus kerja tim jaminan mutu (3-6 bulan). Pada akhir tahun, Tim Jaminan Mutu Puskesmas melakukan Penilaian Kinerja Jaminan Mutu yang telah dilakukan bertempat di aula Dinas Kesehatan Kabupaten/kota. Bahan presentasi mencakup pencapaian program terhadap indikator keberhasilan yang telah ditetapkan dan penyampaian identifikasi proses pembelajaran atas pelaksanaan kegiatan selama ini serta rekomendasi/saran tindak lanjut. Keberhasilan suatu organisasi pelayanan menjalankan suatu kegiatan dapat menumbuhkan inspirasi dan bahkan menjadi tolok banding (*benchmarking*) oleh organisasi pelayanan lainnya untuk meniru/mencontoh dengan melakukan kunjungan lapangan ke organisasi pelayanan yang telah berhasil tersebut.

## 12. *Tabap-Tabap Pelaksanaan Jaminan Mutu*

### 1) *Tabap Pelaksanaan Analisis Sistem dan Supervisi*

Cara pelaksanaan analisis system/*supervisi* dengan cara *Peer Review* (ulas balik kesejawatan). dengan mengikuti cara perputaran Robin.

Pengamatan tingkat kepatuhan dilakukan oleh sejawat yang sama dari Puskesmas lain menggunakan instrumen berupa Daftar Tilik (*checklist*). Daftar Tilik berisi item-item yang harus dilaksanakan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Analisis Sistem merupakan suatu audit atau penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan, adapun penilaian meliputi beberapa aspek:

### (1) Kepatuhan terhadap standar

Pengamatan dilakukan untuk menilai kepatuhan petugas terhadap standar yang ada dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Cara *supervisor* memeriksa kepatuhan terhadap standar:

- a. Ambil secara acak masing-masing 3 Catatan Medik pasien yang relevan dan telah dilaksanakan pengukuran terhadap standar.
- b. Periksa Catatan Medik tersebut dan catat hasil temuan pada kolom yang tersedia.

Kecenderungan dari beberapa petugas kesehatan yang mematuhi Daftar Tilik artinya melakukan semua yang terdapat di dalam Daftar Tilik, akan tetapi tidak mematuhi Standar. Contohnya: petugas kesehatan mungkin telah menanyakan semua pertanyaan yang menyangkut anamnesis dan melakukan pemeriksaan terhadap gejala klinik, tetapi salah melakukan klasifikasi/diagnosis atau salah memberikan pengobatan. Sebagai akibatnya dapat terjadi persepsi/anggapan yang keliru tentang Jaminan Mutu, yaitu petugas Puskesmas menganggap Jaminan Mutu adalah Daftar Tilik.

### (2) Pengetahuan Petugas Puskesmas

Selain pengamatan, juga akan dilakukan wawancara oleh pengamat tentang pengetahuan petugas yang diamati, menggunakan alat bantu berupa Daftar Tilik.

### (3) Pengetahuan Pasien

Wawancara juga dilakukan terhadap pasien/pengantar untuk mengetahui pengetahuan mereka tentang penyakit atau pelayanan yang diberikan berhubungan dengan kunjungannya ke Puskesmas. Wawancara dilakukan setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan sewaktu akan meninggalkan Puskesmas (exit interview) menggunakan instrumen Daftar Tilik.

(4) Ketersediaan Sarana (Obat dan Alat)

Dilakukan pengamatan ketersediaan alat dan obat yang mendukung pelayanan kesehatan yang bersangkutan, menggunakan instrumen berupa Daftar Tilik. Pengisian Daftar Tilik cukup dengan memberikan tanda 'v' pada kotak yang tersedia sesuai dengan hasil pengamatan dan jawaban.

2) *Area Pelayanan yang dilakukan pengamatan*

Area Pelayanan Kesehatan Dasar penting adalah: Pelayanan Antenatal, Batuk dan Kesulitan Bernafas, Imunisasi. Untuk selanjutnya Puskesmas akan melakukan pengamatan untuk area lainnya sesuai dengan prioritas (kondisi) setempat.

3) *Pelaksana*

Empat atau lima petugas kesehatan dalam satu organisasi, biasanya terdiri dari seorang dokter, bidan, perawat, tenaga gizi dan atau Jurim yang telah mendapat Pelatihan Analisis Sistem, sehingga mereka terampil dalam menggunakan Daftar Tilik untuk melakukan pengamatan langsung terhadap petugas. Pelayanan kesehatan yang sedang dilakukan harus telah berdasarkan suatu Standar Pelayanan yang telah disepakati.

4) *Jumlah sampel*

Untuk setiap area akan dikumpulkan sejumlah 25 kasus. Ada kalanya setelah melakukan pengamatan selama 5-6 hari dalam kurun waktu dua minggu, tetapi tidak terkumpul 25 kasus, maka pengamatannya dihentikan, dan data yang akan digunakan cukup dengan jumlah yang sudah terkumpul saja.

5) *Cara melakukan pengumpulan data*

- (1) Pengamatan Langsung
- (2) Wawancara terhadap petugas Puskesmas yang diamati

- (3) Wawancara dengan pasien/klien
- (4) Ketersediaan Peralatan Essensial

6) *Jumlah petugas yang diamati*

Tujuan pengamatan ialah menentukan Tingkat Kepatuhan Puskesmas, maka pengamatan dilakukan terhadap sebanyak mungkin petugas Puskesmas (jika Petugas Puskesmas lebih dari seorang), kecuali dokter, kalau dokter hanya seorang saja. Diupayakan melakukan pengamatan seproporsional mungkin dengan jumlah pasien yang diperiksa oleh petugas kesehatan yang diamati.

7) *Pengolahan dan analisa*

Data yang terkumpul dibuat tabulasi, kemudian dihitung tingkat kepatuhan/tingkat pengetahuan/tingkat kelengkapan sarana dengan mempergunakan rumus sebagai berikut: Tingkat kepatuhan =  $\frac{\text{Jumlah Ya}}{\text{Jumlah (Ya + Tidak)}}$

8) *Penyusunan Rencana Kegiatan atau Plan of Action*

Organisasi pelayanan kesehatan tetangga yang melakukan pengamatan, setelah mengolah data akan memberikan umpan balik kepada unit pelayanan yang diamati. Umpan balik tersebut diberikan pada Lokakarya di tingkat kabupaten. Setelah menerima umpan balik tersebut, maka Puskesmas segera membuat suatu Rencana Kegiatan atau Plan of Action (POA) untuk meningkatkan Tingkat Kepatuhan Petugas terhadap Standar, tingkat pengetahuan serta tingkat kelengkapan sarana, sehingga menjadi sekurang-kurangnya 80%. POA tersebut antara lain berisi: penanggungjawab untuk melaksanakan kegiatan, pendekatan yang digunakan untuk meningkatkan kepatuhan dan cara pemantauan kemajuan pelaksanaan kegiatan. Contoh:

- (1) Membuat job aid yang dapat dipergunakan sebagai alat Bantu bagi petugas agar selalu ingat standar pelayanan.
- (2) Melakukan kalakarya (on the job training) untuk meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan petugas.
- (3) Melengkapi sarana yang masih kurang dengan cara realokasi atau pengaturan.

