

Endang Sutisna Sulaeman

MANAJEMEN KESEHATAN

Teori dan Praktik di Puskesmas

Buku ini penulis persembahkan untuk :

Untuk kedua orang tua kami H. Sulaeman dan Hj. Suciah yang telah memelihara kefitrian dan memfasilitasi bekal kehidupan.

Istri dr. Hj. Titi Setiawati yang telah mendampingi selama lebih seperempat abad dan untuk Putra-putri kami : Tia Sofia Aini, Farhan Ali Rahman dan Muhammad Agung Diponegoro, serta Cucu kami Muhammad Khairy Rizqy dan Muhammad Ahdan Firdaus sebagai amanah, anugerah, dan aset. Semoga menjadi anak dan cucu yang shaleh dan shalehah, berguna bagi Nusa, Bangsa, Negara dan Agama. Amien.

Untuk insan kesehatan yang tulus ikhlas berbhakti bagi Nusa, Bangsa dan Negara dalam mewujudkan Indonesia Sehat sebagai bagian dari kesejahteraan rakyat.

Penulis berterima kasih kepada :

Bapak Prof. DR. Ravik Karsidi, M.S, Pembantu Rektor I (Bidang Akademik)
Universitas Sebelas Maret

Bapak Prof.DR.H.AA. Subiyanto, dr, MS, Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Sebelas Maret

Bapak dr. Bhisma Murti, MPH, MSc, PhD. Kepala Bagian Ilmu Kesehatan
Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

Bapak dr. Dadi Argadiredja MPH, Dosen Program Pascasarjana Magister Ilmu
Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran/

Mantan Sekretasis Jenderal Departemen Kesehatan RI

Terima kasih atas saran, masukan, dukungan, dan fasilitasnya.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wa barakaatuh.

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Pengasih karena atas berkah, rahmat dan karunia-Nyalah penulisan dan penerbitan buku **“Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas”** ini dapat diwujudkan. Penulis menyadari bahwa proses untuk mengumpulkan kembali pengalaman penulis selama lebih kurang 25 tahun bekerja di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk diterbitkan dalam satu buku bukanlah suatu pekerjaan yang mudah. Bimbingan, taufiq dan karunia-Nyalah yang membantu penulis dapat menyelesaikan pekerjaan berat ini.

Dalam kondisi yang cepat berubah seperti sekarang ini diperlukan paradigma baru dalam sistem manajemen termasuk manajemen kesehatan. Paradigma baru itu antara lain : *Pertama*, manajemen harus lebih fleksibel dalam arti mampu menyesuaikan diri dengan tuntutan lingkungan. Aturan-aturan yang dibuat oleh organisasi harus bersifat lentur, mudah mengakomodasi kemungkinan perubahan yang akan terjadi. Dengan kata lain ada keseimbangan antara sikap *“rule driven”*, yaitu setiap langkah gerak dikendalikan oleh berbagai macam peraturan dengan *“mission driven”*, yaitu setiap langkah gerak juga didorong oleh visi dan misi organisasi yang telah ditetapkan. *Kedua*, memelihara keseimbangan antara tujuan-tujuan dan kepentingan-kepentingan yang bertentangan diantara *stakeholder* (pemangku kepentingan) yaitu kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh pencapaian tujuan organisasi dengan orientasi mengutamakan pada kepentingan dan kepuasan klien/konsumen. *Ketiga*, mengembangkan kepemimpinan kolektif yang partisipatif, bukan *one man show* atau pun kepemimpinan puncak saja. Pada masa yang terus menerus berubah diperlukan pemimpin yang menyebar di berbagai tingkatan dan bidang, agar mereka siap menghadapi perubahan, bersifat pro-aktif, antisipatif, dan berani mengambil risiko terhadap segala kemungkinan yang bisa terjadi dalam batas-batas kewenangannya. *Keempat*, mengembangkan sistem informasi terbuka atau *sharing information*, yaitu informasi dibagikan kepada para pimpinan tingkat menengah dan bawah, bahkan kepada semua pegawai, sehingga keputusan manajemen dapat diputuskan bersama dan dipahami oleh semua *stakeholder*. *Kelima*, mengembangkan partisipasi dan pemberdayaan pegawai, klien/konsumen, dan masyarakat. Dengan semakin terbatasnya sumber daya manajemen, maka perlu mengupayakan kebersamaan dan kemitraan, sejak perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian program.

Dari sekian paradigam baru tersebut di atas, kepemimpinan memegang peranan kunci. Semua perubahan konsep manajemen bisa diupayakan atau tidak sangatlah tergantung dari pemimpin. Disamping itu, pemimpin yang efektif akan selalu memperhatikan perbaikan atau peningkatan yang berkelanjutan. Ia tak pernah berhenti untuk meningkatkan kualitas usahanya. Maka, seorang pemimpin harus memiliki apa yang disebut dengan *continuous improvement mindset*.

Manajemen Puskesmas diperlukan untuk melakukan Revitalisasi Puskesmas yang merupakan salah satu daftar masalah kesehatan komunitas dalam Standar Kompetensi Dokter (Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia No.21A/KKI/KEP/IX/2006). Untuk itu Manajemen Puskesmas dan Revitalisasi Puskesmas

telah dimasukkan dalam kurikulum pendidikan dokter Fakultas Kedokteran di Indonesia.

Buku ini disusun dengan maksud untuk digunakan masyarakat luas yang berminat menambah wawasannya di bidang manajemen, termasuk juga kepemimpinan, motivasi, komunikasi dan pengarahan sebagai bekal seorang pemimpin untuk menggarakkan stafnya agar bekerja lebih produktif.

Secara teoritis, buku ini membahas teori dan konsep manajemen yang bersifat umum. Kemudian teori dan konsep tersebut secara praktis diterapkan di Puskesmas sebagai aplikasi pengalaman penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa buku ini belumlah dikatakan sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat menantikan saran dan kritik konstruktif dari pembaca untuk perbaikan buku ini di masa datang.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini. Semoga Allah yang Maha Pengasih dan Penyayang membalas budi baik Bapak/Ibu sekalian.

Akhirnya, penulis berharap semoga buku ini dapat bermanfaat bagi perbaikan kinerja Puskesmas dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya Manajemen Kesehatan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Surakarta, 20 Maret 2009

Penulis

**SAMBUTAN DEKAN FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA**

Assalamu'alaikum warahmatullahi wa barakaatuh.

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah menganugerahkan segala nikmat dan karunia yang tak terhingga, termasuk nikmat karunia ilmu pengetahuan sebagai bekal pengabdian kepada Nya.

Pengalaman merupakan guru terbaik dalam kehidupan. Kreativitas dan dedikasi merupakan modal dasar seseorang dalam menjalankan tugas pengabdian dan pengembangan diri. Salut buat penulis yang telah menuangkan pengalamannya selama lebih kurang 25 tahun bekerja di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten yang ditulis dalam buku “Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas” dengan landasan teori manajemen kesehatan yang komprehensif. Karya semacam ini benar-benar merupakan sumbangan yang berguna bagi pendidikan dokter dengan kurikulum berbasis kompetensi dan dengan metode pembelajaran berdasarkan masalah atau *problem base learning*.

Sebagaimana kita ketahui, Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna, dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas serta menjadi ujung tombak dalam sistem pelayanan kesehatan. Untuk itu, Puskesmas perlu dikelola oleh pemimpin yang mempunyai bekal ilmu dan keterampilan manajemen Puskesmas yang memadai dilandasi oleh dedikasi yang tulus ikhlas, sehingga Puskesmas berkinerja tinggi dan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, kriteria kepala Puskesmas dipersyaratkan harus seorang sarjana dibidang kesehatan yang kurikulum pendidikannya mencakup kesehatan masyarakat, termasuk di dalamnya adalah dokter.

Sebagian besar dokter akan menempati posisi kunci sebagai pemimpin di organisasi pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas. Dokter sebagai pimpinan Puskesmas dituntut memiliki pemahaman dan keterampilan dasar pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) serta asas-asas, fungsi-fungsi, dan teknik-teknik manajemen Puskesmas. Disamping itu, perubahan lingkungan makro dibidang pembangunan kesehatan akan terus berlangsung. Untuk mengantisipasinya, wawasan dan kemampuan dokter harus dipersiapkan sejak mereka berada dalam pendidikan. Salah satu cabang ilmu yang perlu diberikan kepada mahasiswa kedokteran adalah ilmu manajemen dan penerapannya di bidang pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas. Atas dasar itu, manajemen Puskesmas telah dimasukkan ke dalam kurikulum Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.

Terima kasih atas dedikasi dan loyalitasnya kepada almamater tercinta yang diwujudkan dalam penulisan buku ini. Akhirnya, harapan kami semoga buku ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Prof. DR. H. AA. Subiyanto, dr, MS.

DAFTAR ISI

	Halaman
Persembahan dan Ucapan terima kasih.....	
Kata Pengantar.....	
Sambutan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret	
Prof. DR.H. AA. Subiyanto, dr, MS	
Daftar Isi	
Daftar Bagan	
Daftar Tabel	
Daftar Grafik.....	
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II PERKEMBANGAN PEMIKIRAN MANAJEMEN	
Manfaat Mempelajari dan Menerapkan Pemikiran Manajemen	
bagi Puskesmas.....	13
Perkembangan Pemikiran Manajemen.....	14
1. Pemikiran Manajemen Klasik.....	15
a. Pemikiran Manajemen Ilmiah.....	15
b. Pemikiran Manajemen Administratif.....	18
c. Pemikiran Manajemen Birokratik.....	20
2. Pemikiran Manajemen Humanistik sebagai Jembatan dari	
Pemikiran Manajemen Klasik hingga Pemikiran	
Manajemen Kontemporer.....	22
a. Pemikiran Manajemen Hubungan Manusiawi.....	23
b. Pemikiran Manajemen Pendekatan Perilaku	25
3. Pemikiran Manajemen Kontemporer/Modern	28
a. Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka	28
b. Pemikiran Manajemen Kontingensi.....	37
 BAB III MANAJEMEN PUSKESMAS	
Pengertian Manajemen Puskesmas	53
1. Manajemen Puskesmas adalah Proses Pencapaian Tujuan Puskesmas...	54
2. Manajemen Puskesmas adalah Proses Menyelaraskan Tujuan	
Organisasi dan Tujuan Pegawai Puskesmas (<i>management by</i>	
<i>objectives</i> /MBO) Menurut <i>Drucker</i>	
Puskesmas	56
3. Manajemen Puskesmas adalah Mengelola dan Memberdayakan	
Sumber Daya dalam rangka Efisiensi dan Efektivitas Organisasi	
Puskesmas	61
4. Manajemen Puskesmas adalah Proses Pengambilan Keputusan dan	
Pemecahan Masalah	66
5. Manajemen Puskesmas adalah Proses Kerjasama dan Kemitraan	
dalam Pencapaian Tujuan Puskesmas	70
6. Manajemen Puskesmas adalah Proses Mengelola Lingkungan	73
Analisis SWOT.....	76
Kemampuan Manajerial Puskesmas.....	85
Peran-peran Manajerial Puskesmas.....	87
Manajemen dan Administrasi Puskesmas.....	89
Model-model Manajemen Puskesmas.....	91

BAB IV	PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS	
	Pengertian Perencanaan Tingkat Puskesmas.....	97
	Aspek-aspek Perencanaan Puskesmas.....	86
	Ciri-ciri Perencanaan Puskesmas.....	89
	Manfaat, Keuntungan, dan Kelemahan Perencanaan Puskesmas.....	90
	Tipe-tipe Perencanaan dan Rencana Puskesmas.....	91
	1. Rencana Strategik Puskesmas.....	91
	2. Rencana Operasional Puskesmas.....	97
	Kebijakan Perencanaan Tingkat Puskesmas.....	131
	Pelaksanaan Perencanaan Tingkat Puskesmas.....	133
BAB V	PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS	
	Pengertian Pengorganisasian Puskesmas.....	135
	Manfaat Pengorganisasian Puskesmas.....	137
	Langkah-langkah Pengorganisasian Puskesmas.....	138
	Pelimpahan Wewenang dalam Organisasi Puskesmas.....	139
	Struktur Organisasi Puskesmas.....	144
	Kebijakan Pengorganisasian Tingkat Puskesmas.....	151
	Pelaksanaan Pengorganisasian Tingkat Puskesmas.....	151
BAB VI	PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN (AKTUASI) TINGKAT PUSKESMAS	
	Pengertian, Faktor-faktor, dan Tujuan Penggerakan dan Pelaksanaan (Aktuasi) Tingkat Puskesmas.....	158
	Kepemimpinan.....	161
	1. Teori Sifat-sifat Kepemimpinan.....	162
	2. Teori Perilaku/Gaya Kepemimpinan.....	163
	3. Teori Kepemimpinan Situasional/Kontingensi.....	167
	Motivasi.....	174
	1. Teori isi (<i>Content Theory</i>) atau teori Kebutuhan (<i>Need Theory</i>).....	175
	2. Teori Proses.....	181
	Komunikasi.....	186
	Pengarahan.....	192
	Kebijakan Penggerakan dan Pelaksanaan (<i>Aktuasi</i>) Tingkat Puskesmas.....	194
	Pelaksanaan Penggerakan dan Pelaksanaan (<i>Aktuasi</i>) Tingkat Puskesmas.....	196
BAB VII	PENGAWASAN, PENGENDALIAN DAN PENILAIAN (P3) TINGKAT PUSKESMAS	
	Pengertian Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian (P3) Puskesmas.....	201
	Tujuan dan Manfaat P3 Puskesmas.....	204
	Prinsip P3 Puskesmas.....	204
	Proses P3 Puskesmas.....	205
	Ciri-ciri P3 Puskesmas yang Efektif.....	207
	Kebijakan P3 Puskesmas.....	209
	Pelaksanaan P3 Puskesmas.....	213

**BAB VIII STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI
PUSKESMAS**

1. Pelayanan Kesehatan Yang Wajib Dilaksanakan Oleh Semua Puskesmas Sebagai UPTD Kesehatan Kabupaten/Kota	226
2. Pelayanan Kesehatan Yang Wajib Dilaksanakan Oleh Puskesmas Tertentu Sebagai UPTD Kesehatan Kabupaten/Kota	271
DAFTAR KEPUSTAKAAN	281
BIOGRAFI PENULIS	286

Daftar Bagan

Bagan 2.1	Perkembangan Pemikiran Manajemen Menurut <i>Longenecker</i> dan <i>Pringle</i> 19
Bagan 2.2	Prinsip-prinsip Manajemen Puskesmas : Adaptasi Prinsip-prinsip Manajemen Menurut <i>Fayol</i> 24
Bagan 2.3	Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka Pada Puskesmas 37
Bagan 3.1	Daur Manajemen Berdasarkan Sasaran/Tujuan (<i>Management By Objectives/MBO</i>) Pada Penyusunan Rencana Operasional Tahunan Puskesmas 53
Bagan 3.2	Pengaruh Efektivitas Individu dan Kelompok Terhadap Efektivitas Organisasi 57
Bagan 3.3	Hubungan antara Variabel Kausal, Variabel Antara, dan Variabel Keluaran Puskesmas 59
Bagan 3.4	Siklus Pemecahan Masalah dan Pelaksanaan Fungsi-fungsi Manajemen Puskesmas 61
Bagan 3.5	Diagram Analisis SWOT 71
Bagan 3.6	Matriks TOWS 80
Bagan 3.7	Kemampuan Manajemen yang diperlukan pada berbagai Level Organisasi 83
Bagan 3.8	Hubungan antara Subsistem di dalam internal Organisasi dan Peranan Manajerial (Menurut <i>Hersey</i> dan <i>Blanchard</i>) 85
Bagan 4.1	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat (<i>Blum</i>) 107
Bagan 4.2	Contoh Penggunaan Bagan <i>Gantt</i> pada Rencana Operasional Pekan Imunisasi Nasional di Puskesmas X Tahun 2006 137
Bagan 5.1	Contoh Bagan Organisasi Lini 150
Bagan 5.2	Contoh Bagan Organisasi Staf 151
Bagan 5.3	Contoh Bagan Organisasi Lini dan Staf 152
Bagan 5.4	Contoh Bagan Organisasi Fungsional 153
Bagan 5.5	Model Struktur Organisasi Puskesmas Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/2004 158
Bagan 5.6	Model Struktur Organisasi Puskesmas Berdasarkan Keputusan Menteri Dalam Negeri No.23 Tahun 1994 159
Bagan 6.1	Kepemimpinan Situasional Menurut <i>Hersey</i> dan <i>Blanchard</i> 179
Bagan 6.2	Perbandingan Hierarki Kebutuhan Manusia di Negara Berkembang dan Negara Maju 187
Bagan 7.1	Proses P3 Puskesmas 217
Bagan 7.2	Pohon Masalah Analisis Sebab Akibat 235
Bagan 7.3	Pohon Alternatif Identifikasi Pemecahan Masalah 238

Daftar Tabel

Tabel 4.1	Contoh Format Sepuluh Penyakit Utama Rawat Jalan di Puskesmas 111
Tabel 4.2	Contoh Format Jumlah Kematian yang dilaporkan selama Tahun 2008 112
Tabel 4.3	Contoh Teknik Skoring PAHO (<i>Pan American Health Organization</i>) 119
Tabel 4.4	Hubungan Tujuan Umum dan Tujuan Khusus dengan <i>Input, Process, Output, Effect</i> , dan <i>Outcome</i> 126
Tabel 4.5	Format Analisis Hambatan Potensial (AHP) 133
Tabel 4.6	Indikator dan Pengukuran Pemantauan Program Puskesmas 134
Tabel 4.7	Contoh <i>Gantt Chart</i> pada Rencana Pelaksanaan Kegiatan (<i>Plan of Action/POA</i>) Upaya Puskesmas 138
Tabel 5.1	Contoh <i>Gantt Chart</i> Pembagian Beban Tugas dan Wilayah Kerja 160
Tabel 5.2	Jumlah, Lokasi, Waktu dan Tim Pelayanan Posyandu 166
Tabel 6.1	Beberapa Kombinasi Harapan, Instrumentasi, dan Valensi 192
Tabel 7.1	Format Penilaian Pencapaian Hasil Pelaksanaan Pelayanan Puskesmas 230
Tabel 7.2	Format Penilaian Manajemen Puskesmas 231
Tabel 7.3	Format Penilaian Mutu Pelayanan Puskesmas 231
Tabel 7.4	Matriks <i>Ragpie</i> /Analisis Data I (Untuk Evaluasi Kegiatan) 233
Tabel 7.5	Format SWOT (Analisis Data II) Identifikasi Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kegiatan 234
Tabel 7.6	Metode <i>Hanlon</i> (Analisis Data IV) Penentuan Prioritas Masalah Kegiatan 236
Tabel 8.1	Indikator Kinerja dan Target Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Puskesmas Tahun 2010 293

Daftar Grafik

Grafik 4.1	Contoh Grafik Pencapaian Salah Satu Program Puskesmas	127
Grafik 4.2	Grafik ” <i>Diminishing Return</i> ” Pencapaian Kinerja Puskesmas	127
Grafik 7.1	Grafik Laba-laba Penyajian Hasil Kinerja Puskesmas	232

Daftar Lampiran

Lampiran 5.1	Uraian Tugas dan Tanggung Jawab Bidan Desa	162
Lampiran 5.2	Uraian Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Kesehatan Desa	163
Lampiran 5.3	Uraian Tugas dan Tanggung Jawab Pembina Kesehatan Desa	165
Lampiran 6.1	Rapat Koordinasi Posyandu-Desa Siaga Tingkat Desa	207

BAB I

PENDAHULUAN

Sejarah dan perkembangan Puskesmas di Indonesia dimulai dari didirikannya berbagai institusi dan sarana kesehatan seperti Balai Pengobatan, Balai Kesehatan Ibu dan Anak, serta diselenggarakannya berbagai upaya kesehatan seperti usaha hygiene dan sanitasi lingkungan yang masing-masing berjalan sendiri-sendiri. Pada pertemuan *Bandung Plan* (1951), dicetuskan pertama kali pemikiran untuk mengintegrasikan berbagai institusi dan upaya kesehatan tersebut di bawah satu pimpinan agar lebih efektif dan efisien. Selanjutnya konsep pelayanan kesehatan yang terintegrasi lebih berkembang dengan pembentukan *Team Work* dan *Team Approach* dalam pelayanan kesehatan tahun 1956. Penggunaan istilah Puskesmas pertama kali dimuat pada *Master Plan of Operation for Strengthening National Health Service in Indonesia* tahun 1969. Dalam dokumen tersebut Puskesmas terdiri atas 3 (tiga) tipe Puskesmas (Tipe A, Tipe B, Tipe C). Kemudian dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional ke-3 tahun 1970 ditetapkan hanya ada satu tipe Puskesmas dengan 6 (enam) kegiatan pokok Puskesmas. Perkembangan selanjutnya lebih mengarah pada penambahan kegiatan pokok Puskesmas seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, kemampuan pemerintah, serta keinginan program di tingkat pusat, sehingga kegiatan pokok Puskesmas berkembang menjadi 18 (delapan belas) kegiatan pokok Puskesmas, bahkan Daerah Khusus Ibukota Jakarta mengembangkan menjadi 21 (dua puluh satu) program pokok Puskesmas (Departemen Kesehatan, 2004).

Sejak diperkenalkannya konsep Puskesmas, berbagai hasil telah banyak dicapai. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) telah berhasil diturunkan. Sampai tahun 2007 AKI telah dapat diturunkan dari 270 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2004 menjadi 262 (2005), 255 (2006) dan 248 (2007) dan AKB telah dapat diturunkan dari 30,8 per 1.000 KH pada tahun 2004 menjadi 29,4 (2005), 28,1 (2006) dan 26,9 (2007). Angka gizi kurang pada Balita diturunkan dari 25,8% (2003) menjadi 24,7% (2005), 23,6% (2006) dan 21,9% (2007). Sementara itu Angka Harapan Hidup (AHH) rata-rata bangsa Indonesia telah meningkat secara bermakna dari 66,2 tahun (2004) menjadi 69,8 tahun (2005), 70,2 tahun (2006) dan 70,5 tahun (2007) (Departemen Kesehatan, 2007).

AKI tersebut masih tertinggi di wilayah Asia Tenggara. AKI menurun sangat lambat, sedangkan target yang akan dicapai pada tahun 2010 adalah 125/100.000 kelahiran hidup. Besarnya AKI menggambarkan masih rendahnya tingkat kesadaran perilaku hidup bersih dan sehat, status gizi dan status kesehatan ibu, cakupan dan kualitas pelayanan untuk ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu nifas, serta kondisi kesehatan lingkungan. Berdasarkan analisis penyebab kematian ibu, penyebab langsung kematian ibu menurut SKRT (2001) adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (11%),

abortus (5%), trauma obstetrik (5%), emboli obstetrik (5%), partus lama/macet (5%) serta lainnya (11%). Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah rendahnya status gizi, rendahnya status kesehatan serta adanya faktor risiko kehamilan pada ibu. SKRT (2001) menunjukkan bahwa 34% ibu hamil mengalami kurang energi kronis (KEK) dan 40% menderita anemia gizi besi (AGB). SDKI (2002-2003) menunjukkan bahwa 22,4% ibu masih dalam keadaan “4 terlalu” yaitu 4,1% kehamilan terjadi pada ibu berumur kurang dari 18 tahun (terlalu muda), 3,8% terjadi pada ibu berumur lebih dari 34 tahun (terlalu tua), 5,2% persalinan terjadi dalam interval waktu kurang dari 2 tahun (terlalu sering) dan 9,3% ibu hamil mempunyai paritas lebih dari 3 (terlalu banyak). Adapun penyebab mendasar kematian ibu dipengaruhi oleh kondisi geografis, penyebaran penduduk, kondisi sosial ekonomi, budaya, kondisi bias gender dalam masyarakat dan keluarga serta tingkat pendidikan masyarakat pada umumnya. Hasil *Audit Maternal Perinatal* (AMP) menunjukkan bahwa kematian ibu lebih banyak terjadi pada ibu dengan karakteristik pendidikan di bawah Sekolah Lanjutan Pertama (SLP), kemampuan membayar biaya pelayanan persalinan rendah, terlambat memeriksakan kehamilannya, serta melakukan persalinan di rumah. Rendahnya status sosial dan tingkat pendidikan wanita seringkali menempatkan wanita pada posisi yang tidak berdaya. Selain itu, tingkat sosioekonomi masyarakat di pedesaan dan daerah kumuh perkotaan pada umumnya masih belum memadai, sehingga seringkali mereka tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit atau pelayanan profesional lainnya, masalah biaya masih sering menjadi masalah mendasar yang utama dan melatarbelakangi kematian ibu, serta adanya tradisi dan budaya daerah, yaitu anggapan anak perempuan lebih baik cepat menikah dan punya anak (Departemen Kesehatan, 1997).

Seperti halnya AKI, angka kematian bayi baru lahir dan lahir mati menurun sangat lambat. Diperkirakan sekitar 45 % kematian bayi terjadi pada bulan pertama kehidupannya. Penyebab kematian pada masa perinatal/neonatal pada umumnya berkaitan dengan kesehatan ibu selama hamil, kesehatan janin selama dalam kandungan dan proses pertolongan persalinan yang diterima ibu/bayi. Proporsi kematian bayi di Indonesia menurut SKRT (2001) adalah kematian antara 0-7 hari (32%), 8-28 hari (8%) dan 28 hari-11 bulan (60%). Penyebab kematian neonatal di Indonesia adalah BBLR (29%), asfiksia (27%), tetanus (10%), masalah pemberian minum (10%), infeksi (5%), gangguan hematologis (6%), dan lain-lain (13%). Sedangkan penyebab kematian bayi di Indonesia menurut SKRT (2001) adalah gangguan perinatal (36%), gangguan pada saluran nafas (28%), diare (9%), gangguan saluran cerna (4%), penyakit syaraf (3%), tetanus (3%) dan gangguan lainnya (17%). Sebagian besar (80-90%) kematian neonatal dapat dicegah dengan tindakan sederhana dan murah yang tersedia di Puskesmas dan jaringannya. Hanya 10-20% kasus rujukan yang memerlukan biaya mahal dan teknologi tinggi (*Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health*). Sebagian besar kematian neonatal dapat dicegah melalui perawatan kehamilan yang memadai dan pertolongan persalinan yang bersih dan

aman. Penyebab kematian neonatal karena BBLR, pencegahannya adalah penjarangan kelahiran, memperbaiki gizi ibu, dan memberikan ASI eksklusif. Dengan penanggulangan status gizi ibu dan kehangatan dapat menurunkan kematian neonatal 20-40%. Penyebab kematian neonatal karena asfiksia dengan penanganan oleh tenaga kesehatan terlatih dapat menurunkan kematian neonatal 20-30% dan dengan bantuan pernafasan (resusitasi) dapat menurunkan kematian neonatal 5-20%. Penyebab kematian neonatal karena infeksi dengan penanganan kasus oleh masyarakat dapat menurunkan kematian neonatal 10-35% dan dengan penanganan darurat dapat menurunkan kematian neonatal 10-30%, Kematian neonatal karena tetanus dan Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), pencegahannya adalah imunisasi, persalinan bersih dan aman, serta pemberian antibiotika.

Sekitar 45 % kematian bayi dan anak balita terjadi akibat gizi kurang. Sisanya, terjadi akibat serangan berbagai penyakit termasuk diare, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), dan campak. Selain menyebabkan kematian, kekurangan gizi pada bayi dan anak balita juga menyebabkan tumbuh kembang otak tidak optimal, gangguan kecerdasan, dan mental, menurunkan potensi pendidikan, ketahanan tubuh dan produktivitas setelah menginjak usia sekolah dan usia produktif. Pada akhirnya, menyebabkan IPM rendah (*Lanset Millenium Project, 2005* dan Kompas, Juli 3 2006). Berdasarkan penelitian gizi buruk Balita di Sumatra Barat pada tahun 1998 menyimpulkan bahwa, terjadinya gizi buruk balita disebabkan karena (a) daya beli masyarakat menurun, (b) ketidaktahuan orang tua terhadap persoalan kesehatan dan gizi, serta (c) Posyandu tidak berperan sebagaimana mestinya (Elfindri, 2003).

AKB lazim digunakan untuk menilai tinggi atau rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Bahkan dibandingkan dengan indikator kesehatan lainnya seperti morbiditas, AKB lebih sensitif karena AKB secara universal akan lebih tinggi pada negara yang kemajuan sosial ekonomi masih rendah. Sehingga sangat beralasan bila perhatian besar diberikan pemerintah untuk penanggulangan kematian bayi.

Muncul kembali dan merebahnya penyakit polio pada pertengahan Maret 2005 di kecamatan Cidahu kabupaten Sukabumi, kemudian kabupaten Lebak, Banten, dan Bogor Provinsi Jawa Barat (seluruhnya 59 kasus), ditemukan bahwa belum semua bayi mendapatkan imunisasi polio yang pada umumnya diperoleh di Posyandu. Hal ini memperlihatkan bahwa Posyandu belum berjalan atau belum dimanfaatkan sebagaimana mestinya oleh masyarakat.

Adanya transisi epidemiologi baik oleh pengaruh perubahan struktur penduduk dan perubahan gaya hidup manusia menyebabkan beban ganda (*double burden*) pelayanan kesehatan, yaitu tidak saja pada masalah penyakit infeksi tetapi juga penyakit degeneratif. Selain itu pelayanan kesehatan juga menghadapi masalah penyakit yang pada akhir ini cenderung meningkat seperti TBC, demam berdarah dengue. Fenomena-fenomena tersebut di atas menambah beban kerja Puskesmas.

Buramnya gambaran kesehatan ibu dan anak sebagai penerus bangsa, mengakibatkan kita memproduksi generasi penerus “*empty brains*” dalam artian fisik, yaitu sel otak tidak terbentuk secara penuh karena pembentukan dan pertumbuhan sel otak terjadi sangat pesat selama usia 2 tahun pertama, yaitu 80 %, dan sisanya sebanyak 20 % terjadi pada usia antara 2 sampai 5 tahun. Setelah itu, pertumbuhan sel-sel otak praktis statis. Dengan demikian, masalah-masalah kesehatan pada usia dini (masa kehamilan, bayi, dan anak balita) sangat menentukan pertumbuhan otak penduduk (Departemen Kesehatan, 2002).

Pada saat ini Puskesmas telah didirikan di hampir seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerjanya, Puskesmas diperkuat dengan Puskesmas Pembantu serta Puskesmas Keliling. Kecuali itu untuk daerah yang jauh dari sarana pelayanan rujukan, Puskesmas dilengkapi dengan fasilitas rawat inap. Jumlah Puskesmas pada tahun 2002 tercatat sebanyak 7.277 unit, Puskesmas Pembantu 21.587 unit, Puskesmas Keliling 5.084 unit (Perahu 716 unit, *Ambulance* 1.302 unit). Sedangkan Puskesmas yang telah dilengkapi dengan fasilitas rawat inap tercatat sebanyak 1.818 unit (Departemen Kesehatan, 2004).

Secara kuantitatif jumlah Puskesmas sudah mencukupi dan tersebar merata di seluruh pelosok tanah air, namun secara kualitatif masih jauh dari harapan. Hal ini disebabkan antara lain lemahnya organisasi dan manajemen Puskesmas serta dukungan sumber dayanya.

Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna, dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas. Program dan upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

Kesejahteraan masyarakat saat ini menurut UNDP (*United Nation Development Program*) diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI) melalui pengukuran 3 (tiga) sektor pembangunan yaitu pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Indikator pendidikan ditentukan oleh 2 (dua) indikator yaitu Angka Rata-rata Lama Sekolah (RLS) dan Angka Melek Huruf (AMH). Indikator kesehatan ditentukan oleh Angka Harapan Hidup (AHH) yaitu rata-rata lama hidup yang mungkin dicapai oleh penduduk sejak usia satu tahun yang dihitung dari AKB. Sedangkan indikator ekonomi ditentukan oleh daya beli (*purchasing power*) masyarakat. IPM Indonesia berdasarkan hasil penelitian UNDP pada tahun 2004 menduduki ranking ke-111 dari 117 negara, dengan angka indeks sebesar 0,682, tahun 2005 menduduki ranking ke-117 dari 175 negara, dengan angka indeks sebesar 0,692, dan pada tahun 2006 menduduki ranking ke-107 dari 177 negara, sedangkan pada tahun 2008 menduduki ranking ke-109 dari 179 negara.

Krisis ekonomi yang belum sepenuhnya pulih, tidak saja menambah jumlah penduduk miskin, tetapi juga menurunkan kemampuan pemerintah dalam menyediakan alokasi anggaran untuk pembangunan kesehatan, disamping itu masih adanya anggapan bahwa pembangunan bidang kesehatan bersifat konsumtif

dan belum dipandang sebagai investasi pada peningkatan mutu Sumber Daya Manusia (SDM), sehingga anggaran yang dialokasikan tidak memadai. Hal tersebut berdampak pada menurunnya dukungan sumber daya Puskesmas. Dana operasional Puskesmas saat ini hanya bersumber dari pengembalian retribusi Puskesmas dengan besaran yang bervariasi di masing-masing daerah kabupaten/kota, sedangkan dana program hanya bersumber dari Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes) yang kemudian menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bagi keluarga miskin.

Partisipasi dan pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan saat ini belum juga tumbuh sebagaimana yang diharapkan, apalagi selama 32 tahun Orde Baru, pembangunannya bersifat sentralistik dengan pola seragam dan bersifat instruktif dari atas yang harus dilaksanakan sesuai dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis. Masyarakat dalam hal ini lebih sebagai obyek pembangunan dan pelaksana program yang telah dirancang sebelumnya oleh Pemerintah. Strategi pembangunan yang seragam dari Sabang sampai Merauke tanpa memperhatikan keanekaragaman sistem sosial budaya Indonesia hasilnya semu dan kurang menunjukkan kondisi nyata yang sebenarnya terjadi di masyarakat dan keberhasilan pembangunan penuh dengan manipulasi data untuk menyenangkan pihak pemrakarsa program dari Pemerintah (Adimihardja, 2004).

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan saat ini dilakukan melalui pembentukan dan pengembangan Desa Siaga sebagai upaya merekonstruksi atau membangun kembali berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Pengembangan Desa Siaga merupakan revitalisasi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan kembali, dipertahankan, dan ditingkatkan. Pengembangan Desa Siaga juga merupakan pengembangan dari konsep Siap-Antar-Jaga, yaitu Siap yakni memberikan perlindungan terhadap semua ibu dan anak serta masyarakat lainnya dari terjadinya kesakitan dan kematian, Antar yakni antarkan semua ibu, anak, dan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan ke tempat pelayanan kesehatan yang tepat, dan Jaga yakni galang upaya penyelamatan ibu dan anak serta tingkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pengembangan Desa Siaga merupakan upaya untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat Desa, menyiapsiagakan masyarakat menghadapi masalah-masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, serta mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan mewujudkan Desa Siaga, akan tercipta Desa Sehat yang merupakan basis bagi terwujudnya Indonesia Sehat. Inti kegiatan Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Oleh karena itu dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif yaitu upaya mendampingi (memfasilitasi) masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya. SKN (2004) telah menetapkan pendekatan Pelayanan Kesehatan Primer (PKP)/*Primary Health Care* dengan metode pendekatan PKMD, yang secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi

semua, yang untuk Indonesia diformulasikan sebagai visi Indonesia Sehat (Departemen Kesehatan, 2004).

Indonesia Sehat 2010 (IS'10) telah dicanangkan sejak tahun 1999 oleh Presiden RI dan di beberapa daerah sudah dilaksanakan. Sejalan dengan gerakan IS'10, semua Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu merumuskan Rencana Strategis yang memaparkan tentang visi, misi, kebijakan, strategi, tujuan, program, dan kegiatan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan lokal sehingga gerakan Provinsi Sehat, Kabupaten/Kota Sehat sampai Desa/ Kelurahan Sehat akan sejalan dengan IS'10 dengan Program Desa Siaga sebagai fondasinya. Untuk menunjang maksud tersebut Pemda Kabupaten/Kota harus memiliki *vital registration* dan *based line data* tentang derajat kesehatan masyarakat (mortalitas, morbiditas, dan status gizi), kesehatan lingkungan, perilaku hidup masyarakat, serta akses dan mutu pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya masing-masing dengan mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) Daerah. *Vital registration* dan *based line data* masing-masing wilayah (Provinsi dan Kabupaten/Kota) akan membantu Pemda setempat dalam menyusun Rencana Strategis dan Rencana Operasional Reformasi kesehatan di wilayah kerjanya masing-masing disesuaikan dengan indikator-indikator IS'10 (Muninjaya, 2004).

Selama dua dekade terakhir, terjadi perubahan-perubahan besar dalam sistem nasional maupun sistem global. Perubahan-perubahan tersebut mendorong reformasi di bidang pembangunan secara umum, termasuk pembangunan kesehatan. Dalam reformasi tersebut, ada polarisasi pendekatan yang senantiasa perlu dijaga keseimbangannya agar tidak menimbulkan gonjangan dalam sistem kesehatan. Polarisasi atau pergeseran paradigma tersebut yaitu dari Paradigma Sakit ke Paradigma Sehat. Paradigma Sehat yaitu cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang melihat masalah kesehatan saling berkait dan mempengaruhi dengan banyak faktor yang bersifat lintas sektor, dan upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan atau perlindungan kesehatan, bukan hanya penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan. Secara makro, Paradigma Sehat berarti bahwa pembangunan semua sektor harus memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan, minimal memberikan sumbangan dalam pengembangan lingkungan dan perilaku sehat. Secara mikro Paradigma Sehat berarti bahwa pembangunan kesehatan harus menekankan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Paradigma Sehat adalah perubahan sikap dan orientasi atau *mindset* : *Pertama*, dari pola pikir yang memandang kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat pasif, menjadi sesuatu yang bersifat aktif, yang mau tidak mau harus diupayakan, karena kesehatan merupakan keperluan dan bagaian dari HAM (kebutuhan/*need*→keperluan/*demand*). *Kedua*, kesehatan bukannya sesuatu yang konsumtif, melainkan investasi, karena kesehatan menjamin adanya SDM yang produktif secara sosial dan ekonomi (kesehatan sebagai konsumtif→investasi). *Ketiga*, semula kesehatan hanya bersifat penanggulangan yang sifatnya jangka pendek, ke depan kesehatan adalah bagian dari pengembangan SDM yang berjangka panjang (jangka pendek/*treatment*→jangka panjang/pengembangan SDM). *Keempat*, pelayanan kesehatan bukan hanya pelayanan medis yang melihat

bagian-bagian yang sakit saja, tetapi adalah pelayanan kesehatan paripurna yang memandang manusia sebagai manusia seutuhnya (pelayanan medis→pelayanan kesehatan). *Medical care* konotasinya adalah penyembuhan atau terbebas dari sakit. *Health care* (pemeliharaan kesehatan) konotasinya adalah mencegah dan meningkatkan mutu hidup (*medical care*→*health care*). *Kelima*, pelayanan kesehatan tidak lagi terpecah-pecah/*fragmented* tetapi menjadi terpadu/*integrated* (*fragmented* →*integrated*). *Keenam*, kesehatan juga bukan hanya jasmani atau fisik, tetapi juga mencakup mental dan sosial (sehat jasmani→sehat jasmani, rohani, dan sosial).

Ketujuh, fokus kesehatan bukan hanya pada penyakit, tetapi tergantung pada permintaan pasar (fokus pada penyakit→segmen pasar), *Kedelapan*, sasaran pelayanan kesehatan bukan hanya masyarakat umum, tetapi juga masyarakat swasta (sasaran masyarakat umum/*public*→juga swasta/*private*). *Kesembilan*, kesehatan bukan hanya menjadi urusan pemerintah, tetapi juga menjadi urusan swasta (urusan pemerintah→juga urusan swasta). *Kesepuluh*, biaya yang ditanggung oleh pemerintah adalah bagi keperluan publik seperti pemberantasan penyakit menular, penyuluhan/promosi kesehatan, dan lain-lain, sedangkan yang lain perlu ditanggung bersama dengan pengguna jasa (subsidi pemerintah→juga pengguna jasa). *Kesebelas*, biaya kesehatan juga bergeser dari pembayaran setelah pelayanan menjadi pembayaran di muka dengan model Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat/JPKM (biaya setelah pelayanan→biaya di muka). *Keduabelas*, ada kecenderungan untuk memberikan otonomi pada fasilitas kesehatan pemerintah (Rumah Sakit dan Puskesmas), sehingga fasilitas tersebut mampu menangkap potensi pasar segmen sebagaimana halnya dengan fasilitas kesehatan milik swasta. Idenya adalah agar fasilitas pemerintah bisa memperoleh pendapatan lebih yang dapat digunakan untuk: (1) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, (3) melakukan subsidi silang, dan (4) meningkatkan kesejahteraan pegawai kesehatan (fungsi sosial→fungsi ekonomi).

Ketigabelas, pengaturan kesehatan tidak lagi sentralistik, tetapi desentralisasi (sentralisasi→desentralisasi). *Keempatbelas*, bukan lagi pengaturan dari atas/*top down* melainkan dari bawah/*bottom up* (dari atas/*top down*→dari bawah/*bottom up*). *Kelimabelas*, bukan lagi birokratis tetapi *entrepreneur*. Istilah birokrasi memberi kesan kaku dan tidak responsif terhadap tantangan dan peluang yang dinamis. Sikap *entrepreneurship* menunjukkan bahwa perencanaan kesehatan harus inovatif dan responsif terhadap lingkungan (birokrasi→*entrepreneur*). *Keenambelas*, konsep partisipasi pada masa lalu lebih bernuansa mengajak masyarakat untuk menyetujui dan melaksanakan program kesehatan yang disusun oleh pemerintah. Konsep kemitraan menunjukkan nuansa keikutsertaan aktif masyarakat pada semua langkah kegiatan dan program kesehatan sejak perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, sampai evaluasi program kesehatan (partisipasi→*partnership*). *Ketujuhbelas*, ada keseimbangan antara sikap “*rule driven*”, yaitu setiap langkah gerak dikendalikan oleh berbagai macam peraturan dengan “*mission driven*”, yaitu setiap langkah gerak juga didorong oleh visi dan misi yang telah ditetapkan (*role driven*→*mission driven*) (Departemen Kesehatan, 2002).

Beberapa isu strategis masalah kesehatan masyarakat saat ini meliputi : (1) **Kerjasama lintas sektoral:** Sebagian besar masalah kesehatan masyarakat terutama berkaitan dengan lingkungan dan perilaku masyarakat yang berhubungan erat

dengan berbagai kebijakan dan pelaksanaan program pembangunan sektor lain, (2) Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM) dan Pemberdayaan Masyarakat : Kita mengalami kekurangan jumlah dan mutu SDM kesehatan. Di era globalisasi dan pasar bebas akan sangat jadi masalah. Pemberdayaan Masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum seperti yang diharapkan bahkan ada kecenderungan menurun. Demikian juga kemitraan yang setara, terbuka, dan saling menguntungkan belum berjalan dengan baik, (3) Mutu dan Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan : Secara fisik persebaran sarana pelayanan kesehatan sudah cukup memadai dimana setiap kecamatan paling sedikit mempunyai satu Puskesmas dengan Puskesmas Pembantu rata-rata 3 (tiga) buah. Mutu Pelayanan Kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas SDM kesehatan, sarana, obat, dan peralatan. Dalam hal mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, disparitas antar kota dan desa, kabupaten/kota, propinsi, pulau, dan wilayah sangat besar, (4) Prioritas dan Pembiayaan : Secara politis program kesehatan masuk dalam 3 (tiga) besar prioritas pembangunan, yaitu pendidikan, kesehatan, dan ekonomi, namun prioritas tersebut belum tercermin dalam dukungan anggaran, bahkan ada kabupaten/kota yang mempergunakan pendapatan retribusi pelayanan kesehatan untuk pembangunan sektor lain. Selama ini anggaran sektor kesehatan tidak pernah melebihi 2,6 % PDB (*Product Domestic Bruto*) dan tidak pernah lebih dari 5 % APBN. Padahal WHO mempersyaratkan 5 % PDB dan menurut perhitungan Departemen Kesehatan serta kesepakatan Bupati/Walikota tanggal 28 Juli 2000 untuk menyediakan alokasi dana kesehatan minimal 15% dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Rata-rata anggaran kesehatan kabupaten/kota adalah 4,5 % dengan *range* kurang 1 % sampai dengan 21 % dari APBD-nya, (5) Beban penyakit : Indonesia menghadapi beban ganda (*double burden*) yaitu penyakit menular belum bisa diberantas dan penyakit tidak menular sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat. Keadaan ini diperberat dengan adanya *reemerging* dan *newemerging disease*, serta (6) Sistem dan Hukum Kesehatan : Sistem Kesehatan Daerah yang sinkron dengan Sistem Kesehatan Nasional belum dibuat di setiap daerah. Masalah hukum dibidang kesehatan makin lama makin mencuat dipemberitaan media massa, antara lain tudingan malapraktik, ketidakpuasan pelayanan kesehatan, dan lain-lain (Argadiredja, 2005).

Beberapa kesempatan dan peluang untuk memperbaiki sistem dan tata nilai diberbagai bidang, termasuk bidang kesehatan seperti adanya Amandemen UUD 1945 Pasal 28 H yang menyatakan, bahwa setiap warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal, adanya Reformasi yang menuntut transparansi, akuntabilitas, *good government*, dan lain-lain, adanya kebijakan otonomi daerah/desentralisasi, komitmen, dan dukungan politis dari Pemerintah Daerah dan DPRD Kabupaten/Kota untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerahnya merupakan kesempatan dan peluang untuk memperbaiki dan mengembangkan sistem, rencana strategis, dan rencana operasional program kesehatan yang disesuaikan dengan permasalahan dan potensi daerah.

Dasar pertimbangan diberlakukannya Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah adalah untuk mempercepat kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan, pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan, dan kekhususan suatu daerah dengan memberikan kewenangan yang seluas-luasnya kepada daerah dengan pemberian hak dan kewajiban menyelenggarakan otonomi daerah. Hal ini merupakan tantangan dan peluang lain dalam pembangunan kesehatan di daerah yang lebih berorientasi pada permasalahan dan potensi lokal spesifik.

Puskesmas sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan nasional, saat ini nyaris tak berdaya dan “lesu darah”. Hal ini disebabkan antara lain kurangnya dukungan sumber daya baik kuantitas maupun kualitasnya, kurangnya dana operasional dan program, keterbatasan obat, alat kesehatan dan sarana penunjang lainnya baik jenis maupun jumlahnya, serta lemahnya bimbingan, pembinaan, dan fasilitasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Pemda. Sejak tidak diberlakukannya Undang-undang Wajib Kerja Sarjana dan keterbatasan anggaran, Departemen Kesehatan RI mengalami kesulitan untuk merekrut dan menempatkan dokter dan dokter gigi di Puskesmas. Dua tahun yang lalu 40 % Puskesmas tidak ada dokternya. Di era otonomi daerah, penempatan tenaga dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lain di Puskesmas menjadi kewenangan pemerintah daerah, karena bupati/walikota mempunyai kewenangan penuh menentukan kebutuhan dan penempatan tenaga kesehatan di daerahnya, namun sering ditemukan pengangkatan dan penempatannya kurang selaras dengan kebijakan Departemen Kesehatan RI. Kebijakan dokter dan dokter gigi PTT (Pegawai Tidak Tetap) dampaknya kurang begitu nampak dalam keberhasilan program kesehatan, mereka menanti dalam ketidakpastian dan larut dalam rencananya sendiri, sehingga kurang peduli terhadap keberhasilan program kesehatan. Demikian juga dengan kebijakan pengangkatan dan penempatan bidan di desa, kinerja dan dampaknya terhadap keberhasilan program terutama dalam program Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana dalam rangka penurunan AKI dan AKB menurut penilaian dan hasil penelitian dinilai belum optimal.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, Pemerintah menetapkan kriteria personalia yang mengisi struktur organisasi Puskesmas disesuaikan dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing unit Puskesmas. Khusus untuk Kepala Puskesmas kriteria tersebut harus seorang sarjana dibidang kesehatan yang kurikulum pendidikannya mencakup kesehatan masyarakat. Namun dalam pelaksanaannya belum direalisasikan sepenuhnya. Penentuan dan penempatan jabatan di era otonomi daerah di beberapa wilayah kabupaten/kota lebih diwarnai oleh “selera dan kedekatan” serta tidak lagi mempertimbangkan kompetensi, kapasitas, kapabilitas, dan Daftar Urutan Kepangkatan. Sering ditemukan institusi kesehatan dipimpin oleh orang yang tidak kompeten, kapabel, dan tidak

mempunyai pengalaman di bidang kesehatan dan manajemen kesehatan, sehingga kinerja pegawai dan kinerja institusi yang dipimpinnya kurang optimal.

Manajemen Puskesmas dibutuhkan untuk: (1) Mencapai tujuan (*to reach objective*) Puskesmas. Tujuan pembangunan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010, (2) Memelihara keseimbangan antara tujuan-tujuan dan kepentingan-kepentingan yang bertentangan (*to maintain balance between conflicting goal*) diantara *stakeholder* Puskesmas. *Stakeholder* (pemangku kepentingan) adalah kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh pencapaian tujuan Puskesmas. *Stake holder* Puskesmas saat ini antara lain Pemerintah daerah dan DPRD Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, pimpinan dan pegawai Puskesmas, “partai politik”, Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi sosial kemasyarakatan, organisasi sosial keagamaan, media massa, tokoh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas dan pemasok terutama pemasok obat dan alat kesehatan dan “pemasok tenaga kesehatan”, serta (3) Mencapai efisiensi dan efektivitas (*to achieve efficiency and effectiveness*) Puskesmas.

Kinerja manajemen Puskesmas diukur oleh 2 (dua) konsepsi utama yaitu efisiensi dan efektivitas. Menurut *Drucker* (1954), efisiensi adalah melakukan pekerjaan dengan benar (*doing the job right*), sedangkan efektivitas adalah melakukan pekerjaan yang benar (*doing the right job*). Efisiensi (daya guna) Puskesmas adalah proses pemanfaatan, penghematan, dan pemberdayaan sumber daya Puskesmas dengan cara melakukan pekerjaan dengan benar, sedangkan efektivitas (hasil guna) Puskesmas adalah tingkat keberhasilan pencapaian tujuan Puskesmas dengan cara melakukan pekerjaan yang benar. Efektivitas Puskesmas juga berarti mampu mencapai tujuan Puskesmas dengan baik. Jika efisiensi lebih memfokuskan diri pada proses pemanfaatan, penghematan, dan pemberdayaan masukan (*input*) sumber daya, maka efektivitas lebih memfokuskan pada *output* dan *outcome* atau hasil kinerja Puskesmas yang diharapkan. Efisiensi terkait dengan hubungan antara *output* pelayanan kesehatan dengan sumber daya yang digunakan untuk menghasilkan *output* dan *outcome* (Handoko, 2003).

Tuntutan globalisasi, suatu fenomena yang muncul pada akhir abad ke 20 yang ditandai dengan terjadinya interpenetrasi dan interdependensi dari semua sektor baik ekonomi, politik dan sosial budaya, menyebabkan terjadinya transformasi masyarakat lokal menjadi masyarakat global (dunia) sehingga batas negara menjadi tidak jelas. Dengan pertimbangan untuk menghadapi berbagai tantangan yang terkait dengan era globalisasi, permasalahan Puskesmas dan sejalan dengan penetapan desentralisasi serta tuntutan masyarakat tentang transparansi dan akuntabilitas, maka konsep Puskesmas perlu ditinjau kembali dan disempurnakan. Secara umum tujuan penyelenggaraan Puskesmas di era

desentralisasi adalah untuk mewujudkan Puskesmas yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif, merata, bermutu, terjangkau dan memenuhi kebutuhan masyarakat di wilayah kerjanya.

Asas manajemen penyelenggaraan Puskesmas di era desentralisasi berpedoman pada 4 (empat) asas, yaitu: (1) Asas Petanggungjawaban Wilayah : Artinya Puskesmas bertanggungjawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya. Program Puskesmas yang dilaksanakan selain menunggu kunjungan masyarakat ke Puskesmas (kegiatan dalam gedung Puskesmas/kegiatan pasif), juga memberikan pelayanan kesehatan sedekat mungkin ke masyarakat melalui kegiatan di luar gedung (kegiatan aktif/*outreach activities*), (2) Asas Pemberdayaan masyarakat : Artinya Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat, agar berperan serta aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas. Untuk itu, berbagai potensi masyarakat perlu dihimpun melalui pembentukan dan pendayagunaan Badan Penyantun Puskesmas (BPP). Bentuk peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan, antara lain Pos Pelayanan Terpadu Keluarga Berencana-Kesehatan (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Bina Keluarga Balita (BKB), Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestrena), Warung Obat Desa, Dana Sehat dan lain-lain, (3) Asas Keterpaduan: Untuk mengatasi keterbatasan sumberdaya serta diperolehnya hasil yang optimal, penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas harus diselenggarakan secara terpadu. Ada dua macam keterpaduan, yakni: (a) Keterpaduan Lintas Program, yaitu upaya memadukan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang menjadi tanggungjawab Puskesmas, dan (b) Keterpaduan Lintas Sektor, yaitu upaya memadukan penyelenggaraan upaya Puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) dengan berbagai program dari sektor terkait tingkat kecamatan, termasuk organisasi kemasyarakatan dan dunia usaha, serta (4) Asas Rujukan: Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas terbatas. Padahal Puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatannya. Untuk membantu Puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi, maka penyelenggaraan setiap upaya kesehatan Puskesmas harus ditopang oleh asas rujukan. Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti dari satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horizontal dalam arti antar strata sarana pelayanan kesehatan yang sama (Departemen Kesehatan, 2004).

Untuk mempercepat perubahan kinerja Puskesmas sesuai dengan perubahan manajemen Puskesmas di era desentralisasi, Pemda kabupaten/kota perlu merumuskan kebijakan strategis untuk meningkatkan efektivitas sistem dan manajemen pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerja Puskesmas. Konsep pengembangan

Puskesmas di era desentralisasi harus dikaji oleh DPRD Kabupaten/Kota sehingga dapat dihasilkan Perda tentang manajemen Puskesmas yang baru. LSM dan pakar pemerhati masalah kesehatan perlu melakukan advokasi ke DPRD Kabupaten/Kota untuk mempercepat lahirnya Perda Puskesmas di era desentralisasi sehingga kinerja Puskesmas yang efisien dan efektif, merata, bermutu, terjangkau dan memenuhi kebutuhan masyarakat di wilayah kerjanya dapat terwujud.

Saat ini dikembangkan konsep Puskesmas efektif dan responsif. Puskesmas efektif adalah Puskesmas yang keberadaannya dirasakan manfaatnya oleh masyarakat serta memberi kepuasan kepada pelanggan dan masyarakat sesuai dengan mutu pelayanan dan profesionalisme. Puskesmas efektif berarti Puskesmas mampu mengubah perilaku masyarakat sejalan dengan paradigma sehat, mampu menangani semua masalah kesehatan di wilayah kerjanya sejalan dengan kewenangan dan sesuai dengan desentralisasi, serta mampu mempertanggung jawabkan setiap biaya yang dikeluarkan kepada masyarakat dalam bentuk hasil kegiatan Puskesmas dan dirasakan dampaknya oleh masyarakat dalam bentuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Sedangkan Puskesmas responsif adalah Puskesmas yang senantiasa melindungi seluruh penduduk dari kemungkinan gangguan kesehatan serta tanggap dan mampu menjawab berbagai masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas responsif juga berarti sekecil apapun masalah yang ada harus segera terdeteksi dan segera ditanggulangi dan dikoordinasikan dengan sarana rujukan kesehatan dan kedokteran, masyarakat terlindung dari berbagai bencana penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta tanggap terhadap potensi yang ada di wilayah kerjanya yang dapat membantu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Departemen Kesehatan, 2002).

Peningkatan mutu Puskesmas merupakan tuntutan nyata masyarakat karena jumlah kunjungan Puskesmas sejak tahun 1997 semakin menurun. Penetapan prioritas oleh masing-masing Puskesmas merupakan langkah awal untuk pengembangan program menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas. Peningkatan komitmen dan dukungan pegawai Puskesmas perlu terus dikembangkan agar dapat meningkatkan proses kerja dengan menyusun Standar Pelayanan Kesehatan Puskesmas yang realistis dan sesuai dengan kebutuhan lokal dan kemudian memantau kemajuannya. Dengan kata lain, Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas dilakukan melalui pendekatan siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) serta mata rantai peningkatan mutu dengan penilaian kinerja yang berkesinambungan. Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas dimulai dengan membentuk Gugus Kendali Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas yang akan melakukan Identifikasi Masalah, kemudian mencari Penyebab Masalah dan pada saat yang sama melakukan pemantauan pelaksanaan untuk memenuhi Standar Pelayanan Kesehatan dan akhirnya akan tersusun suatu Standar kinerja berdasarkan informasi terkini, teknologi dan harapan pasien. Kegiatan ini akan berulang terus, menemukan masalah, menentukan penyebab masalah dan melaksanakan tindakan perbaikan dan

memantau hasil, sehingga tercipta upaya peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas yang berkesinambungan (Pohan, 2003).

Untuk terselenggaranya berbagai upaya kesehatan Puskesmas, perlu ditunjang dengan tersedianya pembiayaan yang cukup. Pada saat ini ada beberapa sumber pembiayaan Puskesmas yakni: (1) Pemerintah: Sesuai dengan asas desentralisasi, sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah terutama adalah pemerintah kabupaten/kota. Disamping itu Puskesmas masih menerima dana yang berasal dari pemerintah provinsi dan pemerintah pusat, (2) Pendapatan Puskesmas : Sesuai dengan kebijakan Pemerintah, masyarakat dikenakan kewajiban membiayai upaya kesehatan perorangan yang dimanfaatkannya, yang besarnya ditentukan oleh peraturan daerah masing-masing (retribusi). Pada saat ini ada beberapa kebijakan yang terkait dengan pemanfaatan dana yang diperoleh dari retribusi Puskesmas yakni: (a) Seluruhnya disetor ke Kas Daerah, (b) Sebagian dimanfaatkan secara langsung oleh Puskesmas, dengan besaran berkisar antara 25 – 50 % dari total dana retribusi yang diterima, dan (c) Seluruhnya dimanfaatkan secara langsung oleh Puskesmas, serta (3) Sumber lain: Seperti dari PT ASKES dan PT Jamsostek sebagai imbalan jasa pelayanan dan JPSBK/PKPSBBM-Jamkesmas untuk membantu masyarakat miskin yang disalurkan secara langsung ke Puskesmas yang pengelolanya mengacu pada pedoman yang berlaku.

Buku Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas ini disusun sebagai wujud partisipasi dan kontribusi penulis memberikan sumbangan pemikiran dan saran dalam upaya melakukan reformasi dan revitalisasi Puskesmas untuk mencapai tujuan Puskesmas dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mewujudkan kesejahteraan rakyat. Buku ini menyajikan pengalaman kerja penulis selama kurang lebih 25 tahun di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten, sehingga kandungannya merupakan perpaduan antara teori dan praktik. Sekalipun sudah banyak buku tentang Manajemen Kesehatan, namun berdasarkan pemantauan penulis, belum ada buku manajemen Puskesmas yang ditulis berdasarkan pengalaman bekerja di Puskesmas.

Adapun tata urutan yang disajikan dalam buku ini terdiri atas delapan Bab adalah sebagai berikut :

Buku ini dimulai Bab I Pendahuluan yang membahas tentang tinjauan sejarah dan perkembangan Puskesmas serta dampaknya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang diukur oleh Angka Harapan Hidup (AHH) yang hitung dari AKB sebagai salah satu komponen dari IPM, kemudian dilanjutkan dengan kajian beberapa isu-isu strategis masalah kesehatan masyarakat, Paradigma Sehat, peranan Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dalam pembangunan kesehatan di era otonomi daerah, serta Puskesmas efektif dan responsif.

Bab II Perkembangan Pemikiran Manajemen, menjelaskan pemikiran manajemen dari perspektif historis yang memformulasikan asas-asas, fungsi-fungsi, dan teknik-teknik manajemen, serta keterbatasan, sumbangan, dan manfaatnya bagi manajemen Puskesmas. Perkembangan pemikiran manajemen

merujuk pada pemikiran *Longenecker* dan *Pringle* yang membagi 3 (tiga) pemikiran manajemen, yaitu Pemikiran Manajemen Klasik, Pemikiran Manajemen Humanistik sebagai jembatan dari Pemikiran Manajemen Klasik hingga Manajemen Kontemporer dan Pemikiran Manajemen Kontemporer. Pemikiran manajemen yang paling cocok untuk manajemen pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas adalah Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka.

Pada Bab III Manajemen Puskesmas, menguraikan asas-asas, fungsi-fungsi, dan proses manajemen Puskesmas. Proses manajemen Puskesmas diselenggarakan untuk menselaraskan tujuan organisasi dan tujuan pegawai Puskesmas (*management by objectives* atau MBO) menurut *Drucker*, proses pencapaian tujuan Puskesmas, mengelola dan memberdayakan sumber daya Puskesmas dalam rangka efisiensi dan efektivitas Puskesmas, proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah Puskesmas, proses kerjasama dan kemitraan dalam pencapaian tujuan Puskesmas, dan proses mengelola lingkungan Puskesmas. Kemudian dilanjutkan dengan uraian tentang kemampuan dan peran pimpinan Puskesmas, serta model-model manajemen yang telah diperkenalkan di Puskesmas. Sistematika penyajian Bab-bab selanjutnya berdasarkan urutan fungsi-fungsi manajemen menurut *Terry* dengan penambahan fungsi penilaian sehingga fungsi-fungsi manajemen yang disajikan meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan, serta pengawasan, pengendalian, dan penilaian.

Bab IV Perencanaan Tingkat Puskesmas, membahas tentang perencanaan Puskesmas meliputi pengertian, aspek-aspek, ciri-ciri, manfaat, keuntungan, dan kelemahan perencanaan, dilanjutkan dengan penyajian tentang rencana strategik dan rencana operasional Puskesmas sebagai 2 (dua) jenis perencanaan yang dilaksanakan oleh Puskesmas. Tahapan-tahapan dalam proses penyusunan rencana strategik Puskesmas yang dipaparkan meliputi perumusan visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, serta penetapan program dan kegiatan Puskesmas. Adapun langkah-langkah penyusunan rencana operasional Puskesmas yang disajikan meliputi analisis situasi, identifikasi masalah dan prioritasnya, menetapkan tujuan dan sasaran, merencanakan ketenagaan, mengkaji hambatan dan kelemahan, memantau dan menilai, menyusun jadwal/waktu, dan menyusun rencana pelaksanaan kegiatan. Kemudian dipaparkan kebijakan dan pelaksanaan perencanaan tingkat Puskesmas.

Bab V berjudul “Pengorganisasian Tingkat Puskesmas” yang menguraikan tentang hal-hal yang diorganisasikan, proses, manfaat, langkah-langkah, struktur, pelimpahan wewenang, dan pola struktur organisasi Puskesmas. Ada 2 (dua) pola struktur organisasi Puskesmas yang disajikan sebagai bahan rujukan dalam membuat susunan organisasi dan tata kerja Puskesmas yaitu pola struktur organisasi Puskesmas berdasar Kebijakan Dasar Puskesmas (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004) dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 23 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas. Selanjutnya diuraikan kebijakan dan pelaksanaan pengorganisasian

tingkat Puskesmas. Pelaksanaan pengorganisasian tingkat Puskesmas adalah membuat SOTK Puskesmas dan menyusun uraian tugas dan tanggung jawab setiap petugas sesuai dengan tugas, wewenang, dan tanggung jawabnya, pengorganisasian bidan desa, perawat kesehatan desa, dan pembina kesehatan desa, serta program upaya kesehatan Puskesmas dan program keterpaduan KB-Kesehatan (Posyandu) yang sekarang dikembangkan menjadi program Desa Siaga.

Bab VI Penggerakan dan Pelaksanaan (Aktuasi) Tingkat Puskesmas, menyajikan tentang pengertian, faktor-faktor, dan tujuan aktuasi Puskesmas. Untuk dapat melaksanakan fungsi aktuasi perlu menguasai pengetahuan dan keterampilan tentang kepemimpinan, motivasi, komunikasi, dan pengarahan. Tiga teori kepemimpinan yang dijelaskan yaitu teori sifat, teori gaya, dan teori situasional kepemimpinan. Gaya kepemimpinan yang disajikan adalah gaya kepemimpinan direktif/otokratik, suportif, delegatif, dan partisipatif. Kepemimpinan efektif untuk Puskesmas adalah kepemimpinan kombinasi atau multikratik yaitu serangkaian gaya kepemimpinan untuk menghadapi berbagai situasi. Kemudian menyajikan tentang motivasi, komunikasi, dan pengarahan. Selanjutnya memaparkan kebijakan dan pelaksanaan aktuasi tingkat Puskesmas.

Bab VII Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3) Tingkat Puskesmas, membahas tentang pengertian, tujuan, dan manfaat, prinsip, proses, dan pelaksanaan P3 Puskesmas. Kemudian menguraikan kebijakan dan pelaksanaan P3 tingkat Puskesmas berupa Penilaian Kinerja Puskesmas meliputi tujuan dan manfaat, ruang lingkup, dan tata cara pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas.

Bab VIII menguraikan tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Puskesmas yaitu suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, pengertian dan definisi operasional, langkah kegiatan, dan rujukan. Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan, sehingga mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan SPM bidang kesehatan.

Sebagaimana penulis telah kemukakan di atas, penulis menyadari bahwa buku ini merupakan salah satu dari sekian banyak tulisan yang membahas tentang manajemen kesehatan. Dengan demikian buku ini dapat digunakan sebagai pelengkap atau sebagai bahan perbandingan. Penulis menyadari bahwa buku ini belum lengkap, belum sempurna, bahkan mungkin ada kelemahan. Namun penulis berharap semoga buku ini bermanfaat bagi berbagai pihak yang tertarik pada manajemen pelayanan kesehatan khususnya manajemen Puskesmas.

BAB II

PERKEMBANGAN PEMIKIRAN MANAJEMEN

MANFAAT MEMPELAJARI DAN MENERAPKAN PEMIKIRAN MANAJEMEN BAGI MANAJEMEN PUSKESMAS

Untuk memahami pemikiran dan praktik manajemen dewasa ini, kita perlu mengkaji manajemen dari perspektif historis. Pemikiran manajemen mengungkapkan fenomena-fenomena manajerial dari setiap kerjasama organisasional untuk pencapaian tujuan organisasi, kemudian diformulasikan dalam asas-asas, fungsi-fungsi, dan tehnik-teknik manajemen. Dengan mempelajari dan mengaplikasi pemikiran manajemen pada manajemen Puskesmas, akan memudahkan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan maupun sumber daya lain secara efisien dan dapat mengelola tugas agar tujuan Puskesmas dapat dicapai secara efektif.

Selama beberapa dekade, para teoritis dan praktisi manajemen dengan berbagai latar belakang dan sudut pandang yang berbeda telah meneliti, mengkaji, dan menganalisis berbagai aktivitas manajerial. Bab ini menyajikan uraian singkat mengenai sumbangan pemikiran tersebut. Berbagai pemikiran manajemen diformulasikan, diperkenalkan, dikritisi, dan disempurnakan dari waktu ke waktu. Pemikiran baru melengkapi dan menyempurnakan keterbatasan pemikiran sebelumnya, dan bukan berarti pemikiran yang satu mengabaikan atau menggantikan pemikiran yang lain

Jika pemikiran manajemen diaplikasikan pada pelaksanaan manajemen Puskesmas, paling tidak akan diperoleh 5 (lima) manfaat, yaitu :

1. Akan tercipta kinerja Puskesmas yang optimal, sehingga visi dan tujuan Puskesmas yang telah ditetapkan dapat tercapai secara efektif;
2. Akan tercipta peningkatan efisiensi dan produktivitas kerja pegawai dan Puskesmas;
3. Akan tercipta keteraturan, keselarasan, kelancaran, dan kelangsungan program dan kegiatan Puskesmas;
4. Akan tercipta mutu dan kepuasan layanan kesehatan Puskesmas bagi para pelanggan dan masyarakat, sehingga layanan Puskesmas semakin berkembang;
5. Akan tercipta kepuasan kerja pegawai, pimpinan dan *stake holder* Puskesmas.

Sebaliknya, jika asas-asas, fungsi-fungsi dan tehnik-teknik manajemen yang diformulasikan dalam pemikiran manajemen tidak dilaksanakan dalam manajemen Puskesmas, maka akan menimbulkan “*mismanagement*” Puskesmas, yang biasanya bersumber dari:

1. Belum adanya struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) Puskesmas yang ditetapkan dalam Peraturan Daerah dan sesuai dengan aturan serta pedoman yang merujuk pada Peraturan Menteri Dalam Negeri No.23 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas;

2. Belum dirumuskan dan/atau dilaksanakannya uraian tugas dan tanggung jawab setiap pegawai Puskesmas sesuai dengan wewenangnya serta pembagian tugas dan tanggung jawab diantara pegawai Puskesmas kurang profesional dan proporsional;
3. Belum menjalankan asas-asas, fungsi-fungsi, dan teknik-teknik manajemen Puskesmas sebagaimana mestinya dan/atau belum mengikutsertakan pegawai Puskesmas dalam proses manajemen dan proses pengambilan keputusan;
4. Belum dipahami dan dilaksanakannya tuntutan tugas Puskesmas dan/atau belum disesuaikan dengan situasi, kondisi dan kepentingan lingkungan kerja Puskesmas;
5. Belum dilaksanakannya perencanaan efektif dan responsif dan/atau pelaksanaan program dan kegiatan Puskesmas belum sesuai dengan perencanaan;
6. Keterbatasan sumber daya manajemen Puskesmas dan/atau sumber daya manajemen Puskesmas belum dikelola secara efisien dan amanah;
7. Belum disusun dan/atau dilaksanakannya standar mutu pelayanan dan *standard operating procedure* (SOP) pelayanan Puskesmas;
8. Belum tercipta kesepahaman dan kesesuaian pola pikir dan pola gerak pimpinan dan pegawai Puskesmas;
9. Belum tercipta kepemimpinan yang efektif serta belum terselenggaranya komunikasi dan hubungan antar pribadi pimpinan dengan pegawai Puskesmas yang harmonis;
10. Belum ada kesepahaman, komitmen, dan dukungan dari *stakeholder* Puskesmas.

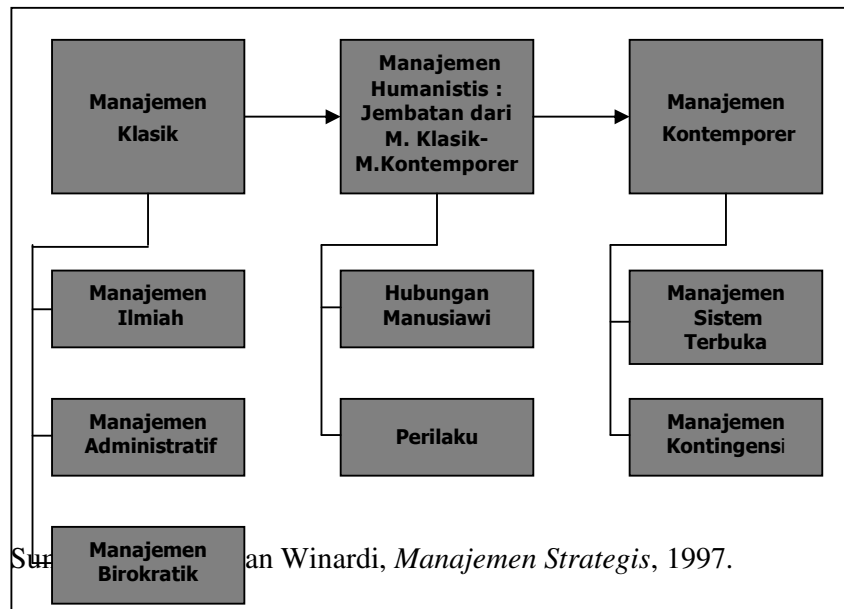
PERKEMBANGAN PEMIKIRAN MANAJEMEN

Perkembangan pemikiran manajemen menurut *Longenecker* dan *Pringle* dalam buku *Management* (Nisjar dan Winardi, 1997) dibagi atas 3 (tiga), yaitu:

1. Pemikiran Manajemen Klasik, terdiri atas Pemikiran Manajemen Ilmiah, Manajemen Admisitratif, dan Manajemen Birokratik;
2. Pemikiran Manajemen Humanistik sebagai jembatan dari Pemikiran Manajemen Klasik hingga Manajemen Kontemporer, yang terdiri atas Pemikiran Manajemen Hubungan Manusiawi dan Pemikiran Manajemen Perilaku;
3. Pemikiran Manajemen Kontemporer/Modern, yang terdiri atas Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka dan Manajemen Kontingensi.

Seperti dijelaskan dalam Bagan 2.1. berikut:

Bagan 2.1.
Perkembangan Pemikiran Manajemen Menurut Longenecker dan Pringle



1. Pemikiran Manajemen Klasik

Pemikiran Manajemen Klasik dalam arti yang penting secara historis, juga disebut Pemikiran Manajemen Tradisional atau Pemikiran Manajemen Mekanistik. Pemikiran ini memusatkan perhatian pada produksi dengan asumsi manusia itu rasional, juga menekankan peranan manajemen dalam satu hierarki yang ketat dan memusatkan pada efisiensi serta konsistensi pelaksanaan tugas (Silalahi, 2002).

Ada 3 (tiga) cabang utama dalam pemikiran manajemen klasik yaitu:

- a. Pemikiran Manajemen Ilmiah (*scientific management*) yang dikembangkan oleh *Taylor* (1856-1915);
- b. Pemikiran Manajemen Administratif (*administrative management*) yang dikembangkan oleh *Fayol* (1841-1925);
- c. Pemikiran Manajemen Birokratik (*bureaucratic management*) yang dikembangkan oleh *Weber* (1864-1920).

a. Pemikiran Manajemen Ilmiah

Kajian pemikiran manajemen ilmiah, diawali pemikiran *Taylor* (1856-1915), Ia seorang ahli teknik mesin. Dasar pemikiran manajemen ilmiah adalah teknologi. Pada waktu itu dirasakan bahwa cara terbaik untuk meningkatkan produktivitas adalah dengan meningkatkan teknologi atau metode produksi yang diterapkan kepada pegawai. *Taylor* telah ditafsirkan memandang pegawai sebagai alat atau mesin yang dapat dimanipulasi oleh pimpinan mereka, sedangkan teoritis pemikiran manajemen ilmiah lainnya mengusulkan agar organisasi dan manajemen direncanakan dan dilaksanakan secara rasional dan dikembangkan sedemikian rupa untuk menciptakan manajemen yang lebih efektif sehingga dapat

meningkatkan produktivitas. Manajemen dipisahkan dari hubungan dan emosi pegawai. Akibatnya, pegawai harus menyesuaikan diri dengan manajemen dan bukan manajemen yang harus menyesuaikan dengan pegawai.

Pemikiran manajemen ilmiah sebagai awal sejarah pemikiran manajemen mempunyai arti : (a) manajemen ilmiah penerapan metode ilmiah pada studi, analisis, dan pemecahan masalah-masalah organisasi dan (b) manajemen ilmiah adalah seperangkat mekanisme atau teknik (*a bag of tricks*) untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja organisasi (Handoko, 2002; Usman, 2006).

Taylor memulai studinya dengan beberapa asumsi, yaitu : (a) konflik manajemen-pegawai bersumber dari ketidakefisienan penggunaan sumber daya, (b) penawaran barang-barang ekonomi dapat ditingkatkan melalui penggunaan sumber daya manusia yang lebih efisien, (c) mengelola tugas secara efisien adalah tujuan utama, (d) manusia secara mendasar dimotivasi oleh kebutuhan uang atau ekonomi, (e) manusia berperilaku secara rasional untuk meningkatkan pendapatan materi/uang, dan (f) manusia harus diperlakukan seperti mesin, dan setiap manusia bekerja harus diawasi oleh supervisor secara ketat (Silalahi, 2002).

Untuk membuktikan asumsi tersebut, *Taylor* mengadakan studi waktu dan gerak (*time and motion studies*). Ia berpendapat bahwa efisiensi organisasi rendah karena banyak waktu dan gerak pegawai yang tidak produktif. Hasil penelitiannya ditulis dalam buku *The Principles of Scientific Management*. Ia dikenal sebagai Bapak manajemen ilmiah. Apabila pekerjaan-pekerjaan telah diorganisasikan secara efisien, kepentingan para pegawai dapat dipenuhi melalui berbagai program insentif kerja seperti upah borongan, insentif, dan sebagainya. Fungsi manajemen menurut *Taylor* ialah *Planning, Directing, and Organizing of Work*. Fungsi pimpinan menurut pemikiran manajemen ilmiah adalah menetapkan dan menerapkan kriteria prestasi kerja/kinerja untuk memenuhi tujuan organisasi. Fokus pimpinan yang utama adalah pada pemenuhan kebutuhan organisasi dan bukan pada pemenuhan kebutuhan pegawai.

Setelah melakukan kajian, *Taylor* mengusulkan 5 (lima) prinsip dasar manajemen yang menurutnya akan meningkatkan produktivitas dan efisiensi, yaitu:

- 1) *The scientific selection of workers* - Efisiensi tergantung pada kesesuaian antara pekerjaan dengan pegawai yang memiliki kemampuan yang sesuai dengan pekerjaannya. Untuk itu para pegawai harus dipilih secara ilmiah, misalnya, melalui uji sikap (*test of attitude*);
- 2) *The scientific training of the workers* - Secara ilmiah melatih dan mengembangkan para pegawai, sehingga setiap pegawai akan bertanggung jawab akan tugasnya ditempat yang sesuai;
- 3) *A fair division of work and responsibility between workers and management job specialization* - Pembagian kerja dan tanggung jawab berdasarkan spesialisasi kerja. Manajemen bertanggung jawab atas penyusunan metode kerja dan pegawai bertanggung jawab atas pelaksanaan kerja;

- 4) *Cooperate fully with workers* - Kerjasama secara penuh antara manajemen dan pegawai;
- 5) *The importance of wage incentives* - Pegawai akan menerima bonus/insentif atas pekerjaannya jika ditetapkan standar produksi/kinerja (Silalahi, 2002).

Untuk meningkatkan produktivitas kerja, *Taylor* menerapkan sistem penggajian "*differential piece work*," yaitu pembayaran tertentu untuk pekerjaan dengan standar tertentu, melakukan pelatihan yang memadai, adanya bantuan manajerial, pegawai dipilih dengan cermat dan diberikan tugas yang sesuai dengan kemampuan dan keterampilan yang dimiliki, melakukan pengawasan fungsional, adanya kartu instruksi, standarisasi pekerjaan, peralatan, dan pegawai.

Adapun karakteristik pemikiran manajemen ilmiah menurut *Taylor* adalah : (a) menggantikan cara asal-asalan atau kebiasaan dengan pendekatan ilmiah, (b) membangun kerukunan/harmoni dalam kelompok pegawai untuk mencapai tujuan organisasi, bukan ketidakrukunan/disharmoni, (c) mewujudkan kerjasama kelompok dan bukan individualisme, (d) bekerja untuk mencapai keluaran maksimum dan bukan keluaran terbatas, serta (e) mengembangkan pegawai sampai pada taraf efisiensi setinggi-tingginya untuk kesejahteraan pegawai dan organisasi tempat mereka bekerja (Silalahi, 2002).

Dalam studinya, *Taylor* mengharapkan akan terjadi revolusi mental pada pihak manajer dan pegawai, tetapi sistemnya tidak sepenuhnya berhasil karena terhambat oleh sering terjadinya kericuhan di kalangan pegawai akibat kompetisi yang tidak sehat dan sistem penggajian yang tidak sama, ada pegawai yang malas yang diketahui sering merusak mesin.

Keterbatasan dan Sumbangan Pemikiran Manajemen Ilmiah

Pemikiran manajemen ilmiah banyak diterapkan dalam berbagai organisasi untuk meningkatkan produktivitas kerja. Studi gerak dan waktu, prinsip efisiensi, rekrutmen pegawai secara selektif, perlunya pendidikan dan pelatihan ternyata mampu meningkatkan produktivitas kerja.

Metode *Taylor* memfokuskan pegawai dihubungkan dengan mesin, sehingga terjadi dehumanisasi. Dengan kata lain, penerapan metode Taylor cenderung memperlakukan pegawai sebagai mesin produksi jika dilihat dari sistem kerja yang mekanistik, dan memperlakukan manusia semata-mata sebagai makhluk ekonomi jika dilihat dari usaha meningkatkan produktivitas kerja melalui sistem insentif.

Menurut hemat penulis, pemikiran manajemen ilmiah dapat diaplikasikan pada manajemen Puskesmas dalam beberapa hal yakni : (a) lima prinsip dasar manajemen menurut *Taylor* untuk meningkatkan produktivitas kerja dan efisiensi, (b) pembagian tugas dan tanggung jawab pegawai Puskesmas dilakukan sesuai dengan profesi dan kemampuannya, (c) pimpinan Puskesmas bertanggung jawab atas penyusunan dan pembimbingan metode kerja pelayanan Puskesmas, seperti *standard operating procedure* (SOP), (d) perlu melaksanakan kerja sama antara pimpinan dan pegawai Puskesmas, (e) pimpinan Puskesmas perlu memperhatikan

kepuasan kerja pegawai, (f) pimpinan Puskesmas perlu melatih dan memberdayakan pegawai serta menciptakan kerjasama dan kerukunan/harmoni diantara pegawai, dan (g) pimpinan Puskesmas perlu mengupayakan insentif materil untuk meningkatkan produktivitas pegawai.

b. Pemikiran Manajemen Administratif

Pemikiran manajemen administratif disebut juga manajemen proses, yaitu sistem manajemen yang menitik beratkan pada tindakan pimpinan dan pegawai pada struktur organisasi secara menyeluruh. *Fayol* (1841-1925) adalah seorang insinyur pertambangan dari Prancis, disebut sebagai Bapak manajemen modern, pelopor dari pemikiran manajemen administratif. Ia menekankan bahwa di dalam manajemen tidak ada hukum yang mutlak. Ada 4 (empat) aspek pokok kajian *Fayol*, yaitu aktivitas organisasi, elemen atau fungsi manajemen, asas-asas manajemen dan pengajaran manajemen. Menurut *Fayol*, ada 5 (lima) fungsi manajemen utama yaitu *Planning, Organizing, Commanding, Coordinating dan Controlling* (POCCCC). Kelima fungsi ini sifatnya sekuensial, artinya fungsi yang satu mendahului fungsi yang lainnya, dimana aktivitas manajerial dimulai dengan *planning* dan berakhir pada *controlling*.

Fayol mengemukakan 14 (empat belas) prinsip manajemen yang bersifat fleksibel sesuai dengan situasi dan kondisi organisasi. Keempat belas prinsip-prinsip manajemen adalah :

- 1) Pembagian kerja (*division of work*) – Adanya spesialisasi kerja akan meningkatkan efisiensi pelaksanaan kerja;
- 2) Wewenang dan tanggung jawab (*authority and responsibility*) – Keseimbangan antara wewenang dan tanggung jawab, sebab tanggung jawab adalah akibat dan timbul dari wewenang yang dimiliki sesuai posisi organisasionalnya;
- 3) Disiplin (*discipline*) – Adanya tanggapan dan ketaatan pada tugas dan tanggung jawab, peraturan, dan tujuan organisasi;
- 4) Kesatuan perintah (*unity of command*) – Setiap pegawai menerima instruksi tentang kegiatan hanya dari seorang pimpinan;
- 5) Kesatuan arah (*unity of direction*) – Setiap kegiatan organisasi dengan tujuan yang sama sebaiknya didasarkan pada satu rencana dan dipimpin oleh seorang pimpinan;
- 6) Mendahulukan kepentingan umum diatas kepentingan pribadi (*subordination of individual to the general interest*) – Kepentingan pribadi atau kelompok tidak boleh diutamakan melebihi kepentingan organisasi;
- 7) Imbalan atau pemberian upah (*remuneration*) – Sistem dan metode remunerasi harus adil dan memberi kepuasan bagi pegawai maupun organisasi;
- 8) Sentralisasi atau pemusatan (*centralization*) – Adanya keseimbangan yang tepat antara sentralisasi pengambilan keputusan pada pimpinan dengan pendelegasian wewenang kepada pegawai;

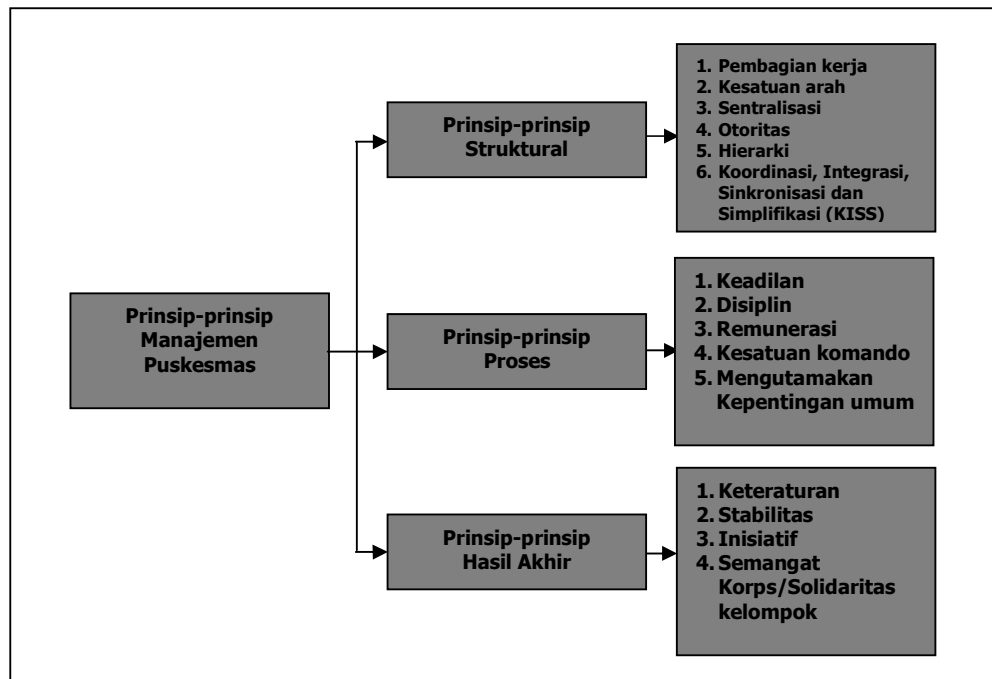
- 9) Jenjang (*hierarchy*) dan garis wewenang/rantai skalar (*scalar chain*) – Kedudukan pimpinan disusun dalam suatu jenjang/hierarki dengan garis wewenang dan perintah yang jelas;
- 10) Keteraturan atau tata tertib (*order*) – Sumber daya manusia dan bahan-bahan (material) harus pada tempat yang tepat (*right place*) dan pada waktu yang tepat (*right time*). Pegawai hendaknya ditempatkan pada posisi atau pekerjaan yang tepat/cocok;
- 11) Keadilan (*equity*) – Adanya kesamaan perlakuan dalam organisasi;
- 12) Stabilitas masa jabatan personalia (*stability of tenure of personel*) – Pergantian dan/atau mutasi pegawai yang tinggi tidak baik bagi pelaksanaan fungsi organisasi;
- 13) Prakarsa (*initiative*) – Pegawai diberi kebebasan untuk mengembangkan dan menjalankan rencana kerjanya;
- 14) Semangat korp (*esprit's de corps*) – Membangun semangat keselarasan, kebersamaan, persatuan, kebanggaan dan rasa memiliki dari para pegawai yang tercermin pada semangat korps (Handoko, 2003; Silalahi, 2002).

Keempat belas asas manajemen tersebut dapat digabungkan kedalam 3 (tiga) kelompok, yaitu (1) prinsip-prinsip struktural (*structural principles*) yang terdiri atas pembagian kerja, kesatuan arah, sentralisasi, otoritas, dan pertanggung jawaban serta hierarki, (2) prinsip-prinsip proses (*process principles*) yang terdiri atas keadilan, disiplin, remunerasi, kesatuan komando, dan mengutamakan kepentingan umum, serta (3) prinsip-prinsip hasil akhir (*end-result principles*) yang terdiri atas keteraturan, stabilitas masa jabatan, inisiatif dan semangat korp. Fayol berpendapat, bahwa kemampuan manajerial (*managerial ability*) atau keterampilan manajerial (*managerial skill*) dapat dilatih, dipelajari, dan diajarkan, meskipun tidak semudah untuk meningkatkan kemampuan tehnik.

Pada manajemen Puskesmas dikenal adanya prinsip KISS (Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi dan Simplifikasi), yaitu :

- 1) Koordinasi yaitu menghimpun, menyatukan, dan mengarahkan kegiatan, program dan/atau unit-unit fungsional Puskesmas ke dalam usaha bersama ke arah pencapaian tujuan Puskesmas;
- 2) Integrasi yaitu usaha menyatukan kegiatan, program dan/atau unit fungsional Puskesmas yang mempunyai tujuan yang sama, menggunakan sumber daya manajemen yang sama dan saling melengkapi dalam melakukan kegiatannya, sehingga terjadi perpaduan konsep (pola pikir), perpaduan tujuan, perpaduan kegiatan, dan perpaduan sumber daya manajemen;
- 3) Sinkronisasi yaitu usaha menyelaraskan dan menyamakan semua kegiatan, program, dan/atau unit fungsional Puskesmas yang mempunyai tujuan yang sama, meliputi penyelarasan personil, finansial, material dan tata cara untuk mencapai tujuan yang telah disepakati bersama;
- 4) Simplifikasi yaitu penyederhanaan rasional untuk mencapai efisiensi penggunaan sumber daya manajemen Puskesmas sedemikian rupa, sehingga dapat dilaksanakan cara bekerja yang lebih mudah serta lebih baik.

Bagan 2.2.
**Prinsip-Prinsip Manajemen Puskesmas: Adaptasi Prinsip-Prinsip
Manajemen Menurut Fayol**



Sumber: Modifikasi dari Silalahi, *Pemahaman Praktis Asas-Asas Manajemen*, 2002.

Keterbatasan dan Sumbangan Pemikiran Manajemen Administratif

Keempat belas asas manajemen administratif masih relevan dan dapat diterapkan pada manajemen Puskesmas, hanya asas pembagian kerja/tugas sebagai upaya membagi habis pekerjaan/tugas Puskesmas yang disertai dengan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab harus tetap dalam pengawasan dan pengendalian asas kesatuan perintah pimpinan Puskesmas.

c. Pemikiran Manajemen Birokratik

Pada kurun waktu yang relatif sama dengan *Taylor* dan *Fayol*, *Weber* (1864-1920), sosiolog Jerman, memformulasikan pemikiran tentang manajemen birokratik. Istilah birokrasi berasal dari bahasa Jerman, *buro*, yang berarti kantor, atau dari bahasa Prancis, *bureau*, yang berarti meja. Pengertian meja berkembang menjadi kekuasaan yang diwenangkan di meja-meja kantor. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2000), birokrasi mempunyai 2 (dua) pengertian, yaitu: (a) sistem pemerintahan yang dijalankan oleh pegawai pemerintah karena berpegang pada hierarki dan jenjang jabatan, dan (b) cara bekerja atau susunan pekerjaan yang serba lamban dan menurut tata aturan (adat dan lainnya) yang berliku-liku. Manajemen birokratik menurut *Weber* adalah suatu pendekatan manajemen ideal untuk organisasi besar yang menekankan pada aturan-aturan,

seperangkat hierarki, pembagian kerja yang jelas dan tuntas, mengikuti prosedur dan menekankan pada struktur organisasi secara menyeluruh. Pemikiran manajemen birokrasi menggambarkan suatu cetak biru (*blue print*) tentang bagaimana organisasi harus beroperasi secara rasional, dingin, dan terkontrol.

Karakteristik birokrasi menurut Weber adalah:

- 1) Pembagian kerja (*division of labor*) - Pembagian kerja adalah proses pembagian tugas dan kewajiban yang lebih dispesialisasi untuk efisiensi kerja, menggunakan pegawai, dan sumber daya manajemen secara efisien;
- 2) Struktur hierarki (*hierarchical structure*) - Struktur hierarki menentukan tingkatan jabatan menurut jumlah kekuasaan dan otoritas (hak pengambilan keputusan);
- 3) Aturan formal dan prosedur (*formal rules and procedure*) - Aturan dan prosedur formal merupakan petunjuk dan pedoman formal bagi perilaku pegawai dalam melaksanakan tugasnya. *Standard Operating Procedure* (SOP) dirancang untuk menjamin dan menselaraskan keseragaman dan kualitas kinerja dan standar pelayanan publik;
- 4) Impersonalitas (*impersonality*) - Pejabat dan aparatur birokrasi yang ideal menjalankan aturan dan tugas secara impersonal tanpa pertimbangan personal/pribadi. Pejabat yang tidak menjaga jarak sosial dan terlibat secara pribadi dengan pegawainya cenderung berperilaku diskriminatif;
- 5) Karier didasarkan atas prestasi (*career based on merit*) - Dalam organisasi birokrasi pekerjaan dipandang sebagai karier seumur hidup, karena itu pegawai harus direkrut berdasarkan kualifikasi-kualifikasi, promosi berdasarkan prestasi dan terhindar dari tindakan pemecatan yang sewenang-wenang;
- 6) Rasionalitas (*rationality*) - Penggunaan sumberdaya manajemen secara rasional diarahkan pada sasaran dan tujuan organisasi. Pengambilan keputusan dilakukan secara logis dan ilmiah (Silalahi, 2002).

Keunggulan pemikiran manajemen birokrasi untuk menciptakan efisiensi diharapkan bersumber dari karakteristik birokrasi yang diformulasikan oleh Weber, namun birokrasi yang sempurna tidak pernah ada dan tidak pernah bisa diwujudkan, tidak ada satupun organisasi empiris yang memiliki struktur yang sama persis dengan konstruk tipe ideal Weber. Ia berbicara dalam konteks organisasi birokrasi kecil atau organisasi ideal, sehingga manakala birokrasi itu membesar, ia tidak bisa dikontrol dengan baik bahkan oleh dirinya sendiri. Akibatnya, terjadilah birokrasi dalam *stereotype*-nya yang terkenal dengan istilah konservatif, lamban, *pro-statusquo*, tidak efisien, bertele-tele, dan selalu ingin tujuannya tercapai dengan segala cara, kolusi, korupsi, dan nepotisme. Regulasi birokrasi berkembang secara berlebihan karena lemahnya kontrol, ambisi kekuasaan pejabat bahwa dirinya harus dianggap penting, sehingga segala sesuatunya harus melalui persetujuannya (Usman, 2006).

Menurut Weber, birokrasi dengan cirinya yang sangat rasional, dingin, dan terkontrol merupakan organisasi terbaik yang telah dibuat manusia. Akan

tetapi kenyataannya, birokrasi kita adalah birokrasi yang sangat tradisional, masih sarat dengan ewuh pakewuh, sungkan, serba takut, dan ketaatan hamba sahaya. *Weber* selanjutnya membandingkan organisasi kedalam 2 (dua) tipe, yaitu: (a) organisasi karismatik, yaitu organisasi yang dipimpin oleh seorang pemimpin yang memiliki pengaruh pribadi yang sangat besar bagi anggotanya, dan (b) organisasi tradisional, organisasi yang pemimpinnya diangkat berdasarkan warisan.

Keterbatasan dan Sumbangan Pemikiran Manajemen Birokratik

Seperti halnya dengan pemikiran manajemen lain, pemikiran manajemen birokratik pun tidak luput dari kritikan. Kritikan terhadap pemikiran manajemen birokratik antara lain : (a) merangsang berfikir yang mengutamakan konformitas dan formalitas, (b) menciptakan rutinitas yang membosankan, (c) ide-ide inovatif tidak sampai kepada pengambilan keputusan karena panjangnya rantai birokrasi dan jalur komunikasi, (d) tidak memperhitungkan dan mengikut sertakan organisasi nonformal yang seringkali lebih berpengaruh pada organisasi formal, (e) dijalankan secara berlebihan sehingga terjadi *over-bureaucratization*, (f) terlalu banyak aturan yang berbelit-belit yang diatur oleh orang mereka yang menjalankan simpul-simpul birokrasi untuk menyelewengkan wewenang, dan (g) kecenderungan menjadi *orwelian*, yaitu keinginan birokrasi mencampuri (turut melaksanakan) bukan mengendalikan. Menurut *Osborne* dan *Gaebler* (2003), kelemahan birokrasi, antara lain, sistem anggaran birokrasi umumnya mendorong para pimpinan untuk menghabiskan anggaran. Jika mereka tidak menghabiskan seluruh anggaran sampai akhir tahun fiskal, 3 (tiga) hal akan terjadi : mereka kehilangan uang yang mereka simpan, tahun berikutnya mereka akan memperoleh anggaran lebih sedikit dan bagian anggaran akan marah karena tahun lalu mereka meminta terlalu banyak.

Pemikiran manajemen birokratik mengharuskan pimpinan Puskesmas untuk melaksanakan aturan-aturan, menerapkan seperangkat hierarki, pembagian kerja yang jelas dan tuntas, mengikuti prosedur kerja, dan menekankan pada struktur organisasi secara baku.

2. Pemikiran Manajemen Humanistik sebagai Jembatan dari Pemikiran Manajemen Klasik hingga Pemikiran Manajemen Kontemporer

Pemikiran manajemen klasik ternyata masih mengalami kesulitan untuk memprediksi atas efisiensi dan keharmonisan kerja, karena pegawai tidak selalu mengikuti pola perilaku rasional, sehingga kajian aspek perilaku manusia dalam organisasi dengan pandangan sosiologi dan psikologi menjadi penting. Untuk itu ada upaya dari para teoritis dan praktisi untuk mengkaji aspek pegawai dengan pendekatan perilaku yaitu suatu perspektif yang menekankan pentingnya usaha untuk memahami berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku manusia dalam organisasi yang disebut pemikiran manajemen humanistik. Pendekatan manajemen humanistik menekankan pentingnya aspek manusia bahkan menjadi

yang paling utama dalam peningkatan produktivitas yang memandang organisasi sebagai sesuatu yang terdiri atas tugas-tugas dan manusia yang melaksanakannya.

Pemikiran manajemen humanistik merupakan jembatan dari pemikiran manajemen klasik menuju pemikiran manajemen kontemporer. Pemikiran manajemen humanistik dikelompokkan atas 2 (dua) pendekatan yaitu:

- a. Pemikiran Manajemen Hubungan Manusiawi (*human relations approach*) yang dipelopori oleh Mayo (1880-1949) dengan kajian Hawthorne, dan
- b. Pemikiran Manajemen Perilaku (*behavioral approach*) yang dipelopori oleh Barnard (1886-1961) dan Follett (1868-1933).

a. Pemikiran Manajemen Hubungan Manusiawi

Pendekatan hubungan manusiawi sering digunakan sebagai istilah umum untuk menggambarkan cara pimpinan berinteraksi dengan pegawainya secara manusiawi. Asumsinya, jika pimpinan memotivasi pegawai dengan baik maka hubungan manusiawi dalam organisasi menjadi baik. Untuk menciptakan hubungan manusiawi yang baik, pimpinan harus memahami perilaku pegawai dan faktor-faktor sosial dan psikologi yang memotivasinya. Mayo, seorang psikolog, mengadakan studi tentang perilaku pegawai dalam bermacam-macam situasi kerja di pabrik Hawthorne dari tahun 1927 sampai 1932. Ia berpendapat, disamping perlu mencari metode teknologi yang terbaik untuk meningkatkan produktivitas, pimpinan perlu memperhatikan aspek hubungan manusia. Pusat kekuasaan sesungguhnya dalam organisasi adalah hubungan antar pribadi yang berkembang dalam unit-unit kerja organisasi yang perlu dikembangkan dengan memperhitungkan pegawai yakni mempertimbangkan perasaan, sikap, dan hubungan manusiawi.

Berdasarkan pemikiran manajemen hubungan manusiawi, fungsi pimpinan adalah memudahkan pencapaian tujuan secara kooperatif diantara para pegawai dan memberi kesempatan bagi pertumbuhan dan perkembangan pribadi pegawai. Fokus utama pemikiran manajemen hubungan manusiawi adalah pada kebutuhan pegawai dan bukan pada kebutuhan organisasi.

Menurut Mayo dalam Muninjaya (2004), manajemen yang baik harus mencegah penonjolan kepentingan individu pegawai sehingga mereka mampu mengatasi apa yang disebut "*rubble hypotesis*" yaitu hipotesis yang menggambarkan bahwa dalam sebuah organisasi terdapat kesemerawutan kerja karena masing-masing individu bertindak demi kepentingannya sendiri. Di samping itu, karena terjadinya "*atomistic society*" pada kelompok pegawai, menyebabkan adanya gangguan "*sense of belonging*" dari salah satu kelompok pegawai terhadap lingkungan kerja. Menurutnya, pada sebuah kelompok akan ada tiga tipe individu dewasa sesuai dengan reaksinya terhadap lingkungan. Manusia akan bereaksi logis (karena berpikir logis), nonlogis, dan irasional. Mayo membantah pernyataan bahwa manajemen itu harus selalu logis, sebab pegawai pada umumnya masih dikuasai oleh emosinya.

Penelitian awal *Mayo*, dilakukan untuk mengetahui pengaruh penerangan terhadap produktivitas, dengan asumsi bahwa peningkatan penerangan akan meningkatkan produktivitas. Untuk membuktikan hal itu kemudian dibentuk 2 (dua) kelompok kerja yaitu kelompok uji coba yang bekerja dengan kadar cahaya penerangan bervariasi, dan kelompok kontrol, yang bekerja dalam kondisi cahaya penerangan normal di dalam pabrik. Ketika kondisi penerangan dinaikan, produktivitas kelompok uji coba naik seperti yang diperkirakan. Tetapi, tanpa diduga produktivitas kelompok kontrol juga meningkat tanpa adanya peningkatan cahaya penerangan. Para peneliti berkesimpulan, bahwa tidak ada hubungan sebab-akibat langsung antara pencahayaan dan produktivitas.

Dalam penelitian selanjutnya, *Mayo* dan timnya dibantu staf *Harvard* melakukan uji coba dengan sekelompok pekerja wanita yang merakit penyambung telepon. Selama setahun setengah berlangsungnya uji coba dilakukan inovasi seperti hari kerja dalam seminggu diperpendek, pengenalan waktu istirahat dan makan siang. Para peneliti kemudian meniadakan hal-hal tersebut dan mengembalikan kondisi kerja seperti keadaan semula pada awal uji coba. Perubahan radikal tersebut diperkirakan akan mengakibatkan dampak psikologis negatif. Tetapi, ternyata produktivitas justru melonjak. Para peneliti menyimpulkan bahwa produktivitas tidak terletak pada aspek produksi (perubahan dalam pabrik dan kondisi kerja), tetapi terletak pada aspek manusia. Sebagai hasil dari perhatian yang diberikan kepada pegawai melalui uji coba tersebut, pegawai wanita merasa sebagai bagian penting dari organisasi, pegawai tidak lagi memandang diri mereka sebagai individu-individu yang terisolasi, tetapi menjadi anggota aktif dari satu kelompok kerja yang menyenangkan dan padu. Hubungan yang terjadi dalam kelompok kerja menimbulkan perasaan bersatu, kompeten dan berprestasi. Fenomena ini kemudian dikenal sebagai *Hawthorne effect* yaitu kecenderungan orang untuk bekerja keras karena ada perhatian khusus yang diberikan kepada pegawai (Handoko, 2003; Silalahi, 2002).

Penelitian dilanjutkan dengan melakukan wawancara terbuka kepada 20.000 pegawai mengenai pendapat pegawai tentang pekerjaan, kondisi kerja, supervisor, perusahaan dan segala sesuatu yang tidak mereka senangi, serta kaitan hal-hal tersebut dengan produktivitas. Wawancara ini terbukti berguna dalam beberapa hal yaitu : (a) mengandung nilai pengobatan yakni pegawai memperoleh kesempatan untuk mengungkapkan keluhan-keluhan. Mereka berpendapat bahwa hal ini merupakan yang terbaik yang pernah dilakukan perusahaan. Hasilnya adalah perubahan menyeluruh dalam sikap pegawai. Karena banyak saran pegawai yang diterapkan, mereka merasa bahwa pimpinan memandang keberdeaan mereka adalah penting, baik sebagai individu maupun kelompok, mereka ikut serta dalam pengoperasian dan masa depan organisasi dan tidak sekedar melaksanakan tugas.

(b) Studi *Hawthorne* menunjukkan adanya kebutuhan bagi pimpinan untuk mengkaji dan memahami hubungan antar manusia. Faktor signifikan yang mempengaruhi produktivitas organisasi adalah hubungan antar pribadi yang

terbina dalam pekerjaan, tidak hanya bayaran dan kondisi kerja. *Mayo* menemukan bahwa apabila kelompok pegawai sejalan dengan pimpinan, maka produktivitas meningkat. Apabila tujuan kelompok pegawai bertentangan dengan tujuan pimpinan, maka produktivitas tetap berada pada level bawah atau bahkan lebih menurun (*Hersey dan Blanchard, 1982*). Penemuan tersebut menjawab pertanyaan mengapa beberapa kelompok pegawai tertentu lebih produktif sedangkan kelompok lainnya pada level produktivitas minimal. Penemuan ini mendorong pimpinan untuk mengikutsertakan pegawai dalam setiap proses manajemen dan proses pengambilan keputusan, serta menjalin kerjasama positif.

Keterbatasan dan Sumbangan Pemikiran Manajemen Hubungan Manusia

Konsep makhluk sosial tidaklah menggambarkan secara lengkap individu-individu di tempat kerja. Perbaikan kondisi kerja dan kepuasan pegawai tidak menghasilkan perubahan produktivitas yang mencolok. Lingkungan sosial di tempat kerja bukan satu-satunya tempat pegawai saling berinteraksi karena ada yang berinteraksi dengan unit kerja lain di luar tempat kerja. Pemikiran manajemen hubungan manusiawi mengilhami para ahli perilaku untuk membahas teori motivasi

b. Pemikiran Manajemen Pendekatan Perilaku

Perilaku dapat dipahami melalui 3 (tiga) pendekatan, yaitu dengan model rasional, sosiologis, dan pengembangan hubungan manusia. Model rasional memusatkan perhatiannya pada pegawai yang diasumsikan rasional dan mempunyai berbagai kepentingan, kebutuhan, motif, dan tujuan. Pendukung model ini menurut *Usman (2006)* antara lain *Down (1967)* dan *Simon (1973)*. Model sosiologis lebih memusatkan perhatiannya pada pengetahuan antropologi, sosiologi, dan psikologi. Pendukung model ini antara lain *Bern (1970)*. Sedangkan model pengembangan hubungan manusia lebih memusatkan perhatiannya pada tujuan yang ingin dicapai dan pengembangan berbagai sistem motivasi menurut jenis motivasi agar dapat meningkatkan produktivitas kerja. Pendukung model ini antara lain *McGregor, Maslow (1970)*, dan *Bennis (1990)*. Transisi pemikiran manajemen klasik menuju ke pemikiran manajemen hubungan manusiawi cenderung berorientasi pada perilaku manusia dimulai oleh *Follett dan Barnard*.

Pemikiran manajemen hubungan manusiawi memperkenalkan manusia sosial yang dimotivasi oleh kehendak untuk menjalin hubungan dengan orang lain, namun beberapa ahli ilmu perilaku seperti *Follett dan Barnard* berpendapat bahwa konsep manusia sebagai pribadi adalah faktor kunci penentu kesuksesan atau kegagalan pencapaian tujuan organisasi. Individu dalam kelompok kerja, tetap ia sebagai individu yang bekerja dengan motivasi untuk memenuhi kebutuhan individualnya.