#### 9) *Pemantauan dan Supervisi*

Selama organisasi pelayanan melaksanakan rencana kegiatan (POA) maka diharapkan *supervisor* kabupaten/kota akan sering berkunjung ke organisasi pelayanan untuk membantu petugas kesehatan meningkatkan Tingkat Kepatuhan terhadap Standar.

Selain oleh *supervisor* kabupaten/kota, maka kepala organisasi pelayanan juga harus memantau petugas Puskesmas. Ada dua hal yang harus menjadi perhatian Supervisor, yaitu:

- (1) Apakah petugas Puskesmas mematuhi Standar? Apakah semua kegiatan yang terdapat di dalam Standar dikerjakan?
- (2) Apakah petugas Puskesmas melaksanakan Standar dengan benar?

Misalnya di dalam Standar menyebutkan harus mengukur tekanan darah, pengamat akan melihat petugas yang diamati melakukan pengukuran tekanan darah secara tepat dan benar.

#### 10) *Evaluasi*

Tiga sampai enam bulan setelah ulas balik kesejawatan yang pertama dilakukan lagi ulas balik kesejawatan yang kedua, dengan cara dan instrumen yang sama, tetapi cukup dengan mengumpulkan 12 pengamatan. Penyajian data sama dengan ulas balik kesejawatan yang pertama.

Tingkat kepatuhan/pengetahuan/ketersediaan sarana yang diperoleh pada peer review pertama (25 kasus) dibandingkan dengan hasil *peer review* kedua (12 kasus) dan diharapkan terjadi peningkatan tingkat kepatuhannya.

#### 11) *Tahap Pelaksanaan Pendekatan Tim dalam Pemecahan Masalah*

Pendekatan Tim sudah dimulai sejak saat Jaminan Mutu mulai dilaksanakan. Pendekatan Tim dalam Pemecahan Masalah adalah suatu pendekatan untuk memecahkan masalah, dalam hal ini adalah masalah mutu pelayanan (masalah kompleks), yang terjadi di dalam organisasi pelayanan secara tim dengan mengikuti langkah-langkah dalam siklus pemecahan masalah (*Problem Solving Cycle*) dan mempergunakan alat-alat pemecahan masalah (*Quality Improvement Tool*) serta berdasarkan data.

Istilah masalah kompleks yang ditujukan terhadap masalah Keluaran yaitu outcome dan output pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah keluaran, maka masalah tentang kepuasan pasien akan dilihat sebagai mutu pelayanan. Kompleksitas masalah itu dapat terjadi dalam berbagai bentuk, antara lain sebagai berikut:

- (1) Besaran atau *magnitude* suatu masalah yang kompleks lebih sulit ditentukan;
- (2) Penyebab masalah yang kompleks lebih sulit diketahui atau dimengerti;
- (3) Pengumpulan data harus dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab suatu masalah yang kompleks;
- (4) Suatu intervensi khusus diperlukan untuk menghilangkan penyebab masalahnya;
- (5) Diperlukan suatu pemantauan khusus terhadap kemajuan pelaksanaan pemecahan masalah untuk menentukan apakah

masalah kompleks tersebut telah dapat dipecahkan.

Diharapkan organisasi pelayanan dapat memecahkan masalah mutu dua atau tiga dalam setahun. Proses pemecahan masalah dilaksanakan dalam waktu kurang lebih 3 bulan. Dimana pemecahan masalah tersebut, apabila menurut hasil evaluasi dinilai berhasil, akan menjadi SOP organisasi pelayanan untuk kegiatan yang bersangkutan. Sehingga dengan ini diharapkan organisasi dapat memberikan pelayanan berdasarkan SOP dengan mutu yang terjamin serta hasil sesuai dengan yang diharapkan, baik oleh pengguna, pelaksana maupun pimpinan. Yang penting adalah bahwa Puskesmas selalu bekerja dalam menemukan dan memecahkan masalah yang kompleks tanpa henti-hentinya.

### **13. Cara Menjaga Kelangsungan jaminan Mutu di Puskesmas**

Cara menjaga kelangsungan Jaminan Mutu di Puskesmas adalah:

- 1) Mempertahankan tingkat kepatuhan terhadap standar, dalam arti profesionalisme petugas dalam memberikan pelayanan tetap memegang *“best practice”*.
- 2) Mengintegrasikan Jaminan mutu ke dalam sistem manajemen Puskesmas yang telah ada yaitu Perencanaan Tingkat Puskesmas, Lokakarya Mini Puskesmas dan Penilaian Kinerja Puskesmas dengan cara:
  - (1) Identifikasi masalah melalui Penilaian Kinerja
  - (2) Proses pemecahan masalah melalui PTP
  - (3) Evaluasi dan monitoring melalui Lokakarya Mini Puskesmas.



# BAB 15

---

Mengelola Pelayanan  
Kebidanan di Tingkat

## **PELAYANAN KESEHATAN PRIMER**



## **1. *Konsep Pelayanan Kesehatan Primer***

Pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan kesehatan esensial yang dibuat dan bisa terjangkau secara universal oleh individu dan keluarga di dalam masyarakat. Pelayanan kesehatan dibuat keberadaannya untuk mereka melalui partisipasi penuh dari mereka dan disiapkan dengan biaya yang terjangkau dan merangkum berbagai aspek masyarakat dan negaranya. Fokus dari pelayanan kesehatan primer luas jangkauannya dan merangkum berbagai aspek masyarakat dan kebutuhan kesehatan (Lancaster.J dan Stanhope.M, 1997).

Tatanan untuk pelayanan kesehatan primer berada dalam masyarakat dari negara itu, perlu kiranya dicatat bahwa konsep PHC berbeda dengan konsep pelayanan primer yang muncul didalam profesi medis. Pelayanan primer berhubungan dengan pemberian pelayanan kesehatan yang di arahkan oleh obat, perawatan atau cabang-cabang dari sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan primer tidak merupakan bagian dari model kesehatan tradisional yang membagi pelayanan kesehatan ke primer, sekunder dan tersier tingkatannya. Dalam hal ini kata “primer” berhubungan dengan kontak pertama dari individu dengan sistem kesehatan (Lancaster.J dan Stanhope.M, 1997).

### **1) *Pengertian Pelayanan Kesehatan Primer***

Pelayanan kesehatan primer (PHC) adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk (Lancaster.J dan Stanhope.M, 1997). Pelayanan primer berfokus pada pelayanan kesehatan individual, sedangkan pelayanan kesehatan primer berfokus pada perbaikan kesehatan dari seluruh populasi (Perry, Potter. 2009).

PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima, terjangkau pelayanan kesehatan yang diberikan adalah esensial

bisa diraih, yang esensial dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya kepada diri sendiri disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan.

Amerika tidak mengadopsi PHC sebagai strategi nasional atau sebagai strategi alternatif yang minimal dari tingkat kesehatan masyarakat. Perawat kesehatan masyarakat mempunyai peranan penting dalam menolong orang untuk mempelajari cara merawat diri sendiri dan mau bekerja dengan masyarakat yang lain dalam mengembangkan kapasitas atau infrastruktur yang diperluas untuk menjamin pelayanan kesehatan yang esensial bagi setiap orang (McMahon Rosemary. 2002).