Follett (1868-1933), seorang filsuf dan pekerja sosial yang pertama kali menerapkan psikologi sosial pada organisasi unit kerja dan instansi pemerintah. Ia menulis tentang pentingnya kerja sama pimpinan dengan pegawai, kreativitas,

koordinasi, dan pemecahan konflik. *Follett* percaya bahwa konflik dapat dibuat konstruktif dengan menggunakan proses integrasi, yaitu setiap orang yang berkonflik duduk berunding di satu meja untuk bersama-sama mencari jalan keluar pemecahan bersama atas berbagai perbedaan diantara mereka dengan prinsip *win-win solution* (saling menguntungkan). Esensi dari pemikiran manajemen menurut *Follett* ialah hubungan kerja yang baik tercipta dari kebersamaan pegawai/pengikut dan bukan di bawah perintah seseorang. Pendapat *Follett* yang terkenal yaitu manajemen bekerja melalui orang lain. Ia berpendapat bahwa hanya melalui hubungan dengan pihak lain di dalam kelompok, seseorang individu dapat menemukan identitas yang sebenarnya dan ia dapat menjadi kreatif penuh (Handoko, 2003; Nisjar dan Winardi, 1979).

Dipandang dari sudut yang lebih luas, maka suatu organisasi unit kerja merupakan sebuah kelompok. Anggota organisasi unit kerja tersebut terlepas dari apakah mereka sebagai pimpinan atau pegawai, merupakan anggota kelompok yang sama, dan dengan demikian mereka mempunyai kepentingan yang sama. Pelaksanaan pencapaian kepentingan bersama para anggota organisasi unit kerja menjadi tanggung jawab kolektif dan terjadi pada waktu para anggota organisasi bekerja sama. Kelompok tersebut mencapai kesatuan integratif atau keterpaduan/kemanunggalan. Bukan tanggung jawab pimpinan untuk memberikan perintah, tetapi mereka harus merumuskan dan menyepakati tujuan kelompok. Dengan demikian para pegawai bukanlah bekerja untuk pimpinan, melainkan mereka bekerja dengannya, dan perintah-perintah diterima dari situasi yang sedang dihadapi.

Barnard (1883-1961) adalah presiden perusahaan *Bell Telephone* di New Jersey. Ia menulis bermacam-macam subyek manajemen dalam bukunya *The Functions of the Executive* (1983). Ia memandang organisasi unit kerja sebagai sistem kegiatan yang mengarah pada tujuan, Ia menekankan bahwa orang-orang bekerja dalam organisasi unit kerja untuk tujuan tertentu yaitu memenuhi kebutuhan pribadinya, sehingga tujuan organisasi unit kerja harus juga merealisasikan tujuan individu yang bekerja di dalamnya. Kedua tujuan tersebut harus dijaga keseimbangannya agar organisasi unit kerja beroperasi secara efisien dan efektif. Tesis utama *Barnard* ialah bahwa suatu organisasi dapat bekerja secara efisien dan tetap hidup hanya jika tujuan organisasi dan tujuan serta kebutuhan individu yang berkerja pada organisasi itu dijaga seimbang. Fungsi manajemen menurutnya adalah perumusan tujuan dan pengadaan sumber daya untuk mencapai tujuan. Ia juga menekankan pentingnya komunikasi untuk mencapai tujuan organisasi. Teori yang dikemukakannya disebut Teori Penerimaan Wewenang. Esensi dari Teori Penerimaan Wewenang ialah pegawai akan menerima perintah apabila mereka memahami serta mampu dan mau melaksanakan perintah pimpinannya. Kontribusi utama *Barnard* bagi pemikiran manajemen ialah pendapatnya tentang tugas para pimpinan yaitu membina sistem kerja sama dalam organisasi unit kerja. Ia juga memformulasikan pendekatan sistem sosial yang komprehensif dalam manajemen (Usman, 2006).

Barnard berpendapat bahwa seorang pimpinan mempunyai 3 (tiga) fungsi, yaitu : (a) menyediakan sistem komunikasi organisasi, yakni pimpinan bertanggung jawab untuk menetapkan struktur organisasi (*organizing*), menempatkan pegawai (*staffing*) yang loyal, bertanggung jawab dan berkemampuan, serta mengupayakan secara informal terbentuk dan terpeliharanya suatu kondisi keserasian antara pegawai dengan pimpinan, (b) mengangkat pegawai untuk menduduki jabatan non manajerial di dalam organisasi, dan (c) merumuskan tujuan organisasi dan untuk mencapainya pimpinan harus menyediakan insentif-insentif positif bagi pegawai atau ia harus mengurangi beban-beban negatif. Menurut *Barnard* insentif-insentif positif meliputi : (a) uang dan barang material, (b) peluang-peluang untuk mendapatkan penghargaan, prestise dan kekuasaan pribadi atau pencapaian posisi yang dominan, (c) kondisi-kondisi kerja yang baik, (d) pemuasan kebutuhan-kebutuhan pegawai, (e) situasi sosial yang atraktif, (f) kondisi kerja, praktik kerja, dan sikap yang akrab, (g) peluang untuk merasakan adanya partisipasi dalam kegiatan organisasi, dan (h) peluang untuk melakukan komunikasi, kesetiakawanan, dan saling bantu membantu. Sumbangsih sesungguhnya pemikiran *Barnard* adalah koseptualisasi tentang organisasi sebagai sebuah sistem dengan aktivitas-aktivitas dan kekuatan-kekuatan yang dikoordinasi secara sadar (Nisjar dan Winardi, 1997).

Keterbatasan dan Sumbangan Pemikiran Manajemen Perilaku

Beberapa ahli pemikiran manajemen perilaku meyakini bahwa kajian perilaku tidak sepenuhnya nyata karena berhubungan dengan manusia yang bersifat unik. Model, teori, dan istilah perilaku sangat kompleks dan abstrak untuk dipraktikan dalam manajemen, sehingga penelitian pemikiran manajemen perilaku sering berbeda dalam menyimpulkan hasilnya. Sumbangan pemikiran manajemen perilaku seperti yang telah disebutkan diatas dikembangkan dalam teori motivasi, perilaku kelompok, interaksi interpersonal di tempat kerja, dan pentingnya hubungan manusiawi di tempat kerja.

Menurut pendapat penulis, pemikiran manajemen humanistik baik hubungan manusiawi maupun perilaku, bisa diaplikasikan pada manajemen Puskesmas dalam beberapa hal, antara lain : (a) menjalin hubungan keakraban antar pribadi pimpinan dan pegawai Puskesmas di dalam pekerjaan akan lebih meningkatkan produktivitas, namun tetap menjaga impersonalitas dalam pelaksanaan aturan dan tugas (tesis *Weber*), (b) perlu menjalin komunikasi efektif baik secara formal melalui hierarki organisasi maupun komunikasi informal, (c) pegawai Puskesmas perlu diikutsertakan dalam proses manajemen dan proses pengambilan keputusan Puskesmas, sehingga pegawai Puskesmas merasa memiliki (*sense of belonging*) dan bertanggung jawab atas program dan kegiatan Puskesmas, (d) perlu menciptakan kesamaan pola pikir dan pola gerak pimpinan dan pegawai Puskesmas, sehingga pencapaian tujuan Puskesmas menjadi tanggung jawab kolektif, (e) perlu menjaga keseimbangan antara pencapaian tujuan Puskesmas dan tujuan pegawai Puskesmas, dan (f) Puskesmas perlu

mengupayakan adanya insentif, berupa materi, penghargaan, promosi jabatan, dan sebagainya.

3. Pemikiran Manajemen Kontemporer/Modern

Pemikiran manajemen mekanistik maupun pemikiran manajemen humanistik ternyata belum dapat menjelaskan efektivitas pencapaian tujuan organisasi. Hal itu disebabkan karena kedua pendekatan ini lebih menekankan dimensi-dimensi internal organisasi. Para teoritis kemudian melihat bahwa dimensi lingkungan juga menentukan efektivitas pencapaian tujuan organisasi. Pemikiran ini disebut sebagai perspektif integratif dalam manajemen, juga disebut pemikiran manajemen kontemporer/modern. Pemikiran ini menghormati dan mengakomodasi pemikiran manajemen sebelumnya, tetapi mereka juga mengakui bahwa tak satupun pemikiran manajemen terpakai secara universal untuk semua situasi dan kondisi. Bagaimanapun organisasi tidak stagnan, statis dan tidak berada dalam keadaan *status quo*, melainkan ia berinteraksi dengan lingkungan, sehingga ada tuntutan dan pengaruh dari lingkungan yang dinamis.

Ada 2 (dua) pemikiran manajemen kontemporer yaitu :

- a. Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka;
- b. Pemikiran Manajemen Kontingensi.

a. Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka

Sistem berasal dari bahasa Yunani, *system*. Sistem menurut *Shore & Voich* (1974) ialah suatu keseluruhan yang terdiri dari sejumlah bagian-bagian. *Gerald, et al.* (1981) mendefinisikan sistem sebagai tata cara kerja yang saling berkaitan dan bekerja sama membentuk suatu aktivitas dalam mencapai suatu tujuan. Sistem menurut *Banghart* (1990) ialah sekelompok elemen-elemen yang saling berkaitan yang secara bersama-sama diarahkan untuk mencapai tujuan yang ditentukan. *Mudrick & Ross* (1982) mendefinisikan sistem sebagai seperangkat unsur yang melakukan suatu kegiatan atau membuat skema dalam rangka mencapai tujuan dengan mengolah data dan/atau energi serta barang-barang dalam waktu tertentu untuk menghasilkan informasi dan/atau energi dan/atau benda. *Koontz & O'Donnel* (1976) mendefinisikan sistem sebagai keseluruhan bukan hanya bagian-bagian karena sistem yang bersangkutan perlu dipandang sebagai suatu totalitas (Usman, 2006). Definisi lain, menurut *Ryans* sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan fungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang ditetapkan. Sedangkan menurut *McManama* ialah struktur konsep yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien (Azwar, 1988).

Adapun sifat-sifat sistem antara lain : (1) selalu terdiri dari lebih dari satu subsistem, (2) selalu merupakan bagian sistem yang lebih besar (suprasistem), (3) dapat bersifat terbuka dan tertutup, (4) selalu memiliki batas-batas sistem, (5)

sistem tertutup cenderung mengalami kemunduran, (6) rasio *input*, proses, dan *output* diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan dinamis dan mempertahankan kehidupannya, (7) memerlukan umpan balik untuk menjaga keseimbangan, (8) perubahan cepat memerlukan kewaspadaan dengan meningkatkan mutu subsistem antara spesialisasi dan diferensiasi struktur, (9) akibat spesialisasi dan diferensiasi, batas sistem perlu diperluas, (10) bertambahnya interaksi dengan lingkungannya menyebabkan sulitnya pemecahan masalah sebuah sistem karena itu muncul istilah kontingensi, (11) menyeluruh (*holistic*), yaitu dipahami sebagai kesatuan total bukan *atomistic*, dan (12) sinergi, yaitu bekerja bersama-sama hasilnya lebih besar daripada bekerja sendiri-sendiri (Usman, 2006).

Ciri-ciri sistem menurut *Awad* (1979) dalam Azwar (1988), terdiri atas 5 (lima) macam yakni:

- 1) Sistem bukanlah suatu yang berada di ruang hampa, melainkan selalu berinteraksi dengan lingkungan. Tergantung dari pengaruh interaksi dengan lingkungan tersebut, sistem dapat dibedakan atas dua macam. Pertama, bersifat terbuka (*open system*), apabila interaksi dengan lingkungan mempengaruhi sistem. Kedua, bersifat tertutup (*close system*) apabila interaksi dengan lingkungan tidak mempengaruhi sistem;
- 2) Pada sistem yang bersifat terbuka, berbagai pengaruh yang diterima dari lingkungan dapat dimanfaatkan oleh sistem untuk lebih menyempurnakan sistem. Pemanfaatan yang seperti ini memang dimungkinkan, karena di dalam sistem terdapat mekanisme penyesuaian diri, yang antara lain karena adanya umpan balik (*feed back*);
- 3) Sistem mempunyai kemampuan untuk mengatur diri sendiri, yang antara lain juga disebabkan karena di dalam sistem terdapat unsur umpan balik (*feed back*);
- 4) Sistem terbentuk dari dua atau lebih subsistem, dan setiap subsistem terdiri dari dua atau lebih subsistem lain yang lebih kecil, demikian seterusnya;
- 5) Antara satu subsistem dengan subsistem lainnya terdapat hubungan yang saling tergantung dan mempengaruhi. Keluaran suatu subsistem misalnya, menjadi masukan bagi subsistem lain yang terdapat dalam sistem;
- 6) Sistem mempunyai tujuan atau sasaran yang ingin dicapai. Pada dasarnya tujuan atau sasaran ini adalah sebagai hasil kerja sama dari berbagai subsistem yang terdapat dalam sistem.

Sedangkan, menurut *Shode* dan *Voich* dalam Azwar (1988), ciri-ciri sistem dibedakan atas enam macam yaitu:

- 1) Sistem mempunyai tujuan karena itu semua perilaku yang ada pada dasarnya bermaksud mencapai tujuan tersebut (*purposive behavior*);
- 2) 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;

- 3) Berbagai bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem saling terkait, berhubungan serta berinteraksi;
- 4) Sistem bersifat terbuka dan selalu berinteraksi dengan sistem lain yang lebih luas, yang biasanya disebut dengan lingkungan;
- 5) Sistem mempunyai kemampuan transformasi artinya mampu mengubah sesuatu menjadi sesuatu yang lain. Dengan perkataan lain, sistem mampu mengubah masukan menjadi keluaran;
- 6) Sistem mempunyai pengendalian baik dalam rangka menyatukan berbagai bagian atau elemen atau dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran.

Dari kedua pendapat tentang ciri-ciri sistem tersebut diatas, pada dasarnya mengandung persamaan, bahwa ciri-ciri sistem adalah sebagai berikut:

- 1) Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan;
- 2) Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan;
- 3) 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;
- 4) Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

Manajemen sistem terbuka menurut *Robbins* (1994) mempunyai beberapa karakteristik sebagai berikut:

- 1) Kepekaan terhadap lingkungan - Salah satu karakteristik dari sebuah sistem terbuka adalah pengakuan adanya saling ketergantungan di antara sistem dan lingkungannya. Ada batas yang memisahkan sistem tersebut dari lingkungannya. Perubahan yang terjadi di dalam lingkungan mempengaruhi sistem, dan sebaliknya perubahan di dalam sistem akan mempengaruhi lingkungannya;
- 2) Umpan balik - Sistem terbuka secara terus menerus menerima informasi dari lingkungannya. Hal ini membantu sistem untuk menyesuaikan dan memberikan kesempatan pada sistem untuk melakukan tindakan korektif untuk memperbaiki penyimpangan;
- 3) *Cyclical character* - Sistem terbuka merupakan kegiatan yang berputar. Keluaran dari sistem menyediakan bahan sebagai masukan baru yang memungkinkan terjadinya pengulangan (repetisi) siklus tersebut;
- 4) *Negative entropy* - Istilah entropy merujuk pada kemungkinan dari sistem untuk menjadi hancur atau menghilang. Sistem tertutup, karena tidak memasukkan kekuatan baru atau masukan baru dari lingkungannya, mungkin akan hilang dengan sendirinya setelah beberapa waktu. Sebaliknya sistem terbuka oleh *negative entropy* dapat memperbaiki diri sendiri,

mempertahankan struktur, menghindari kematian dan bahkan dapat tumbuh dan berkembang karena mempunyai kemampuan untuk memasukkan lebih banyak energi dari yang telah dikeluarkan;

- 5) *Steady state* - Masukan energi untuk menahan *entropy* dapat memelihara konsistensi dalam pertukaran energi sehingga menghasilkan suatu keadaan yang relatif stabil. Meskipun terdapat arus dari masukan baru ke dalam sistem tersebut secara konstan dan arus keluar yang tetap;
- 6) Gerakan ke arah pertumbuhan dan ekspansi - Karakteristik *steady state* menggambarkan sistem terbuka yang sederhana. Pada saat sistem tersebut menjadi lebih kompleks dan bergerak untuk melawan *entropy*, maka sistem terbuka bergerak ke arah pertumbuhan dan ekspansi. Hal ini tidak kontradiktif dengan tesis *steady state*;
- 7) Keseimbangan antara mempertahankan dan menyesuaikan aktivitas - Sistem terbuka berusaha untuk menyelaraskan 2 (dua) macam aktivitas yang sering kali saling bertentangan. Aktivitas pemeliharaan (*maintenance activity*), memastikan bahwa berbagai subsistem berada dalam keseimbangan dan keseluruhan sistem sesuai dengan lingkungannya. Ini sebenarnya mencegah terjadinya perubahan yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan sistem tersebut. Sebaliknya, aktivitas penyesuaian (*adaptive activity*) dibutuhkan agar sistem dapat menyesuaikan diri dari waktu ke waktu dengan variasi dari permintaan intern dan ekstern. Dengan demikian, disatu pihak mencari stabilitas dan pemeliharaan status quo melalui pembelian, pemeliharaan, dan penggantian peralatan, pelatihan dan rekrutmen pegawai, penyediaan dan pelaksanaan peraturan dan prosedur, dipihak lain memfokuskan diri pada perubahan melalui perencanaan, riset pasar, pengembangan produk dan jasa baru, dan sebagainya;
- 8) *Equifinality* - Konsep equifinality berargumentasi bahwa terdapat beberapa cara untuk mencapai tujuan organisasi. Konsep ini menyatakan bahwa sebuah sistem dapat mencapai tujuan yang sama dari kondisi awal yang berbeda-beda dan melalui bermacam cara. Ini berarti bahwa sistem organisasi dapat mencapai tujuannya dengan berbagai macam masukan dan proses transformasi.

Telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen ialah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian, maka tidak ada yang disebut dengan sistem. Bagian atau elemen sistem banyak macamnya. Elemen sistem manajemen menurut penulis dapat dikelompokkan dalam 7 (tujuh) unsur, yaitu :

- 1) Masukan (*input*) yakni bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Masukan manajemen berupa sumber daya manajemen yang terdiri atas *man* (ketenagaan), *money* (dana/biaya), *material* (bahan, sarana dan prasarana), *machine* (mesin, peralatan/teknologi) untuk mengubah masukan menjadi

keluaran, *method* (metode), *market* dan *marketing* (pasar dan pemasaran), *minute/time* (waktu), dan *information* (informasi), yang disingkat 7 M + 1 I;

- 2) Proses (*process*) yakni bagian atau elemen dari sistem yang berfungsi melakukan transformasi/konversi yakni mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan;
- 3) Hasil antara (*output*) yakni bagian atau elemen dari sistem yang dihasilkan dari berlangsungnya proses transformasi/konversi dalam sistem;
- 4) Hasil akhir (*outcome*) yakni hasil yang dicapai dari suatu program berupa indikator-indikator keberhasilan suatu program;
- 5) Manfaat dan Dampak (*impact*) yakni efek langsung atau tidak langsung atau konsekuensi yang diakibatkan dari pencapaian tujuan suatu program berupa manfaat dan dampak dari program tersebut;
- 6) Umpan balik (*feed back*) yakni bagian atau elemen dari sistem yang merupakan hasil antara dan hasil akhir dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut serta informasi yang diterima dari lingkungannya;
- 7) Lingkungan (*environment*) yaitu bagian di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Meskipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, tetapi sistem tersebut tidak dapat melepaskan diri dari pengaruh lingkungan. Tergantung dari jenis organisasinya, maka yang dimaksud dengan lingkungan tersebut amat beraneka ragam.

Untuk memudahkan pemahaman, kedudukan dan peranan sistem terhadap lingkungan yang beraneka ragam ini sering digambarkan dalam bentuk penjenjangan sistem. Yang dimaksud dengan penjenjangan sistem ialah pembagian sistem ditinjau dari sudut kedudukan dan peranannya terhadap lingkungan. Untuk itu penjenjangan sistem tersebut dapat dibedakan atas 3 (tiga) macam yaitu :

1) Suprasistem

Suprasistem adalah lingkungan dimana sistem tersebut berada. Lingkungan yang dimaksud disini juga berbentuk suatu sistem tersendiri, yang kedudukan dan peranannya lebih luas. Sistem yang lebih luas ini mempengaruhi sistem tetapi tidak dikelola oleh sistem.

2) Sistem

Sistem adalah sesuatu yang sedang diamati yang menjadi obyek dan subyek pengamatan (dengan pengertian seperti telah diuraikan sebelumnya).

3) Subsistem

Subsistem adalah bagian atau elemen dari sistem yang secara mandiri membentuk sistem pula. Subsistem yang mandiri ini kedudukan dan peranannya lebih kecil daripada sistem.

Kontributor utama pemikiran manajemen sistem ialah *Bernard* (1886-1961), *Katz* dan *Kahn* dalam buku *The Social Psychology of Organization*.

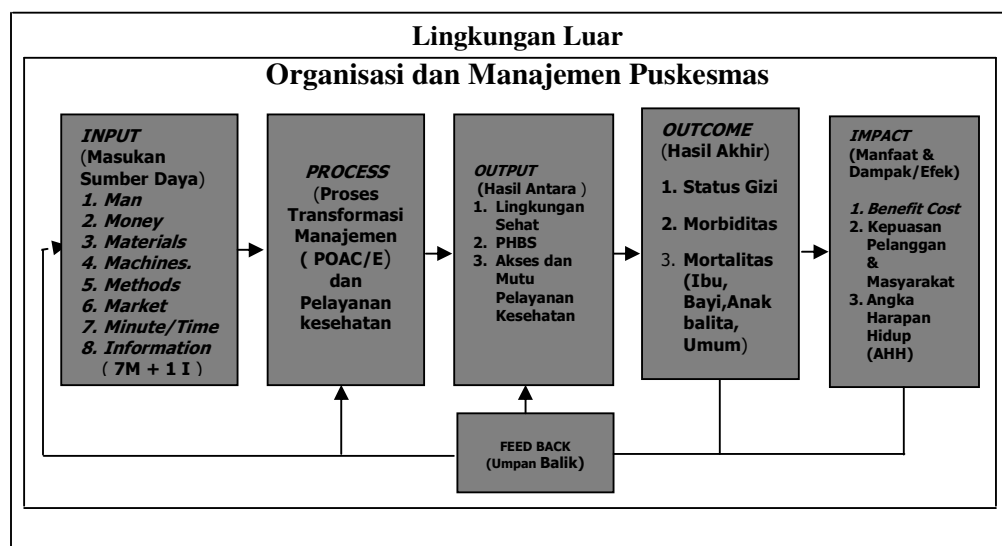
Pemikiran manajemen sistem didasarkan atas suatu anggapan bahwa organisasi dipandang sebagai sebuah sistem, yaitu suatu kesatuan yang terdiri dari bagian-bagian yang saling berhubungan dan saling tergantung yang beroperasi sebagai satu keseluruhan dalam pencapaian tujuan. Organisasi merupakan bagian dari lingkungan sehingga organisasi merupakan suatu sistem terbuka (*open system*). Pemikiran manajemen sistem digunakan oleh pimpinan untuk mengantisipasi perubahan lingkungan organisasi dan manajemen secara holistik dan komprehensif.

Pemikiran manajemen yang paling cocok untuk manajemen pelayanan kesehatan seperti Puskesmas adalah pemikiran manajemen sistem terbuka. Puskesmas merupakan bagian dari lingkungan, sehingga ia berhubungan dan berinteraksi dengan lingkungannya. Sebagai suatu sistem terbuka ada ketergantungan dengan lingkungannya dan karena itu Puskesmas perlu beradaptasi terhadap lingkungan yang berubah agar dapat bertahan hidup dan berkembang.

Pemikiran manajemen sistem terbuka menggambarkan manajemen sebagai suatu kerangka kerja yang memvisualisasikan elemen-elemen lingkungan internal dan eksternal sebagai suatu kesatuan yang terintegrasi dengan organisasi dan manajemen. Memandang elemen-elemen sebagai secara menyeluruh sebagai suatu kesatuan merupakan kunci efektivitas pencapaian tujuan organisasi. Pemikiran manajemen sistem menjelaskan bahwa kegiatan bagian manapun dari sebuah organisasi mempengaruhi kegiatan dari setiap bagian yang lainnya. Untuk mempertautkan bagian-bagian organisasi secara keseluruhan atau sebagai suatu kesatuan, pimpinan harus berkomunikasi dan berkoordinasi dengan para pegawai dan unit-unit kerja serta dengan organisasi lain dan lingkungannya.

Bagan 2.3

Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka Pada Puskesmas



Sumber: Inovasi Penulis.

Bagan 2.3 di atas memperlihatkan bahwa, Puskesmas sebagai organisasi sistem terbuka terdiri atas 7 (tujuh) komponen yaitu : *input* (masukan sumber daya manajemen), *process* (proses transformasi manajemen dan proses pelayanan kesehatan yang ditunjang oleh standar mutu serta SOP dan sistem pencatatan dan pelaporan), *output* (hasil antara), *outcome* (hasil akhir), *impact* (manfaat dan dampak/efek), *feed back* (umpan balik), dan lingkungan.

(1) Masukan (*input*) - Berupa sumber-sumberdaya manajemen Puskesmas. Sumber-sumberdaya yang diperlukan manajemen dapat dikelompokkan atas sumber daya manusia (*human resource*) dan sumber daya non manusia (*non human resource*) yang terdiri atas sumber daya finansial (*financial resource*), sumber daya fisik (*physical resource*), serta sumber daya sistem dan teknologi (*system and technological resource*). Sumber-sumberdaya manajemen Puskesmas meliputi *man* (ketenagaan), *money* (biaya/dana), *material*, *machine*, *method*, *minute/time*, *market* dan *information* dengan akronim 7 M + 1 I. (a) *Man* (ketenagaan) berupa pegawai Puskesmas, kader kesehatan, fasilitator kecamatan dan desa, dan sebagainya, (b) *Money* (dana/biaya) berupa dana operasional, program atau proyek Puskesmas, (c) *Material* (bahan, sarana dan prasaran) berupa obat, alat kesehatan, alat administrasi perkantoran, sarana sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas (SP3), sistem informasi Posyandu (SIP), pencatatan dan pelaporan sarana kesehatan swasta, sarana promosi kesehatan, mebel, sarana transportasi, dan komunikasi dan lain-lain, (d) *Machine* (mesin atau peralatan/ teknologi) untuk mengubah masukan menjadi keluaran berupa *standard operating procedure* (SOP) baik pelayanan kesehatan di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas, teknologi pelayanan Puskesmas, dan lain-lain, (e) *Method* (metode) yaitu cara atau pendekatan yang dipergunakan untuk mengubah masukan menjadi keluaran, yakni berupa metode/cara pelaksanaan tugas, metode pergerakan dan pemberdayaan pegawai Puskesmas, metode pergerakan dan pemberdayaan masyarakat seperti metode Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), metode survei cepat kepuasan pelanggan dan lain-lain.

(f) *Market* dan *Marketing* (pasar dan pemasaran) - Menurut Kotler (2002), pemasaran mencakup 3 (tiga) aktivitas yaitu segmentasi pasar, penetapan pasar sasaran, dan penentuan posisi pasar. Segmentasi pasar adalah kelompok besar yang dapat diidentifikasi di dalam sebuah pasar. Variabel segmentasi pasar yang utama adalah geografis, demografis, psikografis, dan perilaku. Segmentasi geografis seperti rukun tetangga (RT), rukun warga (RW)/dusun dan desa sebagai sasaran wilayah pelayanan kesehatan Puskesmas dan wilayah pergerakan dan pemberdayaan pembangunan kesehatan seperti program Posyandu, Desa Siaga, dan sebagainya. Segmentasi demografis meliputi usia, jenis kelamin, jumlah anak, pekerjaan, pendidikan, agama, status sosial (keluarga miskin/Gakin dan non Gakin). Segmentasi berdasarkan usia, seperti wanita usia subur, pasangan usia subur, ibu hamil, ibu menyusui, bayi, anak balita sebagai sasaran program KB-Kesehatan dan program kesehatan reproduksi remaja, usia anak sekolah sebagai

sasaran kesehatan program anak dan remaja/usaha kesehatan sekolah, usia kerja sebagai sasaran usaha kesehatan kerja, serta usia lanjut sebagai sasaran program kesehatan usia lanjut di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu). Segmentasi psikografis meliputi gaya hidup sehat dan sistem nilai yaitu sistem kepercayaan yang melandasi sikap dan perilaku sasaran program Puskesmas. Segmentasi perilaku menitik beratkan pada perilaku hidup bersih dan sehat.

Pemasaran menurut *Payne* (1993) merupakan suatu proses mempersepsikan, memahami, menstimulasi, dan memenuhi kebutuhan pasar sasaran yang dipilih secara khusus dengan menyalurkan sumber-sumber organisasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan. Dengan demikian, pemasaran merupakan proses penyaluran sumber-sumber organisasi terhadap kebutuhan pasar. Pemasaran memberi perhatian pada hubungan timbal balik yang dinamis antara produk-produk dan jasa-jasa layanan Puskesmas, keinginan dan kebutuhan konsumen, dan kegiatan-kegiatan para pesaing.

Adapun fungsi pemasaran terdiri dari 3 (tiga) komponen, yaitu: (1) bauran pemasaran, yakni unsur-unsur atau elemen-elemen internal penting yang membentuk program pemasaran layanan kesehatan Puskesmas, (2) kekuatan pasar, yaitu peluang dan ancaman eksternal dimana kegiatan pemasaran Puskesmas berinteraksi, dan (3) proses penyaluran, yaitu proses strategik dan manajerial untuk memastikan bahwa bauran pemasaran dan kebijakan internal Puskesmas laik bagi kekuatan pasar. Bauran pemasaran menurut *Payne* (1993) terdiri atas 7 (tujuh) komponen, yaitu : (1) produk, yakni produk atau jasa yang sedang ditawarkan, (2) harga (*price*), yakni harga yang dibayar dan cara-cara atau syarat-syarat yang berhubungan dengan penjualan, (3) promosi, yakni program komunikasi, informasi dan edukasi/motivasi yang berhubungan dengan pemasaran produk atau jasa layanan Puskesmas, (4) tempat (*place*), yakni fungsi distribusi dan logistik yang diikuti sertakan dalam rangka menyediakan produk dan jasa layanan Puskesmas, (5) layanan pelanggan (*customer service*), yakni layanan pelanggan/konsumen yang menuntut dan memerlukan tingkat jasa yang lebih tinggi, dikarenakan pesaing memandang jasa sebagai senjata kompetitif untuk mendiferensiasikan diri mereka, serta kebutuhan untuk membangun hubungan yang dekat dan lebih langgeng dengan pelanggan, (6) orang (*people*), yakni pegawai Puskesmas yang merupakan unsur penting, baik dalam produksi maupun penyampaian jasa layanan Puskesmas. Pegawai Puskesmas menjadi bagian diferensiasi dimana layanan kesehatan Puskesmas menciptakan nilai tambah dan memperoleh keunggulan kompetitif, serta (7) proses (*process*), yakni proses seluruh prosedur, mekanisme, dan kebiasaan dimana jasa layanan Puskesmas diciptakan dan disampaikan kepada pelanggan.

Kekuatan-kekuatan pasar terdiri dari sejumlah hal yang perlu dipertimbangkan, diantaranya : (1) pelanggan, yaitu perilaku yang memotivasi untuk mempergunakan, kebiasaan mempergunakan, lingkungan, ukuran pasar, dan daya beli pelanggan, (2) perilaku industri, yaitu struktur, praktik, dan sikap para jejaring, perantara, dan anggota rantai pemasok dan lain-lain, (3) pesaing,

yaitu cara memosisikan dan berperilaku sebuah organisasi layanan kesehatan publik yang dipengaruhi oleh struktur industri, kualitas layanan publik, dan kompetisi, serta (4) pemerintah dan perundang-undangan, yaitu pengawasan dan pengaturan terhadap kegiatan pemasaran maupun praktik kompetitif.

Tugas pimpinan Puskesmas dalam menyusun pemasaran program Puskesmas adalah menyatukan unsur-unsur bauran pemasaran untuk memastikan keselarasan yang terbaik antara kemampuan internal Puskesmas dan lingkungan pasar eksternal. Persoalan kunci dalam program pemasaran adalah pemahaman bahwa unsur-unsur bauran pemasaran dapat dikendalikan oleh pimpinan Puskesmas, sedangkan kekuatan pasar dalam lingkungan eksternal sebagian besar tidak dapat dikendalikan. Keberhasilan program pemasaran Puskesmas yang pokok tergantung pada keselarasan antara lingkungan eksternal dan kemampuan internal Puskesmas. Dengan demikian, program pemasaran Puskesmas dapat dipandang sebagai proses penyelarasan. Pemasaran program dan kegiatan Puskesmas yang dilakukan melalui pemasaran sosial (*social marketing*) yaitu menentukan kebutuhan, keinginan, dan minat dari pasar sasaran serta memberi kepuasan yang diinginkan secara lebih efektif dan efisien dibandingkan dengan pesaing melalui pemeliharaan atau peningkatan kesehatan masyarakat dan pelanggan Puskesmas.

(g) *Minute/Time* - Waktu dihubungkan dengan jangka waktu pelaksanaan program dan kegiatan serta efektivitas, efisiensi, dan produktivitas kerja, serta (h) *Information* (termasuk data) - Berupa peraturan perundang-undangan, kebijakan, pedoman, petunjuk teknis, surat dinas dan data, dimana data dikumpulkan, kemudian diproses menjadi informasi.

(2) Proses transformasi (*transformation process*) atau proses konversi yaitu proses merubah masukan menjadi keluaran dengan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen dan pelayanan kesehatan Puskesmas yang ditunjang oleh pelaksanaan standar mutu dan *standard operating procedure* (SOP) serta sistem informasi manajemen Puskesmas (Simpus). Simpus adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatan Puskesmas. Sumber informasi Simpus berasal dari : (a) sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas (SP3) yang terdiri atas : catatan (kartu kesehatan individu, rekam kesehatan keluarga dan buku register) dan laporan (bulanan, tahunan dan KLB), (b) survei lapangan, (c) laporan lintas sektor, dan (d) laporan sarana kesehatan swasta. Adapun proses pengembangan atau penataan Simpus secara umum meliputi 10 (sepuluh) langkah yaitu : (a) identifikasi dan telaah terhadap praktik manajemen kesehatan di Puskesmas, (b) identifikasi kebutuhan informasi dan penetapan indikatornya untuk Puskesmas, (c) penetapan kebutuhan data dan pencatatan serta pelaporannya (termasuk penggandaan instrumen serta pemberlakuan dan sosialisasi instrumen), (d) rekrutmen tenaga purna-waktu pengelola Simpus, (e) pengadaan perangkat keras dan perangkat lunak komputer (bila memungkinkan), (f) pengumpulan data dasar klien Puskesmas (melalui

formulir rekam keluarga), (g) pelatihan tenaga fungsional pengelola Simpus (termasuk pelatihan penggunaan perangkat lunak, bila diperkan), (h) pembuatan pangkalan data di Puskesmas, (i) penetapan dan pemberlakuan peraturan perundang-undangan untuk mendukung Simpus, dan (j) pembuatan pangkalan data di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, operasionalisasi Simpus/SIKDA, pemantauan, evaluasi, dan pengembangan (Departemen Kesehatan, 2007).

(3) Hasil antara (*output*) yaitu hasil langsung dari proses transformasi/konversi berupa pencapaian cakupan indikator hasil antara yang terdiri atas 3 (tiga) indikator pilar Indonesia Sehat 2010 yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan, dengan tolok ukur Indonesia Sehat 2010 dan standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan, (4) Hasil akhir (*outcome*), yaitu hasil yang dicapai dari suatu program berupa indikator-indikator *mortalitas* (kematian) ibu, bayi, anak balita dan umum, yang dipengaruhi oleh indikator-indikator *morbiditas* (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi, (5) *Impact* (manfaat dan dampak) yaitu efek langsung dan tidak langsung atau konsekuensi yang diakibatkan dari pencapaian tujuan berupa *benefit cost*, kepuasan pelanggan dan masyarakat serta derajat kesehatan (angka harapan hidup/AHH), (6) Umpan balik (*feedback*) yaitu keluaran (hasil antara dan hasil akhir), kinerja Puskesmas, dan informasi lingkungan yang berfungsi sebagai masukan bagi sistem Puskesmas, dan (7) Lingkungan, terdiri atas : (1) lingkungan dalam (*internal environment*) atau lingkungan khusus (*specific environment*) atau lingkungan tugas (*task environment*) dan (2) lingkungan luar (*external environment*) atau lingkungan umum (*general environment*).

Oleh karena itu, setiap program dan upaya Puskesmas harus menganalisis faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi suatu program. Misalnya, untuk meningkatkan status gizi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, perlu dilakukan analisis komponen penanggulangan gizi masyarakat. Masalah gizi sebagai masalah kesehatan merupakan subsistem dari sistem pembangunan, sehingga masalah gizi masyarakat erat kaitannya dengan sistem pertanian, sistem pendidikan, sistem komunikasi sosial, sistem transportasi, sistem pemerintahan. Seorang pimpinan Puskesmas yang ingin melakukan program intervensi masalah gizi di wilayah kerja Puskesmas harus melakukan analisis faktor-faktor yang terkait dengan masalah gizi di masyarakat seperti masalah sosial ekonomi, mitos, dan persepsi masyarakat yang salah tentang pola konsumsi, infeksi, aspek lingkungan, transportasi, sistem pemerintahan yang mendukung program penanggulangan gizi dan sebagainya. Oleh karena itu, penanggulangan masalah gizi di masyarakat seharusnya tidak menjadi tanggung jawab Puskesmas saja. Program sektor lain yang juga terkait adalah pertanian, pendidikan, komunikasi, transportasi, ekonomi, dan pemerintahan.

Ada 3 (tiga) kegunaan lingkungan organisasi yakni : (1) menambah *input* yang diperlukan untuk melaksanakan proses di dalam sistem, (2) memperbesar *output* yakni hasil dari suatu sistem, untuk selanjutnya *output* ini

dapat pula memperbesar *outcome* yakni hasil yang dicapai dari suatu program berupa *mortalitas* (kematian), *morbiditas* (kesakitan) dan status gizi, dan (3) mendapat pengakuan terhadap sistem yang sedang berlangsung.

Analisis sistem dalam manajemen Puskesmas dilakukan dengan menganalisis masing-masing komponen sistem Puskesmas meliputi *input* (masukan), proses, *output* (hasil antara), *outcome* (hasil akhir), *impact* berupa manfaat dan dampak terhadap lingkungan, *feed back* (umpan balik), dan lingkungan.

Dalam pemikiran manajemen sistem terbuka, kegiatan manajemen Puskesmas difokuskan untuk pengadaan, pemanfaatan, pengelolaan, pendayagunaan dan pemberdayaan masukan berupa sumber daya manajemen Puskesmas (7 M + 1 I), melakukan proses transformasi/konversi dengan melaksanakan asas, fungsi, metode dan teknik manajemen serta pelayanan kesehatan Puskesmas untuk mengubah masukan menjadi keluaran berupa jasa pelayanan yang terstandarisasi, mengelola keluaran agar sesuai dengan harapan pelanggan, *stakeholder* dan lingkungan serta mengelola umpan balik dan lingkungan.

Manajemen harus menyadari dan memahami perubahan-perubahan dan kecenderungan lingkungan yang berkembang, karena keberadaan dan kelangsungan organisasi tergantung pada adaptabilitas yang tepat terhadap perubahan yang terjadi. Model manajemen ini dikenal sebagai Manajemen Strategik. Organisasi sebagai sistem terbuka mendapat masukan dari lingkungan, demikian juga keluaran yang dihasilkan akan disebarkan dan dimanfaatkan oleh lingkungan. Organisasi akan bertahan hidup dan bahkan berkembang, apabila mampu melakukan siklus berikut yakni mendapatkan masukan, mentransformasikan masukan menjadi keluaran yang bermanfaat dan berdampak pada lingkungan, serta mengelola umpan balik (Silalahi, 2002).

b. Pemikiran Manajemen Kontingensi

Istilah “*contingent*” menurut Terry (1986) berarti dapat terjadi, tetapi hal tersebut tidak pasti akan terjadi. Istilah tersebut lazim digunakan oleh dunia militer, yang menyusun rencana-rencana “*contingent*” untuk bermacam-macam situasi dan kondisi yang diasumsikan akan terjadi. Dalam kondisi-kondisi tertentu, rencana ini akan dijalankan, tetapi apabila terdapat kondisi-kondisi yang berbeda maka akan digunakan rencana yang berbeda.

Pemikiran manajemen kontingensi disebut juga pemikiran manajemen situasional, menekankan bahwa tindakan manajemen yang tepat tergantung pada variabel dan parameter khusus dari situasi dan kondisi baik lingkungan dalam maupun lingkungan luar organisasi, sehingga untuk situasi dan kondisi yang berbeda memerlukan praktik manajemen yang berbeda pula. Oleh karena itu, manajemen perlu mengidentifikasi variabel dan parameter situasi dan kondisi lingkungan untuk diselaraskan dengan asas, fungsi, dan tehnik manajemen dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Perbedaan situasi, kondisi, dan waktu

membutuhkan aplikasi teknik manajemen yang berbeda, karena itu tidak ada asas, fungsi, dan teknik manajemen universal. Pemikiran manajemen kontingensi mengakui kemungkinan penggunaan pemikiran manajemen sebelumnya secara tersendiri atau kombinasi sesuai kebutuhan berdasarkan situasi dan kondisi. Karena itu pemikiran manajemen kontingensi dianggap sebagai sintesa dari pemikiran manajemen mekanistik, humanistik, dan sistem terbuka.

Pemikiran manajemen kontingensi menurut Handoko (2003), secara sederhana dapat dipandang sebagai suatu hubungan fungsional “bila – maka” (“*if – then*”). “Bila” adalah variabel bebas (*independent variable*) dan “maka” adalah variabel tergantung (*dependent variable*). Dalam Pemikiran Manajemen Kontingensi, lingkungan merupakan variabel bebas, sedangkan berbagai asas, fungsi, dan teknik manajemen yang mengarahkan organisasi untuk mencapai tujuan, berfungsi sebagai variabel terikat.

Ada 4 (empat) bagian utama dalam kerangka konseptual menyeluruh dalam pemikiran manajemen kontingensi yaitu lingkungan, teknologi, tugas, dan sumberdaya manusia (Silalahi, 2002).

Lingkungan adalah keseluruhan elemen-elemen yang terdapat di dalam dan di luar organisasi yang mempengaruhi aktivitas manajerial, sehingga tipologi lingkungan dapat dibedakan atas: (a) lingkungan dalam (*internal environment*) atau lingkungan khusus (*specific environment*) atau lingkungan tugas (*task environment*) dan (b) lingkungan luar (*external environment*) atau lingkungan umum (*general environment*). Lingkungan dalam organisasi adalah bagian dari lingkungan yang relevan dan signifikan berpengaruh langsung (*direct action element*) terhadap organisasi. Lingkungan dalam ini spesifik untuk setiap organisasi dan berbeda-beda tergantung pada jenis kegiatan atau bidang yang dipilihnya, serta bisa berubah-ubah atau berganti-ganti sesuai dengan situasi dan kondisi. Lingkungan tugas meliputi: 1) Tugas: berbagai tugas, program, dan kegiatan yang harus dikerjakan oleh manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Tugas berhubungan dengan karakteristik dan tuntutan tugas yang bervariasi meliputi jenis, jumlah, kemampuan dan keterampilan, kualifikasi, spesialisasi, serta target kinerja organisasi. 2) Sumber daya manusia: merupakan elemen penting dari lingkungan dalam dan merupakan aset terpenting organisasi dibanding elemen lingkungan lainnya. Secara sederhana dapat dikatakan, bahwa sumber daya manusia adalah yang membuat sumber-sumber daya lain bekerja. Manusia menjadi motor penggerak aktivitas manajerial.

Salah satu komponen dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah sumber daya manusia kesehatan. Tanpa tersedianya sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas, beretika, berdedikasi, tersebar merata dalam jumlah dan jenis yang memadai, maka pembangunan kesehatan tidak akan dapat berjalan secara optimal. Pengembangan sumber daya kesehatan merupakan suatu upaya untuk meningkatkan kemampuan profesionalisme dan pengembangan karier sesuai dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan.

Pembangunan kesehatan, bersama dengan pembangunan sektor sosial lainnya merupakan investasi menuju terciptanya sumber daya manusia (SDM) Indonesia yang berkualitas. SDM yang berkualitas akan mampu meningkatkan produktivitas dan mendorong pertumbuhan ekonomi. Oleh karena itu, pembangunan sektor kesehatan perlu mendapat perhatian yang lebih besar. SDM kesehatan seharusnya tidak diperlakukan sebagai alat pemberi jasa atau sebagai beban di unit kerjanya. Justru mereka harus dianggap aset karena mereka adalah manusia yang memiliki sifat perkerjaan yang berimplikasi luas dengan hidup dan mati serta kualitas hidup manusia secara umum. Untuk itu perlu diberi perhatian sebagai manusia secara utuh dengan segala harkat dan martabatnya, apalagi di era demokratisasi saat ini (Departemen Kesehatan, 2004).

3) Lingkungan institusional/kelembagaan: Lingkungan kelembagaan untuk organisasi Puskesmas meliputi instansi pemerintah (Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kecamatan, Dinas instansi terkait tingkat Kabupaten/Kota dan Kecamatan, pemerintahan Desa/Kelurahan), DPRD kabupaten/kota, peraturan daerah, IPTEK bidang kesehatan, *stakeholders*, pelanggan/klien, pemasok sumber daya, pesaing, media massa, organisasi profesi bidang kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi sosial kemasyarakatan, dan lain-lain. Keunggulan suatu organisasi dan manajemen ditentukan oleh cara bagaimana sebuah organisasi mengelola dan memberdayakan lingkungan dalam.

Sedangkan lingkungan luar atau lingkungan makro adalah keseluruhan elemen di luar organisasi yang mempunyai potensi baik langsung maupun tidak langsung (*indirect action element*) dan secara signifikan mempengaruhi aktivitas organisasi dan manajemen untuk menghasilkan barang dan atau jasa layanan kesehatan. Lingkungan eksternal umum menurut *David* (2003) dibagi menjadi 5 (lima) kategori yaitu: 1) kekuatan ekonomi, 2) kekuatan sosial, budaya, demografi, dan lingkungan, 3) kekuatan politik, pemerintahan, dan hukum, 4) kekuatan teknologi, dan 5) kekuatan persaingan

- 1) Kekuatan ekonomi, berhubungan dengan pengadaan sumber daya manajemen serta tingkat ekonomi pelanggan dan masyarakat. Seperti krisis ekonomi berkepanjangan yang berlanjut menjadi krisis multi dimensional yang menerpa bangsa Indonesia beberapa tahun yang lalu dan belum sepenuhnya berlalu hingga kini, berpengaruh terhadap penyediaan sumber daya yang semakin terbatas dan kemiskinan belum bisa diatasi, bahkan cenderung meningkat.;
- 2) Kekuatan sosial, budaya, demografi, dan lingkungan, mencakup gaya hidup, sikap, norma-norma, nilai-nilai sosial, agama dan kepercayaan serta perilaku. Demografi seperti jumlah penduduk, tingkat kelahiran, distribusi penduduk berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, urbanisasi, dan lain-lain.
- 3) Kekuatan politik, pemerintahan, dan hukum, pada satu sisi organisasi dan manajemen mempengaruhi proses dan sistem politik, pemerintahan dan

hukum, dipihak lain lembaga politik, instansi pemerintah, dan hukum membuat kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang mengatur aktivitas organisasi dan manajemen

- 4) Teknologi, perkembangan teknologi sedemikian cepatnya, sehingga sukar diprediksi apa yang akan terjadi di masa yang akan datang. Perkembangan teknologi mempengaruhi pertumbuhan organisasi, sebab selain dapat meningkatkan efisiensi operasi manajemen atau maksimalisasi *output* dan minimalisasi *input* juga dapat meningkatkan kualitas produk dan layanan jasa kesehatan. Pertimbangan teknologi meliputi tipe dan fleksibilitas keperluan penggunaan teknologi untuk menunjang proses manajemen dan pelayanan untuk menghasilkan barang dan jasa layanan kesehatan.
- 5) Kekuatan pesaing, dengan semakin banyaknya pelayanan kesehatan swasta sebagai pesaing, mendorong Puskesmas untuk meningkatkan citra (*image*) dan kualitas pelayanannya melalui upaya perbaikan penampilan fisik dan petugas, standarisasi pelayanan dengan membuat dan melaksanakan SOP, melengkapi sarana dan prasarana pelayanan, dan lain-lain.

Keterbatasan dan Sumbangan Pemikiran Manajemen Kontemporer/Modern

Perbedaan situasi, kondisi, dan waktu membutuhkan aplikasi manajemen yang berbeda, sehingga aplikasi manajemen terkadang bertentangan dengan asas, fungsi, dan teknik manajemen pada umumnya serta penerapan gaya kepemimpinan yang berubah-ubah setiap saat seolah-olah tidak mempunyai pendirian. Adapun sumbangan pemikiran manajemen kontemporer/modern bagi Puskesmas adalah : (a) mengingatkan bahwa tidak ada organisasi yang berada dalam ruang hampa, lingkungan membatasi apa yang dapat dilakukan Puskesmas, tetapi ia menawarkan peluang dan potensi, dan (b) menekankan adanya keterkaitan antara unit-unit fungsional Puskesmas dalam sistem Puskesmas serta tidak memandang persoalan organisasi dan manajemen Puskesmas secara terpisah, sehingga mengharuskan pimpinan Puskesmas untuk berfikir dan bertindak secara menyeluruh dan terpadu.

BAB III

MANAJEMEN PUSKESMAS

PENGERTIAN MANAJEMEN PUSKESMAS

Kata manajemen berasal dari bahasa Latin, yaitu dari asal kata *manus* yang berarti tangan dan *agere* yang berarti melakukan. Kedua kata itu digabungkan menjadi kata kerja *managere* yang artinya menangani. *Manegere* diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris dalam bentuk kata kerja *to manage*, dengan kata benda *management*, dan *manager* untuk orang yang melakukan kegiatan manajemen. Akhirnya, *management* diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia menjadi manajemen atau pengelolaan (Usman, 2006).

Pengertian manajemen cenderung menunjukkan variasi. Ada dua mazhab dalam mendefinisikan manajemen. Mazhab pertama menekankan optimasi dan koordinasi pemanfaatan sumber-sumberdaya dan tugas-tugas ke arah pencapaian tujuan. Definisi ini seperti diformulasikan oleh Szilagyi (1981) : “ *Management as process of interacting resources and tasks toward the achievement of stated organizational goals*”. Mazhab kedua menekankan fungsi-fungsi manajemen untuk mencapai tujuan seperti didefinisikan oleh Stoner (1992) : *Management is the process of planning, organizing, leading and controlling the work of organization members and using all available organizational resources to reach stated organizational goals*”.

Beberapa batasan tentang manajemen banyak dibuat para ahli, diantaranya adalah :

1. Manajemen adalah pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dengan menggunakan orang lain (*Terry*);
2. Manajemen adalah seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain (*Follett*);
3. Manajemen adalah suatu proses yang dilakukan oleh satu orang atau lebih untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan orang lain guna mencapai hasil (tujuan) yang tidak dapat dicapai oleh hanya satu orang saja (*Evancevich*);
4. Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber-sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan (*Stones*);
5. Manajemen adalah proses dimana pelaksanaan dari suatu tujuan diselenggarakan dan diawasi (*Encyclopedia of sosial sciences*);
6. Manajemen adalah upaya mencapai tujuan yang diinginkan dengan menciptakan lingkungan kerja yang menguntungkan (*Koontz dan O'Donnell*).

Manajemen kesehatan merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasaional. Subsistem manajemen kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling

mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Tujuan subsistem manajemen kesehatan adalah terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, didukung oleh sistem informasi IPTEK dan hukum kesehatan, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan yang meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Subsistem manajemen kesehatan terdiri dari 4 (empat) unsur utama yakni administrasi kesehatan, informasi kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi, serta hukum kesehatan. Dengan demikian administrasi kesehatan merupakan salah satu bagian dari manajemen kesehatan (Sistem Kesehatan Nasional, 2004)

Manajemen Puskesmas didefinisikan sebagai rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan sistematis yang dilaksanakan Puskesmas membentuk fungsi-fungsi manajemen. Ada 3 (tiga) fungsi manajemen Puskesmas yang dikenal yakni Perencanaan, Pelaksanaan dan Pengendalian, serta Pengawasan dan Pertanggungjawaban. Semua fungsi manajemen tersebut harus dilaksanakan secara terkait dan berkesinambungan (Departemen Kesehatan, 2004).

Dari uraian beberapa pengertian manajemen tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa manajemen Puskesmas diselenggarakan sebagai :

1. Proses pencapaian tujuan Puskesmas;
2. Proses menselaraskan tujuan organisasi dan tujuan pegawai Puskesmas (*management by objectives* atau MBO) menurut *Drucker*;
3. Proses mengelola dan memberdayakan sumber daya dalam rangka efisiensi dan efektivitas Puskesmas;
4. Proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah;
5. Proses kerjasama dan kemitraan dalam pencapaian tujuan Puskesmas;
6. Proses mengelola lingkungan.

1. Manajemen Puskesmas adalah Proses Pencapaian Tujuan Puskesmas.

Untuk mencapai tujuan Puskesmas secara efektif dan efisien, pimpinan Puskesmas dituntut untuk melaksanakan fungsi-fungsi manajemen, yaitu fungsi-fungsi yang harus dilaksanakan oleh pimpinan Puskesmas secara terorganisasi, berurutan dan berkesinambungan. Banyak ahli manajemen mengemukakan teori tentang fungsi-fungsi manajemen, tergantung dari sudut pandangnya. Persoalannya adalah hingga dewasa ini belum ada kesepakatan tentang fungsi-fungsi manajemen. Ada beberapa rumusan fungsi-fungsi manajemen, sebagai berikut.

- a. *Planning, Organizing, Actuating, Controlling* (POAC) menurut *Terry*;
- b. *Planning, Organizing, Motivating, Controlling* (POMC) menurut *Mee*;
- c. *Planning, Organizing, Commanding, Coordinating, Controlling* (POCCC), menurut *Fayol*;
- d. *Planning, Organizing, Leading, Controlling* (POLC) menurut *Stoner dan Freeman*;

- e. *Planning, Organizing, Directing, Controlling* (PODC) menurut *Pearce dan Robinson*;
- f. *Planning, Organizing, Staffing, Directing, Controlling* (POSDC) menurut *Koonz dan O'Donnel*;
- g. *Planning, Organizing, Staffing, Leading, Controlling* (POS LC), menurut *Koontz dan Wehrich*;
- h. *Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgeting* (POSDCORB) menurut *Gullick*;
- i. *Planning, Programming, Budgeting, System* (PPBS) menurut *Mc. Namara*;
- j. *Forecasting, Planning, Organizing, Coordinating, Commanding, Controlling* (FPOCCC) menurut *Urwich*.

Fungsi manajemen yang digunakan oleh Puskesmas diadaptasi dari fungsi manajemen yang dikemukakan oleh *Terry* dengan penambahan fungsi *evaluating* (Penilaian), sehingga fungsi-fungsi manajemen Puskesmas adalah sebagai berikut:

- a. *Planning* (Perencanaan);
- b. *Organizing* (Pengorganisasian);
- c. *Actuating* (Penggerakan Pelaksanaan);
- d. *Controlling* (Pengawasan/Pembimbingan);
- e. *Evaluating* (Penilaian).

Planning (Perencanaan) adalah sebuah proses yang dimulai dengan merumuskan tujuan Puskesmas sampai dengan menetapkan alternatif kegiatan untuk mencapainya. Tanpa ada fungsi perencanaan Puskesmas, tidak ada kejelasan kegiatan yang akan dilaksanakan oleh staf untuk mencapai tujuan Puskesmas. Melalui fungsi perencanaan Puskesmas akan ditetapkan tugas-tugas pokok staf dan dengan tugas-tugas ini pimpinan Puskesmas akan mempunyai pedoman supervisi dan menetapkan sumber daya yang dibutuhkan oleh staf untuk menjalankan tugas-tugasnya.

Organizing (Pengorganisasian) adalah serangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya yang dimiliki Puskesmas dan memanfaatkan secara efisien untuk mencapai tujuan Puskesmas. Atas dasar pengertian tersebut, fungsi pengorganisasian juga meliputi proses pengintegrasian semua sumber daya yang dimiliki Puskesmas.

Actuating (*directing, commanding, motivating, influencing*) atau fungsi penggerakan pelaksanaan Puskesmas adalah proses pembimbingan kepada staf agar mereka mampu dan mau bekerja secara optimal menjalankan tugas-tugasnya sesuai dengan kemampuan dan keterampilan yang dimiliki, dan dukungan sumber daya yang tersedia. Kepemimpinan yang efektif, pengembangan motivasi, komunikasi, dan pengarahan sangat membantu suksesnya pelaksanaan fungsi aktuasi.

Controlling (pengawasan dan pengendalian) adalah proses untuk mengamati secara terus menerus pelaksanaan kegiatan sesuai rencana yang sudah disusun dan mengadakan perbaikan jika terjadi penyimpangan. Pelaksanaan

fungsi manajemen ini memerlukan perumusan standar kinerja (*standard performance*).

Evaluating (Penilaian) adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau tingkat keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan atau suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur atau kriteria yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan pengambilan kesimpulan serta memberikan saran-saran yang dapat dilakukan pada setiap tahap dari pelaksanaan program (Azwar, 1998).

Meskipun kelima fungsi manajemen tersebut terpisah satu sama lain, tetapi sebagai suatu kesatuan proses, dimana kelimanya merupakan suatu rangkaian kegiatan yang berhubungan satu sama lain. Kelima fungsi ini sifatnya sekuensial, artinya fungsi yang satu mendahului fungsi yang lainnya, dimana aktivitas manajerial dimulai dengan *planning* dan berakhir pada *evaluating*. Jika perencanaan (*planning*) telah disusun, kemudian struktur organisasi dirancang sedemikian rupa agar setiap tugas dan hubungan antar unit kerja dalam organisasi dapat merealisasikan rencana (*organizing*). Jika struktur organisasi telah dirancang, maka pimpinan memilih dan menetapkan personalia dengan kualifikasi yang tepat untuk menempati posisi dalam struktur organisasi dan mengerjakan berbagai tugas. Kemudian individu atau tim yang bekerja dalam organisasi digerakan dan diarahkan agar mereka bertindak atau bekerja efektif untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan (*actuating*). Akhirnya semua aktivitas atau operasi organisasi dikontrol untuk mengetahui sejauhmana hasil yang dicapai sesuai dengan standar kinerja yang telah ditentukan (*controlling*), kemudian hasil yang dicapai dibandingkan dengan tolok ukur atau kriteria kinerja yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan kesimpulan dan saran-saran yang dapat dilakukan pada setiap tahap pelaksanaan program (*evaluating*).

2. Manajemen Puskesmas adalah Proses Menselaraskan Tujuan Organisasi dan Tujuan Pegawai Puskesmas (*management by objectives*/MBO) menurut *Drucker*.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas bertujuan untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Departemen Kesehatan, 2004). Untuk mewujudkan tujuan Puskesmas tersebut, perlu dijabarkan dalam tujuan, sasaran, dan target rencana operasional Puskesmas, namun tidaklah mudah memadukan tujuan, sasaran, dan target semua pihak yang berkepentingan (*stakeholder*) organisasi. Sekalipun demikian, hal itu bukanlah sesuatu yang muskil dilaksanakan. Pendekatan partisipatif yang telah berhasil diterapkan adalah melalui *management by objectives* (MBO) atau Manajemen Berdasarkan Sasaran/Tujuan yang diperkenalkan oleh *Drucker* (1954)

dalam buku *The Practice of Management*. MBO menurut *Hersey dan Blanchard* (1982) adalah suatu proses dimana pimpinan dan pegawai dalam suatu organisasi mengidentifikasi tujuan bersama-sama, menetapkan bidang tanggung jawab pokok setiap pegawai dalam hubungannya dengan hasil yang diharapkan dari pegawai, serta menggunakan hal itu sebagai pedoman pengoperasian unit kerja dan penilaian kontribusi masing-masing anggota unit kerja yang bersangkutan.

Kelancaran berfungsinya sistem MBO adalah adanya kesepakatan antara pimpinan dengan pegawai tentang tujuan kinerja pegawai dengan tujuan kinerja organisasi dalam periode waktu yang ditentukan. Tujuan-tujuan tersebut menekankan pada variabel keluaran atau variabel antara atau kombinasi keduanya (jenis variabel keluaran dan variabel antara lihat Bagan 3.3). Hal yang penting adalah bahwa tujuan-tujuan itu ditetapkan dan disepakati bersama-sama, kemudian dilanjutkan dengan evaluasi bersama-sama antara pimpinan dan pegawai terhadap pencapaian kinerja pegawai dan organisasi yang telah disepakati sebelumnya. Tujuan yang dirumuskan dengan mengikutsertakan pegawai cenderung lebih dapat diterima daripada tujuan yang ditetapkan sendiri oleh pimpinan dan dapat mewujudkan tanggung jawab pegawai untuk memikul tugas dalam upaya pencapaian tujuan.

Sebelum penyusunan tujuan pegawai, pimpinan menjelaskan tujuan organisasi secara keseluruhan dan dibandingkan dengan tujuan yang telah dicapai secara aktual, melakukan analisis kesenjangan, melakukan penyesuaian yang diperlukan dan menghilangkan tujuan yang tidak tepat. Pada akhir periode waktu misalnya pada akhir bulan dan akhir tahun dilakukan evaluasi bersama atas pencapaian kinerja aktual dan target serta tujuan organisasi. Apabila terdapat ketidaksesuaian antara target dan pencapaiannya dilakukan langkah-langkah yang perlu untuk mengatasi masalah yang ada.

MBO dapat digunakan sebagai alat yang efektif untuk mewujudkan kohesivitas dan produktivitas yang tinggi bagi organisasi di mana pimpinan menyadari bahwa keikutsertaan pegawai seperti ini sesuai dengan situasinya. Keberhasilan penerapan MBO menurut Handoko (2003) terutama didasarkan atas 2 (dua) hipotesis, yaitu : (a) bila seseorang melekat secara kuat pada suatu tujuan, dia akan bersedia melakukan usaha lebih untuk meraihnya dibanding bila seseorang tidak merasa terikat, dan (b) kapan saja seseorang memperkirakan sesuatu akan terjadi, dia akan melakukan apa saja untuk membuatnya terjadi.

Penerapan MBO Pada Penyusunan Rencana Operasional Tahunan Puskesmas.

Langkah-langkah penyusunan rencana operasional (RO) tahunan Puskesmas dengan konsep MBO adalah sebagai berikut:

- a. Kepala Puskesmas menjelaskan dan menetapkan tujuan dan target kinerja program Puskesmas dalam rencana strategik (Renstra) Puskesmas meliputi visi, misi, tujuan, kebijakan, strategi dan program/upaya Puskesmas dengan

mengacu pada Kebijakan Dasar Puskesmas (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/2004),

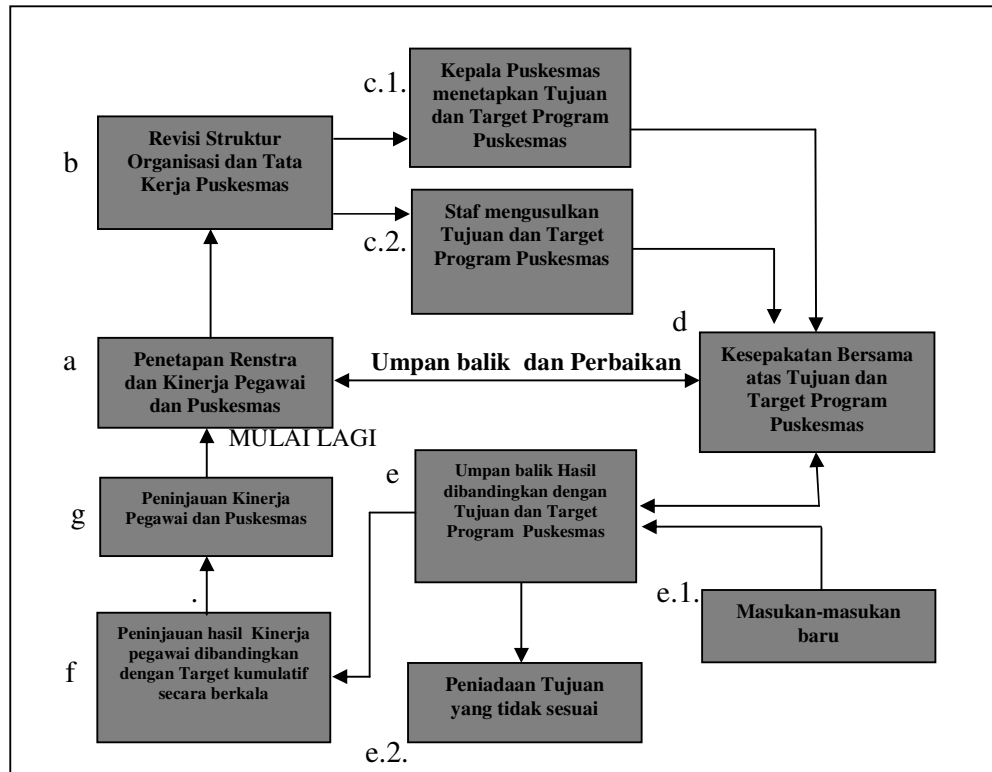
- b. Revisi dan penyempurnaan struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) Puskesmas yang perlu dilakukan meliputi perubahan penanggung jawab program Puskesmas, uraian tugas dan fungsi (Tupoksi), hubungan dan kerjasama lintas program dan lintas sektor, wewenang, rentang kendali, dan sebagainya. Revisi dan penyempurnaan SOTK Puskesmas meliputi : (a) penataan dan penyempurnaan SOTK Puskesmas dengan mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri No.23 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/ 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas mengenai Pola Struktur Organisasi Puskesmas yang telah ditetapkan dalam Peraturan Daerah Kabupaten/Kota, (b) penataan Pembina Kesehatan Desa (PKD) atau Pembina Wilayah yaitu petugas Puskesmas yang bertanggung jawab atas penggerakan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan di desa binaannya, (c) penataan perawat kesehatan desa yang bertugas dan bertanggung jawab atas upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, upaya pengobatan, upaya kesehatan sekolah, upaya perawatan kesehatan masyarakat, upaya kesehatan kerja, upaya kesehatan jiwa, upaya kesehatan mata, upaya kesehatan usia lanjut, kesehatan olah raga, dan pembinaan pengobatan tradisional di desa binaannya, serta (d) penataan bidan desa yang bertugas dan bertanggung jawab atas upaya kesehatan ibu dan anak termasuk imunisasi serta keluarga berencana di desa binaannya.
- c. Langkah (3) terdiri atas 2 (dua) langkah kegiatan yaitu : (1) Kepala Puskesmas menetapkan tujuan dan target program pada RO Puskesmas, dengan merujuk pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1457/Menkes/SK/X/2003) dan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1091/Menkes/SK/X/2004) serta Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat (Keputusan Menteri Kesehatan No.1202/Menkes/SK/VIII/2003), (2) pegawai Puskesmas mengusulkan tujuan dan target program tahunan melalui diskusi kelompok penyusunan RO Puskesmas tahunan masing-masing program yang dibagi atas 4 (empat) kelompok yaitu : (a) bidan koordinator (yaitu bidan senior yang bertugas dan bertanggung jawab atas upaya kesehatan ibu dan anak termasuk imunisasi dan keluarga berencana tingkat Puskesmas), bidan desa, dan juru imunisasi. Dipimpin oleh bidan koordinator menyusun RO program KIA-KB (termasuk program imunisasi), (b) penanggung jawab upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, dan upaya perbaikan gizi masyarakat menyusun RO tahunan program promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, dan perbaikan gizi masyarakat, (c) dokter gigi, perawat (termasuk perawat gigi), dan petugas laboratorium menyusun RO tahunan program pencegahan dan pemberantasan

penyakit menular, pengobatan, laboratorium, kesehatan sekolah, perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan kerja, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan jiwa, kesehatan mata, kesehatan usia lanjut, kesehatan olah raga, dan pembinaan pengobatan tradisional, serta (d) tata usaha dan petugas administrasi (pekarya kesehatan Puskesmas) untuk menyusun RO tahunan sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS) yang bersumber dari sistem pencatatan pelaporan Puskesmas (SP3), sistem informasi posyandu (SIP), survei lapangan, laporan lintas sektor, dan laporan sarana kesehatan swasta. Kelompok-kelompok tersebut selanjutnya berfungsi sebagai gugus kerja terpadu (*integrated taskforce*) dan sebagai gugus kendali mutu (GKM) pada manajemen mutu terpadu (*total quality management*) yang mengadakan peninjauan dan evaluasi pelaksanaan serta hasil program dan kegiatan pencapaian tujuan, target, dan kinerja pegawai, tim, dan Puskesmas setiap seminggu sekali.

Oleh karena perencanaan adalah bagian dari kegiatan pemecahan masalah dalam keseluruhan siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*), maka penyusunan RO diawali dengan analisis masalah, penyebab, dan alternatif penyelesaiannya yang disajikan dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*). RO juga disajikan dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*) yang berisikan rincian kegiatan, tujuan dan target, sasaran populasi, biaya (besaran dan sumber), tempat, waktu, penanggung jawab/pelaksana, dan rencana penilaian (Akan dijelaskan pada Bab IV ad.8).

- d. Kesepakatan bersama atas tujuan dan target RO tahunan Puskesmas diantara para pegawai dan tim Puskesmas serta melakukan umpan balik dan perbaikan pada penetapan tujuan dan target kinerja Puskesmas.
- e. Umpan balik hasil cakupan program dibandingkan dengan target serta mendapat masukan-masukan baru dan meniadakan tujuan yang tidak sesuai,
- f. Peninjauan dan evaluasi hasil kinerja pegawai, tim, dan kinerja Puskesmas dibandingkan dengan target kumulatif secara berkala serta penyesuaian tujuan dan target kinerja Puskesmas pada rapat/dinamisasi staf seminggu sekali dan pada Lokakarya Mini Bulanan dan Tribulanan.
- g. Peninjauan kinerja Puskesmas pada akhir tahun melalui Penilaian Kinerja Puskesmas, yang juga menjadi masukan pada penetapan tujuan dan kinerja Puskesmas pada tahun yang akan datang. Langkah-langkah tersebut secara skematis dijelaskan pada Bagan 3.1

Bagan 3.1.
Daur Manajemen Berdasarkan Sasaran/Tujuan (*Management By Objective*/MBO) Pada Penyusunan Rancana Operasional Tahunan Puskesmas.



Sumber: Hersey P dan Blanchard KH, *Management of Organizational Behavior: Utility Human Resources*, 4th Edition, Alih Bahasa; Agus Dharma, *Manajemen Perilaku Organisasi: Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*, 1982.

Manfaat rumusan tujuan RO Puskesmas menurut Muninjaya (2004) adalah: (a) Kepala Puskesmas akan lebih mudah mengetahui apakah staf telah melaksanakan tugasnya sesuai agenda kegiatan. Keberhasilan proses manajemen dapat dikur dengan menghitung tingkat efektivitas kegiatan staf dan efisiensi penggunaan sumber daya (7M + 1I) untuk mencapai tujuan program, dan (b) jika terjadi kesenjangan antara tujuan/target (*das sollen*) yang telah ditetapkan sebagai standar kinerja (*standard performance*) dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai (cakupan program, *das sein*), Kepala Puskesmas harus melakukan analisis lebih lanjut. Bandingkan standar dengan hasil yang dicapai, analisis faktor penyebab atau kendala di lapangan terutama yang bersumber pada kelemahan staf dan manajemen pelaksanaan program (masalah manajemen). Demikian pula dengan kendala yang bersumber dari masyarakat (masalah lingkungan organisasi). Berdasarkan hasil kajian faktor-faktor tersebut, pimpinan Puskesmas harus mengatasi berbagai kendala yang dihadapi organisasi. Sistem pencatatan dan

pelaporan serta hasil analisis program Puskesmas dapat digunakan untuk mengembangkan program dan penampilan program di masa-masa yang akan datang.

Beberapa contoh rumusan tujuan operasional program Puskesmas pada tahun 2008 :

- a. Terbentuknya Desa Siaga di semua desa di wilayah kerja Puskesmas,
- b. Terbentuknya Posyandu Purnama di atas 50 %,
- c. Terselenggaranya Pos Pelayanan Kesehatan Desa (Poskesdes) dan sistem rujukannya di semua desa di wilayah kerja Puskesmas,
- d. Tercapainya Persalinan oleh tenaga kesehatan 90 %,
- e. Tercapainya UCI (*universal child immunization*) Desa 100 %
- f. Tercapainya cakupan peserta aktif KB 70 %,
- g. Tercapainya cakupan penemuan penderita TB lebih dari 70 % dengan angka kesembuhan diatas 85 %.

3. Manajemen Puskesmas adalah Proses Mengelola dan Memberdayakan Sumber Daya dalam Rangka Efisiensi dan Efektivitas Organisasi Puskesmas.

Keunggulan suatu organisasi ditentukan oleh cara bagaimana manajemen mengelola dan memberdayakan sumber daya sebagai masukan (*input*) organisasi. *Input* adalah semua jenis sumber daya masukan yang digunakan dalam proses transformasi/konversi untuk menghasilkan keluaran (*output*). Sumber-sumber daya (*resources*) adalah segala sesuatu yang dibutuhkan dan digunakan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Sumber-sumberdaya yang diperlukan manajemen dapat dibedakan atas sumber daya manusia (*human resources*) dan sumber daya non manusia (*non human resources*). Sumber daya manusia adalah aset penting organisasi dan motor penggerak proses manajemen. Di tangan manusia semua sumber daya lainnya diolah dan digunakan untuk menunjang tercapainya tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Sumber daya manusia adalah orang-orang yang bekerja atau yang membantu manajemen menghasilkan barang dan/atau jasa, sedangkan sumber daya non manusia adalah berbagai sarana dan prasarana yang dibutuhkan dan digunakan oleh manajemen untuk menghasilkan barang dan/atau jasa. Sumber daya Puskesmas meliputi akronim 7 M + 1 I.

Pelaksanaan tugas Puskesmas harus didukung oleh sumber daya yang mencukupi. Dukungan dana operasional, peralatan kerja seperti alat kesehatan, obat-obatan, vaksin dan sebagainya bertujuan untuk meningkatkan kinerja pegawai dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan memuaskan pelanggan. Jika obat-obatan, vaksin, alat kesehatan seperti tensimeter, stetoskope, *diagnostic set*, jarum suntik, dan lain-lain kurang mencukupi, akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Demikian pula jika dana operasional dan honor yang diterima pegawai rendah, maka moral dan motivasi kerja pegawai akan turun.

Situasi ini akan diperburuk lagi jika transparansi penggunaan dana oleh pimpinan Puskesmas menimbulkan banyak kecurigaan pegawai. Hal ini akan mempengaruhi kinerja pegawai sehingga target dan tujuan Program Puskesmas tidak tercapai. Oleh karena itu diperlukan pengelolaan dan pemberdayaan sumber daya manajemen secara profesional, transparan, dan amanah.

Mahmudi (2005) berpendapat bahwa, produktivitas merupakan perbandingan antara *input* dengan *output*. Sebagai contoh, pegawai A dapat dinilai lebih produktif dibandingkan dengan pegawai B apabila dengan jumlah *input* yang sama dan alokasi waktu yang sama pegawai A bisa menghasilkan *output* dengan kualitas tertentu lebih banyak dibanding pegawai B, atau untuk menghasilkan *output* yang sama pegawai A membutuhkan waktu dan/atau input yang lebih sedikit dibandingkan pegawai B. Efisiensi secara kuantitatif adalah perbandingan rasio antara keluaran (*output*) dan masukan (*input*) atau perbandingan antara hasil yang diperoleh dibagi target yang harus dicapai. Suatu organisasi, manajemen, program, atau kegiatan dikatakan efisien apabila mampu menghasilkan *output* tertentu dengan *input* yang serendah-rendahnya, atau dengan *input* tertentu mampu menghasilkan *output* sebesar-besarnya (*spending well*).

$$\text{Efisiensi} = \frac{\text{OUTPUT}}{\text{INPUT}}$$

Karena efisiensi merupakan rasio, maka untuk memperbaiki efisiensi dapat dilakukan tindakan berikut:

- Meningkatkan *output* untuk jumlah *input* yang sama,
- Meningkatkan *output* dengan proporsi kenaikan *output* yang lebih besar dibanding proporsi kenaikan *input*,
- Menurunkan *input* untuk jumlah *output* yang sama,
- Menurunkan *input* dengan proporsi penurunan yang lebih besar dibandingkan proporsi penurunan *output*.

Dalam pusat pertanggung jawaban teknik (*engineered expense center*), untuk mengukur efisiensi dilakukan dengan cara membandingkan biaya sesungguhnya dengan biaya standar. Biaya standar menunjukan biaya yang seharusnya terjadi untuk menghasilkan *output* tertentu. Dalam organisasi sektor publik seperti Puskesmas, setiap pengeluaran perlu dibuat standar belanjanya (*standard spending assesment*) sebagai bentuk standar biaya. Pengukuran efisiensi dilakukan dengan cara membandingkan realisasi belanja dengan standar belanjanya.

Efektivitas terkait dengan hubungan antara hasil yang diharapkan dengan hasil yang sesungguhnya dicapai. Efektivitas merupakan hubungan antara *output* dengan tujuan. Semakin besar kontribusi *output* terhadap pencapaian tujuan, maka semakin efektif organisasi, manajemen, program, atau kegiatan. Jika

efisiensi berfokus pada *input* dan efisiensi pada *output* atau proses transformasi/konversi, maka efektivitas berfokus pada *outcome* (hasil akhir). Suatu organisasi, manajemen, program, atau kegiatan dinilai efektif apabila *output* yang dihasilkan bisa memenuhi tujuan yang diharapkan atau dikatakan *spending wisely*.

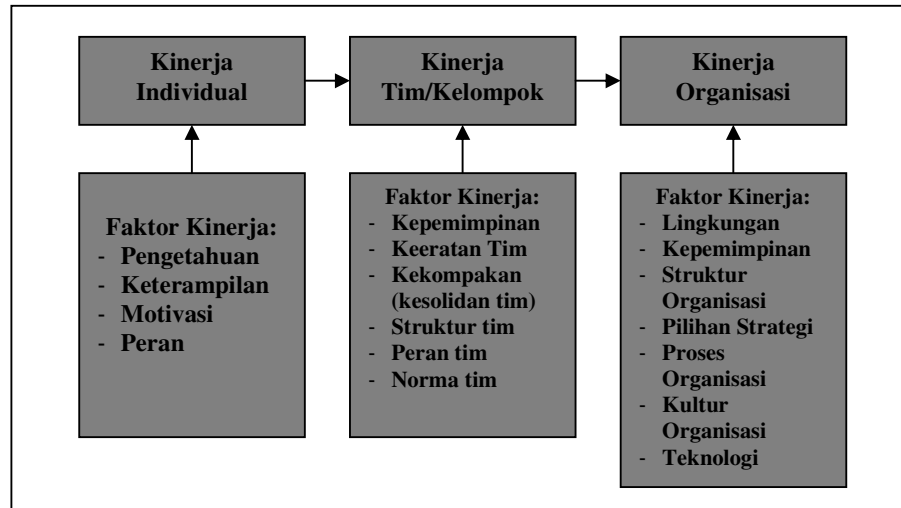
$$\text{Efektivitas} = \frac{\text{OUTCOME}}{\text{OUTPUT}}$$

Karena *output* yang dihasilkan oleh organisasi sektor publik seperti Puskesmas lebih banyak bersifat *output* tidak berwujud (*intangible*) berupa hasil cakupan program jasa pelayanan kesehatan yang tidak mudah untuk dikuantifikasi, maka pengukuran efektivitas tersebut sering mengalami kesulitan. Kesulitan dalam pengukuran efektivitas juga karena pencapaian hasil akhir (*outcome*) sering tidak bisa diketahui dalam waktu pendek, tetapi jangka panjang setelah program berakhir, sehingga ukuran efektivitas biasanya dinyatakan secara kualitatif dalam bentuk pernyataan saja (*judgment*) seperti tingkat kepuasan pelanggan dan masyarakat.

Outcome (hasil akhir) program Puskesmas yaitu derajat kesehatan berupa indikator-indikator *mortalitas* (kematian) yakni kematian ibu, bayi, anak balita, dan kematian umum, yang dipengaruhi oleh indikator-indikator *morbidity* (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi.

Efektivitas juga berarti mempunyai kemampuan untuk memilih tujuan, metode/cara dan peralatan yang tepat untuk pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dengan kata lain, manajemen efektif dapat memilih program dan kegiatan yang dilakukan dengan metode/cara yang tepat untuk mencapai tujuan organisasi. Efektivitas dapat dilihat dari 3 (tiga) perspektif yakni efektivitas individual (*input*), efektivitas kelompok/tim (proses) dan efektivitas organisasi. Efektivitas individual ditentukan oleh pengetahuan, keterampilan, kemampuan, motivasi, sikap, peran, dan stres. Efektivitas kelompok/tim ditentukan oleh kepemimpinan dalam tim, kekompakan (*cohesiveness*) tim, keeratan tim, struktur tim, peran tim, serta norma dalam tim. Sedangkan efektivitas organisasi ditentukan oleh lingkungan baik internal maupun eksternal, kepemimpinan, struktur, proses, pilihan strategis, kultur/budaya organisasi, dan teknologi. Sebagaimana dijelaskan pada Bagan 3.2. berikut.

Bagan 3.2.
Pengaruh Efektivitas Individu dan Kelompok Terhadap Efektivitas Organisasi



Sumber: Mahmudi, *Manajemen Kinerja Sektor Publik*, 2005

Dalam kerangka manajemen berbasis kinerja, setiap individu pegawai bertanggung jawab atas kinerjanya. Grote (1997) dalam Mahmudi (2005), menyebutkan 5 (lima) tanggung jawab utama yang harus dipenuhi oleh setiap individu dalam organisasi untuk mencapai hasil kinerja yang diinginkan.

Tanggungjawab individu pegawai tersebut adalah:

- a. Memberikan komitmen terhadap pencapaian tujuan;
- b. Meminta umpan balik (*feed back*) atas kinerja yang telah ia lakukan;
- c. Melakukan komunikasi secara terbuka dan teratur dengan pimpinannya;
- d. Mendapatkan data kinerja dan membagi data itu kepada pihak lain;
- e. Menyiapkan diri untuk dilakukan evaluasi atas kinerja yang telah ia capai.

Setiap pegawai Puskesmas harus memiliki komitmen yang tinggi terhadap pencapaian visi, misi, dan tujuan Puskesmas. Pencapaian pelaksanaan tugas merupakan *output*, sedangkan pencapaian visi, misi, dan tujuan merupakan *outcome*. Dalam organisasi sektor publik, ikatan batin antara pegawai dengan organisasi dapat dibangun dari kesamaan visi, misi, dan tujuan organisasi, bukan sekedar ikatan kerja. Di Indonesia terdapat fenomena unik, dimana masyarakat rela berjuang keras untuk bekerja pada instansi pemerintah atau sebagai pegawai negeri sipil meskipun mereka digaji lebih rendah dibandingkan apabila mereka bekerja di sektor bisnis. Ikatan mereka untuk bekerja di instansi pemerintah bukan sekedar gaji, namun lebih pada ikatan batin misalnya ingin menjadi abdi negara dan abdi masyarakat, status sosial, dan sebagainya. Misi untuk memberi prestasi terbaik bagi negara dan pelayanan terbaik bagi masyarakat merupakan alat manajemen kinerja bagi organisasi pemerintah di Indonesia.

Untuk menciptakan sistem manajemen kinerja yang efektif, peran pimpinan menurut Mahmudi (2005) sangat menentukan. Pimpinan bertanggung jawab untuk:

- a. Menciptakan kondisi yang dapat memotivasi pegawai;
- b. Melakukan observasi kinerja pegawai;
- c. Memperbaharui dan menyesuaikan tujuan, standar kinerja, dan kompetensi kerja apabila terjadi perubahan kondisi;
- d. Memberikan umpan balik atas kinerja pegawai dan memberikan pengarahannya;
- e. Memberikan *up grading* dan pengembangan kemampuan pegawai, dan
- f. Memberikan penguatan perilaku untuk mencapai tujuan organisasi.

Efektivitas organisasi menurut *Likert* dalam *Hersey* dan *Blanchard* (1995) ditentukan oleh banyak hal dan tidak hanya ditentukan oleh hasil upaya manajemen, tetapi pada efektivitas organisasi secara keseluruhan selama periode waktu tertentu. *Likert* mengidentifikasi 3 (tiga) variabel yaitu variabel kausal, variabel antara, dan variabel hasil akhir.

a. Variabel Kausal (*Causal Variable*)

Variabel kausal adalah faktor-faktor yang mempengaruhi arah perkembangan di dalam organisasi dan hasil atau penyelesaiannya. Variabel bebas (*Variable independent*) ini dapat diubah oleh organisasi dan manajemen. Faktor-faktor ini berada dalam kontrol manajemen, seperti kondisi-kondisi rencana strategik, kemampuan, keterampilan, dan perilaku kepemimpinan, keputusan pimpinan, serta kebijakan dan struktur organisasi.

b. Variabel Antara (*Intervening Variable*)

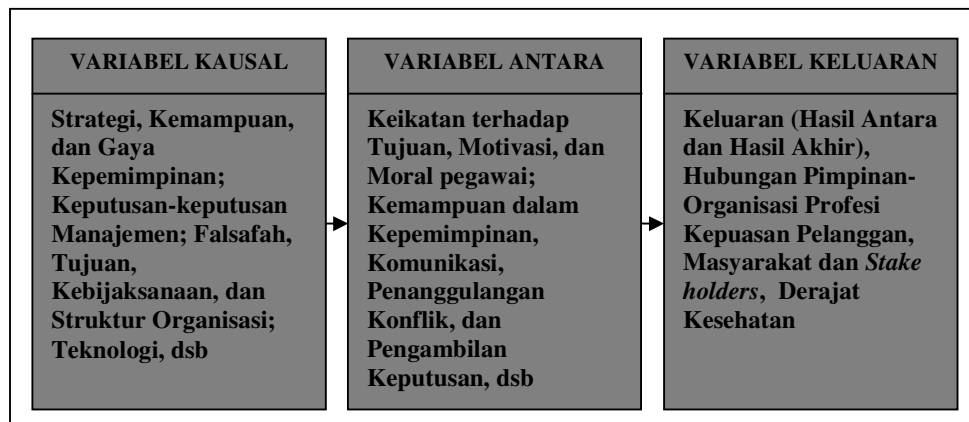
Strategi, kemampuan, keterampilan, dan perilaku kepemimpinan, serta variabel lainnya mempengaruhi sumber daya manusia atau variabel-variabel antara dalam organisasi. Menurut *Likert*, variabel antara mewakili kondisi internal organisasi pada saat sekarang. Variabel-variabel tersebut tercermin dalam keikatan terhadap tujuan, motivasi, dan moral pegawai serta kemampuan dalam kepemimpinan, komunikasi, penanggulangan konflik, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah.

c. Variabel Keluaran atau Hasil Akhir (*Output or End-Result Variable*)

Variabel-variabel keluaran atau hasil akhir adalah variabel-variabel tergantung (*dependent variable*) yang mencerminkan keberhasilan kinerja organisasi.

Dalam mengevaluasi efektivitas kinerja Puskesmas tidak hanya menekankan pada ukuran keluaran berupa *output* cakupan program Puskesmas, tetapi seyogyanya dilakukan terhadap ketiga variabel tersebut. Sebagaimana disajikan pada Bagan 3.3.

Bagan 3.3.
Hubungan antara Variabel Kausal, Variabel Antara, dan Variabel
Keluaran Puskesmas



Sumber: Hersey P dan Blanchard KH, *Management of Organizational Behavior: Utility Human Resources, 4th Edition*, Alih Bahasa; Agus Dharma, *Manajemen Perilaku Organisasi: Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*, 1982.

Bagan 3.3. menjelaskan hubungan antara ketiga variabel tersebut, dimana variabel stimulus (variabel kausal) mempengaruhi organisasi (variabel antara) dan menghasilkan tanggapan-tanggapan tertentu (variabel keluaran). Kondisi variabel antara sebagian besar dihasilkan oleh variabel kausal dan pada gilirannya mempengaruhi variabel-variabel hasil akhir (keluaran). Upaya yang dilakukan organisasi untuk meningkatkan variabel antara dengan usaha mengubah variabel-variabel itu secara langsung biasanya akan sangat kurang berhasil dibandingkan dengan apabila upaya itu diarahkan pada pemodifikasian variabel-variabel itu melalui pengubahan variabel kausal. Demikian juga halnya, upaya untuk meningkatkan variabel hasil akhir dengan memodifikasi variabel antara biasanya kurang efektif dibandingkan dengan apabila hal itu dilakukan dengan mengubah variabel-variabel kausal.

4. Manajemen Puskesmas adalah Proses Pengambilan Keputusan dan Pemecahan Masalah

Pengambilan keputusan merupakan fungsi utama manajemen dalam suatu organisasi, karena keputusan yang telah dibuat akan mengikat seluruh komponen organisasi untuk melaksanakan hasil keputusan tersebut. Keputusan dapat dipandang sebagai suatu tindakan korektif terhadap pelaksanaan kegiatan yang menyimpang dari rencana awal. Hal demikian perlu dilaksanakan bila setelah keputusan diambil dan dilaksanakan, ternyata terjadi penyimpangan yang dapat menimbulkan kerugian besar jika tetap dipertahankan, maka sebaiknya ada keputusan baru yang dapat memperbaiki keputusan lama. Semua fungsi-fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan

(kepemimpinan, motivasi, komunikasi, dan pengarahan), pengawasan, pengendalian, dan penilaian memerlukan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah.

Pengambilan keputusan didefinisikan oleh para ahli manajemen sebagai berikut :

- a. Pengambilan keputusan adalah pemilihan alternatif perilaku tertentu dari dua atau lebih alternatif yang ada (*Terry*),
- b. Pengambilan keputusan adalah proses yang digunakan untuk memilih suatu tindakan sebagai cara pemecahan masalah (*Stoner*).

Kedua pengertian ini mengandung makna bahwa untuk memperoleh suatu keputusan yang baik atas persoalan yang dihadapi, perlu pengambilan keputusan alternatif penyelesaian lebih dari dua, selanjutnya akan dipilih satu keputusan terbaik untuk pemecahan masalah.

- c. Pengambilan keputusan adalah analisis pengambilan keputusan yang menyeluruh dengan penerapan teknik-teknik untuk penyempitan pemilihan (*Bernard*).

Menurut pendapat ini, setiap alternatif perlu dianalisis dengan menggunakan alat analisis tertentu guna mempersempit pemilihan, sehingga banyaknya alternatif akan terlihat mengerucut dan pilihan terbaik ada pada ujung kerucut.

- d. Pengambilan keputusan adalah suatu pendekatan sistematis terhadap hakekat suatu masalah dengan mengumpulkan fakta-fakta dan data, penentuan yang matang dari alternatif yang dihadapi dan mengambil tindakan yang menurut perhitungan merupakan suatu tindakan yang paling tepat (*Siagian*).

Pengertian ini mengandung makna bahwa suatu masalah yang akan dipecahkan perlu ditelusuri terlebih dahulu agar diketahui secara jelas apakah persoalan yang sedang dihadapi tersebut merupakan masalah atau sekedar isu. Oleh karena itu perlu pengumpulan fakta dan data yang mendukung (relevan) agar mudah diperoleh pemecahan masalahnya. Selanjutnya, jika persoalan tersebut benar-benar masalah yang perlu dipecahkan, maka perlu dirumuskan secara matang alternatif-alternatif yang memungkinkan untuk menjadi dasar mengatasi masalah tersebut dengan baik. Tahap akhir adalah menentukan pilihan yang paling tepat dengan pertimbangan-pertimbangan serta perhitungan-perhitungan yang matang.

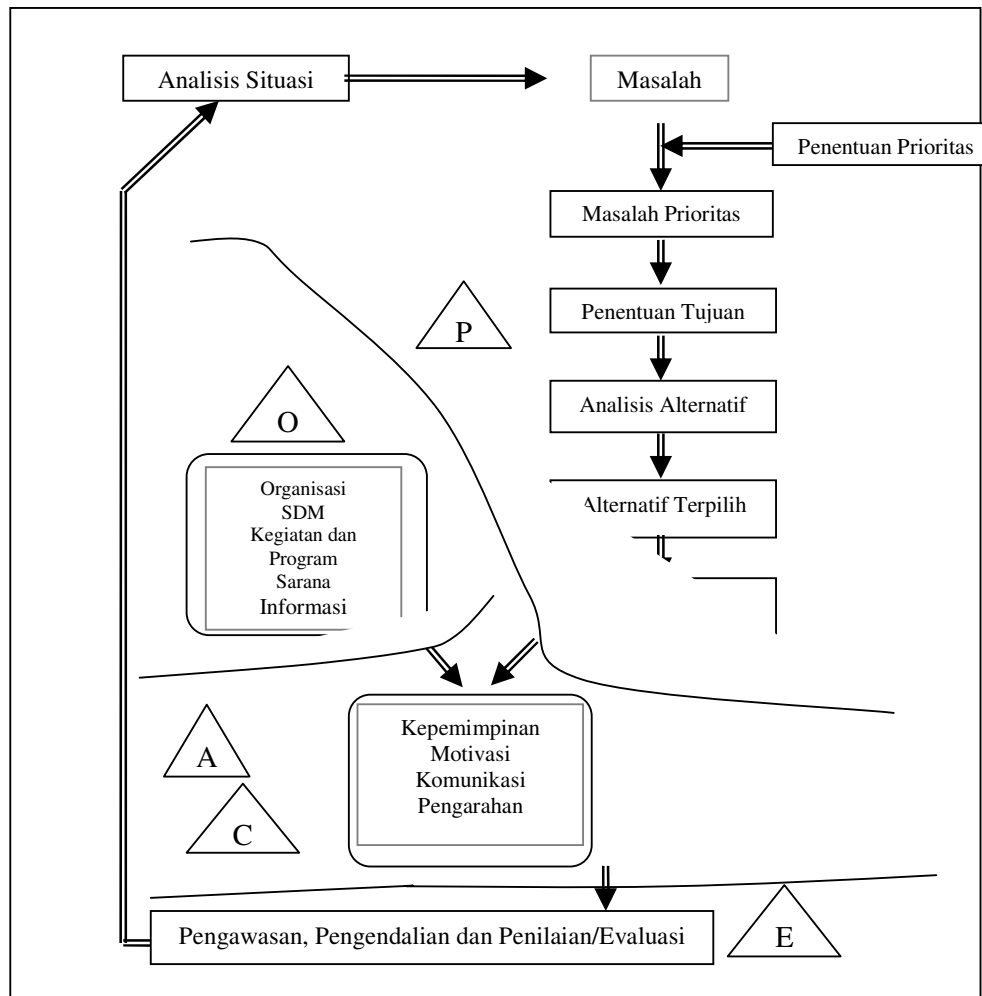
- e. Pengambilan keputusan adalah kegiatan-kegiatan yang meliputi perumusan masalah, pembahasan alternatif, dan penilaian serta pemilihan bagi penyelesaian masalah (*Kasim*).

Dari beberapa pengertian pengambilan keputusan tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa sebelum keputusan diambil harus terlebih dahulu diketahui pokok permasalahan yang dihadapi, bukan sekedar isu yang tidak memerlukan penyelesaian. Selanjutnya dengan berbagai disiplin ilmu yang relevan dengan persoalan akan dicarikan jalan keluarnya dengan merumuskan berbagai alternatif jawaban. Berbagai alternatif yang tersedia tersebut akan dievaluasi guna diberikan suatu penilaian untuk dipertimbangkan sebagai dasar pengambilan keputusan dan

pada akhirnya dari alternatif terbaik untuk digunakan sebagai cara pemecahan masalah.

Adapun langkah-langkah proses pemecahan masalah dalam keseluruhan siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) dihubungkan dengan pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen Puskesmas seperti di ilustrasikan pada bagan 3.4. berikut :

Bagan 3.4.
Siklus Pemecahan Masalah dan Pelaksanaan Fungsi-Fungsi Manajemen Puskesmas



Keterangan :

P = *Planning*; O = *Organizing*; A = *Actuating*; C = *Controlling*;

E = *Evaluating*.

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan (Modul – 05)*.

Langkah pertama dalam siklus pemecahan masalah adalah menentukan masalah dengan baik. Ini dimulai dengan kegiatan analisis situasi atau disebut juga identifikasi masalah. Untuk mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat yang berkembang di wilayah kerja Puskesmas dan pengembangan program intervensinya, pimpinan Puskesmas dapat menganalisis masalah kesehatan tersebut dengan menggunakan pendekatan epidemiologi, prinsip-prinsip kesehatan masyarakat, kedokteran pencegahan, paradigma hidup sehat menurut *Blum* dan analisis sistem.

Dari analisis situasi akan diketemukan banyak masalah. Masalah adalah keadaan atau realita yang menyimpang dari apa yang diharapkan. Atau sering juga dikatakan bahwa masalah adalah kesenjangan antara apa yang diharapkan dengan apa yang menjadi kenyataan. Umumnya dalam kehidupan sehari-hari, sumber daya yang tersedia tidak cukup untuk memecahkan semua masalah tersebut. Oleh sebab itu, perlu ditentukan masalah kesehatan mana yang harus diutamakan (diprioritaskan). Ada beberapa teknik untuk menentukan peringkat prioritas masalah (lihat Bab IV butir ad.2 Mengidentifikasi masalah dan Pemecannya).

Masalah yang sudah menjadi prioritas, perlu dirumuskan dengan jelas. Perumusan masalah yang baik adalah jika: (1) ada pernyataan tentang kesenjangan secara kualitatif dan/atau kuantitatif, (2) didukung oleh data, dan (3) dinyatakan secara spesifik apa masalah tersebut (butir 1 dan 2), siapa yang terkena, dimana lokasinya, kapan waktunya. Untuk masalah yang sudah dirumuskan dengan baik, kemudian ditentukan tujuan yang akan dicapai, yaitu apakah: (1) masalah tersebut akan dikurangi sampai tingkat tertentu atau (2) masalah tersebut dihilangkan sama sekali. Selanjutnya adalah memilih alternatif intervensi atau kegiatan yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut diatas. Untuk itu, perlu dilakukan analisis determinan masalah atau kadang-kadang disebut analisis faktor risiko.

Sebagai contoh, pada tahun 2008, kasus gizi buruk balita di kecamatan "X" mencapai 20 % dan 5 % diantara jumlah tersebut tergolong gizi buruk. Ini contoh pernyataan masalah yang jelas; besar masalahnya, jelas lokasi, dan jelas waktunya, dan jelas pula siapa yang terkena. Untuk mengatasinya, maka ditetapkan misalnya pada tahun 2009, kasus kurang gizi tersebut akan diturunkan sampai 10 % dan gizi buruk menjadi 2 %.

Apa alternatif intervensi yang akan dilakukan?

Untuk menjawab pertanyaan tersebut, maka dilakukan analisis determinan atau analisis faktor risiko, yaitu menjawab pertanyaan kenapa terjadi kurang gizi balita di kecamatan tersebut. Dengan menggunakan data hasil analisis situasi, misalnya ditemukan beberapa faktor atau determinan, yaitu : (1) pendapatan penduduk yang rendah, (2) pola konsumsi makan dalam keluarga tidak memprioritas anak dan, (3) cakupan penimbangan dan pemberian makanan tambahan pemulihan rendah (misalnya hanya 35 %).

Dari contoh determinan tersebut, maka ada 3 (tiga) alternatif intervensi yang perlu dilakukan, yaitu: (1) meningkatkan pendapatan penduduk, (2)

melakukan penyuluhan gizi kepada keluarga dengan fokus gizi balita, dan (3) meningkatkan cakupan penimbangan dan pemberian PMT Pemulihan.

Dari contoh di atas, alternatif (1) memerlukan keikutsertaan banyak sektor, misalnya sektor pertanian, perbankan (untuk pemberian kredit), sektor industri kecil, dan lain-lain. Untuk itu perlu dilakukan advokasi kepada sektor terkait. Yang dapat dilakukan oleh Puskesmas adalah alternatif intervensi (2) dan (3). Kalau ini yang menjadi pilihan, selanjutnya adalah menguraikan alternatif tersebut dalam bentuk rencana kegiatan program. Ini disebut penyusunan RO Puskesmas (*planning*).

Dalam bagan 3.4 diatas, selanjutnya RO program Puskesmas tersebut dilaksanakan. Untuk itu memerlukan suatu organisasi yang tertata dengan baik (*organizing*). Pelaksanaan program atau implementasi memerlukan fungsi penggerakan dan pelaksanaan (*actuating*) dengan melaksanakan fungsi kepemimpinan, motivasi, komunikasi, dan pengarahan serta pengawasan dan pengendalian. (*controlling*). Hasil implementasi dan pelaksanaan kemudian dilakukan penilaian (*evaluating*). Evaluasi ini kemudian dipergunakan sebagai masukan dalam proses atau siklus selanjutnya dalam pemecahan masalah.

5. Manajemen Puskesmas adalah Proses Kerjasama dan Kemitraan dalam Pencapaian Tujuan Organisasi

Follett mendefinisikan manajemen sebagai seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Definisi ini mengandung arti bahwa pimpinan dalam mencapai tujuan organisasi dengan dan melalui pengaturan dan penggerakan orang lain untuk melaksanakan berbagai tugas organisasi yang diperlukan, atau dengan kata lain pimpinan tidak melakukan tugas itu sendiri. Untuk itu, pimpinan Puskesmas harus memanfaatkan dan memberdayakan sumber daya manusia (SDM) yang ada di Puskesmas sehingga tercipta kerja sama yang dinamis dan harmonis. Agar kerja sama berlangsung dinamis dan produktif, diperlukan kesepakatan/komitmen antara pimpinan dengan staf tentang visi, misi, tujuan, kebijakan, strategi, program, dan kegiatan organisasi dan hal-hal lain yang terkait dengan proses pencapaian tujuan organisasi. Visi, misi, dan tujuan Puskesmas pada dasarnya merupakan visi, misi, dan tujuan bersama seluruh pegawai dan *stakeholders* Puskesmas. Pimpinan Puskesmas berkewajiban untuk melakukan sosialisasi, komunikasi, dan *sharing* atas visi, misi, dan tujuan Puskesmas tersebut kepada seluruh pegawai dan *stakeholder* Puskesmas sehingga setiap pegawai dan *stakeholders* memiliki komitmen dan mau mendukung dan bekerjasama untuk mencapainya. Istilah “orang” dalam pengertian manajemen Puskesmas, mencakup tidak hanya pegawai Puskesmas, tetapi juga pimpinan lainnya, individu dari luar Puskesmas, pelanggan, masyarakat, pemasok, *stakeholder*, organisasi profesi dibidang kesehatan, pejabat dan pegawai pemerintah, dan sebagainya. Kesemuanya adalah mitra kerja Puskesmas.

Untuk membangkitkan kegairaan dan kerjasama yang tinggi dari pegawai, pimpinan perlu memaksimalkan motivasi yang positif dan meminimalkan

ancaman. Menurut *Feinberg, Tanofsky, dan Tarrant* (1989), ada 3 (tiga) hal penting yang perlu dilakukan pimpinan yaitu kegairahan pribadi, komunikasi yang efektif, dan penyusunan program dan kegiatan yang selektif.

Ada 6 (enam) pedoman yang perlu dilakukan dalam membangkitkan kegairahan dan kerjasama, yaitu:

- a. Sebarkanlah semua informasi tentang program dan kegiatan;
- b. Tunjukkan bagaimana program dan kegiatan terkait dengan tujuan-tujuan dan kesehatan organisasi secara keseluruhan;
- c. Bicarakanlah kepada setiap pegawai yang berkedudukan penting mengenai peranan, tugas, dan tanggung jawabnya;
- d. Tunjukkan kegairahan dari diri pemimpin;
- e. Tentukan tujuan-tujuan bagi masing-masing individu pegawai. Tujuan ini harus dapat dicapai, jelas, dan mudah diukur;
- f. Perbanyaklah hubungan dan interaksi dengan para pegawai.

Berkaitan dengan Paradigma Sehat dan visi Puskesmas, maka pembangunan kesehatan tidak dapat dilakukan sendiri oleh sektor kesehatan, melainkan harus dilaksanakan secara kemitraan oleh semua sektor dan segenap potensi masyarakat, termasuk lembaga swadaya masyarakat, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, dan kalangan swasta. Pentingnya kemitraan ini mulai digencarkan oleh WHO pada konferensi internasional Promosi Kesehatan yang keempat di Jakarta pada tahun 1997, yang menetapkan tema "*The New Players for The New Era*". Sehubungan dengan itu perlu digalang komitmen atau kesepakatan yang tinggi, kerjasama yang baik, saling koordinasi serta peran aktif dari antar mitra. Hubungan kemitraan tersebut akan lebih efektif dan efisien apabila juga didasari dengan kesetaraan, keterbukaan, serta saling menguntungkan (Departemen Kesehatan, 2003).

Sebagai dasar hukum melaksanakan kemitraan di bidang kesehatan tercantum dalam Undang-undang RI No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, dimana untuk mendorong keikutsertaan berbagai potensi masyarakat dalam pembangunan kesehatan landasan hukumnya dapat dilihat dalam pasal 5 (Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya), pasal 8 (Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin), pasal 65 ayat 1 (Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan masyarakat), pasal 66 ayat 1 (Pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara praupaya, berdasarkan usaha bersama dan kekeluargaan), pasal 71 ayat 1 (Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya), pasal 71 ayat 2 (Pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak dibidang

kesehatan agar dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna), dan pasal 72 ayat 1 (Peran serta masyarakat untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan kebijaksanaan pemerintah pada penyelenggaraan kesehatan dapat dilakukan melalui Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional, yang beranggotakan tokoh masyarakat dan pakar lainnya).

Kemitraan adalah hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan (memberi manfaat) untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip, dan peran masing-masing. Sedangkan kemitraan menuju Indonesia Sehat 2010 yaitu hubungan (kerjasama) dengan berbagai pihak seperti lintas program, lintas sektoral, organisasi profesi, LSM, dunia usaha, media massa untuk mencapai perilaku dan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan yang bermutu serta derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di masa yang akan datang (Departemen Kesehatan, 2003).

Terselenggaranya kemitraan yang harmonis diharapkan dapat memberikan dampak dalam skala mikro maupun skala makro. Skala mikro, yaitu adanya interaksi dinamis dan aktif dari yang bermitra untuk saling memperkuat dalam pembangunan kesehatan. Skala makro, yaitu tercapainya pembudayaan kemandirian hidup bersih dan sehat sebagai salah satu prasyarat sumber daya berkualitas yang meletakkan kesehatan di dalam arus tengah (*mainstream*) pembangunan nasional.

Adapun tujuan kemitraan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah : (a) menyamakan persepsi dan meningkatkan pemahaman tentang kemitraan untuk mencapai Indonesia Sehat 2010, (b) memperluas wawasan dalam mengadakan kemitraan, (c) mengembangkan gagasan pembangunan kesehatan agar efektif dan efisien, (d) menggalang sumber daya baik tenaga, dana, dan sarana, serta (e) menjalin jaringan kemitraan di bidang pembangunan kesehatan.

Pengembangan kemitraan kesehatan dapat dilakukan melalui :

a. Pemanfaatan forum komunikasi yang sudah ada.