## 2) *Pelayanan kesehatan primer Deklarasi Alma-Ata*

Konferansi internasional PHC, yang bertemu di Alma-Ata pada tanggal 12 september pada tahun 1978 menyatakan dari tiap pemerintahan yang mendesak semua kesehatan dan para petugas pembangunan dan masyarakat dunia untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan penduduk dunia, sehubungan dengan itu dibuat deklarasi yang berbunyi seperti berikut :

- (1) Konferensi dengan kuat mengakui bahwa sehat adalah status selengkapnya dalam keadaan baik fisik, mental dan sejahtera sosial dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan, merupakan hak manusia yang fundamental dan tercapainya tingkat kesehatan setinggi mungkin merupakan tujuan sosial seluruh dunia, sedangkan realisasinya memerlukan kegiatan banyak sektor sosial dan ekonomi yang lain sebagai tambahan kepada sektor kesehatan.
- (2) Terdapatnya ketidaksamaan status kesehatan dari orang terutama terutama diantara negara berkembang dan sedang

berkembang juga di dalam negara-negara yang politik, sosial dan ekonomi yang tidak bisa diterima dan karena itu penghayatan untuk semua negara.

- (3) Perkembangan ekonomi dan sosial berdasarkan peran-peran ekonomi internasional sangat penting untuk meraih sepenuhnya kesehatan bagi semua dan mengurangi kesenjangan antara status kesehatan negara yang sudah maju dan yang sedang berkembang. Peningkatan dan perlindungan dan kesehatan penduduk adalah esensial agar bisa mempertahankan perkembangan ekonomi, sosial dan ikut serta meningkatkan meningkatkan kualitas hidup dan perdamaian di dunia.
- (4) Rakyat mempunyai hak dan kewajiban berpartisipasi secara perorangan atau berkelompok dalam perencanaan dan implementasi pelayanan kesehatan.
- (5) Pemerintah mempunyai tanggung jawab kesehatan rakyatnya yang hanya bisa terpenuhi dengan persiapan usaha-usaha kesehatan dan sosial. Target sosial pertama dari pemerintah, organisasi internasional, dan untuk rakyat seluruh dunia di dekade mendatang harus berupa pencapaian seluruh rakyat di dunia pada tahun 2000 tingkat kesehatan yang memungkinkan mereka hidup produktif baik sosial maupun ekonomi. Pelayanan kesehatan primer merupakan kunci untuk mencapai target sebagai bagian dari perkembangan semangat keadilan sosial.
- (6) Pelayanan kesehatan primer (PHC) merupakan pelayanan kesehatan esensial berdasarkan yang praktisi, ilmiah, dan metoda sosial yang bisa diterima dan teknologi yang dapat terjangkau oleh individu dan keluarga didalam masyarakat

lewat keikutsertaan sepenuhnya dari mereka dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk mempertahankan tiap tingkat perkembangan dengan semangat percaya diri dan keputusan sendiri. Hal tersebut merupakan bagian integral dalam sistem kesehatan negara yang merupakan fungsi sentral dan fokus utama dan dari keseluruhan perkembangan sosial dan ekonomi masyarakat. Hal tersebut merupakan tingkat kontak pertama bagi individu dan keluarga dan masyarakat dengan sistem-sistem kesehatan nasional, mendekatkan pelayanan kesehatan sedekat mungkin ketempat pemukiman dan tempat bekerja, serta mengisi elemen pertama dari proses pemeliharaan kesehatan yang terus berkesinambungan.

(7) Pelayanan kesehatan primer :

## 2. ***Bentuk Dan Jenis Pelayanan Kesehatan***

### 1) *Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer)*

Pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan yang bersifat dasar dan dilakukan bersama masyarakat dan dimotori oleh: Dokter Umum (Tenaga Medis), Perawat Mantri (Tenaga Paramedis)

Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. *Primary health care* pada pokoknya ditunjukkan kepada masyarakat yang sebagian besarnya bermukim di pedesaan, serta masyarakat yang berpenghasilan rendah di perkotaan. Pelayanan kesehatan ini sifatnya berobat jalan (*Ambulatory Services*). Diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk

meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Contohnya : Puskesmas, Puskesmas keliling, klinik.

### 2) *Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder)*

Pelayanan kesehatan sekunder adalah pelayanan yang lebih bersifat spesialis dan bahkan kadang kala pelayanan subspecialis, tetapi masih terbatas. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut (rujukan). Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh: a.Dokter Spesialis, b.Dokter Subspesialis terbatas

Pelayanan kesehatan ini sifatnya pelayanan jalan atau pelayanan rawat (*inpatient services*).Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer., Contoh : Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D.

### 3) *Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier)*

Pelayanan kesehatan tersier adalah pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan subspecialis serta subspecialis luas. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh: a.Dokter Subspesialis, b.Dokter Subspesialis Luas.

Pelayanan kesehatan ini sifatnya dapat merupakan pelayanan jalan atau pelayanan rawat inap (rehabilitasi).Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Contohnya: Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

### 3. Upaya Kemenkes Menanggukani *AIDS*

Salah satu penularan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah melalui penularan dari ibu kepada anak, baik selama kehamilan, persalinan maupun selama menyusui. Lebih dari 90 persen kasus anak HIV mendapatkan infeksi dengan cara penularan dari ibu ke anak. Menanggapi fakta ini, Kemenkes RI pun mengambil tindakan.

“Kita selama ini masih selalu bertindak kurang ke hulu, hanya memperhatikan kesehatan ibu hamil ya saat dia hamil, padahal seharusnya tidak seperti itu. Untuk pencegahan penularan HIV harus dilakukan sejak dini. Selain itu perlu juga kerja sama lintas sektoral dengan Kemendikbud, Kemenag dan BKKBN,” papar Menteri Kesehatan RI, dr Nafsiah Mboi, SpA, MPH.

Hal tersebut disampaikannya dalam acara Peluncuran Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Rencana Aksi Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi, yang diselenggarakan di Gedung Kemenkes RI, Jl HR Rasuna Said, Jakarta, Kamis (26/9/2013).

Data hasil kegiatan dari Kemenkes RI tahun 2012 menunjukkan dari 43.264 ibu hamil yang menjalani tes HIV, 1.329 (3,04 persen) positif terinfeksi HIV. Data lain hasil Permodelan Matematika Epidemi HIV tahun 2012 juga menunjukkan bahwa prevalensi infeksi HIV pada ibu hamil diperkirakan akan meningkat dari 0,38 persen pada tahun 2012 menjadi 0,49 persen pada tahun 2016.

Dari angka tersebut maka diperkirakan kebutuhan layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) juga akan meningkat dari 13.189 orang di tahun 2012 menjadi 16.191 orang pada tahun 2016. Selain itu jumlah anak berusia di bawah 15 tahun yang tertular HIV dari ibunya juga akan meningkat dari 4.361 orang di tahun 2012, menjadi 5.565 orang di tahun 2016.