Sebelum diterima sebagai mitra, sebaiknya dimulai dengan mengikuti forum-forum yang diselenggarakan oleh calon mitra. Tujuannya adalah disamping memperkenalkan diri, juga untuk menentukan langkah apa yang akan dilakukan untuk beraliansi. Apabila kehadiran kita sudah merupakan bagian dari mitra kita, selanjutnya dapat ditindak lanjuti dengan mengadakan forum berikutnya yang dilaksanakan secara bersama-sama, antara lain melalui sarasehan, seminar, *workshop*, lokakarya dan sebagainya. Dalam pertemuan tersebut dapat disusun rencana pemantauan dan evaluasi sekaligus memerhitungkan rencana pembiayaan yang diperlukan dan jadwal kegiatan.

b. Memanfaatkan kegiatan mitra yang sudah berjalan

Upaya kegiatan kemitraan kesehatan diawali dengan yang sudah berjalan, kita memberikan dukungan/dorongan dalam rangka akselerasi dan eskalasi kegiatan mitra. Pendekatan dapat dilakukan melalui studi untuk melihat

kegiatan-kegiatan kesehatan yang dilakukan, terutama berkaitan dengan pembudayaan kemandirian perilaku sehat.

c. Pemanfaatan tatanan budaya setempat

Kemitraan dapat dilakukan pada tempat di mana masyarakat membuat keputusan-keputusan yang diberlakukan secara sah oleh Pemda setempat seperti banjar di Bali, lorong di Sumatra Barat, marga di Sumatra Utara.

d. Membentuk forum komunikasi kemitraan baru

Membentuk forum komunikasi baru bukan satu-satunya pilihan karena dengan membentuk forum komunikasi baru tidak ada jaminan masalah tersebut dapat dipecahkan. Hal ini disebabkan oleh karena terbatasnya SDM yang tersedia, sehingga pembentukan forum komunikasi baru hanya memberikan beban kerja tambahan kepada petugas yang pada umumnya sudah terlibat dalam berbagai kegiatan forum komunikasi lainnya.

6. Manajemen Puskesmas adalah Proses Mengelola Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi aktivitas manajemen, maka responsivitas dan adaptabilitas organisasi terhadap lingkungannya penting dan menentukan kelangsungan hidup organisasi. Salah satu indikator efektivitas organisasi dan manajemen antara lain ditentukan oleh kemampuan adaptabilitas organisasi dan manajemen yang bersangkutan terhadap lingkungan, yaitu sampai seberapa jauh organisasi dan manajemen tanggap terhadap perubahan lingkungan dalam dan luar.

Sebagai konsekuensi dari perubahan lingkungan Puskesmas, baik lingkungan internal maupun eksternal, maka Puskesmas harus senantiasa berubah. Adanya tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang makin bermutu dan memberi kepuasan kepada pelanggannya, mengharuskan Puskesmas menyempurnakan secara terus menerus kinerjanya, yang pada hakekatnya adalah proses perubahan. Keberhasilan suatu perubahan sangat ditentukan oleh keberhasilan dalam pengelolaan perubahan tersebut, yang dikenal sebagai “*Management of Change*”. Salah satu teori yang melandasi proses perubahan, dikenal sebagai “Analisis Medan Kekuatan” (*force field analysis*) dari *Levin* (Nisjar dan Winardi, 1997).

Teori tersebut mengatakan bahwa suatu perubahan pada dasarnya adalah hasil intervensi 2 (dua) jenis kekuatan, yaitu kekuatan pendorong (*driving force*) dan kekuatan penghambat (*restraining force*). Kekuatan pendorong adalah kekuatan yang mempengaruhi suatu situasi yang memberikan dorongan ke arah tertentu, mereka cenderung menimbulkan suatu perubahan dan mempertahankan kelangsungannya. Sedangkan kekuatan penghambat yaitu kekuatan yang menentang atau mengurangi kekuatan pendorong. Berdasarkan teori tersebut, suatu perubahan akan terjadi apabila dilakukan intervensi terhadap 2 (dua) jenis kekuatan yang ada dan yang dihadapi oleh suatu organisasi, yaitu kekuatan pendorong (+) dan kekuatan penghambat (-)

Secara garis besarnya langkah untuk melakukan suatu perubahan, menurut teori tersebut, adalah:

a. Intervensi Kekuatan (+) dan (-)

Kedua jenis kekuatan tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

1) Kekuatan Pendorong (+), terdiri atas :

- Dari internal organisasi, disebut sebagai *Strength* (kekuatan)
- Dari eksternal organisasi, disebut sebagai *Opportunity* (kesempatan /peluang).

2) Kekuatan Penghambat (-), terdiri atas :

- Dari internal organisasi, dinamakan sebagai *Weakness* (kelemahan)
- Dari eksternal, dikenal sebagai *Threat* (ancaman/rintangan)

Langkah ini disebut intervensi SWOT.

b. Menetapkan tindakan intervensi pada kedua jenis kekuatan tersebut.

Mengingat yang dihadapi adalah 2 (dua) jenis kekuatan yang berbeda sifatnya, maka dikenal ada 2 (dua) jenis intervensi, yaitu:

- 1) Intervensi terhadap faktor menghambat, disebut sebagai pemecahan, yaitu upaya menghilangkan faktor penghambat,
- 2) Intervensi terhadap faktor pendorong, yaitu upaya untuk memanfaatkan kekuatan tersebut.

Dengan berubahnya konstalasi dari 2 (dua) kekuatan, maka akan terjadi perubahan. Apabila usaha kita diarahkan pada berkurangnya kekuatan hambatan, akan terjadi perubahan kearah keadaan yang lebih baik.

Pimpinan Puskesmas harus memahami teori “*force field analysis*” ini sebagai dasar dari upaya mengelola suatu perubahan (*management of change*). Tanpa mengetahui medan kekuatan dari organisasi Puskesmas, adalah suatu hal yang tidak mungkin untuk memperoleh keberhasilan. Bahkan kita sering melihat keadaan Puskesmas justru semakin memburuk, karena tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pimpinan Puskesmas yang ingin melaksanakan suatu perubahan, yang hanya mendasarkan pada “keinginan tampil beda” atau “asal merubah” kebijakan pimpinan pendahulunya.

Memasuki dekade 1990 – 2000, kesehatan di Indonesia mulai merasakan adanya tekanan-tekanan yang berasal dari faktor lingkungan, misalnya perubahan tata nilai masyarakat sebagai akibat meningkatnya pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat, perkembangan profesi terutama yang berkaitan dengan masyarakat (misal profesi hukum kesehatan), perkembangan IPTEK dibidang kesehatan, tekanan yang berasal dari faktor ekonomi, misalnya Indonesia memasuki era pasar bebas AFTA (tahun 2003 untuk tingkat Asean) dan APEC (tahun 2010-2020 untuk tingkat internasional).

Kesehatan seolah-olah berada didalam suatu *milleau* dengan turbulensi (pusaran) yang sangat besar, yang tidak pernah dialami pada masa-masa sebelum tahun 1990. Pada masa itu (1990), perhatian pimpinan Puskesmas sepenuhnya diarahkan pada bagaimana mencapai tujuan program kesehatan, dengan berusaha

mendesain program pelayanan kesehatan beserta masukan/sumber daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

Menghadapi lingkungan yang berpusar (bergelombang) saat ini, sudah saatnya para pimpinan Puskesmas menyadari bahwa 2 (dua) tantangan yang dihadapi, yaitu: (a) bagaimana meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (sebagai tugas utama kesehatan), dan (b) bagaimana mengelola lingkungan demi keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Dua tantangan itulah yang mendasari para ahli manajemen menciptakan suatu pendekatan baru dalam manajemen yang sesuai dengan kebutuhan saat ini, yakni “Manajemen Strategik” yaitu suatu upaya mengelola pencapaian tujuan organisasi, yang dilakukan bersama dengan upaya mengelola faktor lingkungan (Departemen Kesehatan, 2002).

Ada 3 (tiga) elemen utama dalam manajemen strategik yaitu : (a) analisis strategik yakni para penyusun strategi berupaya memahami posisi strategik organisasi yang bersangkutan, (b) pilihan strategik yakni berhubungan dengan perumusan berbagai macam arah tindakan dan evaluasinya, serta (c) implementasi strategik yakni berhubungan dengan merencanakan bagaimana pilihan strategik dapat dilaksanakan. Strategi sebuah organisasi adalah konseptualisasi yang dinyatakan atau diimplikasikan oleh pimpinan organisasi yang bersangkutan berupa sasaran jangka panjang atau tujuan organisasi, kendala-kendala dan kebijakan-kebijakan yang ditetapkan oleh pimpinan yang membatasi skope aktivitas-aktivitas organisasi dan rencana serta tujuan jangka pendek yang telah ditetapkan dengan ekspektasi peran mereka dalam mencapai sasaran. Strategi organisasi meliputi visi, misi, tujuan/sasaran, kebijakan, strategik, program, dan kegiatan (Argadiredja, 2005)

Dengan manajemen strategik, pimpinan Puskesmas dilatih untuk jeli dalam melihat peluang-peluang serta ancaman-ancaman yang ada di lingkungannya. Dengan mempertimbangkan kedua hal tersebut, serta kekuatan dan kelemahan yang dimiliki oleh Puskesmas, maka pimpinan Puskesmas akan menetapkan strategi yang tepat yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai tujuan Puskesmas.

Pendekatan manajemen strategik ini akan membiasakan pimpinan Puskesmas melihat elemen-elemen dari sistem makro program kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya, bukan hanya program kesehatannya sendiri. Adapun secara garis besar elemen sistem makro kesehatan mencakup program kesehatan, lingkungan dalam dan lingkungan luar. Lingkungan dalam meliputi elemen-elemen yang mempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja Puskesmas, antara lain sumber daya manajemen berupa 7 M + 1, struktur organisasi (meliputi segi statis dan dinamis), kepemimpinan, dan sebagainya. Sedangkan lingkungan luar antara lain adalah peraturan perundang-undangan, IPTEK bidang kesehatan, masyarakat, organisasi profesi, media massa, pesaing dan sebagainya.

Pada saat kita akan mendesain suatu program kesehatan, maka elemen-elemen dari faktor lingkungan dalam dan luar harus senantiasa ditelaah dengan

seksama. Dengan cara ini kita bukan hanya melakukan langkah-langkah yang harus dilaksanakan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, tetapi juga akan kita ketahui kondisi-kondisi dari faktor lingkungan dalam dan luar yang dituntut bagi kelancaran dan keberhasilan penyelenggaraan suatu program kesehatan. Sebagai contoh misalnya, upaya suatu Puskesmas dalam meningkatkan derajat kesehatan. Keberhasilan dari upaya ini sangat ditentukan dari kondisi lingkungannya baik internal maupun eksternal. Artinya untuk menyelenggarakan program peningkatan derajat masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, dituntut suatu prekondisi lingkungan tertentu. Antara lain organisasi Puskesmas, sumber daya manusia baik kualitas maupun kuantitas, sistem pengambilan keputusan (wewenang), sistem pertanggung jawaban, sistem tata kerja dan mekanisme kerja, sistem tata kelola, sistem imbalan/insentif petugas Puskesmas, interaksi dengan organisasi profesi dibidang kesehatan, dan sebagainya.

Elemen-elemen dari faktor lingkungan yang mempunyai pengaruh pada upaya organisasi dan manajemen dalam manajemen strategik disebut sebagai “pemangku berkepentingan” (*stakeholder*). Karena itu manajemen strategik dapat juga dipandang sebagai suatu pendekatan terhadap pemangku berkepentingan. *Stakeholder* adalah kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh pencapaian tujuan organisasi.

ANALISIS SWOT

SWOT merupakan akronim dari *Strength* (kekuatan) dan *Weakness* (kelemahan) dalam organisasi Puskesmas, serta *Opportunity* (kesempatan/peluang) dan *Threat* (ancaman/rintangan/tantangan) dari lingkungan eksternal yang dihadapi organisasi Puskesmas. Yang dimaksud dengan kekuatan adalah kompetensi khusus yang terdapat dalam organisasi Puskesmas, sehingga Puskesmas memiliki keunggulan kompetitif di pasaran. Hal ini disebabkan karena Puskesmas memiliki sumber daya, keterampilan, produk, dan jasa andalan, dan sebagainya yang membuatnya lebih kuat dari pesaing dalam memuaskan kebutuhan dan keinginan pelanggan dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas. Kelemahan adalah keterbatasan atau kekurangan dalam hal sumber daya, keterampilan, dan kemampuan yang menjadi penghalang serius bagi penampilan kinerja Puskesmas. Adapun peluang adalah berbagai situasi lingkungan yang menguntungkan bagi Puskesmas, sedangkan ancaman merupakan kebalikan dari peluang. Dengan demikian ancaman adalah faktor-faktor lingkungan yang tidak menguntungkan Puskesmas (Siagian, 2004).

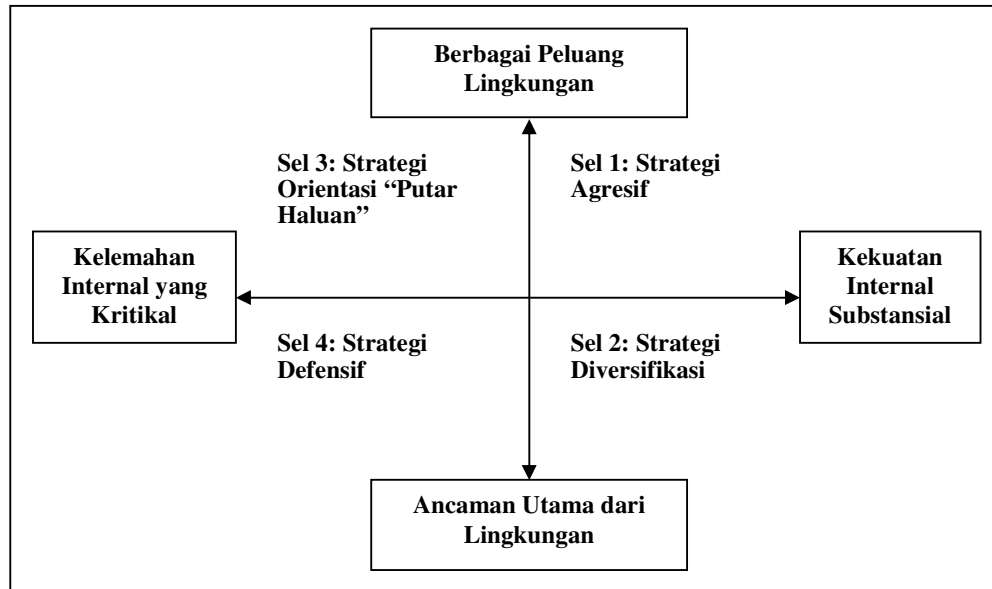
Analisis SWOT dapat merupakan alat yang ampuh dalam melakukan analisis strategik. Keampuhan tersebut terletak pada kemampuan para penentu strategi organisasi untuk memaksimalkan peranan faktor kekuatan dan memanfaatkan peluang serta berperan untuk meminimalisasi kelemahan organisasi dan menekan dampak ancaman yang timbul dan harus dihadapi. Analisis SWOT dapat diterapkan dalam 3 (tiga) bentuk dalam membuat keputusan

strategik. *Pertama* : Analisis SWOT memungkinkan para pengambil keputusan kunci dalam organisasi menggunakan kerangka berpikir yang logis dan holistik yang menyangkut situasi dimana organisasi berada, identifikasi dan analisis berbagai alternatif yang layak untuk dipertimbangkan, dan menentukan pilihan alternatif yang diperkirakan paling ampuh. *Kedua* : Pembandingan secara sistimatis antara peluang dan ancaman eksternal di satu pihak serta kekuatan dan kelemahan internal di lain pihak.

Bagan 3.5 menunjukkan bahwa situasi yang paling didambakan ialah Sel 1 karena organisasi menghadapi berbagai peluang lingkungan dan memiliki berbagai kekuatan yang mendorong pemanfaatan berbagai peluang tersebut. Dengan kondisi demikian, strategi yang tepat ialah strategi pertumbuhan (agresif). Sebaliknya, Bagan 3.5 juga menunjukkan bahwa organisasi yang berada pada Sel 4 menghadapi kondisi yang paling buruk karena harus menghadapi tantangan besar yang bersumber pada lingkungan dan pada waktu yang bersamaan dilanda berbagai kelemahan internal yang kritikal. Strategi yang tepat dalam kondisi demikian ialah strategi defensif yaitu mengurangi atau mengubah bentuk keterlibatan organisasi dalam produk atau jasa. Pada Sel 2 tergambar bahwa organisasi yang memiliki berbagai kekuatan internal menghadapi situasi lingkungan yang tidak menguntungkan, strategi yang paling tepat adalah strategi diversifikasi yaitu strategi memanfaatkan kekuatan yang dimiliki sekarang untuk membuka peluang jangka panjang dalam produk/jasa atau pasar yang lain atau baru. Sel 3 pada Bagan 3.5 menunjukkan posisi suatu organisasi yang menghadapi peluang pasar yang besar di satu pihak akan tetapi memiliki keterbatasan kemampuan karena berbagai kelemahan organisasi. Dalam kondisi demikian, strategi yang tepat bagi organisasi untuk putar haluan yaitu mengambil berbagai langkah untuk mengatasi kelemahan yang dihadapi secara internal agar peluang pasar dapat dimanfaatkan.

Ketiga : Tantangan utama dalam penerapan analisis SWOT terletak pada identifikasi dari posisi sebenarnya suatu organisasi, karena suatu organisasi menghadapi berbagai peluang juga harus berupaya menghilangkan berbagai ancaman. Mungkin pula terjadi bahwa organisasi mempunyai berbagai kelemahan, tetapi juga berbagai faktor kekuatan dalam menghadapi pesaing. Karena itu analisis SWOT tidak terletak hanya pada penempatan organisasi pada sel tertentu akan tetapi memungkinkan para penentu strategi organisasi untuk melihat posisi organisasi yang sedang dianalisis tersebut secara menyeluruh dari aspek produk dan/atau jasa yang dihasilkan dan pasar yang dilayani. Kegunaan utama analisis SWOT adalah untuk penentuan strategi dasar. Hasil analisis SWOT harus menjadi masukan bagi teknik pemilihan strategi dasar tertentu.

Bagan 3.5.
Diagram Analisis SWOT



Sumber : Siagian, *Manajemen Strategik*, 2004

Contoh Analisis SWOT Puskesmas Tahun 2008:

1. Analisis Lingkungan Dalam Puskesmas

a. Strength (kekuatan) :

- Puskesmas telah didirikan di hampir seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerja, Puskesmas diperkuat dengan Puskesmas Pembantu serta Puskesmas Keliling. Kecuali itu untuk daerah yang jauh dari sarana pelayanan rujukan, Puskesmas dilengkapi dengan fasilitas rawat inap. Juga ditunjang oleh Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) berupa Posyandu, Pondok Bersalin Desa (Polindes)-Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)-Desa Siaga, dan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) – Usia Lanjut, dan lain-lain;
- Pemerintah daerah telah menyediakan dana dari pengembalian retribusi pendapatan Puskesmas dengan besaran yang bervariasi di setiap Kabupaten/Kota, pengadaan tenaga, obat-obatan, alat kesehatan, dan sebagainya;
- Telah dikembangkan berbagai buku pedoman seperti Pedoman Kerja Puskesmas, Kebijakan Dasar Puskesmas, Pedoman tentang program-program Puskesmas, Standar Pelayanan Minimal di Bidang Kesehatan dan Petunjuk Teknisnya, dan lain-lain;
- Adanya wilayah kerja tertentu yang menjadi tugas tanggung jawab dan pangsa pasar Puskesmas;
- Adanya tenaga kesehatan Puskesmas yang telah ditempatkan di sarana kesehatan baik di Puskesmas Induk, Puskesmas Pembantu, Balai

Pengobatan Desa, Pos Kesehatan Desa, dan Bidan Desa di wilayah kerja Puskesmas;

- Adanya pola struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) Puskesmas yang merujuk pada Peraturan Menteri Dalam Negeri No.23 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah;
- Adanya *standard operating procedure* (SOP)/Prosedur tetap (Protap), seperti Protap pelayanan kesehatan di dalam gedung Puskesmas, Protap Posyandu, dan sebagainya;
- Adanya dukungan dan kerjasama serta kemitraan lintas program di Puskesmas dan lintas sektoral tingkat kecamatan;
- Adanya sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS) yang bersumber dari sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas (SP3), sistem informasi posyandu (SIP), laporan sarana kesehatan swasta, laporan lintas sektor, dan lain-lain;
- Adanya Sistem Kesehatan Nasional dan Undang-undang tentang Kesehatan serta peraturan perundang-undangan lainnya sebagai pedoman dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

b. Weakness (kelemahan):

- Visi, misi, dan tujuan Puskesmas belum dipahami sepenuhnya oleh pimpinan dan staf Puskesmas. Hal ini dapat melemahkan komitmen, dukungan, dan keikutsertaan mereka dalam mengembangkan fungsi Puskesmas. Mereka terperangkap oleh tugas-tugas rutin yang bersifat kuratif yang kebanyakan dilakukan di dalam gedung Puskesmas. Akibatnya, kegiatan Puskesmas di luar gedung yang bersifat promotif dan preventif kurang mendapatkan perhatian.
- Upaya kesehatan masih menitikberatkan pada upaya kuratif dan belum menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif. Dengan kata lain belum berlandaskan pada paradigma sehat;
- Beban kerja Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) kesehatan kabupaten/kota terlalu berat. Pertama, karena rujukan kesehatan ke dan dari Dinas kesehatan kabupaten/kota kurang berjalan. Kedua, karena Dinas kesehatan kabupaten/kota yang sebenarnya bertanggung jawab penuh terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan secara menyeluruh di wilayah kabupaten/kota lebih banyak melaksanakan tugas-tugas administratif;
- Sistem manajemen Puskesmas yakni perencanaan (P1) yang diselenggarakan melalui mekanisme Perencanaan Mikro (*microplanning*) yang kemudian menjadi Perencanaan Tingkat Puskesmas, pergerakan pelaksanaan (P2) yang diselenggarakan melalui mekanisme Lokakarya Mini (*mini workshop*) serta

pengawasan, pengendalian, dan penilaian (P3) yang diselenggarakan melalui Stratifikasi Puskesmas yang kemudian menjadi Penilaian Kinerja Puskesmas, dengan berlakunya otonomi daerah belum ditindak lanjuti oleh beberapa kabupaten/kota;

- Pengelolaan Puskesmas, meskipun telah ditetapkan merupakan aparat daerah tetapi masih masih terlalu bersifat sentralistis. Puskesmas dan daerah belum memiliki keleluasaan menetapkan kebijakan program yang sesuai dg kebutuhan masy setempat, yang tentu saja tidak sesuai lagi dengan era desentralisasi;
- Kegiatan yang dilaksanakan Puskesmas kurang berorientasi pada masalah dan kebutuhan kesehatan masyarakat setempat. Setiap Puskesmas dimanapun berada menyelenggarakan upaya kesehatan yang sama;
- Waktu kerja efektif pegawai Puskesmas di beberapa Puskesmas berlangsung antara jam 08.00 sampai dengan 11.00. Selama waktu tersebut, kegiatan mereka hanya melayani masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas. Waktu antara jam 11.00 sampai dengan jam 14.00 belum dimanfaatkan secara optimal untuk mengembangkan peran mereka sebagai petugas kesehatan masyarakat;
- Ketidakefisienan Puskesmas juga tampak dari pemanfaatan ruang rawat inap di beberapa Puskesmas dengan tempat perawatan. Kurang tegasnya pemisahan antara tugas pokok untuk melakukan perawatan pasien rawat inap dengan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu kendala pengembangan upaya kesehatan promotif dan preventif di Puskesmas dengan tempat perawatan;
- Citra Puskesmas masih kurang baik, utamanya yang berkaitan mutu, penampilan fisik Puskesmas kurang bersih dan nyaman, disiplin, profesionalisme, dan keramahan petugas dalam pelayanan kesehatan yang masih lemah;
- Belum tersedianya sumber daya Puskesmas yang memadai seperti ketersediaan tenaga belum sesuai standar ketenagaan Puskesmas dan penyebaran tidak merata, kemampuan dan kemauan petugas belum memadai, penanggung jawab program Puskesmas belum memiliki kemampuan manajerial program, pengembangan sumber daya tenaga kesehatan tidak berorientasi pada kebutuhan Puskesmas atau program, namun seringkali merupakan keinginan dari pegawai yang bersangkutan; kurangnya tanggung jawab, motivasi, dedikasi, loyalitas dan kinerja petugas Puskesmas;
- Ketersediaan obat-obatan baik jenis maupun jumlahnya terbatas, alat kesehatan juga kurang memadai, dana operasional maupun program sangat kurang dan hanya bersumber dari persentase pengembalian retribusi Puskesmas dengan besaran yang bervariasi di setiap kabupaten/kota;

- Belum tersedianya data dan informasi registrasi vital tentang kependudukan dan program kesehatan yang sah dan akurat;
- Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan Puskesmas, belum ditunjang oleh rencana operasional yang baik dan mengikut sertakan pegawai serta *stakeholder* Puskesmas, sehingga pelaksanaan program dan upaya Puskesmas kurang berhasil dan berdayaguna;
- Manajemen Program Puskesmas belum dirumuskan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai pedoman dan panduan Puskesmas;
- Kurangnya pembinaan dan bimbingan program dari Dinas kesehatan kabupaten/kota ;
- Kurangnya komitmen, dukungan, dan keikutsertaan lintas sektoral dalam program kesehatan;
- Kurangnya komitmen dan dukungan *stakeholders* Puskesmas terhadap program Puskesmas;
- Jumlah kader kesehatan masih kurang, tingginya *drop out* kader, adanya kejenuhan dari kader, sulitnya mencari kader baru, kurangnya dana stimulasi kader, kurangnya sarana kegiatan kader seperti buku pegangan kader, sarana pencatatan dan pelaporan kegiatan kader dan sebagainya;
- Keterlibatan masyarakat yang merupakan andalan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tingkat pertama belum dikembangkan secara optimal. Sampai saat ini Puskesmas kurang berhasil menumbuhkan inisiatif dan rasa memiliki serta belum mampu mendorong kontribusi sumber daya dari masyarakat dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas;
- Sistem pembiayaan Puskesmas belum mengantisipasi arah perkembangan masa depan, yakni sistem pembiayaan pra-upaya untuk pelayanan kesehatan perorangan;
- Puskesmas masih belum berhasil dalam menggali, menghimpun dan mengorganisasi partisipasi masyarakat serta membina kemitraan dengan sektor lain yang terkait.

2. Analisis Lingkungan Luar Puskesmas

a. *Opportunity* (kesempatan/peluang)

Berbagai faktor lingkungan luar Puskesmas yang merupakan peluang diantaranya yaitu :

- Amandemen UUD 1945 Pasal 28 H yang menyatakan, bahwa setiap warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal merupakan dukungan landasan hukum untuk menciptakan peluang pemerintah dan masyarakat dalam mempercepat upaya pemerataan pelayanan dan peningkatan mutu;

- Reformasi yang menuntut adanya transparansi, akuntabilitas, *good government*, dan lain-lain dalam segala bidang yang merupakan tuntutan rakyat membuka peluang yang besar bagi perbaikan sistem dan tata nilai di pelbagai bidang, termasuk bidang kesehatan;
- Kebijakan desentralisasi sebagaimana diberlakukannya Undang-undang RI No. 22 Tahun 1999 yang kemudian disempurnakan dengan Undang-undang RI No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah memberi peluang yang besar bagi Puskesmas untuk memperbaiki sistem, rencana strategik, dan rencana operasional, mengembangkan program dan kegiatan Puskesmas secara mandiri sesuai kebutuhan masyarakat dan potensi yang tersedia;
- Kesepakatan para Bupati/Walikota tanggal 28 Juli 2000 untuk menyediakan alokasi dana kesehatan minimal 15% dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) atau 5% dari Pendapatan Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan peluang yang besar bagi Puskesmas untuk mengembangkan program-program kesehatan di wilayah kerjanya dengan dukungan anggaran yang memadai;
- Secara politis program kesehatan termasuk dalam 3 (tiga) besar prioritas pembangunan, yakni pendidikan, kesehatan, dan ekonomi;
- Adanya komitmen dan dukungan politis dari Pemerintah Daerah dan DPRD Kabupaten/Kota untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
- Adanya Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) bidang kesehatan seperti Pokjanal Posyandu diberbagai tingkatan administrasi pemerintahan yang merupakan forum kerjasama lintas sektoral untuk membina, membimbing, memantau, menilai dan mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) seperti Posyandu, Desa Siaga, dan sebagainya;
- Kemajuan pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan memberi peluang untuk mempercepat peningkatan pemerataan pelayanan serta kualitas pelayanan Puskesmas;
- Meningkatnya tingkat pendidikan masyarakat merupakan peluang meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan;
- Adanya budaya masyarakat yang mendukung kegiatan pembangunan kesehatan serta menerima perubahan dan perbaikan mutu hidup;
- Kehidupan masyarakat yang agamis merupakan peluang dilakukannya pendekatan keagamaan dalam pembangunan kesehatan;
- Adanya peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan berupa UKBM antara lain Posyandu, Polindes, Poskesdes, Posbindu, dan lain-lain;
- Adanya kerjasama dan kemitraan lintas sektoral di tingkat kecamatan;

- Adanya sumber dana untuk pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat melalui program JPKM, Dana Sehat Masyarakat, Dana Sehat Sekolah, Dana Sosial Ibu Bersalin (Dasolin), beas perelek/jimpitan, dana kematian, dan sebagainya;
- Adanya dana stimulasi dari Pemerintah daerah untuk Dana Sosial Ibu Bersalin (Dasolin) yang dapat dikembangkan menjadi Dana Sehat berpola JPKM;
- Adanya komitmen dan dukungan dari *stakeholder* serta tokoh masyarakat terhadap program Puskesmas;
- Kegotongroyongan masyarakat dalam pembangunan masih cukup tinggi;
- Adanya pertemuan rutin di desa seperti pertemuan mingguan di desa, pengajian/majlis ta'lim;
- Adanya kader kesehatan, dokter kecil, Palang Merah Remaja, Paraji dan sebagainya;
- Adanya momentum program kesehatan yang strategis seperti Gerakan Sayang Ibu, Desa Siaga, Gerakan Terpadu Nasional, dan lain-lain;
- Adanya lomba-lomba seperti Lomba Puskesmas Berprestasi, Lomba Dokter dan Paramedis Teladan, Lomba Kader Teladan, Lomba Balita, Lomba UKS, Lomba Dokter Kecil dan lain-lain;
- Keadaan geografis yang dapat dijangkau oleh kendaraan, serta tersedianya sarana transportasi dan komunikasi yang sudah menjangkau seluruh wilayah kerja Puskesmas.

b. ***Threat (ancaman/rintangan/tantangan)***

- Ketidakmampuan Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota untuk memanfaatkan era desentralisasi sebagai peluang dan kesempatan untuk melakukan reformasi Sistem Pembangunan Kesehatan Daerah dapat menjadi ancaman dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas;
- Terjadinya transisi epidemiologi baik oleh pengaruh perubahan struktur penduduk dan perubahan gaya hidup masyarakat menyebabkan beban ganda (*double burden*) pelayanan kesehatan, yaitu tidak saja pada masalah penyakit infeksi tetapi juga penyakit degeneratif. Selain itu pelayanan kesehatan juga menghadapi masalah penyakit yang pada akhir ini cenderung meningkat seperti TBC, demam berdarah dengue. Fenomena-fenomena tersebut di atas merupakan tantangan sekaligus ancaman pengembangan Puskesmas;
- Terjadinya krisis ekonomi yang belum sepenuhnya pulih tidak saja menambah jumlah penduduk miskin, tetapi juga menurunkan kemampuan pemerintah dalam menyediakan alokasi anggaran untuk

pembangunan kesehatan. Kedua hal tersebut di atas merupakan ancaman Puskesmas baik dalam meningkatkan kebutuhan (*demand*) pelayanan kesehatan masyarakat serta meningkatkan pasokan (*supply*) pelayanan kesehatan yang memadai;

- Masih adanya anggapan bahwa pembangunan bidang kesehatan bersifat konsumtif dan belum dipandang sebagai investasi pada peningkatan mutu Sumber Daya Manusia (SDM), sehingga anggaran yang dialokasikan kurang memadai;
- Peran serta dan kemitraan masyarakat belum berkembang dan berkesinambungan seperti yang diharapkan, hal ini antara lain karena kurangnya kemampuan dan kemauan/motivasi dan adanya keterpaksaan dari masyarakat, adanya kejenuhan kader kesehatan sebagai mitra dan motor penggerak partisipasi masyarakat, hal ini bisa mengancam terjadinya *drop out* kader, sulitnya mencari kader baru, kurangnya dana stimulan kader, kurangnya sarana kegiatan kader seperti buku pegangan kader, sarana pencatatan dan pelaporan kegiatan kader dan sebagainya;
- Berkembangnya pelayanan kesehatan swasta yang lebih profesional, bermutu, dan bernuansa profit merupakan ancaman terhadap pelayanan kesehatan pemerintah termasuk Puskesmas;
- Jumlah tenaga kesehatan (terutama perawat dan bidan) yang melakukan praktik swasta di wilayah kerja Puskesmas semakin bertambah. Situasi ini merupakan persaingan terselubung karena mereka juga menjual jasa pelayanan kesehatan. Menghadapi persaingan ini, mengharuskan Puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanannya;
- Kurangnya penggunaan obat generik karena banyaknya pasokan obat patent menyebabkan tingginya harga obat-obatan dan merupakan ancaman pelayanan kesehatan terutama untuk masyarakat miskin;
- Mobilisasi penduduk yang tinggi menyebabkan penularan penyakit yang cepat serta perubahan lingkungan dan perilaku sosial budaya masyarakat merupakan ancaman terhadap semakin meningkatnya masalah kesehatan;
- Kebijakan pemerintah tentang pengangkatan pegawai *zero growth* merupakan ancaman terhadap ketersediaan pegawai termasuk pegawai yang bertugas di Puskesmas;
- Puskesmas dijadikan *revenue center* (pusat pendapatan) untuk meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang mengakibatkan upaya kesehatan terkonsentrasi pada upaya kuratif dan rehabilitatif serta mengesampingkan upaya promotif dan preventif;
- Pemanfaatan tenaga dan sarana kesehatan Puskesmas masih kurang, termasuk pemanfaatan Bidan Desa, dimana Bidan Desa lebih banyak

dimanfaatkan sebagai tenaga kuratif dan kurang dimanfaatkan dalam upaya promotif dan preventif;

- Masih adanya persalinan oleh dukun paraji dan belum terjalin kemitraan antara Bidan Desa dengan dukun paraji;
- Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih belum memasyarakat dan membudaya baik PHBS rumah tangga, sarana kesehatan, institusi pendidikan, tempat kerja, maupun tempat-tempat umum.

Berdasarkan analisis SWOT Puskesmas tahun 2008 tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa Puskesmas saat ini terdapat pada sel 4, yaitu menghadapi kondisi yang paling buruk karena harus menghadapi ancaman/rintangan/tantangan (*threat*) besar yang bersumber pada lingkungan luar, dan pada saat yang bersamaan dilanda berbagai kelemahan internal (*weakness*). Strategi yang tepat pada keadaan demikian ialah strategi defensif dalam arti mengurangi atau merubah bentuk pelayanan kesehatan yakni : (a) merubah paradigma berupa paradigma sehat yakni upaya kesehatan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya promotif dan rehabilitatif, (b) upaya kesehatan Puskesmas lebih menitikberatkan pada upaya kesehatan yang mempunyai daya ungkit besar terhadap penurunan AKI dan AKB seperti program keterpaduan KB-kesehatan di Posyandu, dan (c) upaya kesehatan Puskesmas memfokuskan pada program *Basic – six*.

Pembinaan dan pengembangan Puskesmas hendaknya diupayakan agar kekuatan dan peluang/kesempatan (*stength* dan *opportunity*) lebih besar daripada kelemahan dan ancaman (*weakness* dan *threat*), sehingga Puskesmas berada pada sel 1, dimana Puskesmas menghadapi berbagai peluang/kesempatan lingkungan luar dan memiliki berbagai kekuatan yang mendorong pemanfaatan berbagai peluang tersebut, sehingga strategi yang tepat yaitu strategi pertumbuhan (agresif).

Matriks *Threat — Opportunity — Weakness — Strength* (TOWS)

Analisis SWOT dapat disajikan dalam matriks model David (2004) yang dikenal sebagai Matriks *Threat — Opportunity — Weakness — Strength* (TOWS) yang merupakan perangkat pencocokan yang penting yang membantu pimpinan mengembangkan 4 (empat) tipe strategi : Strategi SO (*Strength — Opportunity*), Strategi WO (*Weakness — Opportunity*), Strategi ST (*Strength — Threat*), dan Strategi WT (*Weakness-Threat*). Mencocokkan faktor-faktor eksternal dan internal kunci merupakan bagian yang sangat sulit dalam mengembangkan Matriks TOWS dan memerlukan penilaian yang baik dan tidak ada sekumpulan kecocokan yang paling baik.

Strategi SO atau strategi kekuatan peluang : Menggunakan kekuatan internal organisasi untuk memanfaatkan peluang eksternal organisasi. Semua pimpinan menginginkan organisasi mereka berada dalam posisi di mana kekuatan internal dapat dipakai untuk memanfaatkan tren dan peristiwa eksternal. Organisasi umumnya akan menjalankan strategi WO, ST, atau WT supaya mereka

dapat masuk ke dalam situasi di mana mereka dapat menerapkan strategi SO. Jika organisasi mempunyai kelemahan besar, organisasi akan berusaha keras untuk mengatasinya dan membuatnya menjadi kekuatan. Kalau menghadapi ancaman besar organisasi akan berusaha menghindarinya agar dapat memusatkan perhatian pada peluang.

Strategi WO atau strategi kelemahan peluang : Bertujuan untuk memperbaiki kelemahan dengan memanfaatkan peluang eksternal. Kadangkala peluang eksternal yang besar ada, tetapi kelemahan internal sebuah organisasi membuatnya tidak mampu memanfaatkan peluang itu. Misalnya, terdapat banyak permintaan pemeriksaan laboratorium klinik di Puskesmas (peluang), tetapi Puskesmas tidak mempunyai teknologi untuk melakukan pemeriksaan laboratorium klinik tersebut (kelemahan). Salah satu kemungkinan Strategi WO adalah menyediakan teknologi ini dengan menjadi kerjasama/kemitraan dengan laboratorium klinik swasta yang mempunyai kompetensi dibidang ini. Strategi WO alternatif adalah mempekerjakan atau melatih pegawai Puskesmas untuk memiliki kemampuan teknis pemeriksaan laboratorium klinik yang diperlukan.

Strategi ST atau strategi kekuatan-ancaman : Menggunakan kekuatan organisasi untuk menghindari atau mengurangi dampak ancaman eksternal. Hal ini tidak berarti bahwa organisasi yang kuat pasti selalu menghadapi ancaman frontal dalam lingkungan eksternal. Contoh Strategi ST diterapkan ketika organisasi mendapat ancaman dari organisasi pesaing yang meniru ide, inovasi, dan produk/jasa yang dipatenkan (ancaman) dengan melakukan penuntutan kerugian dan royalti.

Strategi WT atau strategi kelemahan-ancaman: Merupakan taktik defensif yang diarahkan untuk mengurangi kelemahan internal dan menghindari ancaman eksternal. Sebuah organisasi yang dihadapkan pada berbagai ancaman eksternal dan kelemahan internal berada dalam posisi yang berbahaya, sehingga organisasi seperti itu harus berjuang agar dapat bertahan, atau melakukan merger, rasionalisasi, menyatakan pailit atau memilih dilikuidasi.

Skema Matriks TOWS disajikan dalam Bagan 3. 6. Matriks TOWS terdiri dari sembilan sel, yaitu empat sel faktor kunci, empat sel strategi, dan satu sel yang dibiarkan kosong (sel kiri atas). Empat sel strategi, dengan label *SO*, *WO*, *ST*, dan *WT*, dikembangkan setelah menyelesaikan empat sel faktor kunci, berlabel *S*, *W*, *O*, dan *T*.

Ada 8 (delapan) langkah yang diperlukan untuk menyusun Matriks TOWS, yaitu:

1. Tulis peluang eksternal kunci organisasi.
2. Tulis ancaman eksternal kunci organisasi.
3. Tulis kekuatan internal kunci organisasi.
4. Tulis kelemahan internal kunci organisasi.
5. Cocokkan kekuatan internal dengan peluang eksternal dan catatlah Strategi SO dalam sel yang sudah ditentukan.

6. Cocokkan kelemahan internal dengan peluang eksternal dan catatlah Strategi WO dalam sel yang sudah ditentukan.
7. Cocokkan kekuatan internal dengan ancaman eksternal dan catatlah Strategi ST dalam sel yang sudah ditentukan.
8. Cocokkan kekuatan internal dengan ancaman eksternal dan catatlah Strategi WT dalam sel yang sudah ditentukan.

Bagan 3. 6. Matriks TOWS

Selalu dibiarkan kosong	KEKUATAN—S 1. 2. 3. 4. 5. Daftar Kekuatan 6. 7. 8. 9. 10.	KELEMAHAN—W 1. 2. 3. 4. 5. Daftar Kelemahan 6. 7. 8. 9. 10.
PELUANG—O 1. 2. 3. 4. 5. Daftar Peluang 6. 7. 8. 9. 10.	STRATEGI SO 1. 2. 3. 4. Gunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang 5. 6. 7. 8. 9.	STRATEGI WO 1. 2. 3. 4. Atasi kelemahan dengan memanfaatkan peluang 5. 6. 7. 8. 9.
ANCAMAN—T 1. 2. 3. 4. 5. Daftar Ancaman 6. 7. 8. 9. 10.	STRATEGI ST 1. 2. 3. 4. Gunakan kekuatan untuk menghindari ancaman 5. 6. 7. 8. 9.	STRATEGI WT 1. 2. 3. 4. meminimalkan kelemahan 5. dan menghindari ancaman 6. 7. 8. 9. 10.

Sumber: David FR, *Strategic Management: Concepts Ninth Edition*, Alih Bahasa: Kresno Saroso, *Manajemen Strategis: Konsep-konsep*, Edisi Kesembilan, Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.

KEMAMPUAN MANAJERIAL PUSKESMAS

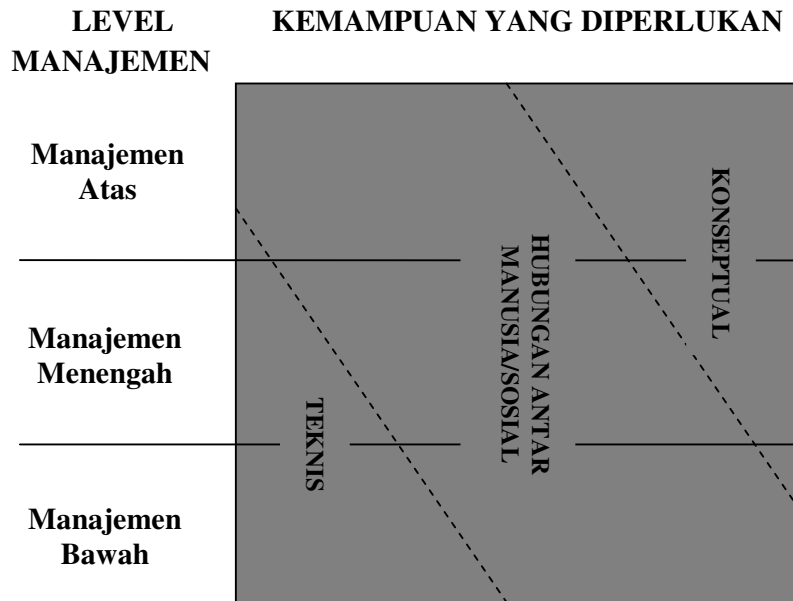
Dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen, pimpinan Puskesmas membutuhkan kemampuan manajerial sehingga tercapai efektivitas dalam usaha pencapaian tujuan. Yang dimaksud dengan kemampuan (*ability*) ialah kemampuan untuk mengubah pengetahuan (*knowledge*) ke dalam tindakan

(*action*) yang menghasilkan tingkat kinerja yang diinginkan. Katz dalam Nisjar dan Winardi (1997) dan Silalahi (2002), seorang pengajar dan eksekutif bisnis, mengidentifikasi 3 (tiga) kemampuan manajerial (*managerial skills*) yang dibutuhkan pimpinan, yaitu kemampuan teknik (*technical skill*), kemampuan hubungan antar manusia/sosial (*human relation skill/social*), dan kemampuan konseptual (*conseptual skill*).

1. **Kemampuan teknik (*technical skill*)** yaitu kemampuan menggunakan pengetahuan, metode, dan peralatan yang diperlukan untuk melaksanakan suatu tugas tertentu yang diperoleh dari pengalaman, pendidikan, dan pelatihan. Pimpinan Puskesmas perlu memiliki kemampuan teknis tentang tugas-tugas, metode-metode dan teknik-teknik program dan pelayanan kesehatan, guna mengarahkan dan membimbing staf.
2. **Kemampuan hubungan antar manusia/sosial (*human/social relation skill*)** yaitu kemampuan dan kata putus (*judgment*) dalam bekerja dengan dan melalui orang lain, menciptakan dan membina hubungan baik, memahami orang lain, membimbing, mempengaruhi, dan bekerja sama dengan orang lain, memotivasi dan menerapkan kepemimpinan yang efektif. Pimpinan Puskesmas selalu dituntut untuk memahami hakekat hubungan antar manusia/sosial dan memanfaatkannya semaksimal mungkin kemampuan ini untuk mengembangkan dinamika kelompok/tim, memberdayakan staf agar mampu bekerja efektif dan produktif.
3. **Kemampuan konseptual (*conseptual skill*)** yaitu kemampuan mental dan intelektual untuk memahami kompleksitas organisasi dan penyesuaian bidang gerak unit kerja masing-masing ke dalam bidang operasi organisasi, kemampuan melihat organisasi sebagai suatu keseluruhan dan memahami hubungan antara bagian yang saling bergantung, mengkoordinasikan dan mengintegrasikan seluruh kepentingan dan kegiatan organisasi, serta kemampuan mendapatkan, menganalisis, dan menginterpretasikan informasi yang diterima dari berbagai sumber. Dengan kemampuan konseptual, pimpinan Puskesmas akan bertindak sesuai visi, misi, tujuan, kebijakan, strategi, program, dan kegiatan Puskesmas, dan bukan didasarkan pada kepentingan sesaat, atau kepentingan individu atau kelompok semata. Juga harus memahami kebijakan pimpinan yang lebih tinggi serta mampu mengaplikasikan dan mengembangkan kebijakan operasional sesuai dengan potensi, situasi dan kondisi wilayah kerja Puskesmas.

Gabungan yang sesuai dari ketiga kemampuan itu berbeda tergantung pada tipe organisasi, level manajemen, dan fungsi manajemen. Hal ini dijelaskan pada Bagan 3.5 berikut:

Bagan 3.7.
Kemampuan Manajemen Yang Diperlukan Pada Berbagai Level Organisasi



Sumber: Hersey P dan Blanchard KH, *Management of Organizational Behavior: Utility Human Resources*, 4th Edition, Alih Bahasa; Agus Dharma, *Manajemen Perilaku Organisasi: Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*, 1982.

Bagan 3.6 di atas memperlihatkan : (a) semakin tinggi posisi seseorang pada hierarki organisasi atau tingkat manajemen semakin membutuhkan kemampuan konseptual dan akan menjadi semakin generalis, serta semakin kurang memerlukan kemampuan teknik, sebaliknya makin rendah kedudukan seseorang akan semakin membutuhkan kemampuan teknis, sebab ia semakin spesialis, (b) kemampuan yang tampak paling penting pada semua level manajemen adalah kemampuan hubungan antar manusia/sosial dalam derajat yang sama dan relatif lebih besar dari jenis kemampuan lainnya. Penekanan pada kemampuan hubungan antar manusia/sosial dipandang penting. Menurut laporan Perhimpunan Manajemen Amerika (*American Management Association*) dalam Hersey dan Blanchard (1982), sebagian besar dari 200 pimpinan yang ikut serta dalam survei menyetujui bahwa satu-satunya kemampuan yang paling penting bagi seorang pimpinan adalah kemampuan bergaul dengan orang lain. Dalam survei ini, pimpinan menempatkan kemampuan ini lebih vital dari kecerdasan, kemampuan memutuskan, pengetahuan, dan kemampuan tentang pekerjaan.

Di dalam sebuah organisasi besar seperti Departemen Kesehatan, kedudukan pimpinan dibedakan menjadi 3 (tiga) tingkatan yaitu pimpinan tingkat tinggi (*top level manager*, pimpinan puncak), pimpinan tingkat menengah (*middle level manager*, manajer madya), dan pimpinan tingkat bawah (*low level manager*,

manajer teknis/operasional). Pada organisasi Puskesmas, pimpinan puncak adalah kepala Puskesmas, pimpinan tingkat menengah adalah kepala tata usaha dan para penanggung jawab program Puskesmas, sedangkan pimpinan tingkat bawah adalah para pelaksana teknis seperti bidan desa, juru imunisasi, juru kusta, juru malaria, petugas promosi kesehatan, dan sebagainya. Para pelaksana teknis ini juga dikenal sebagai tenaga fungsional.

PERAN-PERAN MANAJERIAL PUSKESMAS

Gagasan peran manajerial (*managerial role*) telah menjadi populer. *Mitzberg* dalam *McLeod* (2001) menganggap bahwa fungsi-fungsi manajemen tidak memberikan gambaran yang menyeluruh. Ia mengembangkan kerangka kerja yang lebih rinci yang terdiri dari 10 (sepuluh) peran manajerial yang dilakukan oleh pimpinan termasuk pimpinan Puskesmas, meliputi peran antar-pribadi (*interpersonal roles*), peran informasi (*informational roles*), dan peran pemutus (*decisional roles*). Ketiga peran tersebut sering juga disebut sebagai *managerial job's* atau *managerial works*.

1. Peran Antar-pribadi (*Interpersonal Role*)

Peran antar pribadi membantu pimpinan menjaga kelancaran kegiatan organisasi. Peran ini berhubungan dengan orang lain sebagai mitra kerja. Dalam menjalankan peran ini pimpinan Puskesmas berperan sebagai:

- a. Tokoh (*figurehead*) - Pimpinan Puskesmas melaksanakan tugas-tugas seremonial, seperti penyambutan tamu, mendampingi pejabat yang berkunjung meninjau kegiatan dan program,
- b. Pemimpin (*leader*) - Pimpinan Puskesmas mengarahkan, membimbing, memotivasi pegawai dengan menggunakan kekuasaan formal, mempekerjakan, menggunakan, dan memberdayakan pegawai,
- c. Penghubung (*liaison*) - Pimpinan Puskesmas menjalin hubungan dengan orang lain di luar unit kerjanya, rekan kerja, dan lingkungan luar organisasi dengan tujuan untuk menjalin hubungan dan kerjasama, memperoleh dukungan serta menyelesaikan masalah-masalah organisasi.

2. Peran Informasi (*Informational Role*)

Peran informasi merupakan peran pimpinan Puskesmas untuk bertindak sebagai komunikator dan pemberi informasi (*sender*). Dalam melaksanakan peran informasi, pimpinan Puskesmas berperan sebagai:

- a. **Pemantau (*Monitor*)** - Pimpinan Puskesmas mencari, merekam, dan menganalisis informasi dari berbagai sumber secara terus menerus dan memanfaatkan informasi sebaik mungkin untuk keberhasilan pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas serta mencari informasi mengenai kinerja pegawai dan organisasi Puskesmas,
- b. **Pewarta (*Disseminator*)** - Pimpinan Puskesmas meneruskan informasi yang berharga kepada orang-orang di dalam unit kerjanya,

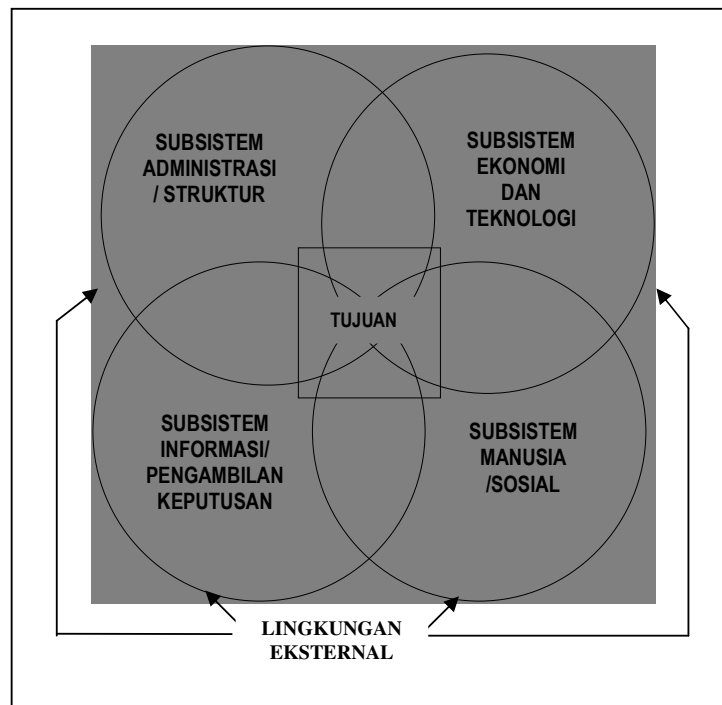
- c. **Juru bicara (*Spokes person*)** - Pimpinan Puskesmas meneruskan informasi yang berharga kepada orang di luar unit kerjanya, pimpinan, dan lingkungan Puskesmas.

Adapun peran manajerial dalam sistem sosial, dikemukakan oleh *Adizes* dalam *Hersey* dan *Blanchard* (1982). Terdapat 4 (empat) peranan manajerial termasuk manajerial Puskesmas yang harus dilakukan agar organisasi Puskesmas dapat berjalan secara efektif. Keempat peranan itu adalah:

1. **Pemroduksian (*Producer*)** disebut juga sebagai *achiever* yaitu pimpinan Puskesmas meningkatkan dan mengembangkan berbagai produk/jasa layanan kesehatan Puskesmas, sehingga mencapai hasil yang sama atau lebih besar dari organisasi lain yang sejenis. Kualifikasi utama bagi pimpinan yang sukses sebagai pemroduksian adalah memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai. Misalnya penanggung jawab program promosi kesehatan Puskesmas memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang pemasaran program dan pemasaran sosial. Peranan pemroduksian menekankan aktivitas-aktivitas dalam subsistem ekonomi/teknologi. Pimpinan bukan sekedar produsen perorangan. Ia harus mampu mengelola pegawai untuk memproduksi hasil.
2. **Pelaksana (*Implementator*)** yaitu pimpinan Puskesmas bertugas untuk mengembangkan langkah-langkah operasional untuk menerapkan semua keputusan yang sudah diambil. Dalam peranan pelaksana ini pimpinan Puskesmas mampu membuat jadwal, mengkoordinasikan staf, memantau, mengendalikan, berdisiplin, dan berdedikasi terhadap tugasnya. Pimpinan sebagai pelaksana berusaha agar sistem berjalan dengan baik seperti yang telah direncanakan. Peranan pelaksana lebih banyak menggunakan aktivitas-aktivitas dalam subsistem administrasi/struktur.
3. **Pembaharu (*Inovator*)** yaitu pimpinan Puskesmas mengembangkan gagasan yang bersifat inovatif. Dalam lingkungan yang terus berubah, pimpinan Puskesmas harus menggunakan kata putus (*judgment*) dan memiliki kebijaksanaan untuk mengubah tujuan dan sistem yang dilaksanakan. Dalam peranan ini pimpinan Puskesmas identik dengan peran wiraswastawan yang mampu menggerakkan dirinya sendiri (*self starter*) dan juga sebagai pembaharu/pemrakarsa. Tidak seperti halnya administrator yang hanya melaksanakan sebuah rencana atau keputusan, seorang pimpinan yang inovatif harus berani mengadakan kajian dan penyesuaian tujuan organisasi dengan perubahan lingkungan. Peranan manajerial Puskesmas sebagai pembaharu erat kaitannya dengan subsistem informasi/pengambilan keputusan (*decision making subsystem*).
4. **Pemanduan (*Integrator*)** yaitu pimpinan Puskesmas mengintegrasikan semua potensi dan gagasan yang ada di dalam Puskesmas untuk mencapai tujuan Puskesmas. Peranan pimpinan Puskesmas sebagai pemanduan erat kaitannya dengan subsistem sosial dalam organisasi Puskesmas.

Meskipun keseluruhan peranan itu tampaknya diperlukan untuk menjalankan organisasi secara efektif. *Adizes* berpendapat bahwa peranan yang benar-benar sangat penting bagi pimpinan adalah peranan pemanduan. Apabila peran manajerial Puskesmas sebagai pemanduan belum dihayati dan dilaksanakan, perkembangan Puskesmas akan terhambat apalagi pimpinan Puskesmas silih berganti. Peran manajerial Puskesmas sebagai pemanduan diaplikasikan sebagai peran untuk mengembangkan strategi individu menjadi strategi tim dan organisasi, risiko individu juga harus dihayati sebagai risiko tim dan organisasi, dan tujuan individu diselaraskan dengan tujuan tim dan/atau tujuan Puskesmas.

Bagan 3.8.
Hubungan antara Subsistem di dalam Internal Organisasi dan Peranan Manajerial Menurut Adizes (Hersey dan Blanchard)



Sumber: Hersey P dan Blanchard KH, *Management of Organizational Behavior: Utility Human Resources*, 4th Edition, Alih Bahasa; Agus Dharma, *Manajemen Perilaku Organisasi: Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*, 1982.

MANAJEMEN DAN ADMINISTRASI PUSKESMAS

Dalam pembahasan tentang manajemen sering dikaitkan dengan administrasi. Kata administrasi menurut asal katanya (etimologis) berasal dari bahasa Latin, *ad* dan *ministrare*. *Ad* berarti intensif, sedangkan *ministrare* berarti melayani, membantu, dan memenuhi. Jadi, tugas utama seorang administrator atau manajer adalah memberikan pelayanan prima dalam arti sebenarnya, bukan

sebaliknya justru minta dilayani. Pelayanan prima dalam arti singkatan disusun oleh Usman (2006) yaitu Pantas (Biaya hemat, Mutu terjamin, dan Waktu tepat, BMW); Empati (penuh perhatian); Langsung (cepat); Akurat (tepat); Yakin (dipercaya); Aman; Nyaman; Alatnya (lengkap dan modern); Nyata (bukan sekedar janji); Perkataan (sopan); Rahasia (terjamin); Informasi (dikuasai, lengkap, dan mutakhir); Mudah dan Akuntabel (bertanggungjawab).

Administrare adalah kata kerja, sedangkan kata bendanya adalah *administratio* dan kata sifatnya *administrativus*. *Administratio* diterjemahkan dalam bahasa Inggris menjadi *Administration*, dan dalam bahasa Indonesia menjadi administrasi. Jadi, administrasi berarti melayani secara intensif, *administrative* sebagai kata sifat, *administration* sebagai kata benda dan *administrator* untuk orang yang melakukan kegiatan administrasi.

Banyak buku manajemen menggunakan istilah manajemen dan administrasi secara bergantian tetapi ruang lingkupnya hampir sama. Untuk hal ini ada 2 (dua) pendapat:

1. Administrasi berbeda dengan Manajemen

Untuk ini ada 2 (dua) pendapat pula yang dikemukakan, yakni

a. Administrasi lebih rendah dari manajemen

Pendapat yang seperti ini antara lain dikemukakan oleh Levey dan Loomba dalam Azwar (1988) yang menyebutkan pekerjaan administrasi hanya melakukan kebijakan yang telah ditetapkan, sedangkan pekerjaan manajemen adalah merumuskan kebijakan tersebut. Pengertian administrasi akan menjadi lebih sempit dibandingkan manajemen jika administrasi hanya berurusan dengan keluar masuknya surat menyurat, pengarsipan, dan pekerjaan ketatausahaan lainnya.

b. Administrasi lebih tinggi dari manajemen

Pendapat ini antara lain dikemukakan oleh *Finer* dalam Azwar (1988) yang berpendapat bahwa administrasi adalah seni manajemen, sedangkan manajemen hanyalah mengelola hal-hal yang berhubungan dengan sumber daya saja, yang pada dasarnya hanya merupakan bagian dari pekerjaan administrasi. Jika disimak pengertiannya, ilmu administrasi mempunyai ruang lingkup yang lebih luas dibanding dengan ilmu manajemen, tetapi manajemen berfungsi sebagai motor penggerak berkembangnya dinamika administrasi. Keduanya mempunyai titik pandang yang sama tentang peran manusia sebagai sumber daya utama dalam organisasi.

Administrasi berbeda dengan manajemen seperti di bidang pendidikan, pemerintahan, rumah sakit, dan kemiliteran, orang umumnya memakai istilah administrasi, sedangkan di bidang industri dan perusahaan digunakan istilah manajemen dan manajer.

2. Administrasi sama dengan manajemen

Sebagian ahli berpendapat bahwa administrasi sama artinya dengan manajemen seperti dinyatakan Sutisna (1987) dalam Mahmudi (2006), bahwa dalam pemakaiannya secara umum administrasi diartikan sama

dengan manajemen, administrator sama dengan manajer. Menurut pendapat ini, kedua istilah tersebut sering dipakai secara bergantian untuk jenis kegiatan yang sama.

Pada organisasi Puskesmas dikenal administrasi dalam arti sempit, yakni sebagai ketatausahaan, yang mencakup pencatatan dan pelaporan keuangan, sarana dan prasarana, serta ketenagaan, sehingga terdapat administrasi keuangan, peralatan medis dan peralatan non-medis, serta ketenagaan di Puskesmas, Puskesmas Perawatan, Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas Keliling (Departemen Kesehatan, 1990/1991)..

MODEL-MODEL MANAJEMEN PUSKESMAS

Untuk dapat mewujudkan visi, misi, dan tujuan Puskesmas, diperlukan model manajemen yang cocok dan efektif untuk Puskesmas yang bersangkutan.

Beberapa model manajemen telah diperkenalkan pada Puskesmas, yaitu :

1. Model Manajemen P1 – P2 – P3

Manajemen Puskesmas terdiri dari P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan Pelaksanaan), dan P3 (Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian)

a. P1 (Perencanaan) Puskesmas : *Microplanning* Puskesmas.

Microplanning adalah penyusunan rencana 5 (lima) tahunan dengan tahapan tiap-tiap tahun di tingkat Puskesmas untuk mengembangkan dan membina Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Keluarga Berencana-Kesehatan di wilayah kerjanya, berdasarkan masalah yang dihadapi dan kemampuan yang dimiliki dalam rangka meningkatkan fungsi Puskesmas (Departemen Kesehatan, 1989).

Tujuan umum *microplanning* adalah meningkatkan cakupan pelayanan program prioritas yang mempunyai daya ungkit terbesar terhadap penurunan angka kematian bayi, anak balita dan fertilitas dalam wilayah kerjanya yang pada gilirannya dapat meningkatkan fungsi Puskesmas. Sedangkan tujuan khususnya adalah : (1) mengembangkan dan membina pos-pos pelayanan terpadu KB-Kesehatan di desa-desa wilayah kerja Puskesmas, sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan masalah yang dihadapi sehingga dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, (2) meningkatkan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan, dan (3) meningkatkan kemampuan staf Puskesmas dalam berfikir secara analitik dan mendorong untuk berinisiatif, kreatif, dan inovatif.

Ruang Lingkup *microplanning* adalah kegiatan pokok Puskesmas, meliputi 18 kegiatan pokok. Namun demikian, mengingat dalam Pelita IV prioritas diberikan pada penurunan angka kematian bayi dan anak balita serta angka fertilitas, maka perencanaan yang dimaksud baru diarahkan pada 5 (lima) program terpadu KB-Kesehatan, yaitu program Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Gizi, Imunisasi, dan Penanggulangan

Diare. Kelima program tersebut mempunyai daya ungkit terbesar terhadap upaya penurunan angka kematian bayi, anak balita, dan angka fertilitas.

b. P2 (Penggerakan dan Pelaksanaan) Puskesmas

Tujuan Penggerakan dan Pelaksanaan (P2) Puskesmas adalah meningkatkan fungsi Puskesmas melalui peningkatan kemampuan tenaga Puskesmas untuk bekerja sama dalam Tim dan membina kerja sama lintas program dan lintas sektoral. Komponen Penggerakan Pelaksanaan (P2) Puskesmas dilakukan melalui Lokakarya Mini Puskesmas yang terdiri dari 4 (empat) komponen meliputi: (1) penggalangan kerjasama Tim yaitu lokakarya yang dilaksanakan setahun sekali di Puskesmas, dalam rangka meningkatkan kerja sama antar petugas Puskesmas untuk meningkatkan fungsi Puskesmas, melalui suatu proses dinamika kelompok yang diikuti dengan analisis beban kerja masing-masing tenaga yang dikaitkan dengan berbagai kelemahan penampilan kerja Puskesmas menurut hasil stratifikasi Puskesmas, (2) penggalangan Kerjasama Lintas Sektoral yaitu dalam rangka meningkatkan peran serta masyarakat dan dukungan sektor-sektor terkait melalui suatu pertemuan lintas sektoral setahun sekali. Sebagai hasil pertemuan adalah kesepakatan rencana kerja sama lintas sektoral dalam membina peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan termasuk keterpaduan KB-Kesehatan, (3) rapat kerja Tribulanan Lintas Sektoral, sebagai tindak lanjut pertemuan penggalangan kerja sama lintas sektoral, dilakukan pertemuan lintas sektoral setiap 3 (tiga) bulan sekali untuk mengkaji hasil kegiatan kerja sama lintas sektoral selama 3 (tiga) bulan yang lalu dan memecahkan masalah yang dihadapi, kemudian disusun rencana kerja sama lintas sektoral bulan selanjutnya, dan (4) Lokakarya Bulanan Puskesmas, yaitu pertemuan antar tenaga Puskesmas pada setiap akhir bulan untuk mengevaluasi pelaksanaan rencana kerja bulan yang lalu dan membuat rencana bulan yang akan datang. Adapun tujuan Lokakarya Bulanan Puskesmas adalah (a) disampaikan hasil rapat dari tingkat kabupaten, kecamatan dan lain sebagainya, (b) diketahuinya hasil dan evaluasi kegiatan Puskesmas bulan lalu, (c) diketahuinya hambatan dan masalah dalam pelaksanaan kegiatan bulan lalu, (d) dirumuskannya cara pemecahan masalah, (e) disusunnya rencana kerja harian petugas selama satu bulan yang akan datang, (f) diberikannya tambahan pengetahuan baru, (h) disusunnya POA Puskesmas, baik POA tahunan maupun bulanan, dan (i) diketahuinya masalah di Puskesmas berdasarkan hasil Stratifikasi Puskesmas (Departemen Kesehatan, 1988).

c. P3(Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian): Stratifikasi Puskesmas

Stratifikasi Puskesmas adalah upaya untuk melakukan penilaian prestasi kerja Puskesmas dengan mengelompokkan Puskesmas dalam 3 strata yaitu Strata Puskesmas dengan prestasi kerja baik (Strata I), Strata Puskesmas dengan prestasi kerja cukup (Strata II) dan Strata Puskesmas dengan prestasi kerja kurang (Strata III).

Pengelompokkan ketiga strata tersebut digunakan dalam rangka pemantauan terhadap tingkat perkembangan fungsi Puskesmas, sehingga pembinaan dalam rangka peningkatan fungsi Puskesmas dapat dilaksanakan lebih terarah. Hal ini diharapkan agar dapat menimbulkan gairah kerja, rasa tanggung jawab dan kreatifitas kerja yang dinamis melalui pengembangan falsafah mawas diri.

Adapun tujuan umum Stratifikasi Puskesmas adalah mendapatkan gambaran tentang tingkat perkembangan fungsi Puskesmas secara berkala dalam rangka pembinaan dan pengembangannya. Sedangkan tujuan khususnya adalah : (a) mendapatkan gambaran secara menyeluruh perkembangan Puskesmas dalam rangka mawas diri, (b) mendapatkan masukan untuk perencanaan Puskesmas di masa mendatang, dan (c) mendapatkan informasi tentang masalah dan hambatan pelaksanaan Puskesmas sebagai masukan untuk pembinaannya.

Aspek yang dinilai dalam Stratifikasi Puskesmas meliputi hasil kegiatan pokok Puskesmas, proses manajemen, termasuk berbagai komponen penunjang baik fisik maupun non fisik dan keadaan lingkungan wilayah kerja Puskesmas yang dapat berpengaruh terhadap penampilan kerja Puskesmas. Dengan Stratifikasi Puskesmas ada 3 (tiga) area yang perlu dibina yaitu : (a) Puskesmas sebagai wadah pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pembinaan ini diarahkan terhadap fasilitas fisik, pelaksanaan manajemen, dan kemampuan pegawai, (b) pelaksanaan program-program sektor kesehatan maupun program lintas sektoral yang secara langsung maupun tidak langsung menjadi tanggung jawab Puskesmas dalam pelaksanaannya maupun sarana penunjangnya dan (c) peran serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat dan produktif (Departemen Kesehatan, 1990).

2. Model Manajemen ARRIF (Analisis, Rumusan, Rencana, Implementasi dan Forum komunikasi)

Untuk manajemen program peran serta masyarakat (PSM) yang merupakan bagian dari sektor kesehatan, tentu saja tidak cocok bila menggunakan model-model manajemen yang diperuntukan bagi perusahaan swasta. Oleh karena itu untuk program yang partisipatif diperkenalkan manajemen yang bernuansa peran serta masyarakat. Model ini tidak sepenuhnya mengacu pada berbagai teori manajemen pada umumnya, tetapi lebih menitik beratkan pada apa yang selama ini terjadi sesuai dengan siklus manajemen sektoral, serta berkaitan dengan fungsi petugas sebagai pembina peran serta masyarakat.

Untuk memudahkan ingatan, model manajemen yang ditawarkan ini disingkat menjadi ARRIF, yaitu : (A) Analisis, (R) Rumusan, (R) Rencana (I) Intervensi, dan (F) Forum komunikasi (Departemen Kesehatan, 1995).

Rincian lebih lanjut dari ARRIF ini adalah sebagai berikut:

(A) Analisis

Dalam tahap ini ada 4 analisis, yaitu:

- **Analisis Situasi**

Analisis situasi pada dasarnya menganalisis keadaan yang dicapai saat ini untuk melihat wilayah/kelompok mana yang sudah diliput dan wilayah/kelompok mana yang belum diliput.

- **Analisis Tingkat Perkembangan**

Langkah selanjutnya adalah analisis tingkat perkembangan dari masing-masing bentuk UKBM. Semua bentuk UKBM mempunyai indikator untuk menentukan tingkatan perkembangan UKBM yang bersangkutan.

- **Analisis Kasus**

Langkah selanjutnya adalah analisis kasus, yaitu analisis mendalam terhadap masing-masing UKBM. Sebaiknya seluruh bentuk UKBM dilakukan analisis kasus secara mendalam, sehingga dapat dirumuskan jenis intervensi yang sebaiknya dilakukan bagi masing-masing bentuk UKBM. Namun bila banyak keterbatasan, analisis kasus dapat dilakukan pada UKBM yang tergolong gawat. Analisis secara mendalam dilakukan dengan mempelajari sistem informasi UKBM yang bersangkutan. Misal pada UKBM Dana Sehat, ada 4 (empat) pilar sistem Dana Sehat yaitu pendanaan, kepesertaan, pemeliharaan kesehatan, dan pengorganisasian.

- **Analisis Sumber Daya**

Analisis sumber daya dilakukan untuk mengetahui kekuatan atau daya bina terhadap program PSM di masa mendatang. Analisis sumber daya ini meliputi analisis sumber daya manusia, analisis sumber dana, dan analisis peralatan.

(R) Rumusan

Dalam tahap ini ada 2 macam rumusan, yaitu:

- **Rumusan Masalah**

Rumusan masalah diperlukan agar dapat ditentukan tujuan yang akan dicapai. Untuk program PSM, rumusan masalah mencakup 2 (dua) hal yaitu masalah keterjangkauan, yaitu kesenjangan antara yang seharusnya dijangkau dengan yang secara nyata telah terjangkau, dan masalah tingkat perkembangan yang menunjukkan kesenjangan antara tingkat perkembangan yang diharapkan dengan tingkat perkembangan saat ini.

- **Rumusan Intervensi**

Setelah tujuan dirumuskan, dapat disusun serangkaian alternatif untuk mencapai tujuan tersebut. Berbagai intervensi ini amat beragam. Untuk merumuskan intervensi, sebaiknya ditempuh langkah-langkah sebagai berikut : (a) kembangkan berbagai alternatif intervensi yang mungkin

dilakukan untuk mencapai tujuan, (b) bandingkan baik-buruknya setiap alternatif tersebut, dan (c) tentukan alternatif terpilih, yang mudah dilaksanakan, efektif, dan efisien.

(R) Rencana

Dalam tahap ini, ada 2 macam rencana yang dibuat, yaitu:

- **Rencana Usulan Kegiatan (RUK/DUP)**

Rencana usulan kegiatan dibuat untuk kemudian diteruskan ke tingkat administrasi di atasnya. Bahan ini selanjutnya diolah menjadi daftar usulan proyek (DUP). Rencana usulan kegiatan yang disusun berdasarkan rangkaian analisis, rumusan masalah, tujuan, dan intervensi ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas usulan kegiatan, sehingga DUP yang dihasilkan juga meningkat kualitasnya. DUP ini merupakan usulan kegiatan untuk tahun anggaran yang akan datang.

- **Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)**

Rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) atau dikenal dengan *Plan of Action* (POA), biasanya dilakukan setelah paket anggaran proyek diturunkan. Setelah sumber dana diketahui dengan jelas, para pelaksana di tingkat Puskesmas dapat membuat RPK Puskesmas.

(I) Intervensi

Pada tahap ini, intervensi kegiatan dilakukan amat beragam, sebab bergantung pada masalah, tujuan yang akan dicapai, dan juga kemampuan petugas dalam melihat celah, mencari kiat, dan memilih waktu yang tepat untuk melakukan intervensi. Maka pada pelaksanaan intervensi, kemampuan itu harus ditambah dengan kemampuan pendekatan kemasyarakatan dan hubungan antar manusia yang baik, agar dapat ditumbuhkan rasa memiliki dari masyarakat sehingga kelestarian program lebih terjamin, dan kerja sama lintas program serta lintas sektoral dapat berjalan. serta mendapatkan komitmen dan dukungan politis dari semua *stakeholders* Puskesmas.

(F) Forum komunikasi

Selama intervensi kegiatan dilaksanakan, dikembangkan forum komunikasi sebagai wahana pemantauan dan evaluasi.

Dalam tahap ini ada 2 (dua) kegiatan utama, yaitu:

- **Forum komunikasi untuk melakukan pemantauan**

Pemantauan dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai cara, antara lain: supervisi dan bimbingan teknis, analisis dari pelaporan dan sebagainya. Kajian dari hasil supervisi dan analisis dari laporan tersebut dibahas dalam forum komunikasi.

- **Forum komunikasi untuk melakukan evaluasi**

Evaluasi dilakukan pada awal tahun kalender di tingkat desa, kemudian berukutnya di tingkat Puskesmas, selanjutnya di tingkat lebih atas.

3. Model Manajemen ARRIME (Analisis, Rumusan, Implementasi, Monitoring, dan Evaluasi).

Model Manajemen ARRIME ini prinsipnya sama dengan model manajemen ARRIF, hanya saja fungsi terakhir F (Forum komunikasi) dipecah menjadi M (Monitoring) dan E (Evaluasi). Hal ini dilakukan karena pada manajemen Puskesmas, perlu monitoring secara periodik dan ketat, sehingga aspek monitoring (pemantauan) harus ditonjolkan disamping Evaluasi (Departemen Kesehatan, 2002).

Monitoring program merupakan upaya supervisi dan *review* kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis oleh pengelola program untuk melihat apakah pelaksanaan program sudah sesuai dengan yang direncanakan. Monitoring atau pemantauan seringkali disebut juga evaluasi proses, yaitu upaya untuk mengamati proses pelayanan dan cakupan program. Mengamati proses pelayanan disesuaikan dengan standar mutu pelayanan dan *standard operating procedure* (SOP). Cakupan program berarti seberapa banyak target sasaran program yang direncanakan sudah terjangkau, misalnya bagian mana strategi yang tidak berfungsi, mekanisme sistem pelayanan yang tidak bekerja seperti diharapkan, apakah sumber daya program sudah dikirim kepada sasaran yang benar pada waktu dan tempat yang direncanakan, dan apakah ada masalah-masalah baru yang timbul justru karena implementasi strategi yang direncanakan (Mantra, 1997).

Salah satu alat sederhana yang dikembangkan di Puskesmas adalah pemantauan wilayah setempat (PWS) atau *local area monitoring* (LAM) yaitu alat untuk pengelolaan program serta alat untuk motivasi dan komunikasi kepada lintas program dan lintas sektor terkait dan dipergunakan untuk pemantauan program Puskesmas secara teknis maupun non teknis dengan mengelola data cakupan program Puskesmas. PWS biasanya dibuat setiap bulan yang disajikan pada Lokakarya Mini Bulanan dan Tribulanan serta Rapat koordinasi tingkat kecamatan (Departemen Kesehatan, 1992).

4. Model Manajemen POAC/E (Planning, Organizing, Actuating, Controlling/Evaluating).

Model manajemen ini banyak digunakan di Puskesmas yang merupakan model manajemen dari *Terry* dengan penambahan fungsi *evaluating* (Penilaian), sehingga fungsi-fungsi manajemen Puskesmas selengkapnya adalah sebagai berikut: *Planning* (Perencanaan), *Organizing* (Pengorganisasian), *Actuating* (Penggerakan dan Pelaksanaan), *Controlling* (Pengawasan dan Pengendalian), dan *Evaluating* (Penilaian). Fungsi-fungsi manajemen Puskesmas tersebut akan diuraikan pada bab-bab selanjutnya.

BAB IV

PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

PENGERTIAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

Perencanaan tingkat Puskesmas akan memberikan pandangan menyeluruh terhadap semua tugas, fungsi dan peranan yang akan dijalankan dan menjadi tuntunan dalam proses pencapaian tujuan Puskesmas secara efisien dan efektif. Perencanaan Puskesmas merupakan inti kegiatan manajemen Puskesmas, karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh perencanaan. Dengan perencanaan Puskesmas, memungkinkan para pengambil keputusan dan pimpinan Puskesmas untuk menggunakan sumber daya Puskesmas secara berdaya guna dan berhasil guna. Untuk menjadikan organisasi dan manajemen Puskesmas efektif dan berkinerja tinggi diawali dari perencanaan efektif.

Perencanaan Puskesmas adalah fungsi manajemen Puskesmas yang pertama dan menjadi landasan serta titik tolak pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Semua kegiatan dan tindakan manajemen Puskesmas didasarkan dan/atau disesuaikan dengan perencanaan yang sudah ditetapkan. Ini berarti, setelah perencanaan disusun, kemudian struktur organisasi, tata kerja, dan personalia Puskesmas yang akan melaksanakan tugas organisasi ditentukan (fungsi pengorganisasian). Selanjutnya personalia yang bekerja dalam organisasi Puskesmas digerakan dan diarahkan agar mereka bertindak dan bekerja efektif untuk mencapai tujuan Puskesmas yang direncanakan (fungsi penggerakan dan pelaksanaan). Semua aktivitas personalia dan organisasi Puskesmas diawasi, dipantau, dan dibimbing agar aktivitas tetap berjalan sesuai tujuan dan target kinerja Puskesmas (fungsi pengawasan dan pengendalian). Akhirnya dilakukan penilaian untuk mengetahui dan menganalisis kinerja pegawai dan organisasi Puskesmas. Penilaian meliputi masukan, proses transformasi/konversi yaitu pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen dan pelaksanaan program dan kegiatan serta pelayanan kesehatan Puskesmas. Kemudian hasilnya dibandingkan dengan tujuan dan terget kinerja Puskesmas yang telah ditetapkan (fungsi penilaian).

Batasan tentang perencanaan banyak macamnya, seperti dikumpulkan Azwar (1988) sebagai berikut:

1. Perencanaan adalah suatu proses menganalisis dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, menganalisis efektivitas dari berbagai kemungkinan tersebut, menyusun perincian selengkapnya dari kemungkinan yang terpilih, serta mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut (*Levey dan Loomba*);
2. Perencanaan adalah suatu proses kerja yang terus menerus yang meliputi pengambilan keputusan yang bersifat pokok dan penting dan yang akan

dilaksanakan secara sistematis, melakukan perkiraan-perkiraan dengan menggunakan segala pengetahuan tentang masa depan, mengorganisasi secara sistematis segala upaya yang dipandang perlu untuk melaksanakan segala keputusan yang telah ditetapkan, serta mengukur keberhasilan dari pelaksanaan keputusan tersebut dengan membandingkan hasil yang dicapai terhadap target yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan umpan balik yang diterima dan yang telah disusun secara teratur dan baik (*Drucker*);

3. Perencanaan adalah proses menetapkan pengarahannya yang resmi dan menetapkan berbagai hambatan yang diperkirakan ada dalam menjalankan suatu program guna dipakai sebagai pedoman dalam suatu organisasi (*Ansoff dan Brendenbourg*);
4. Perencanaan adalah pekerjaan yang menyangkut penyusunan konsep serta kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan demi masa depan yang lebih baik (*Breton*);
5. Perencanaan adalah upaya menyusun berbagai keputusan yang bersifat pokok yang dipandang paling penting dan yang akan dilaksanakan menurut urutannya guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan (*Maloch dan Deacon*);
6. Perencanaan adalah kemampuan untuk memilih satu kemungkinan dari berbagai kemungkinan yang tersedia dan yang dipandang paling tepat untuk mencapai tujuan (*Goetz*).

Beberapa definisi perencanaan lainnya adalah sebagai berikut :

1. Perencanaan adalah suatu proses penetapan tujuan (*setting objective*) yang akan dicapai dan memutuskan strategi dan taktik untuk mencapainya (*Schermerhorn*);
2. Perencanaan adalah proses mempersiapkan kegiatan-kegiatan secara sistematis yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu (*Tjokroaminoto*);
3. Perencanaan adalah perhitungan dan penentuan tentang sesuatu yang akan dijalankan dalam rangka mencapai tujuan tertentu, siapa yang melakukan, bilamana, di mana, dan bagaimana cara melakukannya (*Atmosudirdjo*);
4. Perencanaan adalah sebagai keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang menyangkut hal-hal yang akan dikerjakan di masa yang akan datang dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (*Siagian*).

Adapun perencanaan kesehatan, menurut Muninjaya (2004) adalah suatu proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut. Sedangkan perencanaan Puskesmas menurut penulis adalah suatu proses merumuskan masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas dan menetapkan prioritasnya, menetapkan tujuan, sasaran, dan target kinerja Puskesmas, merencanakan kebutuhan sumber daya,

serta menyusun rencana pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas dalam rangka mencapai tujuan Puskesmas.

Dari pengertian-pengertian tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa :

1. Perencanaan Puskesmas adalah penyusunan kegiatan Puskesmas yang akan dilakukan di masa yang akan datang untuk mencapai tujuan Puskesmas;
2. Perencanaan Puskesmas didasarkan pada analisis dan pemahaman sistem Puskesmas secara komprehensif (menyeluruh);
3. Perencanaan Puskesmas akan menjadi efektif jika perumusan masalah dilakukan berdasarkan fakta-fakta dan data;
4. Perencanaan Puskesmas merupakan proses pemilihan alternatif tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan Puskesmas;
5. Perencanaan Puskesmas adalah proses pengambilan keputusan atas sejumlah alternatif (pilihan) tujuan dan cara yang akan dilaksanakan di masa yang akan datang guna mencapai tujuan yang dikehendaki serta pemantauan dan penilaian atas hasil pelaksanaan, yang dilakukan secara sistematis dan berkesimbangan;
6. Perencanaan Puskesmas secara implisit mengemban misi Puskesmas untuk mencapai visi Puskesmas.

ASPEK-ASPEK PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

Dalam perencanaan Puskesmas terdapat 3 (tiga) aspek pokok yang harus diperhatikan. Ketiga aspek tersebut adalah hasil dari pekerjaan perencanaan (*outcome of planning*) Puskesmas, perangkat organisasi Puskesmas yang dipergunakan untuk melakukan pekerjaan perencanaan (*mechanic of planning*) Puskesmas, serta proses atau langkah-langkah melakukan pekerjaan perencanaan (*process of planning*) Puskesmas. Uraian dari masing-masing aspek ini secara sederhana adalah sebagai berikut:

1. Hasil dari pekerjaan perencanaan Puskesmas

Hasil dari pekerjaan perencanaan (*outcome of planning*) disebut sebagai rencana (*plan*), yang dapat berbeda antara satu pekerjaan perencanaan dengan pekerjaan perencanaan lainnya. Hasil pekerjaan perencanaan yang dilakukan oleh Puskesmas adalah rencana Puskesmas.

2. Perangkat perencanaan Puskesmas

Perangkat perencanaan (*mechanic planning*) adalah satuan organisasi yang ditugaskan dan atau yang bertanggung jawab menyelenggarakan pekerjaan perencanaan. Pada suatu organisasi yang kecil dan sederhana seperti Puskesmas, tidak ada perangkat khusus yang membidangi perencanaan. Perencanaan Puskesmas dilakukan oleh para penanggung jawab program Puskesmas dengan mengikutsertakan seluruh pegawai dibawah koordinasi kepala Tata Usaha dengan bimbingan dan pengarahan kepala Puskesmas.

3. Proses perencanaan

Proses perencanaan (*process of planning*) adalah langkah-langkah yang harus dilaksanakan pada pekerjaan perencanaan. Berbeda dengan hasil dan perangkat, proses perencanaan ini pada dasarnya adalah sama untuk berbagai pekerjaan perencanaan. Untuk dapat menghasilkan suatu rencana yang baik, sebaiknya langkah-langkah yang ditempuh adalah sama.

Dari ketiga aspek perencanaan tersebut, yang terpenting bukanlah hasil atau perangkat perencanaan, melainkan proses perencanaan. Untuk keberhasilan pekerjaan perencanaan, sangat dianjurkan untuk memahami proses perencanaan. Proses perencanaan Puskesmas harus mengikutsertakan seluruh pegawai Puskesmas secara partisipatif, sebaiknya dengan menggunakan metode MBO (*management by objectives*) atau Manajemen Berdasarkan Tujuan seperti telah diuraikan pada Bab III butir B.

CIRI-CIRI PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

Perencanaan yang baik, mempunyai beberapa ciri yang harus diperhatikan. Ciri-ciri yang dimaksud secara sederhana diuraikan sebagai berikut:

1. Perencanaan Puskesmas bagian dari manajemen Puskesmas

Suatu perencanaan Puskesmas yang baik adalah yang berhasil menempatkan pekerjaan perencanaan sebagai bagian dari sistem manajemen Puskesmas secara keseluruhan. Perencanaan Puskesmas pada dasarnya merupakan salah satu fungsi manajemen Puskesmas yang amat penting. Pekerjaan manajerial yang tidak didukung oleh perencanaan, bukanlah pekerjaan manajerial yang baik.

2. Perencanaan Puskesmas dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan

Suatu perencanaan Puskesmas yang baik adalah yang dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan. Perencanaan yang hanya dilakukan sekali bukanlah perencanaan yang dianjurkan. *Arnold* dalam *Azwar* (1988) berpendapat bahwa ada hubungan yang berkelanjutan antara perencanaan dengan berbagai fungsi manajemen lainnya. Perencanaan penting bagi pelaksanaan, yang apabila hasilnya telah dinilai, dilanjutkan dengan perencanaan berikutnya.

3. Perencanaan Puskesmas berorientasi pada masa depan

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

4. Perencanaan mampu menyelesaikan masalah

Suatu perencanaan yang baik adalah yang mampu menyelesaikan berbagai masalah dan ataupun tantangan yang dihadapi. Penyelesaian masalah dan ataupun tantangan yang dimaksud disini tentu harus disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Dalam arti penyelesaian masalah ataupun tantangan

tersebut dilakukan secara bertahap, yang harus tercermin pada pentahapan perencanaan yang akan dilakukan.

5. Perencanaan Puskesmas mempunyai tujuan

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

6. Perencanaan Puskesmas bersifat mampu kelola

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

MANFAAT, KEUNTUNGAN, DAN KELEMAHAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

1. Manfaat Perencanaan Tingkat Puskesmas

Terdapat beberapa manfaat yang dapat diperoleh jika Puskesmas memiliki perencanaan, yaitu :

- a. Mengetahui tujuan yang ingin dicapai Puskesmas dan cara mencapainya;
- b. Membuat tujuan dan program Puskesmas lebih spesifik, terinci, dan lebih mudah dipahami;
- c. Mengetahui struktur organisasi Puskesmas dan jenis serta jumlah pegawai yang dibutuhkan;
- d. Mengetahui sejauh mana efektivitas kepemimpinan dan pengarahan Puskesmas yang diperlukan;
- e. Memungkinkan pimpinan Puskesmas memahami keseluruhan gambaran kegiatan dan program Puskesmas yang lebih jelas;
- f. Membantu dalam kristalisasi/pengejawantahan perwujudan masalah-masalah Puskesmas;
- g. Memudahkan dalam melakukan koordinasi di antara berbagai unit kerja Puskesmas;
- h. Menghemat waktu, upaya, dan sumber daya Puskesmas.

2. Keuntungan Perencanaan Tingkat Puskesmas

Adapun keuntungan perencanaan Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan fokus dan fleksibilitas.
- b. Suatu organisasi dengan fokus akan mengetahui apa yang terbaik dikerjakan, mengetahui kebutuhan pelanggannya, dan mengetahui bagaimana memberikan pelayanan dengan baik. Suatu organisasi dengan fleksibilitas beroperasi secara dinamis dan mampu berubah untuk menanggapi atau mengantisipasi masalah dan peluang dari lingkungannya;

- c. Perencanaan Puskesmas akan memunculkan berbagai macam kegiatan Puskesmas untuk mencapai tujuan Puskesmas dan dapat dilakukan secara teratur;
- d. Perencanaan Puskesmas akan mengurangi atau menghilangkan jenis pekerjaan yang tidak produktif;
- e. Perencanaan Puskesmas dapat dipakai untuk mengukur hasil kegiatan yang telah dicapai karena dalam perencanaan Puskesmas ditetapkan berbagai standar, tujuan, dan target kinerja pegawai dan Puskesmas;
- f. Perencanaan Puskesmas memberikan landasan bagi fungsi-fungsi manajemen lainnya, terutama untuk fungsi pengawasan.

3. Kelemahan Perencanaan Tingkat Puskesmas

Perencanaan Puskesmas juga mempunyai beberapa kelemahan diantaranya adalah :

- a. Perencanaan Puskesmas mempunyai keterbatasan mengukur informasi, data dan fakta-fakta di masa yang akan datang;
- b. Program dan kegiatan Puskesmas yang tercakup dalam perencanaan mungkin berlebihan pada kontribusi nyata;
- c. Perencanaan Puskesmas cenderung menunda kegiatan;
- d. Perencanaan Puskesmas membatasi manajemen Puskesmas untuk berinisiatif, dan berinovasi, serta menghambat tindakan yang harus diambil;
- e. Kadang-kadang hasil yang paling baik didapatkan oleh penyelesaian situasi individual dan penanganan setiap masalah pada saat masalah tersebut terjadi;
- f. Terdapat rencana Puskesmas yang diikuti cara-cara yang tidak konsisten;
- g. Perencanaan Puskesmas memerlukan dana;
- h. Perencanaan Puskesmas mempunyai hambatan psikologis bagi pimpinan dan pegawai karena harus menunggu dan melihat hasil yang akan dicapai.

TIPE-TIPE PERENCANAAN DAN RENCANA TINGKAT PUSKESMAS

Ada 2 (dua) tipe utama rencana Puskesmas, yaitu Rencana Strategik Puskesmas, dan Rencana Operasional Puskesmas.

1. Rencana Strategik Puskesmas

a. Pengertian Rencana Strategik Puskesmas

Rencana Strategik Puskesmas adalah dokumen rencana jangka menengah atau jangka panjang Puskesmas yang menggambarkan arah yang harus dituju serta langkah yang harus dilaksanakan. Rencana Strategik Puskesmas memusatkan perhatian untuk melakukan pekerjaan yang benar dan efektif dan bertujuan agar Puskesmas berfungsi dengan baik serta tanggap dan antisipatif terhadap lingkungan Puskesmas. Rencana Strategik Puskesmas bersifat jangka menengah atau jangka panjang sehingga menjadi payung bagi Rencana Operasional (RO) Puskesmas tahunan

dalam periode tersebut. Hal ini berarti bahwa RO Puskesmas merupakan penjabaran yang lebih rinci dari Rencana Strategik Puskesmas.

b. Manfaat atau Keuntungan Rencana Strategik Puskesmas

Adapun manfaat atau keuntungan dari Rencana Strategik Puskesmas, yaitu:

- 1) Memberi arah kumulatif jangka panjang yang akan dituju, sehingga secara keseluruhan RO tahunan Puskesmas dalam kurun waktu 5 (lima) tahun menuju suatu tujuan Puskesmas yang lebih jelas. Hal ini akan membuat RO tahunan Puskesmas lebih bersifat proaktif (antisipatif) dan bukannya reaktif;
- 2) Menjamin terjadinya suatu perubahan (*change*) ke arah yang lebih baik. Sebaliknya tanpa Rencana Strategik Puskesmas kita senantiasa menghadapi masalah-masalah yang sama dari waktu ke waktu, seolah-olah kita berjalan di tempat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan Puskesmas;
- 3) Membuat organisasi Puskesmas lebih efektif;
- 4) Mengidentifikasi keunggulan kompetitif organisasi Puskesmas dalam lingkungan yang semakin berisiko dan kompetitif;
- 5) Pembuatan Rencana Strategik Puskesmas akan mempertinggi kemampuan Puskesmas untuk mencegah munculnya masalah di masa yang akan datang;
- 6) Keikutsertaan pegawai Puskesmas dalam pembuatan Rencana Strategik akan lebih memotivasi mereka dalam tahap pelaksanaan;
- 7) Aktivitas Puskesmas yang tumpang tindih akan dikurangi;
- 8) Keengganan untuk berubah dari pegawai Puskesmas lama dan senior dapat dikurangi.

c. Tahapan - Tahapan Penyusunan Rencana Strategik Puskesmas

Tahapan-tahapan penyusunan Rencana Strategik menurut para teoritis Manajemen Strategik masih bervariasi dan belum terdapat kesepakatan umum. Penulis berpendapat bahwa tahapan-tahapan dalam proses penyusunan Rencana Strategik Puskesmas adalah sebagai berikut:

- 1) **Perumusan Visi Puskesmas** - Untuk mencapai tujuan Puskesmas yang telah ditetapkan, diperlukan perumusan visi Puskesmas yang akan diwujudkan, karena visi itulah yang berperan sebagai “pemandu” tindakan semua *stakeholder* Puskesmas di masa depan. Visi Puskesmas ialah maksud keberadaan Puskesmas dan kegiatan utama yang menjadikan Puskesmas memiliki jati diri yang khas dan sekaligus membedakannya dengan organisasi lain yang sejenis. Visi Puskesmas adalah gambaran ideal dan unik tentang masa depan Puskesmas yang merupakan pernyataan tentang apa yang ingin dicapai Puskesmas di masa yang akan datang, realistis dapat dicapai, menarik, dapat dipercaya, mengikat, memotivasi atau menggugah semangat, menghidupkan, memberi ilham dan jiwa, memberikan harapan, dan

dapat diimplementasikan dalam program dan kegiatan Puskesmas. Visi sangat penting bagi Puskesmas sebagai jati diri yang bersifat unik/khas yang menjawab pertanyaan, mengapa Puskesmas didirikan dan diselenggarakan, filosofi organisasi Puskesmas dalam pernyataan kualitas, citra, dan konsep diri, kompetensi inti dan keunggulan kompetitif yang membedakan dari organisasi lain yang sejenis, siapa pelanggan yang akan dilayani dan yang akan dipuaskan, serta pandangan terhadap *stakeholder*, pelanggan Puskesmas, masyarakat, lingkungan, isu sosial dan pesaing Puskesmas. Visi Puskesmas menentukan misi, tujuan, strategi, kebijakan, program, dan kegiatan Puskesmas yang harus dilaksanakan dalam mencapai tujuan Puskesmas yang telah ditetapkan. Beberapa ciri yang harus tergambar dengan jelas dalam visi Puskesmas, antara lain : (a) visi Puskesmas merupakan suatu pernyataan yang bersifat umum dan berlaku untuk kurun waktu yang panjang tentang “niat” Puskesmas yang bersangkutan, (b) visi Puskesmas mencakup falsafah yang dianut dan akan digunakan oleh pengambil keputusan strategik Puskesmas, (c) secara implisit menggambarkan citra yang hendak diproyeksikan ke masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, (d) merupakan pencerminan jati diri Puskesmas yang ingin diwujudkan, dipelihara, dan dikembangkan, (e) menunjukkan jenis pelayanan kesehatan unggulan yang diselenggarakan Puskesmas, dan (f) menggambarkan dengan jelas kebutuhan dan keinginan pelanggan atau pengguna jasa pelayanan kesehatan yang akan diupayakan Puskesmas. Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas saat ini adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat 2010 (Departemen Kesehatan, 2004).

Hal-hal yang ingin dicapai melalui rumusan visi Puskesmas antara lain:

- a) Dengan rumusan visi Puskesmas yang tepat, dikalangan para pegawai Puskesmas terdapat kesamaan persepsi tentang maksud keberadaan Puskesmas yang bersangkutan. Kesamaan persepsi demikian menjadi sangat penting karena akan tercipta kesamaan gerak dan langkah dalam melaksanakan tugas dan kewajiban serta memikul tanggung jawab masing-masing pegawai, meskipun bergerak pada kegiatan yang berbeda;
- b) Dengan rumusan visi Puskesmas yang baik, dapat dipergunakan untuk memotivasi, menggunakan sumber daya dan waktu yang dimiliki oleh Puskesmas secara efisien;
- c) Dalam rumusan visi Puskesmas akan tergambar skala prioritas yang dilakukan Puskesmas;
- d) Dengan rumusan visi Puskesmas yang baik, akan terdapat petunjuk tentang iklim organisasi yang akan ditumbuh kembangkan dan

dipelihara dalam organisasi Puskesmas. Misalnya, iklim kebersamaan, kekeluargaan, suasana yang demokratis, pengambilan keputusan yang partisipatif, pemberdayaan para pegawai Puskesmas dan sebagainya;

- e) Visi Puskesmas yang dirumuskan dan diproyeksikan secara tepat akan sangat bermanfaat bagi mereka yang mempunyai wawasan yang sama dengan manajemen Puskesmas sebagai bahan pertimbangan meniti karier;
- f) Visi Puskesmas bukanlah suatu hal yang berdiri sendiri karena ia digali dari tujuan yang ingin dicapai dan masukkan *stakeholder* serta diikuti oleh berbagai langkah dalam proses manajemen strategik. Oleh karena itu sangat penting bagi perumus visi Puskesmas untuk memperhatikan bahwa visi Puskesmas tersebut akan mempermudah upaya menerjemahkan tujuan dan berbagai sasaran ke dalam struktur pekerjaan. Artinya, rumusan visi Puskesmas akan mempermudah pemilihan dan penggunaan tipe dan struktur organisasi Puskesmas;
- g) Visi Puskesmas yang dirumuskan dengan tepat mengidentifikasikan secara umum hal-hal yang ingin dicapai dan memungkinkan penerjemahan hal-hal tersebut sedemikian rupa sehingga operasionalisasi berbagai kegiatan dan hasilnya dapat diukur dan dikendalikan berdasarkan berbagai kriteria yang rasional dan objektif seperti kriteria biaya, waktu, tenaga dan sarana serta prasarana yang dimanfaatkan (Modifikasi dari Siagian, 2004).

2) **Perumusan Misi Puskesmas** - Misi Puskesmas adalah maksud atau alasan mendasar diselenggarakannya program dan kegiatan Puskesmas. Misi Puskesmas disusun dari konteks masalah, potensi, dan kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas. Pernyataan misi Puskesmas adalah suatu pernyataan tentang dasar tujuan dan jangkauan kegiatan dan program Puskesmas yang membedakan dengan organisasi lain yang sejenis. Misi merupakan penjabaran visi yang berisikan garis-garis besar tujuan dan strategi. Misi Puskesmas merupakan upaya untuk mewujudkan visi Puskesmas menjadi kenyataan. Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional. Misi Puskesmas saat ini adalah : (a) menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya, (b) mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya, (c) memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas, serta (d) memelihara dan meningkatkan

kesehatan perorangan, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya (Departemen Kesehatan, 2004).

- 3) **Perumusan Tujuan Puskesmas** (*goal formulation*) atau penetapan sasaran (*setting objective*) - Tujuan Puskesmas merupakan hasil akhir yang diharapkan. Perbedaan antara tujuan (*goal*) dengan sasaran (*objective*) yaitu *goal* digunakan untuk menunjukan pada hasil akhir di masa yang akan datang yang tidak dapat diukur, sedangkan *objective* menunjukan pada hasil akhir di masa yang akan datang yang spesifik, jelas, ringkas, dan jika mungkin dikuantifikasi sehingga dapat diukur. Tujuan Puskesmas yang jelas membuat organisasi, pimpinan, dan pegawai Puskesmas dapat melaksanakan tugas dan memanfaatkan serta mendayagunakan sumber daya secara efisien. Tujuan strategik merupakan petunjuk dan arah bagi tujuan RO Puskesmas yang spesifik dan rinci. Tujuan strategik Puskesmas berhubungan dengan hasil kinerja yang ingin dicapai oleh Puskesmas.

Adapun kriteria kualitas tujuan strategik Puskesmas adalah : (a) akseptabel (*acceptable*) - tujuan dapat diterima oleh pimpinan, pegawai, *stakeholder*, pelanggan, dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, karena disusun berdasarkan moralitas, etika, agama, dan nilai-nilai universal, (b) fleksibel (*flexible*) - tujuan Puskesmas harus bisa menyesuaikan diri dengan perubahan yang tidak terduga di lingkungan dan pesaing Puskesmas, (c) terukur (*measurable*) - tujuan Puskesmas harus jelas, terukur, dan konkrit, bisa dijabarkan pada tujuan RO Puskesmas, dan bisa dilaksanakan, (d) mendorong (*motivating*) - tujuan Puskesmas harus mendorong bagi penampilan kinerja pegawai dan organisasi Puskesmas yang optimal, (e) cocok/sesuai (*suitable*) - tujuan Puskesmas sesuai dengan misi Puskesmas, (f) dapat dipahami (*understandable*) - tujuan Puskesmas dapat dipahami dan mempunyai persepsi yang sama terhadap hakekat serta maknanya, sehingga mendapat dukungan dan keikutsertaan semua pegawai dan *stakeholders* Puskesmas, dan (g) dapat dicapai (*achievable*) - tujuan Puskesmas kemungkinan besar bisa dicapai dengan memperhatikan perubahan lingkungan Puskesmas (Adaptasi Siagian, 2004).

Tujuan strategik Puskesmas saat ini adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Departemen Kesehatan, 2004).

- 4) **Perumusan Strategi Puskesmas** - Strategi adalah suatu rencana umum yang bersifat menyeluruh (komprehensif) yang mengandung arahan tentang tindakan-tindakan utama yang apabila terlaksana dengan baik akan berpengaruh pada tercapainya berbagai tujuan

jangka panjang. Dengan kata lain, strategi merupakan suatu pernyataan tentang cara-cara yang akan digunakan di masa depan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perumusan strategi diawali dengan analisis strategik yang meliputi analisis lingkungan luar dan lingkungan dalam organisasi Puskesmas. Analisis strategik biasanya dilakukan dengan analisis SWOT, yaitu analisis lingkungan dalam sebagai kekuatan (*strengths*) dan kelemahan (*weaknesses*) serta analisis lingkungan luar sebagai peluang (*opportunities*) dan ancaman (*threats*).

- 5) **Perumusan Kebijakan Puskesmas** - Penentuan berbagai petunjuk untuk memandu cara berpikir, cara pengambilan keputusan, dan cara bertindak bagi pimpinan dan staf Puskesmas yang kesemuanya diarahkan pada implemenatasi dan operasionalisasi strategi Puskesmas. Kebijakan Puskesmas memberikan sebuah kerangka dasar untuk mengambil keputusan-keputusan sedemikian rupa, sehingga tindakan-tindakan akan konsisten pada seluruh sistem yang ada. Kebijakan (*policy*) dijabarkan dari strategi dan di dalamnya termasuk prosedur-prosedur, peraturan-peraturan, dan metode-metode yang digunakan dalam mengimplementasikan keputusan-keputusan strategik.
- 6) **Penetapan Program dan Kegiatan Puskesmas** - Program Puskesmas adalah rencana komprehensif yang meliputi penggunaan sumber daya untuk masa yang akan datang dalam bentuk sebuah pola yang terintegrasi dan yang menetapkan suatu urutan program dan kegiatan yang perlu dilaksanakan serta jadwal waktu untuk masing-masing program dan kegiatan tersebut dalam rangka usaha mencapai tujuan Puskesmas. Sebuah program dapat meliputi : tujuan, kebijaksanaan, prosedur, metode, standar, penanggung jawab, serta anggaran. Program menggariskan kegiatan dan tindakan yang akan dilaksanakan, oleh siapa dan pihak mana, bilamana, dan di mana. Ditetapkan pula asumsi, komitmen, dan bidang atau unit kerja yang akan dipengaruhi dan/atau diikutsertakan.

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui Puskesmas yakni terwujudnya Kecamatan Sehat menuju Indonesia Sehat 2010, Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang keduanya jika ditinjau dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi 2 (dua) yakni Upaya Kesehatan Wajib dan Upaya Kesehatan Pengembangan. Upaya kesehatan wajib tersebut harus dilaksanakan oleh setiap Puskesmas yang ada di Indonesia. Upaya kesehatan wajib disebut juga program “*Basic six*” adalah : (a) Upaya Promosi Kesehatan, (b) Upaya Kesehatan Lingkungan, (c) Upaya kesehatan Ibu

dan Anak serta Keluarga Berencana, (d) Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat, (e) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, dan (f) Upaya Pengobatan. Sedangkan upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok Puskesmas yang telah ada yakni : (a) Upaya Kesehatan Sekolah, (b) Upaya Kesehatan Olah Raga, (c) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat, (d) Upaya Kesehatan Kerja, (e) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut, (f) Upaya Kesehatan Jiwa, (g) Upaya Kesehatan Mata, (h) Upaya Kesehatan Usia Lanjut, dan (i) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional. Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiga upaya ini merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan puskesmas (Departemen Kesehatan, 2004).

Rencana Strategik Puskesmas merujuk pada Kebijakan Dasar Puskesmas (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/2004) yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi wilayah kerja Puskesmas.

2. Rencana Operasional Puskesmas

a. Pengertian Rencana Operasional Puskesmas

Yang dimaksud dengan Rencana Operasional (RO) Puskesmas adalah suatu dokumen rincian rencana pelaksanaan program Puskesmas yang disusun berdasarkan kegiatan-kegiatan dengan memperhitungkan hal-hal yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategik Puskesmas serta semua potensi dan sumber daya yang tersedia (Departemen Kesehatan, 2002). RO Puskesmas mempunyai 2 (dua) tipe yaitu rencana sekali pakai (*single use plan*) dan rencana tetap (*standing plan*). Rencana sekali pakai dikembangkan untuk mencapai tujuan tertentu dan tidak digunakan kembali bila tujuan telah tercapai seperti rencana Pekan Imunisasi Nasional (PIN), rencana Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Sedangkan rencana tetap (*standing plan*) merupakan pendekatan standar untuk penanganan situasi-situasi yang dapat diperkirakan dan terjadi berulang-ulang. RO Puskesmas merupakan penjabaran secara terinci tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan Puskesmas. Dengan demikian RO Puskesmas harus disusun secara seksama mengikuti kaidah yang sudah ditentukan.