Hal ini tentu akan berakibat juga pada peningkatan angka kematian anak akibat *AIDS*. Sementara itu, jumlah kematian terkait *AIDS* pada populasi usia 15-49 tahun akan meningkat hampir dua kali lipat di tahun 2016.

Data-data tersebut di atas memberikan gambaran betapa pentingnya pelaksanaan PPIA untuk mencegah penularan HIV pada ibu dan mencegah penularan dari ibu ke anak. Untuk itu disusunlah Rencana Aksi Nasional (RAN) yang akan memberikan arah pada pelaksanaan PPIA di seluruh Indonesia selama lima tahun, yaitu sejak tahun 2013-2017.

### 1) *Kegiatan PPIA*

Kegiatan utama PPIA tersebut antara lain:

- (1) Menyebarluaskan komunikasi, informasi dan edukasi tentang HIV baik secara individu maupun kelompok
- (2) Konseling dan penyediaan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif
- (3) Perencanaan dan persiapan kehamilan yang tepat, jika ibu ingin hamil
- (4) Layanan tes HIV atas inisiatif pemberi pelayanan kesehatan dan konseling
- (5) Pengobatan untuk pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya
- (6) Dukungan psikososial bagi ibu dengan HIV dan keluarga pasca melahirkan
- (7) Pelayanan kesehatan ibu dan anak yang komprehensif

PPIA sendiri akan dilaksanakan di seluruh Indonesia dengan ekspansi bertahap. Semua fasilitas pelayanan kesehatan juga diharuskan untuk bisa memberikan layanan PPIA semaksimal mungkin dengan

melibatkan peran swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) maupun komunitas.

Dibeberapa kota besar pencegahan dan pengobatan dalam penanggulangan *HIV/AIDS* pada umumnya masih jauh dari harapan penanggulangan *HIV/AIDS*, sehingga berdampak pada meningkatnya orang terinfeksi dari tahun ke tahun, hal ini dapat kita ambil contoh Pada Tahun 1990 jumlah kumulatif secara nasional kasus *AIDS* terjadi 17 kasus, dan meningkat sampai dengan bulan Juni 2011 secara kumulatif terjadi 26.483 kasus. Proporsi kumulatif kasus *AIDS* tertinggi berada pada kelompok umur 20-29 (46,3%) diikuti dengan kelompok umur 30-39 tahun (31,4%) dan kelompok umur 40-49 tahun (9,7%). (laporan dari 300 kabupaten/kota dan 32 provinsi)

Sedangkan kasus *HIV/AIDS* di Indonesia sudah lebih dari dua dekade akan tetapi jumlah orang terinfeksi terus meningkat. Kondisi tersebut disebabkan pencegahan dan perawatan di Indonesia belum terintegrasi dengan baik, sebagai contoh belum meratanya kapasitas lembaga-lembaga swadaya masyarakat dalam melakukan pencegahan dan belum terciptanya layanan yang kompherensif dan terintegrasi (*IMS, VCT, CD4, ARV*).

Melihat kondisi diatas dapat kita lihat beberapa hal yang harus ditanggulangi bersama (1) status kualitas pencegahan dan pengobatan, (2) status sistem penanggulangan *HIV/AIDS*, (3) status pengetahuan dan kesadaran masyarakat, (4) status penataan institusi dan peraturan yang berhubungan dengan penanggulangan *HIV/AIDS*.

*Kondisi pertama*: tentang status kualitas pencegahan dan pengobatan, kedua hal tersebut tidak dapat dipisahkan sebab pencegahan dan perawatan saling berhubungan. Misalnya : pencegahan dampak buruk pada odha yang membutuhkan perawatan

*Kondisi kedua* : tentang status sistem penanggulangan *HIV/AIDS*, pada beberapa daerah belum terbangun sistem penanggulangan *HIV/AIDS*. Pada kondisi tersebut pencegahan dan pengobatan pada daerah yang belum memiliki sistem tersebut akan terjadi peningkatan kasus-kasus baru *HIV/AIDS* di daerah tersebut, hal ini dikarenakan pemerintah daerah tidak dapat memonitoring laju epidemi *HIV/AIDS* di daerah tersebut. Pada daerah yang sudah mempunyai sistem penanggulangan *HIV/AIDS* juga masih banyak kekurangan antar institusi terkait, hal ini dikarenakan kurang koordinasi diantara institusi yang berhubungan dengan penanggulangan *HIV/AIDS*.

*Kondisi ketiga* : tentang status pengetahuan dan kesadaran masyarakat. Masyarakat adalah bagian penting dan strategis dalam penanggulangan *HIV/AIDS* di Indonesia. Karena masyarakat dapat menjadi objek sebagai dampak *HIV/AIDS* sekaligus dapat menjadi subjek sebagai pelaku penanggulangan *HIV/AIDS*. Sehubungan dengan peran masyarakat sebagai subjek status pengetahuan dan kesadaran *HIV/AIDS* pada masyarakat perlu ditingkatkan.

*Kondisi keempat* : status penataan institusi dan peraturan. Sejak Undang-Undang RI No. 22, Tahun 1999, tentang Otonomi Daerah dilaksanakan pada bulan Januari 2000, pemerintah kota atau kabupaten mempunyai kewenangannya sendiri dalam mengelola sumberdaya yang ada di dalam wilayahnya dan juga untuk menatakelembagaannya. Berhubungan dengan itu pemerintah kota dalam upaya penanggulangan *HIV/AIDS* membentuk instansi yang disebut Komisi Penanggulangan *AIDS* (KPA) yang bertanggung jawab secara teknis terhadap penanggulangan *HIV/AIDS* pada masing – masing kota atau kabupaten. Namun instansi penanggulangan *HIV/AIDS* di pisahkan dengan instansi Dinas Kesehatan, dimana pelayanan kesehatan masyarakat kota atau kabupaten dikelola oleh Dinas Kesehatan setempat. Instansi lainnya yang berkaitan dengan

penanggulangan *HIV/AIDS* seperti Pariwisata, Keamanan daerah, dll dikelola oleh masing – masing instansi.

Penataan institusi pemerintah dalam penanggulangan *HIV/AIDS* masih ada kekurangan dalam implementasi dilapangan, dimana KPA sebagai lembaga koordinasi belum dapat melakukan koordinasi dengan baik terhadap pihak-pihak yang terkait dalam penanggulangan *AIDS*, padahal dampak penanggulangan *AIDS* berhubungan erat pada kesehatan dan ekonomi masyarakat.

Sebenarnya dalam penanggulangan *HIV/AIDS* ini, berbagai tindakan telah dilakukan oleh instansi teknis yang bertanggung jawab, namun nampaknya hal itu tidak dilakukan secara komprehensif melainkan lebih pada tindakan taktis untuk periode jangka pendek. Sebagai contoh, sepanjang yang penulis ketahui belum ada peraturan (misalnya : peraturan daerah) yang telah dibuat untuk penggunaan kondom pada semua pelanggan pekerja seks; yang ada hanya anjuran penggunaan kondom pada pelanggan pekerja seks.