Pada hakekatnya RO Puskesmas mengandung rincian dari kegiatan-kegiatan operasional, sehingga dokumen RO Puskesmas merupakan hasil akhir dari seluruh proses perencanaan. Oleh sebab itu RO Puskesmas tidak dapat disusun untuk suatu jangka waktu yang panjang. Lazimnya RO Puskesmas dibuat untuk kurun waktu satu bulan atau paling lama satu tahun.

Penyusunan RO Puskesmas sudah merupakan kegiatan rutin, untuk itu sebaiknya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota membuat formulir-formulir isian perencanaan yang seragam tentang RO Puskesmas, sehingga memudahkan Puskesmas, yakni dengan mengisi kolom-kolom yang tersedia, dan memudahkan untuk direkapitulasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pendekatan umum untuk mempersiapkan RO Puskesmas suatu program Puskesmas meliputi :

- 1) Alasan utama disusunnya RO Puskesmas (Mengapa kegiatan dan program Puskesmas dilaksanakan = *Why*);
- 2) Identifikasi dan perumusan yang jelas dari semua kegiatan dan program Puskesmas yang akan dilaksanakan (apa ? = *What* ?);
- 3) Menetapkan pendekatan-pendekatan yang akan digunakan dan bagaimana cara melaksanakan setiap kegiatan dan program Puskesmas (bagaimana ? = *How* ?);
- 4) Membuat daftar berbagai macam sumber daya yang akan dipergunakan, termasuk besaran jumlahnya, lokasinya dimana (*where will be done* ?) dan lain-lain, untuk melaksanakan setiap kegiatan Puskesmas (*input* sumber daya);
- 5) Mendefinisikan tanggung jawab fungsional pada setiap kegiatan dan program bagi setiap pegawai Puskesmas (siapa mengerjakan apa ? *Who does what?*);
- 6) Memperkirakan waktu yang dipergunakan untuk setiap kegiatan Puskesmas (*When will be done* ?);
- 7) Mengadakan hubungan timbal balik (hubungan waktu dan fungsi) antara kegiatan yang berbeda-beda serta membuat jadwal kegiatan dan program (kapan ? = *When?*).

Pertanyaan-pertanyaan tersebut merupakan *basic questions for planning* dan umumnya ditulis dengan akronim 5 W + 1 H atau Terry menyebutnya sebagai *Five W's and How questions*.

b. Ruang Lingkup RO Puskesmas

Ruang lingkup atau substansi RO Puskesmas meliputi:

- 1) Tujuan Puskesmas, meliputi tujuan umum dan khusus;
- 2) Penentuan sasaran dan target Puskesmas;
- 3) Uraian terinci dari masing-masing kegiatan Puskesmas yang akan dilakukan;
- 4) Pembiayaan meliputi jumlah dan sumber dana yang diperlukan untuk masing-masing kegiatan Puskesmas;
- 5) Sarana dan fasilitas yang diperlukan;
- 6) Waktu yang dibutuhkan untuk setiap kegiatan Puskesmas;
- 7) Lokasi pelaksanaan kegiatan Puskesmas;
- 8) Pengorganisasian sumber daya manusia;

- 9) Hambatan yang mungkin saja terjadi selama kegiatan Puskesmas dilaksanakan;
- 10) Rencana penilaian dari suatu keberhasilan RO Puskesmas bila kelak sudah dilaksanakan.

c. Langkah Penyusunan RO Puskesmas

Penyusunan RO Puskesmas sebagai suatu proses mempunyai beberapa langkah, sebagai berikut:

- 1) Analisis situasi Puskesmas;
- 2) Mengidentifikasi masalah dan prioritasnya;
- 3) Menetapkan tujuan dan sasaran RO Puskesmas;
- 4) Merencanakan ketenagaan untuk RO Puskesmas;
- 5) Mengkaji hambatan dan kelemahan RO Puskesmas;
- 6) Memantau dan menilai RO Puskesmas;
- 7) Menyusun jadwal/waktu;
- 8) Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas.

1. Analisis Situasi Puskesmas

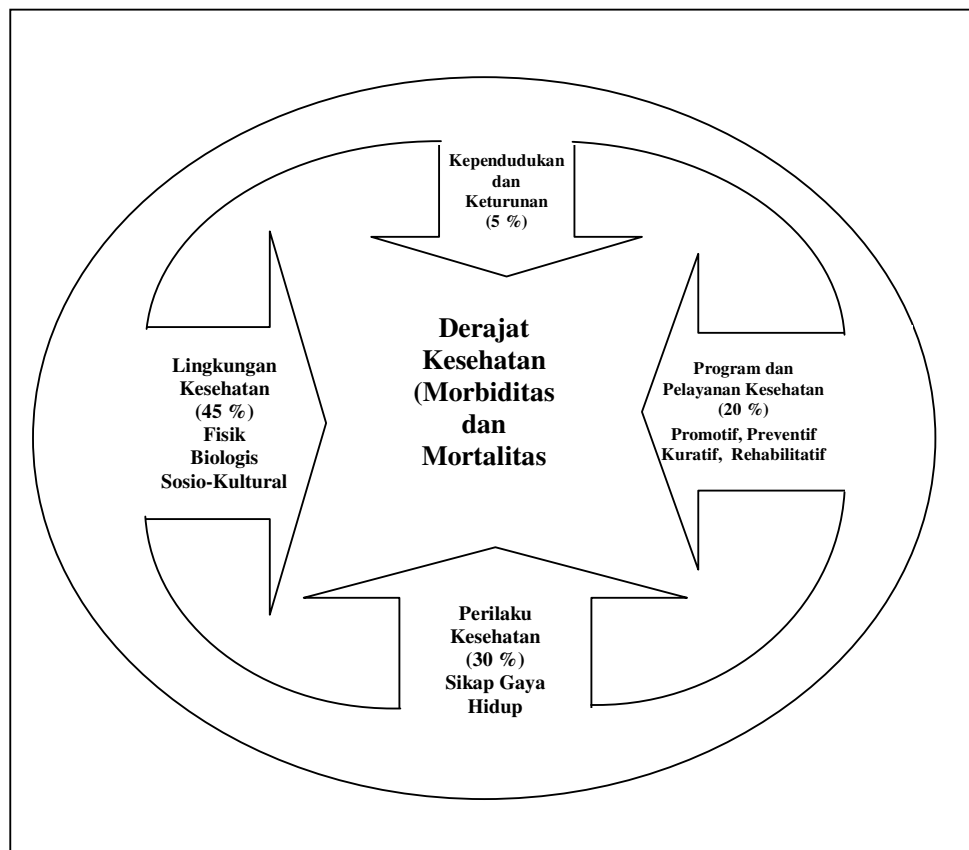
Analisis situasi merupakan langkah awal proses penyusunan RO Puskesmas yang bertujuan untuk identifikasi masalah. Secara konseptual, analisis situasi Puskesmas adalah proses berikut kecenderungannya dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah tersebut, serta potensi sumber daya Puskesmas yang dapat digunakan untuk melakukan intervensi. Analisis situasi akan menghasilkan rumusan masalah dan berbagai faktor yang berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas serta potensi sumber daya Puskesmas yang dapat digunakan untuk melakukan intervensi. Langkah ini dilakukan dengan mengumpulkan dan menganalisis data atau fakta yang berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas (Departemen Kesehatan, 2002).

Data diperoleh dari sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS) yang bersumber dari sistem pencatatan pelaporan Puskesmas (SP3), sistem informasi posyandu (SIP), laporan sarana kesehatan swasta, surveilans Puskesmas, survei mawas diri (SMD), umpan balik cakupan program dan profil kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, laporan kantor Kecamatan, dinas/instansi terkait tingkat kecamatan, dan desa/kelurahan. Data dari SP3, SIP, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan diperoleh data tentang jenis dan distribusi penyakit, jumlah sasaran dan target program Puskesmas, jumlah dan kualifikasi tenaga kesehatan, jumlah anggaran yang dialokasikan untuk Puskesmas, dan program yang harus dilaksanakan Puskesmas. Data dari kantor kecamatan dan desa/kelurahan akan diperoleh data tentang kependudukan, sosial ekonomi, keluarga miskin, geografi, organisasi sosial kemasyarakatan. Sedangkan data dari dinas/instansi terkait tingkat Kecamatan seperti dari kantor Kependudukan dan Keluarga Berencana (UPTD Badan Kependudukan Keluarga Berencana dan Catatan Sipil) akan diperoleh data tentang wanita usia subur,

pasangan usia subur, dan tingkat kepesertaan KB. Data dari Cabang Dinas Pendidikan tingkat kecamatan akan diperoleh data tentang jumlah siswa setiap kelas dan data perkembangan program Usaha Kesehatan sekolah (UKS). Sedangkan data dari Kantor Urusan Agama akan diperoleh data tentang calon pengantin dan pengantin yang dinikahkan.

Kerangka konsep dan sistematika analisis situasi kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas didasarkan pada konsep *Blum* (1974) dalam buku *“Planning for Health, Development and Application of Social Change Theory”*, Ia mengemukakan konsep tentang faktor-faktor determinan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu : (1) Faktor lingkungan (fisik, biologis, sosio-kultural) sebesar 45 %, (2) Faktor perilaku kesehatan sebesar 30 %, (3) Faktor program dan pelayanan kesehatan sebesar 20 %, dan (4) Faktor genetika dan kependudukan sebesar 5 % (Notoatmodjo, 2003). Hal tersebut digambarkan dalam Bagan 4.1.

Bagan 4.1.
Faktor-faktor yang Memengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat
(Blum)



Sumber: Blum, *Planning for Health, Development and Application of Social Change Theory*, 1974.

Bagan 4.1. di atas menunjukkan bahwa faktor terpenting yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat adalah faktor lingkungan. Faktor lingkungan mencakup lingkungan fisik, biologis, dan sosio-kultural. Faktor kedua adalah faktor perilaku kesehatan, termasuk dalam kategori ini adalah sikap dan gaya hidup. Program dan pelayanan kesehatan (jenis, cakupan, dan kualitasnya) meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif adalah faktor ketiga terbesar yang menentukan derajat kesehatan. Faktor terakhir adalah faktor heriditer/keturunan dan kependudukan.

Keempat determinan derajat kesehatan di atas saling berinteraksi satu sama lainnya, yang sifat interaksinya dapat positif atau negatif. Melihat konsep di atas, dapat disimpulkan bahwa derajat kesehatan tidak hanya ditentukan oleh satu faktor saja. Demikian pula diketahui bahwa pelayanan kesehatan hanyalah salah satu faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan. Derajat kesehatan yang multifaktorial ini mengharuskan kita menganalisis masalah kesehatan secara multifaktorial pula. Analisis yang menggunakan kerangka pendekatan *Blum* akan memotret situasi kesehatan secara holistik.

Analisis situasi Puskesmas meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a) Kependudukan (Demografi);
- b) Masalah dan kecenderungan kesehatan;;
- c) Perilaku kesehatan;
- d) Lingkungan kesehatan;
- e) Program dan pelayanan kesehatan;
- f) Analisis sarana dan prasarana.

a. Analisis Situasi Kependudukan.

Data demografi sangat penting dalam penyusunan RO Puskesmas karena hal-hal sebagai berikut :

- a) Untuk perencanaan pembangunan kesehatan, yakni menentukan besarnya masalah dan target program kesehatan;
- b) Dapat menggambarkan keadaan kependudukan menurut jumlah dan distribusinya berdasarkan geografis, umur, jenis kelamin serta karakteristik lainnya;
- c) Dapat diketahui jumlah penduduk rentan seperti misalnya ibu hamil, ibu melahirkan, bayi baru lahir, anak balita, anak sekolah, kelompok remaja, kelompok tenaga kerja, dan kelompok usia lanjut;
- d) Dapat digunakan sebagai denominator dalam menghitung *rate* suatu keadaan atau suatu masalah kesehatan.

Untuk analisis situasi kependudukan dan mengetahui derajat kesehatan masyarakat, diperlukan angka nyata yang dipantau, dicatat dan dilaporkan secara dinamis sehingga diperlukan registrasi vital, untuk itu perlu dikembangkan sistem pencatatan dan pelaporan registrasi vital secara menyeluruh dan berjenjang sejak dari tingkat dusun dan desa, kecamatan, kabupaten, provinsi dan pusat. Sumber data yang dapat dipergunakan Puskesmas saat ini adalah dari bagian statistik

kecamatan, pemerintahan desa, umpan balik dari Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

Data kependudukan yang perlu diperoleh adalah sebagai berikut:

- Jumlah penduduk dan distribusinya menurut desa/kelurahan, jenis kelamin, tingkat kepadatan penduduk, tingkat pendidikan, pekerjaan;
- Struktur umur penduduk;
- Vital statistik tentang kelahiran, kematian dan sebab penyakitnya;
- Mobilitas penduduk : perpindahan penduduk yang mungkin dapat diduga sebagai pembawa (*career*) bibit penyakit;
- Jumlah penduduk miskin dan jumlah kepala keluarganya serta distribusinya menurut desa;
- Jumlah kelompok khusus/kelompok rentan yakni: jumlah pasangan usia subur (PUS) dan jumlah peserta KB aktif (*current user*), ibu hamil, ibu bersalin, bayi, anak balita, anak sekolah, remaja, tenaga kerja, usia lanjut, dan pekerja seks komersial.

b. Analisis Situasi Masalah Kesehatan

Masalah kesehatan sering kali diartikan terlalu luas oleh sementara pihak. Misalnya, ada yang mengatakan bahwa kurang tersedianya obat adalah masalah kesehatan. Tidak tersedianya air bersih untuk sekelompok penduduk tertentu adalah juga masalah kesehatan. Kemudian, tingginya angka kesakitan juga masalah kesehatan. Sebetulnya harus dibedakan antara masalah kesehatan, masalah determinan/faktor-faktor kesehatan, dan masalah program kesehatan.

Masalah kesehatan adalah gangguan kesehatan yang dinyatakan dalam ukuran kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas). Sedangkan tidak tersedianya obat seperti contoh di atas adalah masalah program kesehatan dan tidak adanya air bersih adalah masalah lingkungan kesehatan sebagai salah satu determinan kesehatan.

Fokus analisis masalah kesehatan adalah pada morbiditas (kesakitan) yang dikelompokkan atas penyakit infeksi dan penyakit noninfeksi serta mortalitas (kematian). Rincian lengkap tentang pengelompokan masalah kesakitan dapat dilihat pada ICD (*International Classification of Disease*).

Ukuran epidemiologi untuk analisis masalah kesehatan

1) Morbiditas

Angka kesakitan atau morbiditas adalah jumlah orang yang terkena penyakit tertentu. Ada 2 (dua) cara digunakan untuk mengukur angka kesakitan, yaitu Angka Insidens (*incidence rate*) dan Angka Prevalens (*prevalence rate*).

b) *Insidens*

Adalah jumlah kasus baru suatu penyakit yang terjadi di suatu daerah/ masyarakat selama periode waktu tertentu (dinyatakan dalam %). Biasanya angka insidens dihitung dalam jangka waktu satu tahun. Angka ini

memberikan gambaran perkembangan penyakit, kapan mulai timbul, mencapai puncak penyebarannya, dan sebagainya.

$$\text{Insidence Rate} = \frac{\text{Jumlah Kasus Baru}}{\text{Jumlah Penduduk}} \times 1000$$

Misalnya selama tahun 2008 dilaporkan sebanyak 126 kasus penyakit TBC dari suatu Puskesmas dengan populasi sebanyak 30.000. Maka insidens penyakit tersebut = $126/30.000 \times 1.000 = 4,2$ kasus/1.000 populasi (0,42 %).

c) **Prevalens**

Adalah jumlah orang yang menderita penyakit tertentu meliputi seluruh kasus (kumulatif kasus baru dan lama) dalam suatu daerah/masyarakat selama periode waktu tertentu (dinyatakan dalam %). Angka ini dapat dipakai sebagai salah satu indikator keberhasilan program kesehatan. Ada 2 (dua) metode perhitungan angka prevalens yaitu *Point Prevalence Rate* dan *Periode Prevalence Rate*. *Point Prevalence Rate* yaitu perhitungan jumlah orang yang menderita penyakit tertentu dalam waktu singkat (misalnya pada satu hari). Hasilnya adalah jumlah orang yang menderita penyakit itu pada hari itu. Dalam praktek, hal ini sulit dilakukan sehingga biasanya dilakukan perhitungan *Periode Prevalence Rate*, yaitu menghitung jumlah orang yang menderita penyakit selama jangka waktu tertentu (misalnya dua minggu).

$$\text{Periode Prevalence Rate} = \frac{\text{Jumlah Penderita(Baru \& Lama)}}{\text{Jumlah Penduduk}} \times 1000$$

Jika angka prevalens tersebut dihitung khusus untuk penyakit tertentu hasilnya adalah *Disease Specific Prevalence Rate* (DSPR). Jika perhitungan dilakukan khusus untuk kelompok umur tertentu maka hasilnya adalah *Age Specific Prevalence Rate* (ASPR) (Megalia, 2004).

Dalam contoh kasus sebelumnya, di suatu Puskesmas selama tahun 2008, jumlah kasus TBC lama (penderita TBC yang masih dalam pengobatan) sebanyak 112 orang. Maka jumlah penderita TBC adalah jumlah kasus lama ditambah kasus baru = $126 + 112 = 328$. Angka prevalens TBC di Puskesmas tersebut adalah $328/30.000 \times 1.000 = 10,9$ kasus/1.000 populasi (1,09%).

Angka prevalens berguna untuk merencanakan volume atau jumlah pelayanan yang disediakan, sedangkan insidens berguna untuk menilai apakah intervensi atau program kesehatan berhasil menurunkan angka morbiditas.

Angka-angka tentang jumlah kasus di Puskesmas tidak menggambarkan keadaan sesungguhnya yang ada di tengah-tengah masyarakat, karena tidak semua kasus berobat ke Puskesmas dan banyak orang sakit yang juga berobat ke fasilitas swasta atau ke pelayanan tradisional. Untuk memperoleh angka prevalens dan insidens yang tepat harus dilakukan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT).

Jumlah kasus sebagai gambaran masalah kesehatan

Menghitung morbiditas penyakit di Puskesmas tidak mudah, misalnya untuk menghitung angka prevalens dan insidens. Data yang tersedia adalah jumlah kasus yang ditemukan dalam pelayanan Puskesmas. Itupun biasanya terbatas pada jumlah kasus yang berobat ke Puskesmas. Informasi tentang jumlah kasus paling tidak memberikan gambaran tidak langsung tentang penyakit apa yang paling banyak di wilayah kerja Puskesmas tersebut. Puskesmas biasanya menyusun 10 pola penyakit terbanyak untuk setiap tahunnya dari pengunjung Puskesmas.

Gambaran masalah kesehatan bisa dilihat dari pola penyakit utama yang berobat ke Puskesmas, seperti pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1.
Contoh Format
Sepuluh Penyakit Utama Rawat Jalan/Rawat Inap di Puskesmas

No	Nama Penyakit	Jumlah	% (*)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	Lain-lain		
	Jumlah		

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Analisis Situasi dan Penentuan Masalah Kesehatan (Modul 04)*, 2002.

(*) Angka % ini adalah % dari semua kasus rawat jalan, jadi bukan % diantara 10 Penyakit saja.

1) Mortalitas

Dalam kelompok mortalitas, ada beberapa indikator yang lazim dipergunakan, seperti:

- CDR (*Crude Death Rate* atau Angka Kematian Kasar)
- ASDR (*Age Specific Death Rate* atau Angka Kematian Kelompok Umur Tertentu)

- IMR (*Infant Mortality Rate*/IMR atau Angka Kematian Bayi/AKB, yang sebenarnya adalah salah satu ukuran ASDR)
- MMR (*Maternal Mortality Rate*/MMR atau Angka Kematian Ibu/AKI)
- DSDR (*Disease Specific Death Rate*) atau Angka Kematian Yang Disebabkan Oleh Penyakit Tertentu.

Dari sejumlah ukuran mortalitas tersebut, hanya CDR yang mudah diperoleh, yaitu dari laporan lahir mati dari desa/kelurahan, dan angkanya dapat diandalkan (saheh), namun nilai CDR tidak ada gunanya dalam RO Puskesmas, karena CDR sebetulnya tidak sensitif menunjukkan derajat kesehatan masyarakat, karena CDR dipengaruhi oleh struktur umur penduduk. Negara yang mempunyai penduduk usia tua dalam jumlah yang banyak, akan mempunyai angka CDR lebih tinggi dari negara yang komposisi penduduknya didominasi oleh kelompok usia muda. Angka IMR dan MMR tidak tersedia di Puskesmas, karena kejadian kematiannya tidak cukup besar untuk dapat dipergunakan menghitung IMR dan MMR.

Angka kematian perlu diusahakan untuk mengetahui jumlah absolut kematian dan penyebab kematian, yang dikelompokkan ke dalam kematian ibu bersalin, kematian bayi, kematian anak balita, dan kematian umum. Data kematian di Puskesmas diperoleh dari laporan lahir mati dari desa/kelurahan yang dikumpulkan oleh bidan desa atau pembina kesehatan desa. Khusus untuk kematian ibu bersalin dan bayi baru lahir, setiap kejadian kematian langsung ditindak lanjuti dengan mengadakan *audit maternal perinatal* (AMP) di tingkat Puskesmas dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Tabel 4.2.
Contoh Format
Jumlah Kematian yang dilaporkan selama Tahun 2008

No	Kelompok Kematian	Jumlah
1	Kematian Ibu Bersalin	
2	Kematian Bayi	
3	Kematian Anak Balita	
4	Kematian Umum/Kematian kasar	

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Analisis Situasi dan Penentuan Masalah Kesehatan (Modul 04)*, 2002.

c. Analisis Situasi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan meliputi banyak hal, beberapa elemen perilaku kesehatan yang penting untuk intervensi kesehatan adalah sebagai berikut :

1) Kepercayaan/Konsep Kesehatan (*Health Belief*)

Dalam pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas adalah juga penting untuk memahami kepercayaan atau konsep yang dipercayai oleh masyarakat. Hal ini menjadi pertimbangan dalam merencanakan intervensi program kesehatan, khususnya dalam perencanaan program promosi kesehatan. Sebagai contoh, di suatu kecamatan tertentu ada kepercayaan bahwa ibu yang baru melahirkan harus “dipanggang” selama 10 hari di atas api. Biasanya untuk itu dibuatkan gubug kecil yang terpisah dari rumah utama. Si ibu dan bayinya berbaring di atas balai-balai kayu dengan alas tikar, dan di bawah balai kayu tersebut dibuatkan bara api yang memberi kehangatan. Masalahnya, ventilasi gubug tersebut sangat minim, yang menyebabkan tingginya kasus ISPA pada bayi tersebut dan bisa menyebabkan luka bakar. Contoh lain adalah pemberian “nasi papah” pada bayi di NTB yang telah terbukti menjadi penyebab kematian bayi. Nasi papah adalah nasi yang sudah diasamkan semalam (setelah dikuyah oleh ibunya) dan diberikan kepada bayi. Ada kepercayaan di beberapa daerah, bahwa penyebab penyakit tertentu disebabkan oleh supranatural.

2) Gaya Hidup

Gaya hidup yang erat kaitannya dengan kesehatan adalah pola konsumsi makan (diet), kebiasaan berolah raga, konsumsi rokok, konsumsi alkohol, penggunaan zat addiktif, dan perilaku seks yang tidak aman. Data tersebut di Puskesmas diperoleh dari Survei Mawas Diri (MMD) pada pembentukan Desa Siaga atau pada survei Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tatanan rumah tangga.

3) Pola Pencarian Pengobatan

Pola pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) adalah gambaran tentang kemana orang berobat kalau menderita sakit. Termasuk untuk mencari pertolongan persalinan. Salah satu cara untuk mengetahui pola pencarian pengobatan tersebut adalah melakukan analisis data Susenas. Dalam Susenas ditanyakan kemana penduduk berobat kalau memerlukan pengobatan rawat jalan.

4) Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Upaya penurunan kematian ibu yang dilakukan di Puskesmas antara lain melalui pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, untuk itu cakupannya harus terus menerus dipantau dan ditingkatkan untuk mencapai target diatas 90 %.

5) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif termasuk salah satu indikator dari 10 indikator PHBS tatanan rumah tangga. Pada saat pendataan PHBS tatanan rumah tangga, juga sekaligus dilakukan promosi 10 indikator PHBS termasuk indikator ASI eksklusif. Pemberian ASI eksklusif perlu terus ditingkatkan, mengingat cakupannya masih sangat rendah.

d. Analisis Situasi Lingkungan Kesehatan

Lingkungan kesehatan adalah determinan utama yang memberi kontribusi terbesar (45%) terhadap derajat kesehatan masyarakat, terutama terhadap masalah penyakit infeksi dan beberapa masalah penyakit non infeksi seperti polusi dan kecelakaan. Oleh sebab itu, intervensi program kesehatan lingkungan harus mendapat prioritas dalam program kesehatan masyarakat. Secara spesifik lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan dapat dikategorikan dalam aspek lingkungan fisik, biologis dan sosial ekonomi.

Lingkungan fisik antara lain suhu udara, kelembaban, penyinaran matahari, kebisingan dan lain-lain. Aspek-aspek tersebut di atas mempengaruhi terjadinya penyakit dan derajat kesehatan masyarakat. Misalnya tingkat kelembaban yang berbeda mempengaruhi tingkat pertumbuhan bakteri, yang kemudian mengganggu kesehatan manusia. Analisis lingkungan fisik dapat dilakukan dengan menggunakan data yang ada seperti Badan Meteorologi dan Geofisika, Badan Pengendalian Lingkungan dan lain-lain.

Lingkungan biologi yaitu sanitasi, kuman penyakit, vektor, binatang ternak dan lain-lain. Ada beberapa indikator yang dapat digunakan dalam menganalisis lingkungan biologis, seperti akses terhadap air bersih, jumlah jamban dan pembuangan sampah, keberadaan vektor penyakit. Indikator yang digunakan juga sangat bervariasi tergantung dari jenis datanya. Analisis keadaan lingkungan biologis ini berguna untuk mengetahui faktor risiko tertentu yang berkaitan dengan penyakit. Sebagai contoh, di sebuah Puskesmas ternyata kebun salak menjadi "*resting place*" nyamuk malaria. Di Puskesmas lain, bekas kaki ternak sapi di tempat penggembalaan menjadi "*breeding place*" nyamuk malaria pada musim hujan. Air bersih dan ketersediaan jamban keluarga sudah diketahui berkaitan erat dengan kejadian diare. Demikian juga, lantai rumah yang terbuat dari tanah meningkatkan risiko kejadian ISPA dan diare dalam rumah tangga. Analisis situasi lingkungan biologis suatu wilayah kerja Puskesmas perlu dilakukan lebih teliti didukung oleh data yang akurat dan sah. Beberapa keadaan lingkungan biologis yang perlu mendapat perhatian, yaitu:

- *Vektor* penyakit - Untuk daerah endemis malaria, perlu melakukan identifikasi jenis nyamuk malaria serta perilaku biologisnya (tempat bertelur atau *breeding place*, tempat hinggap atau istirahat atau *resting place* dan pola waktu menghisap darah),
- Air bersih - Ketersediaan air bersih sangat vital untuk kesehatan. Dari pendataan Puskesmas dapat diketahui jumlah dan persentase rumah tangga yang mempunyai air bersih dan dari mana sumber air bersih tersebut,
- Fasilitas tempat buang air besar - Dengan mengetahui jumlah dan persentase rumah tangga yang belum mempunyai jamban yang baik, bisa direncanakan intervensi khusus, seperti fasilitas konstruksi jamban keluarga melalui upaya gotong royong masyarakat atau membangun jamban umum,
- Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL) - Air limbah atau air buangan adalah sisa air yang dibuang yang berasal dari rumah tangga, industri, maupun tempat-

tempat umum lainnya, dan pada umumnya mengandung bahan-bahan atau zat-zat yang dapat membahayakan bagi kesehatan atau mengganggu lingkungan hidup.

- Lantai rumah - Lantai rumah yang terbuat dari tanah telah diketahui meningkatkan risiko penyakit ISPA dan diare. Tujuan analisis tentang keadaan lantai tanah adalah untuk mengetahui berapa banyak rumah masyarakat yang lantainya terbuat dari tanah. Informasi ini berguna untuk advokasi kepada Pemerintah Daerah, kantor Kecamatan atau sektor lain yang terkait dengan program lantainisasi rumah penduduk.
- Sampah dan polusi - Sampah yaitu sesuatu yang tidak digunakan, tidak dipakai, tidak disenangi, atau sesuatu yang dibuang yang berasal dari kegiatan manusia. Sampah erat kaitannya dengan kesehatan masyarakat, karena dari sampah tersebut akan hidup berbagai mikroorganisme penyebab penyakit dan juga binatang serangga sebagai penyebar penyakit (*vektor*).

Analisis lingkungan sosial ekonomi masyarakat juga sangat bermanfaat dalam menganalisis faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Misalnya hasil studi epidemiologis menyebutkan bahwa proporsi penderita tuberkulosis lebih banyak terjadi pada masyarakat dengan status ekonomi strata bawah. Tingkat ekonomi masyarakat juga dapat menjadi indikator kemampuan masyarakat untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan. Data yang diperlukan untuk menganalisis lingkungan ekonomi diantaranya adalah pendapatan keluarga, perkembangan pendapatan asli daerah (PAD), dan lain-lain. Sedangkan lingkungan sosial masyarakat seperti lembaga adat, organisasi sosial kemasyarakatan, lembaga sosial keagamaan dan lain-lain.

e. Analisis Program dan Pelayanan Puskesmas

Tujuan dari analisis ini adalah untuk menemu kenali kelemahan dan kekurangan yang ada dalam sistem pelayanan dan program kesehatan sehingga bisa diperbaiki dalam tahun mendatang.

Program dan pelayanan kesehatan Puskesmas pada dasarnya adalah sebuah sistem, maka analisis yang dilakukan adalah analisis sistem, yaitu suatu cara kerja dengan menggunakan fasilitas yang tersedia, melakukan pengumpulan berbagai masalah yg dihadapi oleh suatu sistem pelayanan dan program kesehatan untuk kemudian dicarikan berbagai jalan keluar/pemecahan yang memungkinkan lengkap dengan uraiannya sehingga dapat membantu pimpinan Puskesmas dalam pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan Puskesmas yg telah ditetapkan. Analisis dengan pendekatan sistem dilakukan dengan cara merinci faktor-faktor atau komponen-komponen sistem pelayanan dan program kesehatan. Oleh sebab itu, analisis situasi program dan pelayanan Puskesmas meliputi analisis terhadap :

- *Input* : Sumber daya Puskesmas meliputi 7 M + 1 I,
- *Proses* : Proses manajemen Puskesmas yakni pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen dan pelayanan kesehatan Puskesmas. Namun karena aspek

“proses” dalam program dan pelayanan Puskesmas sangat banyak dan berbeda-beda, maka analisis lebih menekankan pada *input* dan *output*.

- *Output* (hasil antara) : Indikator-indikator ketiga pilar Indonesia Sehat 2010 yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
- *Outcome* (hasil akhir) : Derajat kesehatan berupa indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbiditas (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi.
- *Impact* (manfaat dan dampak/efek) : Efek langsung dan tidak langsung atau konsekuensi yang diakibatkan dari pencapaian tujuan, yaitu *benefit cost*, kepuasan pelanggan dan masyarakat serta derajat kesehatan (Angka Harapan Hidup/AHH).
- Lingkungan : Lingkungan fisik, biologis, dan sosio-kultural, lingkungan tugas (*task environment*) dan lingkungan umum (*general environment*) atau lingkungan makro, yaitu ekonomi, sosial, budaya, demografi, dan lingkungan, politik, pemerintahan, dan hukum, teknologi, dan persaingan.

Analisis situasi program dan pelayanan kesehatan Puskesmas dilakukan dengan mengevaluasi pencapaian tujuan dan target kinerja program Puskesmas tahun yang lalu atau tahun berjalan sebagai titik awal bagi kegiatan tahun mendatang. Yang perlu diketahui apakah target-target tahun yang lalu atau tahun yang sedang berjalan bisa tercapai atau tidak.

f. Analisis Sarana dan Prasarana

Analisis sarana kesehatan dilakukan dengan menginventarisasi sarana kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas baik sarana kesehatan pemerintah maupun swasta. Juga dilakukan analisis sarana transportasi meliputi keadaan sarana jalan (apakah bisa dilalui kendaraan roda dua dan roda empat), jarak tempuh dari desa/kelurahan ke Puskesmas dan sarana kesehatan rujukan. Jumlah pemilik kendaraan roda empat yang bisa dipergunakan sebagai ambulan/angkutan ibu bersalin (Anglin), serta analisis sarana komunikasi (pos, telepon, dan lain-lain) yang tersedia di wilayah kerja Puskesmas. Analisis sarana transportasi dan sarana komunikasi menggambarkan tentang tingkat mobilitas penduduk, pengiriman data dan logistik, supervisi, kemudahan rujukan pasien dan sebagainya.

2. Mengidentifikasi Masalah dan Prioritasnya

Melalui analisis situasi akan dihasilkan berbagai macam masalah. Masalah adalah kesenjangan yang dapat diamati antara situasi dan kondisi yang terjadi dengan situasi dan kondisi yang diharapkan, atau kesenjangan yang dapat diukur antara hasil yang mampu dicapai dengan tujuan dan target yang ingin dicapai. Masalah juga dapat dirumuskan dalam bentuk hambatan kerja dan kendala yang dihadapi staf Puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas. Masalah kesehatan masyarakat antara lain adalah adanya suatu penyakit yang

berkembang pada kurun waktu tertentu dan menyerang kelompok-kelompok masyarakat di wilayah kerja Puskesmas. Dengan menggunakan batasan masalah tersebut, berbagai jenis masalah dapat dirumuskan.

Sumber informasi masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas dapat diperoleh dari berbagai cara, antara lain :

- Laporan-laporan kegiatan Puskesmas yaitu Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) dan Sistem Informasi Posyandu (SIP), Laporan sarana kesehatan swasta, Umpan balik cakupan program dan profil kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Laporan kantor Kecamatan, dinas/instansi terkait tingkat kecamatan, dan Desa/Kelurahan;
- Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)/*Local Area Monitoring* (LAM) upaya Puskesmas seperti PWS-KIA/KB-Imunisasi, PWS-Gizi, PWS-Penyehatan Lingkungan, dan lain-lain;
- Laporan mingguan penyakit menular/wabah;
- Surveilans epidemiologi atau pemantauan penyebaran penyakit menular, dilakukan bila ditemukan penderita penyakit menular seperti demam berdarah dengue, morbili, dan sebagainya;
- Survei Mawas Diri (MMD) pada pelaksanaan tahapan-tahapan PKMD, seperti pada pembentukan dan pengembangan Desa Siaga.

Pada era otonomi daerah/desentralisasi, penentuan prioritas masalah kesehatan yang potensial berkembang di wilayah kerja Puskesmas dan faktor risikonya perlu dipertajam oleh Puskesmas, sehingga pengembangan program kesehatan di wilayah kerja Puskesmas sesuai dengan keadaan dan kebutuhan masyarakat yang spesifik untuk wilayah tersebut (*local specific*).

Oleh karena keterbatasan sumber daya (7 M + 1 I), maka tidak semua masalah kesehatan tersebut dapat dipecahkan sekaligus untuk direncanakan pemecahannya. Untuk itu perlu dipilih masalah kesehatan yang “*feasibel*” untuk dipecahkan. Proses memilih masalah kesehatan ini disebut memilih atau menetapkan prioritas masalah. Ada beberapa cara untuk menentukan prioritas masalah kesehatan, antara lain teknik skoring, teknik non skoring, dan mempertimbangkan *trend*/ kebijakan.

a. **Teknik Skoring**

Yaitu memberikan nilai (skore) terhadap masalah kesehatan masyarakat dengan menggunakan ukuran (parameter) seperti:

- Prevalensi penyakit (*prevalence*) atau besarnya masalah;
- Kenaikan atau meningkatnya prevalensi (*rate of increase*);
- Keinginan masyarakat untuk menyelesaikan masalah tersebut (*degree of unmeet need*);
- Keuntungan sosial yang diperoleh bila masalah tersebut diatasi (*social benefit*);
- Teknologi yang tersedia dalam mengatasi masalah (*technical feasibility*);

- Sumber daya yang tersedia yang dapat dipergunakan untuk mengatasi masalah (*resources availability*).

Contoh teknik skoring adalah Teknik PAHO

Teknik ini dikembangkan oleh PAHO (*Pan American Health Organization*). Prioritas masalah kesehatan ditentukan indikator-indikator sebagai berikut:

1) *Magnitude* (M) masalah

Menunjukkan berapa banyak penduduk yang terkena masalah tersebut. Ini bisa ditunjukkan oleh prevalens penyakit tersebut di masyarakat. Dalam hal ini misalnya, *magnitude* ISPA lebih besar daripada HIV/AIDS, sehingga dari segi *magnitude*, ISPA lebih penting daripada HIV/AIDS.

2) *Severity* (S)

Menunjukkan tingkat keparahan dampak yang diakibatkan oleh masalah kesehatan tersebut. Ini bisa ditunjukkan misalnya oleh CFR (*case fatality rate*) penyakit yang bersangkutan atau oleh besarnya biaya yang diperlukan untuk menanggulangi atau mengobatinya. Dalam hal ini, *severity* HIV/AIDS jauh lebih besar daripada influenza.

2) *Vulnerability* (V)

Menunjukkan apakah kita memiliki cara atau teknologi yang murah dan efektif untuk mengatasi masalah tersebut. Misalnya, campak lebih *vulnerable* dibandingkan TB, karena campak mudah dicegah dengan imunisasi sedangkan TB, seperti kita ketahui tidak mudah.

3) *Community concern* (C)

Menunjukkan tingkat kehebohan yang ditimbulkan oleh masalah tersebut di tengah masyarakat. Penyakit HIV/AIDS tentu lebih menghebohkan daripada TB misalnya.

- Cara menggunakan keempat indikator tersebut adalah meminta pendapat sejumlah ahli (antara 5 – 8 orang) untuk memberikan skore bagi masing-masing masalah yang akan ditentukan peringkat prioritasnya. Besarnya skore tersebut adalah antara 1 sampai 10. Untuk Puskesmas yang mempresentasikan sebagai ahli adalah para penanggung jawab program Puskesmas,
- Hasil tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan tabel berikut:

Tabel 4.3.
Contoh Teknik Skoring PAHO (*Pan American Health Organization*)

Penyakit	M	S	V	C	Total
HIV/AIDS	2	10	2	8	320
TBC	6	5	4	6	720
Malaria	7	4	6	4	672
Ca Paru	3	7	4	4	336
ISPA	10	2	8	3	480

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan (Modul – 05)*, 2002.

Dalam contoh diatas, para ahli memberikan skore secara vertikal untuk kelima masalah tersebut. Skore masing-masing berkisar 1 sampai 10. Kemudian dihitung skore rata-rata dari sejumlah pakar tersebut. Skore rata-rata tersebut ditulis dalam kolom yang relevan (misalnya mulai dari kolom M). Kemudian berikutnya dilakukan untuk kolom S dari atas ke bawah (vertikal), demikian selanjutnya untuk kolom V dan C.

Setelah itu, skore dikalikan dengan arah horizontal. Hasilnya ditulis pada kolom paling kanan.

Dalam contoh di atas, maka urutan prioritas adalah: (1) TB, (2) Malaria, (3) ISPA, (4) Ca Paru, dan (5) HIV/AIDS.

Ada beberapa kelemahan cara ini, yaitu:

- a) Menentukan siapa yang disebut sebagai ahli atau pakar;
- b) Orang akan bias terhadap masalah yang dikuasainya, artinya pakar HIV/AIDS cenderung memberi skore tinggi untuk masalah tersebut;
- c) Tanpa mengetahui data, akhirnya pakar tersebut juga akan memberikan skore atas pertimbangan subyektif.

c. Teknik Non Skoring

Dengan menggunakan teknik ini masalah dinilai melalui diskusi kelompok, oleh sebab itu disebut *nominal group technique* (NGT). Ada 2 (dua) macam NGT, yaitu:

- 1) *Delphi Technique*, yaitu masalah-masalah didiskusikan oleh sekelompok orang yang mempunyai keahlian yang sama. Melalui diskusi tersebut akan menghasilkan prioritas masalah yang disepakati bersama.

Adapun caranya adalah sebagai berikut :

- a) Identifikasi masalah yg hendak/perlu diselesaikan;

- b) Membuat kuesioner dan menetapkan peserta/para ahli yg dianggap mengetahui dan menguasai permasalahan;
- c) Kuesioner dikirim kepada para ahli, kemudian menerima kembali jawaban kuesioner yang berisikan ide dan alternatif solusi penyelesaian masalah;
- d) Pembentukan tim khusus untuk merangkum seluruh respon yg muncul dan mengirim kembali hasil rangkuman kepada partisipan;
- e) Partisipan menelaah ulang hasil rangkuman, menetapkan skala prioritas/memeringkat alternatif solusi yang dianggap terbaik dan mengembalikan kepada pemimpin kelompok/pembuatan keputusan.

f)

2) *Delbeq Technique* (dipernalkan oleh *Andre Delbeque*)

Adapun caranya adalah sebagai berikut :

- a) Peringkat masalah ditentukan oleh sekelompok ahli yang berjumlah antara 6 sampai 8 orang;
- b) Mula-mula dituliskan pada *white board* masalah apa yang akan ditentukan peringkat prioritasnya;
- c) Kemudian masing-masing orang tersebut menuliskan peringkat atau urutan prioritas untuk setiap masalah yang akan ditentukan prioritasnya,
- d) Penulisan tersebut dilakukan secara tertutup;
- e) Kemudian kertas dari masing-masing orang dikumpulkan dan hasilnya dituliskan di belakang setiap masalah;
- f) Nilai peringkat untuk setiap masalah dijumlahkan, jumlah paling kecil berarti mendapat peringkat tinggi (prioritas tinggi).
- *Delbeque* menyarankan dilakukan satu kali lagi pemberian peringkat tersebut, dengan harapan masing-masing orang akan mempertimbangkan kembali peringkat yang diberikannya setelah mengetahui nilai rata-rata;
- Tidak ada diskusi dalam teknik ini, yaitu untuk menghindari orang yang dominan memengaruhi orang lain.

Cara ini mempunyai beberapa kelemahan, yaitu:

- a) Menentukan siap yang seharusnya ikut dalam menentukan peringkat prioritas tersebut,
- b) Penentuan peringkat bisa sangat subyektif,
- c) Cara ini lebih bertujuan mencapai konsensus dari *interest* yang berbeda dan tidak untuk menentukan prioritas atas dasar fakta.

d. Mempertimbangkan *Trend* (Kecenderungan) Kebijakan

Cara lain menentukan peringkat masalah kesehatan adalah dengan menelaah *trend*/kecenderungan kebijakan yang berkembang baik pada tingkat nasional maupun internasional. Asumsinya adalah bahwa kebijakan-kebijakan tersebut tentunya didasarkan pada fakta empiris atau *evidence* yang valid.

Berikut ini beberapa kebijakan yang memberi arah pada penentuan prioritas masalah kesehatan.

1) Gerakan Global dalam Dekade 1980 -1990

Ada beberapa gerakan global yang menekankan pentingnya beberapa masalah kesehatan diberikan prioritas lebih tinggi, yaitu gerakan kesetaraan gender menekankan pentingnya kesehatan reproduksi, Deklarasi hak-hak anak (*New York*, 1999) menekankan pentingnya menjamin hak anak antara lain bidang kesehatan dan gizi anak, dan gerakan HAM menekankan pentingnya menjamin kesehatan masyarakat terasing.

2) Paradigma Pembangunan yang Berpusat pada Penduduk

“*People centered development*” adalah suatu paradigma pembangunan yang terfokus pada pengembangan sumber daya manusia (SDM). Mutu penduduk menurut paradigma ini, adalah kunci bagi suksesnya sebuah bangsa. Oleh sebab itu perlu dilakukan inventasi untuk mengembangkan mutu SDM. UNICEF menyarankan agar investasi tersebut dilakukan sejak dini. Salah satu alasan adalah karena pada masa itulah terjadi pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak. Menurut paradigma ini, yang harus mendapat prioritas adalah masalah kesehatan yang berkaitan dengan kehamilan (kesehatan ibu hamil), masalah kesehatan saat melahirkan (pertolongan persalinan), masalah kesehatan bayi dan anak balita, dan masalah kesehatan anak sekolah.

3) Komitmen Global

Prioritas masalah Puskesmas juga perlu memasukan beberapa masalah kesehatan yang sudah menjadi komitmen global. Berikut ini adalah beberapa masalah kesehatan yang termasuk dalam komitmen global yaitu Malaria, TB, HIV/AIDS, Polio, Lepre (WHO), kesehatan anak (Deklarasi Hak Anak, New York 1999, WHO), dan kesehatan reproduksi (*Safe motherhood*, Konferensi Kependudukan Sedunia, Kairo, 1994, WHO).

4) Komitmen Nasional

Disamping masalah kesehatan yang termasuk dalam komitmen global diatas, pada tingkat nasional juga ada beberapa masalah kesehatan yang ditetapkan sebagai prioritas, yaitu Keluarga Berencana, Demam Berdarah Dengue, gizi ibu hamil, balita, dan anak sekolah, pengguna narkoba, PD3I (penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi), dan pneumonia balita.

Untuk menentukan prioritas masalah kesehatan dalam RO Puskesmas, disarankan untuk menggunakan 3 (tiga) pendekatan berikut, yaitu:

- 1) Menggunakan informasi tentang komitmen global dan nasional, kecuali terbukti bahwa masalah yang telah menjadi komitmen global dan nasional tersebut betul-betul tidak ada di wilayah kerja Puskesmas bersangkutan. Oleh sebab itu, masalah yang perlu diberikan prioritas adalah PD3I (Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi), Malaria, TB, HIV/AIDS, Lepre, Demam Berdarah Dengue, dan Kurang gizi (khususnya ibu hamil, bayi, anak balita dan anak sekolah).
- 2) Kalau ada masalah lain di luar masalah yang termasuk dalam komitmen global dan nasional tersebut, Puskesmas bisa menggunakan teknik PAHO untuk menelaah prioritasnya. Misalnya Puskesmas tertentu mungkin juga

menghadapi masalah-masalah yang bersifat spesifik lokal (*local specific*) seperti Filariasis, Frambusia, Rabies, Keracunan pestisida, Kecelakaan, Penggunaan narkoba, dan lain-lain.

- 3) Juga disarankan agar masalah yang menyangkut pembangunan mutu manusia sejak dini hendaknya diberi prioritas tinggi. Ini berkaitan dengan upaya untuk menjamin pertumbuhan otak yang optimal. Maka masalah yang menyangkut hal-hal berikut perlu diprioritaskan, yaitu Kesehatan ibu hamil, Kesehatan ibu melahirkan, Kesehatan bayi, Kesehatan ibu nifas, Kesehatan anak balita, dan Kesehatan anak sekolah.

Berdasarkan analisis situasi terhadap kemampuan dan potensi Puskesmas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan, dirumuskan masalah program Puskesmas. Masalah program dikategorikan menjadi beberapa masalah yaitu masalah *input*, proses, *output*, *outcome*, dan *impact*.

Beberapa contoh masalah program Puskesmas dengan tinjauan sistem:

- a. **Masalah *input*** : Dukungan sumber daya Puskesmas kurang memadai seperti pegawai Puskesmas baik jumlah maupun kualifikasinya kurang, kemauan dan kemampuan kerja pegawai rendah (*man*), dana operasional dan program kurang mencukupi serta turunnya sering terlambat (*money*). Ketersediaan obat baik jenis maupun jumlahnya kurang memadai untuk mengatasi masalah kesehatan yang berkembang di wilayah kerja Puskesmas, alat kesehatan baik jenis maupun jumlahnya kurang, sarana penunjang seperti sarana pencatatan dan pelaporan, sarana transportasi, mebel kurang mencukupi (*material*). Metode penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dengan metode pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) belum konsisten dilaksanakan (*method*). Segementasi pasar sasaran program dan pemasaran sosial program Puskesmas belum terlaksana sebagaimana mestinya (*market* dan *social marketing*). Pegawai Puskesmas kurang memanfaatkan waktu kerja yang tersedia untuk mengembangkan tugas-tugasnya, sehingga produktivitas kerjanya rendah, serta kegiatan dan program Puskesmas belum efektif dan efisien (*minutes/ time*). Data sasaran program Puskesmas terutama sasaran prioritas seperti PUS, ibu hamil, ibu menyusui, bayi, dan anak balita, belum terpantau, tercatat, terlayani seluruhnya di Posyandu dan Puskesmas. Demikian juga sasaran usia lanjut belum seluruhnya tercatat, terpantau, dan terlayani di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu). Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) serta Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) belum terselenggara sebagaimana mestinya (*information*).
- b. **Masalah proses** : Masalah ini berhubungan dengan proses manajemen (POAC/E) dan proses pelayanan kesehatan yang ditunjang oleh pelaksanaan standar mutu pelayanan dan *standard operating procedure* (SOP) Puskesmas dan SP3-SIMPUS. Masalah proses, seperti belum terumuskannya dan/atau belum dipahaminya tentang visi, misi, tujuan dan program Puskesmas oleh *stakeholder* Puskesmas, tujuan dan rumusan masalah program kurang jelas

sehingga RO Puskesmas kurang relevan dengan upaya pemecahan masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas (*Planning*), Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Puskesmas belum ditetapkan dalam Peraturan Daerah dan/ atau belum sesuai dengan aturan serta pedoman yang merujuk pada Peraturan Menteri Dalam Negeri No.23 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/ Menkes/ SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, uraian tugas pokok dan fungsi (Tupoksi) belum dilaksanakan dan/atau belum disusun, pembagian tugas dan tanggung jawab diantara para pegawai Puskesmas kurang profesional dan proporsional (*Organizing*). Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Simplifikasi (KISS) kegiatan dan program Puskesmas kurang berjalan seperti yang diharapkan, motivasi pegawai rendah, kepemimpinan kepala Puskesmas kurang efektif (*Actuating*), Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3) dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas lemah dan jarang dilakukan, stratifikasi Puskesmas atau penilaian kinerja Puskesmas belum dilaksanakan sebagaimana mestinya (*Controlling* dan *Evaluating*), standar mutu pelayanan dan *Standard Operating Procedure* (SOP) Puskesmas belum dirumuskan dan/ atau belum dilaksanakan, sehingga pelayanan kesehatan masih kurang berkualitas, SP3 kurang akurat dan sah serta belum dimanfaatkan untuk proses pengambilan keputusan dan proses manajemen, serta belum ditindak lanjuti dan diumpun balikkan,

- c. **Masalah Output** : Belum tercapainya target cakupan program Puskesmas yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM)Puskesmas.
- d. **Masalah outcome** (Hasil akhir) : Masih tingginya angka kesakitan (*morbiditas*) dan angka kematian (*mortalitas*) ibu, bayi, dan anak balita serta masih rendahnya status gizi.
- e. **Masalah Impact** (manfaat dan dampak) : Masih rendahnya *benefit cost*, kepuasan pelanggan dan masyarakat serta derajat kesehatan (angka harapan hidup/AHH).
- f. **Masalah Lingkungan** : Lingkungan fisik, biologis, dan sosio-kultural masih kurang mendukung terhadap keberhasilan program Puskesmas, kurangnya komitmen, dukungan, dan keikutsertaan lintas sektoral dan *stakeholder* Puskesmas.

Beberapa contoh masalah Upaya Puskesmas (Upaya *Basic-six*) :

- a. **Upaya Promosi Kesehatan** : Desa/Kelurahan Sehat sebagai pilar Kecamatan Sehat belum diupayakan secara terarah dan terencana, Desa Siaga belum dilaksanakan sebagaimana mestinya dengan pendekatan PKMD dan kurangnya dukungan sumber daya, program promosi kesehatan belum dijadikan program prioritas, Posyandu cenderung menurun kualitasnya, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, tempat kerja, tempat umum, dan sarana kesehatan belum membudaya dan memasyarakat.

- b. Upaya Kesehatan Lingkungan :** Penyediaan air bersih belum memadai baik kuantitas maupun kualitas (terkontaminasi E. Coli), rendahnya kepemilikan jamban keluarga, cakupan sarana pembuangan air limbah masih rendah serta banyak air comberan dan air kotor yang tergenang, sampah masih berserakan dan tidak adanya pembuangan sampah akhir di tingkat dusun dan desa, pembuat dan penjaja makanan belum terpantau dan terbina.
- c. Upaya Gizi Masyarakat :** Tingginya prevalensi anemia ibu hamil akibat kekurangan zat besi, Kekurangan Energi Kronis (KEK) ibu hamil, tingginya prevalensi gondok endemik, Kekurangan Kalori Protein (KKP), BBLR, dan kekurangan vitamin A, cakupan penimbangan Balita masih rendah, dan kurangnya program pemberian makanan tambahan.
- d. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana :** Masih tingginya angka kematian ibu bersalin, neonatal dan perinatal, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan masih rendah, cakupan pemeriksaan ibu hamil masih belum mencapai target, tingginya prevalensi anemia pada remaja wanita dan ibu hamil, tingginya kasus Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), tingkat kepesertaan KB cenderung menurun serta penggarapan dan dukungan program KB yang semakin lemah.
- e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular :** Prevalensi penyakit yang ditularkan melalui vektor (*vector borne diseases*) cukup tinggi seperti demam berdarah dengue, malaria, dan filariasis, tingginya prevalensi penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) seperti TBC, morbili, dan tingginya prevalensi kasus penyakit menular akibat hubungan seks (gonore, sifilis, herpes, AIDS dan sebagainya).
- f. Upaya pengobatan :** Terbatasnya obat dan alat kesehatan baik jenis maupun jumlahnya, belum terlaksananya pengobatan rasional, standar mutu dan *standard operating procedure* pengobatan Puskesmas, sistem pencatatan dan pelaporan penyakit belum berjalan sebagaimana mestinya dan belum mengikutsertakan unit pelayanan kesehatan swasta di wilayah kerja Puskesmas serta belum diumpan balikkan dan ditindak lanjuti.