Untuk mengatasi dan memitigasi keadaan tersebut diatas, apa tindakan strategis yang harus dilakukan? Berdasarkan kondisi diatas nampak bahwa penanggulangan *HIV/AIDS* merupakan suatu prioritas untuk dilakukan dalam upaya memitigasi dampaknya didaerah perkotaan dan kabupaten. Tujuan penanggulangan *HIV/AIDS* ini adalah (1) menurunnya prevalensi *HIV/AIDS*. (2) Meningkatkan kualitas hidup ODHA. (3) Menurunnya Stigma dan Diskriminasiterhadap ODHA

Untuk itu dalam konsep penanggulangan *HIV/AIDS* maka beberapa tindakan strategis perlu dilakukan dengan mempertimbangkan Rumusan:

- (1) karakteristik penularan *HIV/AIDS* pada daerah kota atau kabupaten

- (2) mengkombinasikan 2 konsep yaitu konsep pencegahan dan konsep perawatan bagi orang terinfeksi *HIV/AIDS*.

## 2) *Strategi Penanggulangan HIV/AIDS*

Berikut ini, 4 rumusan tindakan strategis yang dapat dilakukan guna meningkatkan penanggulangan *HIV/AIDS* di kota dan kabupaten :

*Strategi 1* : Menyediakan dan meningkatkan sitem penanggulangan *HIV/AIDS*. Sistem penanggulangan *HIV/AIDS* sudah ada di beberapa daerah dimana pencegahan dan perawatan bagi orang terinfeksi dilengkapi dengan sistem itu. Namun sistem yang ada belum terintegasi dengan baik dan tidak memiliki perawatan yang memadai. Bahkan ada beberapa kota yang belum memiliki sistem penanggulangan *HIV/AIDS* sama sekali. Oleh karena itu pencegahan dan perawatan dalam penanggulangan *HIV/AIDS* adalah prioritas utama yang harus dilakukan. Secara teknis pemerintah daerah harus menyediakan dan meningkatkan sistem penanggulangan *HIV/AIDS* tersebut.

*Strategi 2* : Menata institusi teknis pemerintah dan membuat peraturan. Instansi yang bertanggung jawab terhadap penyediaan dan peningkatan penanggulangan *HIV/AIDS* perlu ditingkatkan dengan melibatkan dengan beberapa instansi lainnyadibawah koordinasi kantor walikota. Oleh karena, secara substansial penyediaan dan peningkatan penanggulangan *HIV/AIDS* tidak dapat dipisahkan maka peran KPAP, DINKES, dll hendaknya mempunyai komitmen yang kuat dalam penanggulangan *HIV/AIDS* pada masing – masing kota atau kabupaten. Disamping itu peraturan pada tingkat peraturan daerah perlu diadakan sebagai instrumen dalam penanggulangan *HIV/AIDS*.

*Strategi 3* : Meningkatkan partisipasi masyarakat. Partisipasi masyarakat merupakan aspek yang potensial untuk menunjang

penanggulangan *HIV/AIDS*, Oleh karena itu, sangat penting pemerintah melakukan tindakan guna meningkatkan, memperbaiki dan partisipasi kesadaran masyarakat. Tindakan yang dapat dilakukan berupa penyebaran informasi, membuat program yang berhubungan dengan penanggulangan *HIV/AIDS*, Peningkatan kapasitas bagi lembaga-lembaga swadaya masyarakat (Misalnya : Lembaga Pemberdayaan Masyarakat yang ada di tingkat kelurahan) untuk memberikan informasi yang tepat tentang *HIV/AIDS* pada warga. Kegiatan seperti ini perlu dilakukan guna mencegah infeksi baru pada masyarakat luas serta menurunkan stigma dan diskriminasi pada ODHA

*Strategi 4* : Mencari dana penunjang dari masyarakat dan swasta. Secara umum, sumber keuangan untuk penanggulangan *HIV/AIDS* berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) atau Daerah (APBD). Sumber keuangan lain yang berpotensi sebagai penunjang dapat berasal dari pihak masyarakat atau swasta. Hal ini dapat dilakukan dengan pertimbangan bahwa penanggulangan *HIV/AIDS* melibatkan semua pihak (Stakeholder) misalnya pihak yang menyediakan tempat hiburan malam (cafe, lokalisasi, diskotik, dll) dan masyarakat. Dana dapat diperoleh dengan cara membayar retribusi atau pajak bagi pihak-pihak yang menyediakan tempat hiburan malam. Namun, semua tindakan tersebut harus dilakukan berdasarkan peraturan resmi pemerintah.

#### **4. *Peningkatan Kualitas Personal Bidan.***

Peningkatan kualitas personal dan universal kebidanan sudah dimulai sejak dalam proses pendidikan bidan, setiap calon bidan sudah diwajibkan untuk mengenal, mengetahui, memahami tentang peran, fungsi dan tugas bidan. Setiap bidan harus dapat mencapai kompetensi profesional, kompetensi personal dan universal, dengan

ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Sadar tentang pentingnya ilmu pengetahuan/IPTEK, merasa bahwa proses belajar tidak pernah selesai, belajar sepanjang hayat/ *life long learning* dalam dunia yang serba berubah dengan cepat.
- 2) Kreatif, disertai dengan sikap bertanggungjawab dan mandiri. Bidan kreatif yang bertanggungjawab dan mandiri akan memiliki harga diri dan kepercayaan diri sehingga memungkinkan untuk berprakarsa dan bersaing secara sehat.
- 3) Beretika dan solidaristik.

Bidan yang beretika dan solidaristik, dalam setiap tindakannya akan selalu berpedoman pada moral etis, berpegang pada prinsip keadilan yang hakekatnya berarti memberikan kepada siapa saja apa yang menjadi haknya / bersifat tenggangrasa.

Salah satu standar kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang bidan adalah mampu mengembangkan diri dengan mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi terkini, menyadari keterbatasan diri berkaitan dengan praktik kebidanan serta menjunjung tinggi komitmen terhadap profesi bidan, dan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan kebidanan sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini. Pengembangan diri bidan ini dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu :

- (1) *CME (Continue Midwifery Education)*, yaitu melanjutkan pendidikan kebidanan ke jenjang yang lebih tinggi baik formal maupun non formal.
- (2) *Information search*, yaitu mencari informasi-informasi terbaru seputar pelayanan kebidanan.

## **5. Pengembangan Karir Bidan**

Pengembangan karir merupakan kondisi yang menunjukkan adanya peningkatan jenjang jabatan dan jenjang pangkat bagi seorang pegawai negeri pada suatu organisasi dalam jalur karir yang telah ditetapkan dalam organisasinya. Pengembangan karir bidan meliputi karir fungsional dan karir struktural. Pada saat ini pengembangan karir bidan secara fungsional telah disiapkan dengan jabatan fungsional bagi bidan, serta melalui pendidikan berkelanjutan baik secara formal maupun non formal yang hasil akhirnya akan meningkatkan kemampuan profesional bidan dalam melaksanakan fungsinya. Fungsi bidan nantinya dapat sebagai pelaksana, pendidik, peneliti, bidan koordinator dan bidan penyelia. Dalam mengantisipasi perkembangan saat ini, diperlukan tenaga kesehatan khususnya bidan yang berkualitas baik dari segi pengetahuan, keterampilan, dan profesionalitas.

Pengembangan karir bidan seyogyanya dirancang secara berkesinambungan, berjenjang, dan berkelanjutan sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup bagi bidan yang mengabdikan diri di tengah masyarakat. Pendidikan yang berkelanjutan ini bertujuan untuk mempertahankan profesionalisme bidan, baik melalui pendidikan formal maupun pendidikan nonformal. Pendidikan formal yang telah dirancang dan diselenggarakan premarital dan badan swasta dengan dukungan IBI adalah program Diploma III dan Diploma IV kebidanan. Sedangkan Pendidikan nonformal telah dilaksanakan melalui program pelatihan, magang, seminar dan lokakarya. Pola pengembangan pendidikan berkelanjutan telah dirumuskan dan dikembangkan sesuai dengan kebutuhan. Pengembangan pendidikan bidan yang berkelanjutan mengacu pada peningkatan kualitas bidan sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Materi pendidikan berkelanjutan meliputi aspek klinik dan nonklinik.

Bidan sebagai subsistem Sumber Daya Manusia menjadi salah satu ujung tombak yang berperan langsung pada penurunan AKI/AKB. Untuk memenuhi hal tersebut diperlukan bidan yang menguasai kompetensi. Sementara itu kebanyakan bidan masih belum memenuhi syarat tersebut karena latar belakang tingkat pendidikan yang berbeda-beda, kualitas lulusan yang minimal, dan sikap profesionalisme yang kurang. Untuk memenuhi standar kompetensi itu maka diperlukan lulusan bidan yang berkualitas dan memiliki sikap profesionalisme yang tinggi. Selain itu dalam menghadapi era globalisasi ini, bidan juga dituntut untuk selalu memperbaharui pengetahuannya melalui jalur pengembangan karir bidan. Pengembangan karir bidan ini dapat ditempuh melalui jalur pendidikan formal maupun dengan mengikuti seminar dan lokakarya. Pengembangan karir ini sangat penting mengingat masih banyaknya keterbatasan yang dimiliki bidan, seperti keterbatasan komunikasi, penguasaan bahasa asing, dan penguasaan IPTEK.

### (1) Struktural

Bidan melakukan pengembangan karir tergantung dimana bidan bekerja atau bertugas seperti, di rumah sakit, Puskesmas, atau bidan swasta. Pengembangan karier structural diraih berdasarkan tingkat kemampuan, kesempatan dan kebijakan yang ada. Contoh pengembangan karier structural yaitu kepala bangsal, kepala balai pengobatan dan lain-lain.

### (2) Fungsional

Bidan dalam mengembangkan karier melalui pendidikan berkelanjutan baik secara formal maupun non formal. Dan tujuannya adalah meningkatkan kemampuan profesional bidan dalam melaksanakan fungsinya.

## 6. Jenis Pendidikan Berkelanjutan

### 1) Pendidikan Formal

Pendidikan Formal dirancang dan diselenggarakan oleh pemerintah dan swasta dengan dukungan IBI adalah Program D III dan D IV Kebidanan. Pemerintah juga menyediakan dana bagi bidan (disektor pemerintah) untuk tugas belajar ke luar negeri. IBI juga mengupayakan adanya badan-badan swasta dalam dan luar negeri untuk program jangka pendek dan kerjasama dengan Universitas di dalam negeri.

### 2) *Pendidikan Non Formal*

Pendidikan Non Formal telah dilaksanakan melalui program pelatihan, magang, seminar atau lokakarya dan program non formal lainnya yang merupakan kerjasama antara IBI dan lembaga Internasional yang dilaksanakan di berbagai propinsi. IBI juga telah mengembangkan suatu program mentorship dimana bidan senior membimbing bidan junior dalam konteks profesionalisme kebidanan.

Pola pengembangan pendidikan berkelanjutan telah dikembangkan atau dirumuskan sesuai dengan kebutuhan. Pengembangan pendidikan berkelanjutan bidan mengacu pada peningkatan kualitas bidan sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Materi pendidikan berkelanjutan meliputi aspek klinik dan non klinik.

### 3) *Pendidikan dan Pelatihan*

Pendidikan dan pelatihan merupakan bagian integral dari sistem pembinaan PNS sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2000 tentang Pendidikan dan Pelatihan Jabatan Pegawai Negeri Sipil. Selanjutnya menurut

PP 25 Tahun 2000, Pemerintah memiliki kewenangan yang meliputi pembinaan dan pengawasan atas penyelenggaraan otonomi daerah antara lain mencakup pelatihan. Kemudian bahwa prinsip desentralisasi memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada institusi pelayanan, diklat pemerintah dan swasta untuk menyelenggarakan pelatihan dalam rangka peningkatan profesionalisme SDM. Kegiatan ini sangat memberikan dampak pada pengembangan karir bidan, baik sebagai peserta maupun sebagai pelatih/pendidik.

Dengan pendidikan dan pelatihan maka bidan akan dapat meningkatkan kompetensinya yang dibutuhkan dalam pelaksanaan tugas, dan mendukung pengembangan karir bidan baik dalam jalur struktural, fungsional, maupun profesi.

Pengembangan karir bidan selain ditunjang oleh kegiatan pendidikan dan latihan yang sifatnya struktural atau fungsional, juga didukung oleh kegiatan profesi, baik sebagai pengurus organisasi profesi juga melaksanakan kegiatan kegiatan ilmiah yang dikembangkan oleh organisasi profesi dalam rangka mempertahankan, meningkatkan dan mengembangkan kemampuan anggotanya. Karena kemampuan berorganisasi, kemampuan berkoordinasi dan kemampuan untuk advokasi juga sangat menunjang pengembangan karir bidan. Banyak kegiatan yang dilakukan dalam rangka peningkatan karir melalui pengembangan profesi seperti; Musyawarah Nasional, Musawarah Daerah, Musawarah cabang, Kongres IBI, Bidan Delima, Kakak asuh, *Peer review*, seminar, lokakarya, dsb. Kegiatan-kegiatan tersebut berdampak pula pada pengembangan karir seorang bidan, karena semua aktifitas yang sifatnya pengabdian dan pengembangan profesi mempunyai nilai tambah dalam jabatan fungsional bidan dan kemampuan bidan.

Seorang bidan yang membuka praktik mandiri dapat disebut juga sebagai wirausahawan. Sebagai pelaku usaha mandiri dalam bentuk layanan jasa kesehatan dituntut untuk mengetahui dengan baik manajemen usaha. Bidan sebagai pelaku usaha mandiri dapat berhasil baik dituntut untuk mampu sebagai manajerial dan pelaksana usaha, di dukung pula kemampuan menyusun perencanaan berdasarkan visi yang diimplementasikan secara strategis dan mempunyai ke mampuan personal selling yang baik guna meraih sukses. Diharapkan bidan nantinya mampu memberikan pelayanan kesehatan sesuai profesi dan mampu mengelola manajemen pelayanan secara profesional, serta mempunyai jiwa *entrepreneur*.

Kewirausahaan dalam praktek kebidanan adalah Sebuah *mindset* dan *method* yang harus dikuasai seorang Bidan sebagai wirausahawan dalam memulai dan/atau mengelola sebuah usaha praktek profesional (Bidan Praktek Swasta maupun Klinik Bersalin) dengan mengembangkan kegiatan-kegiatan berbasis kreativitas dan inovasi yang dapat memenuhi kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat untuk kemajuan/keberhasilan praktek profesional kebidanannya.

Berikut dikemukakan 2 pengertian tentang *networking* atau jejaring yaitu: *Networking* adalah seni dan praktek untuk menghadiri peristiwa sosial dan berhubungan atau melakukan kontak dengan orang-orang yang memiliki kemungkinan membantu usaha atau bisnis (Atomic Dog Publishing, 2006). Definisi ini diambil dari pengalaman dunia usaha atau sektor komersial. Sedangkan definisi yang berikut lebih dilihat dari pengalaman dalam bidang sosial dimana jejaring dapat juga diartikan sebagai suatu proses dimana dua atau lebih individu atau organisasi bekerja bersama untuk mencapai tujuan bersama (Pratomo, 2010).

Penerapan *Networking* dalam bidang pribadi (praktek profesional) dapat berupa : promosi dan pemasaran pelayanan bidang secara getok tular untuk menjaring klien baru. Hal ini diperoleh ketika ada seorang klien atau pasien yang merasa puas dengan pelayanan profesional bidang tersebut, dia dapat menjadi sumber informasi untuk menyebarkan informasi tersebut kepada klien lain maupun calon klien lain terutama yang mengalami ketidakpuasan untuk pindah ke pelayanan profesional oleh bidang tersebut. Promosi dan pemasaran pelayanan bidang melalui jejaring media sosial. Bidan yang *up to date* (mahir dan tidak ketinggalan jaman) dengan teknologi kini dan tidak gatek dapat sharing informasi dan pengalaman dan berkomunikasi dengan klien atau calon klien menggunakan media sosial misalnya FB, Twitter dsb.

# DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Asrul. (2000), *Mutu Pelayanan Kesehatan*., PT. Gramedia. Jakarta.
- Amazon Black, Boyd. 1999. *National Culture and High Commitment Management*. Employee
- Ardhani, Adhitya, P., 2007, Pengaruh Switching Cost Sebagai Pemoderasi Hubungan Antara Kepuasan Dan Loyalitas Konsumen, *Jurnal Riset Manajemen dan Bisnis*, Volume 2, No. 2.
- Azwar, Azrul, 1996, *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Azwar, Azrul, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Kedua*. Jakarta : PT. Bina. Rupa Aksara.
- Bailey, B. and Dandrade, R., 1995, Employee satisfaction and customer satisfaction equals sustained profitability, *Center for Quality Management Journal*, 4(3): 3-11, Fall.
- Barlow, J. and Maul, D., 2000, *www.tmius.com*. Business Book Review.
- Batinggi, Ahmad, 2005, *Materi Pokok Pelayanan Umum*. Jakarta : Universitas Terbuka.
- Bedjo, Siswanto, *Manajemen Modern Konsep dan Aplikasi*, Bandung : PT Sinar Baru, 1990
- Business Studies; First Quarter; 29, 1: 159 – 177 Shackleton, V & Ali, A. H. 1990. Work-Related Values of Managers: A Test of the
- Castro, London, and Armario, Ruiz, 1999, Consequences of market orientation for customers and employees. *European Journal of Marketing*. 39 (5), 646-75.
- Cultures. *Academy of Management Journal*. Vol 33 Iss 1 p, 188-199 Koentjaraningrat.2002. Kebudayaan, Mentalitas dan

- Pembangunan. Cetakan ke 20.
- Departemen Kesehatan RI, 2000. *Health Information in Brief*, Jakarta : PT. Elex Media Komputindo.
- Departemen Kesehatan RI. (2000). Modul Indonesia Sehat 2010. Jakarta
- Derek Bok. 1993. *The Cost of Talent*. Amazon
- Drucker, Peter. (1977). *An Introductory View of Management*. New York: Harper &
- Fattah, Nanang, *Landasan Manajemen Pendidikan*, Bandung : PT Remaja Rosdakarya, 2008.
- Ferdinand, A., 2001, *Structural Equation Modeling dalam Penelitian Manajemen Aplikasi Model – Model Rumit dalam Penelitian Untuk Tesis S-2 dan Disertasi S-3*. Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ferguson, Ronald James, Paulin, Michele, Pigeassou, Charles, and Gauduchon, Romain, 1999, Assessing Service Management Effectiveness in a Health resort : Implication of Technical and Fuctional Quality, *Managing Service Quality*, 9(1), 58.
- Ford, Robert C., A. Bach, Susan, and Fottler Myron, D., 1996, Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organization, *Health Care Manage Review*, pp 74 – 89.
- Geringer, M. J., Frayne, A. C., Milliman, F. J. 2002. In Search of “Best Practices” in International Human Resource Management: Research Design and
- Gordon, B. Davis, (1999), *Sistem Informasi Manajemen : Struktur dan Pengembangannya*, PT. Gramedia.
- Holbrook, Morris B. and Rajeev Batra, 1987, Assessing the Role of Emotions as Mediators of Consumer Responses to Advertising, *Journal of Consumer Research*, 14 (December), 404-420.
- Hume, Margee, 2008, Understanding Core and Peripheral Service Quality in Customer Repurchase of the Performing Arts, *Managing Service Quality*, Vol. 18 No. 4, 2008.
- Kim. W. G, Ma, X and Kim. D. J, 2003, Determinants of Chinese hotel customers’ e-satisfaction and purchase intentions, *Journal of*

*Service Research.*

- Komariah, Aan, Engkoswara, Administrasi Pendidikan, Bandung : Alfabeta, 2010.
- Lovelock, Christopher *And* Wright, Lauren K., 2005, *Manajemen Pemasaran Jasa. Edisi Bahasa Indonesia*, Jakarta : Gramedia.
- Management Practice and National Culture. Journal of International Business Studies. Fourth Quarter, 27, 4: 753 - 779 Newman, William H. (1969). Cultural Assumptions Underlying U.S. Management
- McNeal, B. L., 1992, Basic Definitions : Advertising, Marketing, Promotion, Public Relations and Publicity, and Sales, *The Management Assistance Program For Non Profit*, Minnesota.
- Methodology.Human Resource Management, Spring; 41, 1: 5 - 30
- Gomez-Mejia, L & Welbourne, T. 1993. Compensation Strategies in A Global Context.
- Miniard, Blackwell, *and* Roger, Engel. F. James, 1994, *Perilaku Konsumen. Edisi Keenam*, Jakarta : Binarupa Aksara.
- Moenir, H. A. S., 2002, *Manajemen Pelayanan Umum*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Mowen. Jhon C, *and* Minor, Michael, 2002, *Perilaku Konsumen, Edisi Kelima*. Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Mubarak, Wahid Iqbal, Nurul Chayanti dan Bambang. (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, Wahid Iqbal. (2005).Pengantar Ilmu Komunitas 1. Jakarta: Sagung Seto.
- Munhurrun, R.P. Naidoo, P., *and* Bhiwajee, S.D.L., 2008, Measuring Call Centre Employee Satisfaction and Loyalty, *University of Mauritius*.
- Muninjaya, A. A. Gde, 2004, *Manajemen Kesehatan, Edisi 2*, Jakarta : Penerbit EGC
- Oliver, R. L., 1997, "*Satisfaction : A Behavioral Perspective on the Consumer.*" Boston, Irwin/McGraw-Hill.

- Organization Studies.11/1:075-101, p76-101 Sondergaard, M. 1994. Hofstede"s Consequences: A Study of Reviews, Citations and
- Otani, M., 2003, Reconsidering Models of Patient Satisfaction and Behavioral Intentions, *Health Care Management Review January/February/March 2003*, Volume 28 - Issue 1 - pp 7-20
- Parasuraman, Zeithaml, Valerie A., and Berry, Leonardo L.,1985, Conceptual Model Of Service Quality and its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, fall.
- Pemakai Sistem, Jurnal Ekonomi dan Manajemen Vol. 1, No.2, hal. 149 – 163. Tracendi, (1988), Efektivitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin:, Jurnal Kesehatan Vol. 1, No.2, hal.119 – 123.
- Penerbit Gramedia Pustaka Utama. Jakarta Koentjaraningrat.2004. Manusia dan Kebudayaan di Indonesia. Cetakan ke 20. Penerbit
- Poerwadarminta, 2006, *Kamus Umum Bahasa Indonesi. Edisi Ketiga*. Jakarta : Balai Pustaka.
- Qomariyah, Nurul, 2011, Pengaruh Kualitas Layanan dan Citra Terhadap Kepuasan dan Loyalitas Pelanggan.
- Rangkuti, Freddy, 2002, *Measuring Consumer Satisfaction : Gaining Customer Relation Strategy*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Ratminto dan Atik S. W., 2008, *Manajemen Pelayanan Pengembangan Model Konseptual*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Relation. Vol. 21. No. 4. p. 389-404
- Daft, L. (2000). Management. New York: McGraw-Hill.
- Sariyoni, Eming, 2003, *The Influence of the Primary Helth Service Quality of Puskesmas on The Patient's Loyalty*, Bandung : Thesis, Program Magister Manajemen Universitas Padjadjaran.
- Satrianegara, M. Fais. 2009. Buku Ajar Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Sawyer, Jhon E. and Dickson`s, K. L., 1984, Effects of Price Uncertainty on Consumer Purchase Budget and Price Thresholds, *Marketing Letters*, 3 : 4 (1984) : (323 – 329).

- Siregar, Charles, 2004, *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan, Cetakan I*, Jakarta : Penerbit EGC.
- Soderlund, Magnus, and Ohman, Niclas, 2003, Behavioral Intentions in Satisfaction Research Revisited, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. 16.
- Stanhope, Marcia, Jeanette Lancaster. (2004). *Community & Public Health Nursing*. USA: Mosby,inc.
- Stone,Clemen, Mc Guire and Elgsti. (2002). *Comprehensive Community Health Nursing*. USA Mosby,inc.
- Supranto, J., 1997, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*, Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Susanto, A. B., 2004, *Value Marketing: Paradigma Baru Pemasaran*. Bandung : Mizan Media Utama.
- Susanto, Azhar (2004), *Sistem Informasi Manajemen : Konsep dan Pengembangannya*, Edisi tiga, Lingga
- Sutopo, 2000, “*Pelayanan Prima*”. Jakarta : Penerbit LAN.
- Taylor S. A. and Baker T. L., 1994, Assessment of Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Customer Purchase Intentions, *Journal of Retailing*, Vol. 70, No. 2, h.163-178.
- Terry, George. (1978). *Principles of Management*. New York: McGraw-Hill.
- The Sosial Impact of Buisness Failure: Enron. *Mid-American Journal of Business*, Vol.17.No.2.11
- Triandis, H.C. 1982. Review of Culture’s Consequences. *Human Organization*, 41; 86-90
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Westbrook, Robert A., 1987, Product/Consumption-Based Affective Responses and Postpurchase Processes, *Journal of Marketing Research*, 24 (August), 258-70.
- Wiyono, Djoko, 1997, *Tugas dan Fungsi Rumah Sakit*. Surabaya : Airlangga University Press.

[http://www.hspprs.org/.../Dr\\_Wicaksono\\_BKKBN\\_Upaya\\_pcapaian\\_MDGs\\_IBI\\_edit.ppt](http://www.hspprs.org/.../Dr_Wicaksono_BKKBN_Upaya_pcapaian_MDGs_IBI_edit.ppt)

Susanto C.E. Angka kematian bayi masih tinggi [disitasi 14 Juni 2010]. 2010. Diunduh dari: <http://bataviase.co.id/node/110111>

Pardjoko. Perempuan dan anak Indonesia tahun 2005 [disitasi 16 Juni 2010]. 2009. Diunduh dari: [http://papahende.multiply.com/journal/item/59/Perempuan dan Anak Indonesia Tahun 2005](http://papahende.multiply.com/journal/item/59/Perempuan_dan_Anak_Indonesia_Tahun_2005)

Effendi T.D. Tujuh tahun program MDGs di Asia Tenggara (rangkuman laporan UNDESCAP, UNDP dan ADP Maret 2007) [disitasi 16 Juni 2010]. Diunduh dari: <http://tonnywong.blogspot.com/2007/08/tujuh-tahun-mdgs-di-asia-tenggara.html>

Rahardjo S.P. Revitalisasi KB dan pembangunan millennium (disitasi 12 Juni 2010). Diunduh dari: [http://www.targetmdgs.org/index.php?option=com\\_content & task=view&id=69&Itemid=6](http://www.targetmdgs.org/index.php?option=com_content&task=view&id=69&Itemid=6)

[http://www.managementaccountingsystems.com/12/pengertian-sejarah-dan-perkembangan manajemen.htm](http://www.managementaccountingsystems.com/12/pengertian-sejarah-dan-perkembangan_manajemen.htm)

[http://www.12manage.com/methods\\_fayol\\_14\\_principles\\_of\\_management.html](http://www.12manage.com/methods_fayol_14_principles_of_management.html)

[http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/05/pengertian-mutu-pelayanan kesehatan.html #ixzz38tmBwIlU](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/05/pengertian-mutu-pelayanan_kesehatan.html#ixzz38tmBwIlU)

<http://dr-suparyanto.blogspot.com/search/label/Komunitas>

<http://dr-suparyanto.blogspot.com/2011/02/pelayanan-kesehatan-health-service.html>

<http://drsuparyanto.blogspot.com/search/label/Kuliah%20Manajemen%20dan%20Organisasi>

[http://cafe-radiologi.blogspot.com/2010/09/pelayanan-kesehatan-dan-mutu pelayanan.html](http://cafe-radiologi.blogspot.com/2010/09/pelayanan-kesehatan-dan-mutu_pelayanan.html)

<http://www.gudangmateri.com/2010/10/aturan-standar-mutu-pelayanan-kesehatan.html>