3. Menetapkan Tujuan dan Sasaran Rencana Operasional Puskesmas

Menetapkan tujuan pada hakekatnya adalah menentukan tingkat pengurangan masalah (*problem reduction level*) yang digariskan dalam kurun waktu tertentu. Karena itu perumusan tujuan pada RO Puskesmas harus dituliskan secara jelas, dengan kata kerja aktif, dapat diukur tingkat pengurangan masalahnya, dan dapat dilihat pencapaian keberhasilannya. Selain itu perumusan tujuan harus jelas lingkup kurun waktunya, karena harus dapat diperkirakan dalam waktu berapa lama *problem reduction level* tersebut akan dicapai.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk menyusun RO program Puskesmas :

- a. Tujuan RO program Puskesmas adalah hasil akhir sebuah kegiatan. Oleh karena itu, tujuan RO program Puskesmas dipakai untuk mengukur keberhasilan program Puskesmas;
- b. Tujuan RO Puskesmas harus sesuai dengan masalah;
- c. Target ditetapkan sesuai kemampuan Puskesmas dan dapat diukur;
- d. Target operasional biasanya ditetapkan dalam kurun waktu tertentu dan hasil akhir yang ingin dicapai pada akhir kegiatan program;
- e. Berbagai macam kegiatan alternatif dipilih untuk mencapai tujuan program;
- f. Kegiatan untuk mencapai tujuan dikembangkan dari beberapa program terkait;
- g. Masalah dan faktor-faktor penyebab masalah serta dampak masalah yang telah dan mungkin terjadi di masa yang akan datang sebaiknya dikaji lebih dahulu sebelum tujuan dan target operasionalnya ditetapkan.

Tujuan RO program Puskesmas terdiri atas tujuan umum dan tujuan khusus.

Tujuan Umum

Tujuan umum adalah suatu tujuan masih bersifat umum dan masih dapat dijabarkan ke dalam tujuan-tujuan khusus, serta pada umumnya masih bersifat abstrak. Tujuan Umum adalah keadaan yang akan dicapai di masa yang akan datang yang dinyatakan secara kualitatif. Rumusan tujuan tersebut biasanya juga bersifat umum. Misalnya tujuan program penimbangan balita adalah membaiknya kesehatan balita. Ini adalah rumusan tujuan umum. Seperti kita ketahui, kesehatan balita dipengaruhi banyak faktor seperti misalnya tingkat sosial ekonomi rumah tangga, bukan saja karena penimbangan.

Dalam hierarki hubungan *input*, proses, *output*, *outcome* dan *impact*, tujuan umum lebih mengacu pada “*outcome*” dan bukan pada “*output*”. Dalam contoh diatas, *output* program penimbangan balita adalah ditemukannya balita gizi kurang dan pemberian PMT pemulihan kepada balita tersebut. Sedangkan *outcome*-nya adalah meningkatnya kesehatan balita. Seringkali dalam rumusan tujuan umum juga tidak disebutkan kapan tujuan tersebut akan dicapai.

Tujuan Khusus

Tujuan khusus adalah tujuan-tujuan yang dijabarkan dari tujuan umum. Tujuan khusus merupakan jembatan untuk tujuan umum, artinya tujuan umum yang ditetapkan akan tercapai, apabila tujuan-tujuan khususnya tercapai. Tujuan khusus lebih spesifik dari tujuan umum, yaitu keadaan yang akan dicapai dimasa yang akan datang yang jelas ukurannya, jelas waktu untuk mencapainya, jelas siapa sasarannya, dan jelas pula lokasinya.

Tujuan khusus biasanya disetarakan dengan *output* (hasil segera dari sebuah program) atau kadang-kadang disetarakan dengan *effect*, yaitu “dampak antara” suatu program. Sebagai contoh, jumlah balita yang diimunisasi adalah *output*, sedangkan kekebalan yang timbul dalam tubuh balita tersebut disebut *effect*. Kemudian, menurunnya angka kematian balita disebut *outcome*. Hal tersebut diilustrasikan dalam tabel 4.4. berikut.

Tabel 4.4.
Hubungan Tujuan Umum dan Tujuan Khusus dengan *Input, Process,*
Output, Effect, dan Outcome

<i>Input</i>	<i>Process</i>	<i>Output</i>	<i>Effect</i>	<i>Outcome</i>
Tujuan <i>Input</i>	Tujuan <i>Process</i>	Tujuan Khusus	Tujuan Khusus	Tujuan Umum
Target <i>Input</i>	Target <i>Process</i>	Target <i>Output</i>	Target <i>Effect</i>	Target <i>Outcome</i>
Vaksin <i>Cold Chain</i> Juru Imunisasi	<i>Sweeping</i>	Cakupan	Kekebalan	Kematian balita turun

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*, 2002.

Untuk merumuskan tujuan program (dalam arti tujuan khusus), ada 5 (lima) hal yang perlu diperhitungkan yaitu:

- a. Tujuan yang ditetapkan dalam Rencana Strategis;
- b. Kecenderungan (*trend*) kinerja program tersebut di masa lalu;
- c. Fenomena “*diminishing return*”;
- d. Prospek sumber daya;
- e. Kapasitas institusi/infrastruktur.

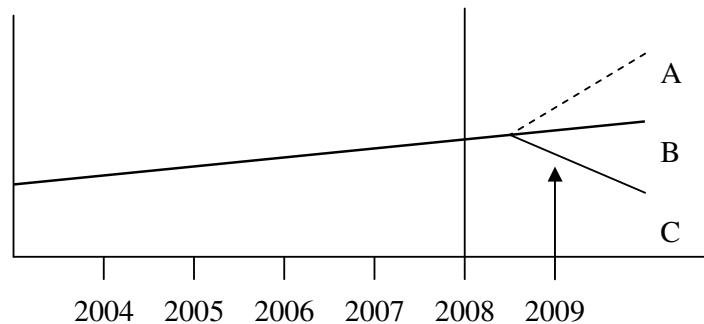
a. Tujuan Rencana Strategis

Dalam Rencana Strategis (Renstra) Puskesmas telah menetapkan tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas yang akan dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun. Kemudian dinilai sejauhmana tujuan Renstra tersebut tingkat pencapaiannya. Apakah masih bisa dicapai pada akhir tahun kelima. Apakah pencapaian sampai tahun ini sudah melampaui target tahunan dalam jadwal Renstra Puskesmas. Kalau pencapaian tujuan tahunan Renstra Puskesmas sudah terlalu terlambat dari jadwal, tentu tahun depan kinerja program harus dipacu.

b. Kecenderungan Tahun-tahun Sebelumnya

Kecenderungan kinerja program Puskesmas di tahun-tahun sebelumnya bisa memberi petunjuk tentang sejauhmana seharusnya tujuan tahun depan akan ditetapkan. Kecenderungan kinerja Puskesmas tersebut diketahui kalau Puskesmas menempatkan pencapaian tahun-tahun sebelumnya dalam sebuah grafik seperti berikut :

Grafif 4.1.
Contoh Grafik Pencapaian Salah Satu Program Puskesmas



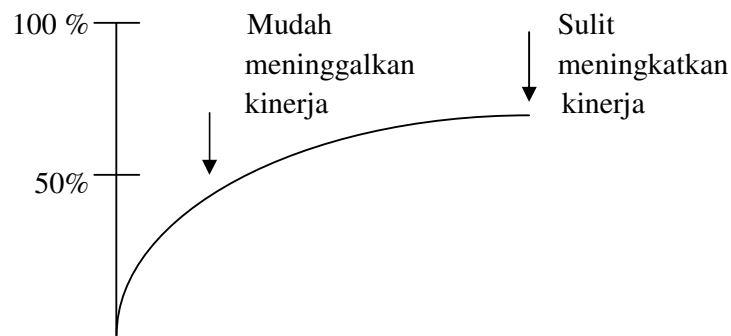
Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*, 2002.

Dalam Grafik 4.1. Tujuan yang lebih realistis adalah tujuan B dan bukan tujuan A maupun tujuan C, dengan asumsi bahwa kecenderungan yang terjadi pada tahun-tahun yang lalu akan berlanjut pada tahun mendatang.

c. Fenomena “*diminishing return*”

Arti dari fenomena “*diminishing return*” adalah lebih mudah meningkatkan kinerja pada saat kinerja tersebut masih rendah, dan semakin susah meningkatkan kinerja kalau kinerja tersebut sudah tinggi. Fenomena ini digambarkan pada Grafik 4.2 berikut:

Grafik 4.2.
Grafik “*Diminishing Return*” Pencapaian Kinerja Puskesmas



Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*, 2002.

d. Prospek Sumber Daya

Keempat, yang perlu diperhitungkan dalam menentukan tujuan program adalah prospek ketersediaan sumber daya dalam tahun mendatang. Krisis ekonomi, inflasi yang tinggi, adanya pimpinan daerah atau legislatif yang baru yang tidak memandang kesehatan sebagai salah satu pilar pembangunan daerah, adalah beberapa contoh keadaan yang memberi prospek kurang baik bagi tersedianya sumber daya Puskesmas. Keputusan pemerintah pusat untuk mengalokasikan dana langsung ke Puskesmas serta keputusan Pemda dan DPRD Kabupaten/Kota untuk mengembalikan 100 % hasil retribusi Puskesmas, adalah contoh sebuah prospek yang baik bagi tersedianya sumber daya Puskesmas.

e. Kapasitas Infrastruktur

Penetapan tujuan juga harus memperhitungkan kemampuan SDM kesehatan dan sarana yang ada. Kalau terjadi atrisi (berkurangnya tenaga kesehatan) misalnya di Puskesmas dan unit pelayanan kesehatan di bawahnya, tentu penetapan tujuan harus lebih konservatif daripada kalau jumlah tenaga tetap atau bertambah. Contoh lain, meningkatnya cakupan imunisasi secara intensif akan memerlukan sistem *cold chain* yang kapasitasnya juga naik.

Dengan mempertimbangkan kelima hal tersebut diatas, Puskesmas kemudian menentukan berapa besar tujuan yang akan dicapai tahun mendatang. Jadi tidak ada formula khusus yang secara otomatis menghasilkan tujuan tersebut.

Seperti telah disampaikan di muka, bahwa rencana tahunan lebih mengacu pada *output* dan tidak pada *outcome*, sehingga tidak bisa ditetapkan bahwa tujuan dan target tahun yang akan datang adalah menurunkan kematian bayi atau menurunkan kematian ibu. Yang sering dinyatakan dalam rumusan tujuan program adalah jumlah *output* yang akan dicapai (misalnya jumlah anak yang akan diimunisasi Hepatitis B) atau cakupan program (misalnya cakupan penemuan penderita TB, DBD, pneumonia, malaria) atau angka penyembuhan (misalnya konversi penderita TB, penyembuhan gizi kurang pada balita, dan lain-lain).

Terdapat beberapa syarat atau kriteria yang harus dipenuhi dalam merumuskan tujuan RO Puskesmas, yaitu sebagai berikut :

- a. Tujuan yang hendak dicapai harus jelas ukurannya dan dapat diukur di lapangan;
- b. Rumusan tujuan harus spesifik : (1) Jelas spesifikasi waktunya, yaitu kapan tujuan tersebut akan dicapai, dan (2) Jelas spesifikasi lokasinya (dimana atau pada kelompok penduduk yang mana);
- c. Sebaiknya dinyatakan secara kuantitatif, misalnya menyebutkan bilangan absolut atau persentase, dan
- d. Masuk akal (*reasonable*), yaitu tujuan layak untuk dilaksanakan dan bisa dicapai.

Merumuskan tujuan RO Puskesmas juga seyogyanya mempergunakan prinsip *SMART* (*specific, measurable, attainable/attributable/appropriate*,

reasonable/realistic, dan *timely/time bound*). *Spesific*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan secara khusus, jelas sasarannya dan mudah dipahami oleh staf Puskesmas dan juga *Simple*, yaitu tujuan dan target sederhana dalam pelaksanaan dan pencapaiannya. *Measurable*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan harus dapat diukur dan jelas ukurannya serta dapat diukur kemajuannya. *Attanable*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan dapat dicapai. *Attributable*, yaitu tujuan dan target yang ditetapkan harus bermanfaat. *Appropriate*, yaitu sesuai dengan Rencana Strategik nasional, regional, daerah, dan Puskesmas. *Reasonable*, yaitu tujuan dan target layak untuk dilaksanakan atau *Realistic*, yaitu dapat dilaksanakan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas Puskesmas dan *Timely*, yaitu tujuan dan target tepat waktu, artinya dalam perencanaan memperhitungkan ketepatan waktu atau *Time bound*, artinya sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan program sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan (Nasution, 2004)

Beberapa contoh rumusan tujuan program tahunan Puskesmas:

- Meningkatkan cakupan pemeriksaan ibu hamil keempat (K-4) di Puskesmas dari 85 % pada tahun 2008 menjadi 90 % pada tahun 2009,
- Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dari 80 % pada tahun 2008 menjadi 85 % pada tahun 2009,
- Meningkatkan cakupan penemuan penderita TB di Puskesmas dari 65 % pada tahun 2008 menjadi 70 % pada tahun 2009,
- Meningkatkan angka kesembuhan TB di Puskesmas dari 80 % pada tahun 2008 menjadi 85 % pada tahun 2009.

Tujuan program biasanya dalam bentuk satuan-satuan target yang hendak dicapai yang telah ditentukan oleh tingkat pusat, seperti dalam Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat (Keputusan Menteri Kesehatan No.1202/Menkes/SK/VIII/2003), Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1457/Menkes/SK/X/2003), beserta Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1091/ Menkes/SK/X/2004).

Penetapan target oleh tingkat pusat menimbulkan masalah, dimana target pusat ternyata tidak sesuai dengan keadaan sesungguhnya di lapangan (bisa terlalu tinggi atau rendah). Juga menyebabkan Puskesmas selama ini lebih bersifat “menunggu” dan menyesuaikan target dengan *plafond* alokasi pusat.

Adapun penentuan sasaran RO Puskesmas dibedakan atas 2 (dua) kelompok, yaitu:

- a. Sasaran populasi, yaitu kelompok penduduk yang akan dilayani dan perlu ditentukan secara kuantitatif,
- b. Sasaran pencapaian program, yaitu tingkat kegiatan yang ingin dicapai dalam kurun waktu tertentu.

Contoh sasaran populasi adalah bayi, anak balita, ibu hamil, penderita tuberkulosa, dan lain-lain. Sesuai dengan kebutuhan Puskesmas yang

bersangkutan serta peringkat masalah yang ingin ditanggulangi, sasaran populasi dapat diperluas dengan menambahkan sasaran lain. Setelah menentukan sasaran populasi, perlu ditentukan sasaran hasil yang dikuantifikasikan baik dalam bentuk % ataupun angka absolut. Contoh kuantifikasi sasaran pencapaian program adalah tercapainya Desa/Kelurahan *universal child immunization* (UCI) 100 %.

4. Merencanakan Ketenagaan untuk RO Puskesmas

Dalam RO Puskesmas harus dicantumkan ketenagaan yang direncanakan akan dilibatkan bila kelak RO Puskesmas dilaksanakan. Bila program Puskesmas yang akan dilaksanakan hanya dilakukan oleh Puskesmas, maka tenaga yang dibutuhkan berasal dari Puskesmas sendiri. Dalam merencanakan tenaga perlu ditentukan jenis kualifikasi dan jumlah tenaga Puskesmas yang dibutuhkan. Pada kegiatan lintas program sebaiknya dikembangkan suatu wadah/organisasi yang mendukung terselenggaranya kegiatan dan program yang direncanakan, seperti organisasi program Desa Siaga tingkat Puskesmas. Bila program Puskesmas merupakan program lintas sektoral, maka perlu menentukan sektor mana yang terlibat secara langsung dan tidak langsung pada kegiatan program Puskesmas. Kemudian dilakukan inventarisasi tenaga yang kompeten dari sektor-sektor yang terkait.

5. Melakukan Analisis Hambatan

Untuk menjamin kelancaran serta keberhasilan pelaksanaan RO Puskesmas, diperlukan suatu pengamatan dan pengenalan akan hambatan yang kemungkinan besar timbul yang akan dapat menggagalkan pencapaian tujuan RO Puskesmas. Tujuannya adalah untuk mencegah atau mewaspadai timbulnya hambatan serupa. Selain mengkaji hambatan yang pernah dialami, juga dibahas prediksi kendala dan hambatan yang mungkin akan terjadi pada saat program Puskesmas dilaksanakan.

Hambatan dapat didefinisikan sebagai masalah yang kemungkinan besar timbul dalam pelaksanaan rencana tindakan, yang dapat mengancam tercapainya tujuan rencana tersebut. Untuk keberhasilan pelaksanaan suatu RO Puskesmas, maka hambatan ini mutlak harus dikenal sebelum RO Puskesmas ini dilaksanakan, yaitu pada saat RO Puskesmas itu disusun. Pengenalan ini dengan sendirinya bersifat praduga (peramalan), karena hambatan itu memang belum terjadi. Suatu metoda yang memungkinkan memasuki masa depan, melihat apa yang kemungkinan terjadi, dan kemudian kembali ke masa kini untuk mengambil tindakan koreksi pada saat sekarang dinamakan Analisis Hambatan.

Analisis hambatan dapat didefinisikan sebagai suatu usaha pengenalan hambatan yang mungkin timbul pada pelaksanaan suatu RO Puskesmas, yang dapat menggagalkan pencapaian tujuannya, penetapan tindakan pencegahan bagi timbulnya hambatan tersebut, dan tindakan penanggulangan apabila hambatan tersebut benar-benar terjadi. Dengan mengenal hambatan yang bakal terjadi, maka akan dapat ditentukan tindakan apa yang harus diambil untuk mencegah atau

menanggulangi hambatan tersebut. Jadi analisis hambatan bertujuan untuk menjamin keberhasilan pelaksanaan RO Puskesmas.

Dari definisi hambatan, ada 2 (dua) hal penting yang merupakan ciri utama suatu hambatan, yaitu : (a) yang kemungkinan besar terjadi dan (b) yang dapat menggagalkan pencapaian tujuan dari RO Puskesmas. Dalam menentukan suatu hambatan, kedua hal tersebut tidak boleh dipisahkan, tetapi harus merupakan suatu kesatuan.

Adapun langkah yang harus ditempuh dalam menentukan hambatan adalah:

a. Menentukan Daerah Hambatan

Dalam rangka ini dilakukan perkiraan/peramalan terhadap daerah atau wilayah di mana hambatan akan timbul pada pelaksanaan suatu RO Puskesmas. Perkiraan atau peramalan tersebut dasarnya adalah pengalaman, baik pengalaman sendiri ataupun orang lain. Oleh karena itu dalam menentukan daerah hambatan ini akan lebih baik bila dilakukan secara bersama atau mengikutsertakan orang lain yang mempunyai pengalaman dalam bidang yang bersangkutan.

Daerah hambatan dapat digolongkan dalam 2 (dua) kelompok besar, yakni : (1) Daerah hambatan potensial luar (*external*), misalnya cuaca, peraturan perundang-undangan/hukum. Dalam pelaksanaan suatu proyek bangunan (Gedung, Samijaga), maka cuaca dapat menjadi daerah hambatan. (2) Daerah hambatan dalam (*internal*), misalnya keuangan, tenaga, obat-obatan, alat kesehatan, sarana, dan lain-lain. Dalam rencana pelatihan kader, keuangan merupakan tumpuan sehingga keuangan menjadi daerah hambatan. Dalam revitalisasi Posyandu dapat diramalkan bahwa masalah tenaga akan menjadi hambatan, karena dalam program ini banyak digunakan tenaga yaitu kader. Dalam program P2TB dan P2Kusta, maka obat-obatan dan material akan dapat menjadi salah satu hambatan.

b. Menetapkan Hambatan

Bila daerah hambatan telah ditetapkan, kemudian dicari hambatan yang akan timbul. Hal ini juga didasarkan atas pengalaman pada waktu lalu, misalnya keterlambatan turunnya anggaran, turunnya anggaran secara bertahap, besarnya anggaran yang turun tidak sesuai dengan pelaksanaan, cara atau sistem pertanggung jawaban yang sulit dan berbelit-belit, kader kesehatan yang tidak aktif (*drop out*).

c. Merumuskan (Spesifikasi) Hambatan

Disini setiap hambatan yang telah ditetapkan didefinisikan secara jelas. Perumusan hambatan ini harus mencakup 4 (empat) karakteristik, yaitu apa, dimana, kapan, dan besarnya. Dalam perumusan secara terinci dan jelas ini akan sangat membantu dalam menetapkan tindakan pencegahan dan penanggulangannya. Misal tidak aktif/*drop out* kader di desa A, B, C, D, dan E dalam tahun 2008 sebanyak 20 kader.

d. Memperkirakan besarnya kemungkinan terjadinya hambatan (*probability*)

Besarnya kemungkinan tersebut dinyatakan dalam % dan didasarkan atas pengalaman. Misalnya berdasarkan pengalaman sendiri maupun Puskesmas lain bahwa selalu terjadi *drop out* kader sebesar 20–30 %.

e. Menentukan Sebab dari Hambatan

Setelah hambatan dirumuskan, maka langkah berikutnya adalah mencari sebab dari timbulnya hambatan tersebut. Dengan mengetahui sebab timbulnya suatu hambatan, maka dengan sendirinya akan dapat diketahui bagaimana mencegah timbulnya hambatan tersebut. Tetapi dalam kenyataannya tidak semua hambatan dapat dicegah, walaupun telah diketahui sebabnya. Hal ini disebabkan karena faktor tersebut berada di luar kemampuan Puskesmas.

f. Menentukan Tindakan Pencegahan

Tindakan pencegahan adalah semua usaha yang bertujuan mencegah terjadinya hambatan. Hal ini dapat dilakukan apabila tindakan kita diarahkan kepada sebab dari hambatan tersebut. Dalam hal *drop out* kader apabila penyebabnya adalah tidak adanya imbalan dan bimbingan yang kurang, maka bila imbalan yang memadai berhasil diciptakan dan sistem bimbingan yang baik dilaksanakan, dengan sendirinya *drop out* kader tidak akan terjadi.

g. Memperkirakan Besarnya Kemungkinan Masih Akan Timbulnya Hambatan

Langkah ini didasarkan atas suatu pengertian bahwa tindakan pencegahan tidak akan menghilangkan timbulnya suatu hambatan. Walaupun suatu tindakan pencegahan telah dilakukan, tetapi kemungkinannya untuk timbul masih tetap ada. Tindakan pencegahan hanya menurunkan kemungkinan timbulnya, tetapi tidak menghilangkan. Misalnya dalam hal *drop out* kader, walaupun telah diberi imbalan kepada mereka, namun kenyataannya *drop out* kader masih terjadi juga. Hal ini disebabkan oleh banyaknya faktor yang berpengaruh terhadap keaktifan seorang kader, bukan hanya adanya imbalan. Dasar pikir bahwa tindakan pencegahan tidak menghilangkan kemungkinan timbulnya hambatan tersebut memberi dampak positif yaitu timbulnya sikap hati-hati dan tidak terlalu optimistis.

h. Menentukan Tindakan Penanggulangan (*Protective Action*)

Tindakan penanggulangan adalah tindakan yang dilakukan setelah suatu hambatan benar-benar terjadi. Tujuan dari tindakan ini adalah menanggulangi akibat karena timbulnya suatu hambatan. Tindakan penanggulangan ini disiapkan sebelum suatu hambatan terjadi, dan baru dilaksanakan setelah hambatan itu timbul. Dengan demikian, perencanaan dan pelaksanaan tidak akan terkejut bila suatu hambatan benar-benar terjadi, karena telah siap untuk mengatasinya. Suatu contoh yang klasik terjadinya *drop out* kader Posyandu, maka tindakannya adalah pemberian imbalan finansial yang memadai, pemberian imbalan kartu sehat untuk kader dan anggota keluarganya, serta melatih kader baru secara periodik.

Dalam pelaksanaan Analisis Hambatan, dilakukan dengan mengisi suatu lembaran (format) dengan item-item yang merupakan langkah-langkah yang harus dilaksanakan dalam analisis hambatan potensial (AHP) seperti yang telah diuraikan diatas. Adapun bentuk format tersebut seperti disajikan pada Tabel 4.5

Tabel 4.5.
Format Analisis Hambatan Potensial (AHP)

Wilayah Hambatan	Spesifikasi hambatan	Kemungkinan terjadinya hambatan	Sebab	Tindakan pencegahan	Kemungkinan masih terjadinya hambatan	Tindakan penanggulangan

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*, 2002.

6. Memantau dan Menilai RO Puskesmas

RO Puskesmas yang baik, juga harus berisi gambaran tentang bagaimana cara yang akan ditempuh untuk memantau kegiatan-kegiatan saat dilaksanakan, serta menilai seberapa jauh hasil yang diharapkan dapat dicapai. Bayangan abstrak dari apa yang akan dilaksanakan sehubungan dengan pemantauan selama kegiatan dilaksanakan dan tentang tingkat pencapaian tujuan di sebut Rencana Penilaian.

Rencana penilaian RO Puskesmas diarahkan pada 2 (dua) hal, yaitu:

- a. Rencana penilaian untuk melihat proses pelaksanaan kegiatan, yaitu memantau apakah kegiatan berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan,
- b. Rencana penilaian untuk melihat keluaran, apakah sesudah kegiatan terlaksana, tujuan yang diharapkan tercapai, dan bila tercapai berapa banyak.

Rencana penilaian dibuat berdasarkan rumusan tujuan dan target yang harus dirumuskan sedemikian rupa sehingga dapat diukur. Komponen penting di dalam rencana penilaian adalah indikator, yaitu kejadian atau indikasi apa yang akan dipakai yang dapat memberikan gambaran belum atau telah tercapainya suatu tujuan. Dengan demikian pengembangan indikator RO Puskesmas digunakan sebagai pedoman untuk pemantauan program Puskesmas. Indikator yang dikembangkan sebaiknya dapat mengukur komponen masukan, proses, dan keluaran kegiatan dan program Puskesmas. Pemantauan dapat dilakukan melalui analisis pelaporan, bimbingan teknis, dan melalui pertemuan tim kerja, kemudian dilakukan umpan balik dan tindakan korektif untuk perbaikan kegiatan dan program.

Ada sejumlah indikator penting yang perlu dikembangkan untuk rencana pemantauan RO program Puskesmas. Pertama, indikator biaya. Pemantauan

pemanfaatan biaya sebagai indikator perlu dalam rangka meningkatkan daya guna dan hasil guna dari pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan. Indikator biaya harus dapat menjawab kedua hal tersebut, misalnya apakah dana turun tepat waktu. Apakah biaya yang tersedia sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan kegiatan operasional. Bagaimana rasio keluaran dengan biaya yang dikeluarkan. Contoh jumlah cakupan imunisasi/biaya.

Kedua, indikator waktu kegiatan program Puskesmas. Berapa banyak kegiatan program Puskesmas harus diselenggarakan. Bagaimana pengalokasian waktu yang dibutuhkan untuk setiap kegiatan yang direncanakan. Pemilihan indikator waktu perlu dalam hal penjadwalan kegiatan yang telah dirumuskan. Perlu ada pembatasan waktu untuk pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan. Contoh indikator alokasi waktu yang dibutuhkan untuk pelatihan kader Desa Siaga.

Ketiga, indikator keluaran. Dapat diukur dengan rasio *input*, semakin tinggi angka rasio semakin efisien program Puskesmas menggunakan sumber daya. Ada sejumlah pertanyaan yang dapat digunakan untuk indikator keluaran program Puskesmas. Apa hasil akhir kegiatan program Puskesmas. Berapa jumlah hasil pelayanan yang dihasilkan menurut dimensi waktu dan biaya program. Bagaimana rasio setiap kegiatan dengan biaya yang tersedia.

Tabel 4.6.
Indikator dan Pengukuran Pemantauan Program Puskesmas

Indikator	Kemungkinan Pengukuran
Biaya	• Jumlah biaya • Rasio kegiatan/biaya
Waktu	• Durasi program • Jumlah waktu/kegiatan
Kegiatan	• Jenis program • Jenis kegiatan
Keluaran	• Jumlah cakupan program • Jumlah cakupan program/waktu • Jumlah cakupan program/biaya

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*, 2002.

Contoh:

Judul RO Puskesmas : “Imunisasi TT bagi ibu hamil di Puskesmas X tahun 2008”

Tujuan : Melakukan imunisasi TT kepada seluruh ibu hamil di Puskesmas X tahun 2008.

Kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan RO Puskesmas tersebut:

- a. Persiapan lapangan : Pendataan dan pemanggilan sasaran, penentuan lokasi pelayanan misalnya di Posyandu.
- b. Pengadaan sumber daya : Vaksin dan alat kesehatan, tenaga, dana, dan lain-lain.
- c. Melakukan imunisasi.

Rencana penilaian : meliputi masukan, proses, dan keluaran.

- a. Berhubungan dengan masukan:

Indikator : Jumlah sumber daya (tenaga, dana, waktu, dan rasio jumlah hasil cakupan imunisasi). Berapa besar dana yang dialokasikan. Apakah dana turun tepat waktu. Apakah biaya yang tersedia sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan kegiatan operasional. Bagaimana rasio keluaran/hasil cakupan imunisasi dengan biaya yang dikeluarkan. Contoh jumlah cakupan imunisasi/biaya.

- b. Berhubungan dengan proses :

- 1) Monitoring penjadwalan waktu.

Indikator : jadwal waktu kegiatan. Apakah tepat waktu sesuai dengan rencana. Apakah saat mulai kegiatan sesuai dengan rencana. Apakah saat selesai sesuai dengan jadwal waktu yang direncanakan.

- 2) Monitoring komitmen dan keikutsertaan berbagai pihak.

Indikator : pertemuan-pertemuan. Rencana penilaian dititik beratkan pada frekuensi pertemuan, kehadiran pihak-pihak yang terkait dalam kegiatan tersebut, substansi pertemuan-pertemuan apa yang dihasilkan dari setiap pertemuan mengacu pada pengembangan kegiatan, atau memberi arah hal-hal lain yang tidak ada kaitannya dengan kegiatan ini.

- c. Berhubungan dengan keluaran :

Indikator : Jumlah cakupan imunisasi dan rasio hasil kegiatan dengan biaya.

Sesudah kegiatan imunisasi dilaksanakan sesuai dengan rencana, maka akan diketahui jumlah cakupan imunisasi ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT. Berapa besar realisasi biaya yang digunakan untuk setiap jenis kegiatan dan berapa besar biaya yang dikeluarkan serta rasio jumlah cakupan dan biaya. Prevalens ibu atau bayi yang terkena tetanus dapat digunakan sebagai indikator dampak yang diharapkan, yaitu terjadi penurunan atau hilangnya kasus infeksi tetanus pada sasaran program.

ad. 7. Menyusun Jadwal/Waktu

Salah satu sumber daya Puskesmas adalah waktu, yang seringkali dilupakan, tetapi terbukti merupakan sumber daya yang paling penting daripada yang lain dan harus dimanfaatkan secara terencana.

Jika kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan dalam suatu RO program Puskesmas telah disusun secara berurutan dan rinci, maka tahap selanjutnya adalah menentukan batas waktu atau tanggal tertentu kapan program tersebut harus sudah selesai dilaksanakan. Untuk itu perlu diketahui gambaran mengenai hubungan antara waktu yang tersedia dengan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan program tersebut. Hal ini berlaku umum untuk semua jenis program dari yang sederhana seperti mempersiapkan suatu rapat sampai suatu pelatihan.

Dengan demikian, untuk kegiatan apapun diperlukan pengaturan waktu jika ingin menyelesaikan suatu program tepat pada waktunya. Ada beberapa macam cara untuk merencanakan waktu untuk suatu program atau kegiatan Puskesmas. Disatu pihak ada program atau kegiatan Puskesmas yang tidak dibatasi waktu oleh penyedia dana. Bila demikian halnya maka pelaksanaan program dapat dengan leluasa menentukan batas waktu kapan program selesai. Di pihak lain, ada program atau kegiatan yang tanggal selesainya sudah ditentukan oleh pihak penyedia dana, dengan demikian perkiraan waktu untuk semua kegiatan yang tercakup di dalam program tersebut harus disesuaikan dengan jangka waktu yang sudah ditentukan.

Adakalanya perkiraan waktu yang semula telah ditetapkan dalam kenyataannya harus diperpendek secara mendadak. Bila demikian ada beberapa alternatif yang dapat ditempuh: (a) Menghilangkan beberapa kegiatan, sebab dengan menghilangkannya berarti alokasi waktu akan hilang pula, dan (b) Menambah sumber daya lain (misal tenaga) sehingga kegiatan dapat dilakukan dengan waktu lebih singkat.

Salah satu teknik teknik penjadwalan waktu yang tertera dan masih sering digunakan adalah bagan balok atau bagan *Gantt*, sesuai dengan nama penciptanya *Gantt*. Bagan ini sangat membantu menjelaskan suatu penggunaan RO. Bagan *Gantt* mudah dibuat, juga mudah dimengerti dan mudah diterapkan pada berbagai RO program Puskesmas.

Bagan *Gantt* terdiri atas 2 (dua) komponen, yaitu komponen kegiatan dan komponen waktu. Komponen kegiatan diisi dan disusun ke dalam kolom, semua kegiatan ini merupakan penjabaran daripada aktivitas yang harus dilaksanakan untuk pencapaian tujuan suatu program Puskesmas. Kearah baris adalah penjabaran dari waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan tersebut. Komponen waktu dapat dinyatakan dalam hari, minggu, bulan, ataupun tahun.

Bagan 4.2
Contoh Penggunaan Bagan *Gantt* pada
Rencana Operasional Pekan Imunisasi Nasional di Puskesmas X Tahun 2006

No.	Kegiatan	Tanggal											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Rapat staf/ Dinamisasi staf Puskesmas	■											
2.	Sosialisasi kepada Lintas Sektoral dan Desa		■										
3.	Diklat Kader			■									
4.	Pendataan sasaran				■	■	■	■					
5.	Pengadaan vaksin dan sarana lain					■	■	■					
6.	Pemanggilan sasaran dengan surat dan wawar						■	■	■				
7.	Pelaksanaan PIN							■	■	■			
8.	Pencatatan dan pelaporan PIN								■	■	■		
9.	Pemantauan KIP (Kejadian Ikutan Paska Imunisasi)										■	■	■

Sumber: Inovasi Penulis.

Tabel 4.7 tersebut menggambarkan suatu RO Puskesmas program Pekan Imunisasi Nasional yang cukup sederhana yang mengkaitkan kegiatan dengan waktu. Rencana dibuat berdasarkan skala yang berbanding lurus dengan waktu kalender. Panjang setiap balok mendatar menunjukkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan. Untuk bagan yang lebih rumit, dimana ada keterlibatan dari berbagai pihak atau pegawai, sering digunakan penggambaran balok dengan warna berbeda-beda. Karena rumitnya tidak mustahil bagan *Gantt* malah menjadi lebih sulit untuk dibaca dan dipahami. Jika digunakan lebih dari 6 warna yang berbeda, maka penonjolan visual tersebut akan kehilangan intinya, dan pembacaan bagan malah akan membingungkan.

Kegiatan pada kolom bagan *Gantt* biasanya disusun ke bawah berurutan untuk memperlihatkan bahwa kegiatan tersebut sekuen. Walaupun demikian, kelemahan dari bagan *Gantt* adalah bahwa kaitan atau ketergantungan antara kegiatan satu dengan kegiatan lain tidak dapat digambarkan dengan jelas. Dengan

ditemukannya berbagai metode baru tentang penjadwalan waktu seperti analisis jaringan dan lain-lain, kelemahan yang ada pada bagan *Gantt* dapat teratasi. Walau teknik baru dan modern bermunculan tetapi bagan *Gantt* masih banyak digunakan, karena penampilannya yang sederhana dan mudah dipahami. Gambaran visual dari suatu jadwal waktu yang disusun dengan baik dapat menjadi alat bantu yang sangat besar artinya dalam pengendalian suatu program Puskesmas. Hal inilah yang menjadikan bagan *Gantt* menjadi pilihan untuk digunakan pada pembuatan RO.

8. Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

Uraian dari langkah-langkah penyusunan RO Puskesmas tersebut di atas, untuk memberikan kemudahan dalam melihat RO Puskesmas secara menyeluruh dituangkan dalam sebuah formulir khusus dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*). Apabila RO Puskesmas telah disetujui oleh Dinas kesehatan Kabupaten/Kota, maka Puskesmas menyusun rencana pelaksanaan kegiatan (Rencana Kerja Kegiatan/*Plan of Action*).

Tabel 4.7

Contoh *Gantt Chart* Pada Rencana Pelaksanaan Kegiatan (*Plan of Action*/ POA) Upaya Puskesmas

Upaya Puskesmas:.....

No.	Kegiatan	Tujuan dan Target	Sasaran Populasi	Biaya (besar dan sum ber)	Tempat	Waktu	Penag gung Jawab/ Pelak sana	Rencana Penilaian	Ketera ngen
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Sumber: Biro Perencanaan Departemen Kesehatan RI dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*, 2002.

Kolom 1: Kolom Kegiatan (*What*)

Pada kolom kegiatan dicantumkan semua rincian kegiatan RO Puskesmas yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan program secara sistematis dan berurutan, biasanya dimulai dari kegiatan yang mencakup tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap penilaian dari suatu kegiatan yang direncanakan.

Kolom 2: Tujuan dan Target dari masing-masing kegiatan

Pada kolom ini dicantumkan dengan jelas tujuan operasional program dan hasil yang ingin dicapai bila kegiatan tersebut dilaksanakan. Penulisan tujuan harus jelas ditulis target yang ingin dicapai secara kuantitatif berapa selisih penurunan atau peningkatan suatu target yang ingin dicapai melalui kegiatan tersebut yang

dapat dinyatakan dalam % ataupun angka absolut dalam periode waktu tertentu. Penetapan target ini dapat dipakai oleh pimpinan Puskesmas untuk mengukur keberhasilan program.

Kolom 3: Kolom Sasaran (sasaran populasi)

Kolom ini merupakan tempat untuk menulis siapa atau apa sasaran yang ingin diperbaiki pada setiap kegiatan yang dilaksanakan. Sebagai contoh bayi, anak balita, ibu hamil, penderita TB, sarang nyamuk, jamban keluarga, dan lain-lain.

Kolom 4: Kolom Biaya (Besaran dan Sumbernya)

Pada kolom ini ditulis pembiayaan yang menyangkut: (a) Besar biaya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan setiap rencana kegiatan dan (b) Sumber biaya yang direncanakan untuk pelaksanaan kegiatan. Seperti kita ketahui, suatu POA disusun setelah RO tahunan disetujui dan dana anggaran telah dialokasikan.

Kolom 5: Kolom Tempat (Di mana kegiatan akan dilaksanakan-Where)

Pada kolom ini diberikan penjelasan tentang tempat kegiatan program Puskesmas. Hal ini penting untuk dicantumkan tentang transport, dana, dan jenis komunikasi yang dibutuhkan untuk mendukung kegiatan program.

Kolom 6: Kolom Waktu (Kapan kegiatan akan dilaksanakan-When)

Pada kolom ini jelaskan fase atau tahapan kegiatan yang akan dilaksanakan. Kapan dimulai dan kapan berakhirnya. Kurun waktu pelaksanaan kegiatan merupakan selisih dari kapan saat selesai dengan kapan saat kegiatan dimulai. Untuk menghitung waktu yang ideal yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu kegiatan, dapat dihitung berdasarkan pengalaman dengan mempertimbangkan hambatan yang mungkin terjadi di lapangan.

Kolom 7: Kolom Penanggung jawab/Pelaksana (Siapa yang akan mengerjakan kegiatan program-Who)

Berbagai kegiatan program Puskesmas harus ada penanggung jawab/pelaksananya dan pegawai Puskesmas yang akan melaksanakan rencana kegiatan tersebut. Pada kolom ini perlu ada penjelasan tentang jumlah dan jenis kualifikasi staf yaitu siapa, unit kerja, atau sektor apa yang menjadi penanggung jawab kegiatan. Dapat ditulis nama (bila ruang lingkup kecil) tetapi dapat ditulis/dicantumkan keterlibatan instansi terkait (bila kegiatan POA bersifat lintas sektoral).

Kolom 8: Kolom Rencana Penilaian

Pada kolom ini ditulis rencana penilaian yang diarahkan pada 3 (tiga) hal, yaitu: (a) Rencana penilaian untuk melihat masukan, apakah masukan sumber daya sesuai dengan yang direncanakan, bagaimana pemanfaatannya dan dampaknya terhadap proses dan keluaran kegiatan, (b) Rencana penilaian untuk melihat

proses pelaksanaan kegiatan. Memantau apakah kegiatan berjalan sesuai dengan rencana yang tertulis, dan (c) Rencana penilaian untuk melihat keluaran: apakah sesudah kegiatan terlaksana, tujuan yang diharapkan tercapai, berapa hasil penurunan atau peningkatan dari dampak kegiatan tersebut.

Dalam penilaian ini telah ditetapkan beberapa indikator. Indikator yang digunakan mengacu pada indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, yang meliputi indikator masukan dan proses, yang terdiri atas indikator sumber daya kesehatan, pelayanan kesehatan, manajemen kesehatan, dan kontribusi sektor-sektor terkait; indikator hasil antara yang terdiri atas indikator ketiga pilar Indonesia Sehat 2010 yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, dan indikator-indikator akses serta mutu pelayanan kesehatan, serta indikator hasil akhir, yaitu derajat kesehatan yang ditentukan oleh indikator-indikator mortalitas (kematian) yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbiditas (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi (Departemen Kesehatan, 2003)

Kolom 9: keterangan

Pada kolom ini ditulis keterangan-keterangan yang diperlukan secukupnya selain dari penjelasan-penjelasan yang ada pada kolom-kolom sebelumnya.

KEBIJAKAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

Perencanaan tingkat Puskesmas adalah proses penyusunan rencana tahunan Puskesmas untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Rencana tahunan Puskesmas dibedakan atas 2 (dua) macam. Pertama, rencana tahunan upaya kesehatan wajib. Kedua, rencana tahunan upaya kesehatan pengembangan.

1. Perencanaan Upaya Kesehatan Wajib

Jenis upaya kesehatan wajib adalah sama untuk setiap Puskesmas yakni program *Basic six*. Langkah-langkah perencanaan yang harus dilakukan Puskesmas adalah sebagai berikut:

a. Menyusun Usulan Kegiatan

Langkah pertama yang dilakukan oleh Puskesmas adalah menyusun usulan kegiatan dengan memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik nasional maupun daerah, sesuai dengan masalah sebagai hasil dari kajian data dan informasi yang tersedia di Puskesmas yaitu sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS). Rencana ini disusun melalui pertemuan tahunan Puskesmas yang dilaksanakan sesuai dengan siklus perencanaan kabupaten/kota dengan mengikut sertakan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) serta dikoordinasikan dengan camat.

b. Mengajukan Usulan Kegiatan

Langkah kedua yang dilakukan Puskesmas adalah mengajukan usulan kegiatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk persetujuan

pembiayaannya. Usulan kegiatan meliputi usulan kebutuhan rutin, sarana dan prasarana serta operasional Puskesmas beserta pembiayaannya.

c. Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

Langkah ketiga yang dilakukan oleh Puskesmas adalah menyusun rencana pelaksanaan kegiatan yang telah disetujui oleh Dinas kesehatan kabupaten/kota (Rencana Kerja Kegiatan/*Plan of Action*) dalam bentuk matriks (*Gantt chart*) seperti yang dijelaskan pada bab IV Butir E ad.8, yang dilengkapi dengan pemetaan wilayah (*mapping*).

2. Perencanaan Upaya Kesehatan Pengembangan

Jenis upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan Puskesmas yang telah ada atau upaya inovasi yang dikembangkan sendiri. Langkah-langkah perencanaan upaya kesehatan pengembangan yang dilakukan oleh Puskesmas mencakup hal-hal sebagai berikut :

a. Identifikasi Upaya Kesehatan Pengembangan

Langkah pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi upaya kesehatan pengembangan yang akan diselenggarakan oleh Puskesmas. Identifikasi ini dilakukan berdasarkan ada tidaknya masalah kesehatan yang terkait dengan upaya kesehatan pengembangan tersebut. Apabila Puskesmas memiliki kemampuan, identifikasi masalah dilakukan bersama masyarakat melalui pengumpulan data secara langsung di lapangan (Survei Mawas Diri). Tetapi apabila kemampuan pengumpulan data bersama masyarakat tersebut tidak dimiliki oleh Puskesmas, identifikasi dilakukan melalui kesepakatan kelompok (*Delbecq Technique*) oleh petugas Puskesmas dengan mengikutsertakan BPP. Disamping itu identifikasi upaya kesehatan pengembangan dapat pula memilih upaya yang bersifat inovatif yang tidak tercantum dalam daftar upaya kesehatan Puskesmas yang telah ada, melainkan dikembangkan sendiri sesuai dengan masalah dan kebutuhan masyarakat serta kemampuan Puskesmas.

b. Menyusun Usulan Kegiatan

Langkah kedua yang dilakukan oleh Puskesmas adalah menyusun usulan kegiatan yang berisikan rincian kegiatan, tujuan, sasaran, besaran kegiatan (volume), waktu, lokasi serta perkiraan kebutuhan biaya untuk setiap kegiatan rencana yang telah disusun tersebut diajukan dalam bentuk matriks (*Gantt chart*) penyusunan rencana pada tahap awal pengembangan program dilakukan melalui pertemuan yang dilaksanakan secara khusus bersama dengan BPP dan Dinas kesehatan kabupaten/kota dalam bentuk musyawarah mufakat.

c. Mengajukan Usulan Kegiatan

Langkah ketiga yang dilakukan oleh Puskesmas adalah mengajukan usulan kegiatan ke Dinas kesehatan kabupaten/kota untuk pembiayaannya. Usulan kegiatan tersebut dapat pula diajukan ke BPP atau pihak penyanggah dana.

d. Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan

Langkah keempat yang dilakukan oleh Puskesmas adalah menyusun rencana pelaksanaan kegiatan yang telah disetujui oleh Dinas kesehatan kabupaten/kota atau penyanggah dana lain (Rencana Kerja Kegiatan/*Plan of Action*) dalam bentuk matriks (*Gantt chart*) yang dilengkapi dengan pemetaan wilayah (*mapping*) (Departemen Kesehatan, 2004).

PELAKSANAAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

Pelaksanaan perencanaan tingkat Puskesmas yang terdiri atas upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan dilaksanakan melalui langkah-langkah sebagai berikut :

a. Menyusun Usulan Kegiatan Tahunan untuk Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) tingkat Kecamatan

Rencana ini disusun melalui pertemuan perencanaan tahunan Puskesmas yang dilakukan sesuai dengan siklus perencanaan kabupaten/kota, dengan tanpa mengikutsertakan BPP (Pada beberapa Puskesmas, BPP masih belum terbentuk dan masih kontroversial keberadaannya. Apakah akan membantu dan memfasilitasi program Puskesmas atau sebaliknya), serta dikoordinasikan dengan camat Rencana tahunan ini diusulkan pada Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) tingkat Kecamatan yang disusun dalam bentuk matrik (*Gantt chart*) yang berisi rincian: (a) Prioritas pembangunan daerah, sesuai isu strategis yang dihadapi, (b) Fokus yang akan ditangani, terkait dengan prioritas pembangunan, (c) Program dan kegiatan, terkait dengan fokusnya, (d) Sasaran kegiatan, rencana *output* dan *outcome*, (e) Lokasi kegiatan, rencana tempat pelaksanaan kegiatan, (f) Pagu anggaran indikatif, baik bersumber dari APBD kabupaten/kota, APBD provinsi maupun APBN, dan (g) Satuan Kerja Pembangunan Daerah (SKPD) pelaksana program dan kegiatan. Usulan kegiatan tahunan pada Musrenbang lebih berorientasi pada pembangunan fisik dan kurang berorientasi pada pembangunan sumber daya manusia, serta usulan kegiatan bersifat umum seluruh aspek pembangunan.

b. Menyusun Usulan Kegiatan Tahunan untuk Dinas kesehatan Kabupaten/ Kota

Setiap tahun Puskesmas diminta untuk menyusun rencana kegiatan tahunan Puskesmas. Rencana ini disusun melalui pertemuan perencanaan tahunan Puskesmas yang dilaksanakan pada bulan Januari. Penyusunan rencana dilakukan secara partisipatif dengan menghimpun usulan dari para penanggung jawab program. Sebaiknya dilaksanakan dengan pendekatan MBO (seperti dipaparkan pada Bab III. butir B). Usulan ini disusun dalam bentuk matriks (*Gantt chart*) seperti dijelaskan pada Bab IV Butir E.ad.8).

c. Mengusulkan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (*Plan of Action*) Bulanan

Usulan rencana pelaksanaan kegiatan diajukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam bentuk matriks (*Gantt chart*) dengan menu kegiatan dan besaran anggaran telah disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Anggaran saat ini hanya bersumber dari Program Kompensasi Pengurangan

Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes) sekarang menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

d. Menyusun Rencana Sekali Pakai

Rencana sekali pakai yaitu suatu rencana yang digunakan hanya sekali. Rencana ini dibuat untuk melaksanakan kegiatan tertentu dan setelah dilaksanakan, rencana tersebut tidak dipakai lagi. Seperti rencana Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), rencana pendidikan dan pelatihan kader Posyandu/Desa Siaga, rencana pendidikan dan pelatihan dokter kecil, rencana Pekan Imunisasi Nasional (PIN) dan lain-lain.

BAB V

PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

PENGERTIAN PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

Apabila perencanaan tingkat Puskesmas telah selesai dilaksanakan, hal selanjutnya yang perlu dilakukan ialah melaksanakan fungsi pengorganisasian Puskesmas (*organizing*). Ada 2 (dua) hal yang perlu pengorganisasian tingkat Puskesmas, yakni : (1) Pengaturan berbagai kegiatan yang ada di dalam RO Puskesmas, sehingga membentuk satu kesatuan program yang terpadu dan sinergi untuk mencapai tujuan Puskesmas, dan (2) Pengorganisasian pegawai Puskesmas, yaitu pengaturan tugas dan tanggung jawab setiap pegawai Puskesmas, sehingga setiap kegiatan dan program mempunyai penanggung jawabnya.

Istilah pengorganisasian menurut *Terry* (1986) berasal dari kata *organism* (*organisme*) yang merupakan sebuah entitas dengan bagian-bagian yang terintegrasi sedemikian rupa sehingga hubungan mereka satu sama lain dipengaruhi oleh hubungan mereka terhadap keseluruhan.

Dengan memahami fungsi pengorganisasian Puskesmas akan lebih memudahkan mempelajari fungsi penggerakan dan pelaksanaan (*actuating/*aktuasi) dan akan diketahui gambaran pembimbingan dan pengarahan yang diperlukan oleh pegawai Puskesmas sesuai dengan pembagian tugas dan tanggung jawab.

Pengorganisasian menurut Handoko (2003) dalam Usman (2006) ialah : (1) penentuan sumber daya dan kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi, (2) proses perancangan dan pengembangan struktur organisasi yang sesuai dengan tujuan organisasi, sumber-sumber daya yang dimilikinya, dan lingkungan yang melingkupinya, (3) penegasan tanggung jawab tertentu, (4) Pendelegasian wewenang, pelimpahan tugas, dan tanggung jawab.

Pengorganisasian Puskesmas meliputi hal-hal berikut : (1) cara manajemen Puskesmas merancang struktur formal Puskesmas untuk penggunaan sumber daya Puskesmas secara efisien, (2) bagaimana Puskesmas mengelompokkan kegiatannya, dimana setiap pengelompokan diikuti penugasan seorang penanggung jawab program yang diberi wewenang mengawasi stafnya, (3) hubungan antara fungsi, jabatan, tugas, dan pegawai Puskesmas, (4) cara pimpinan Puskesmas membagi tugas yang harus dilaksanakan dalam unit kerja dan mendelegasikan wewenang untuk mengerjakan tugas tersebut.

Adapun batasan tentang pengorganisasian seperti yang dikumpulkan Azwar (1988) adalah sebagai berikut :

1. Pengorganisasian adalah pengelompokan berbagai kegiatan yang diperlukan untuk melaksanakan suatu rencana sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan;
2. Pengorganisasian adalah pengaturan sejumlah personil yang dimiliki untuk memungkinkan tercapainya suatu tujuan yang telah disepakati dengan jalan mengalokasikan masing-masing fungsi dan tanggung jawab;

3. Pengorganisasian adalah pengkoordinasian secara rasional berbagai kegiatan dari sejumlah orang tertentu untuk mencapai tujuan bersama melalui pengaturan pembagian kerja dan fungsi menurut penjenjangannya secara bertanggungjawab.

Menurut Muninjaya (2004), pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolonggolongkan, dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas-tugas pokok dan wewenang, dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi.

Pengorganisasian tingkat Puskesmas didefinisikan sebagai proses penetapan pekerjaan-pekerjaan pokok untuk dikerjakan, pengelompokan pekerjaan, pendistribusian otoritas/wewenang dan pengintegrasian semua tugas-tugas dan sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan Puskesmas secara efektif dan efisien. Secara aplikatif pengorganisasian tingkat Puskesmas menurut penulis adalah pengaturan pegawai Puskesmas dengan mengisi struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) Puskesmas yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kabupaten/Kota disertai dengan pembagian tugas dan tanggung jawab serta uraian tugas pokok dan fungsi (Tupoksi), serta pengaturan dan pengintegrasian tugas dan sumber daya Puskesmas untuk melaksanakan kegiatan dan program Puskesmas dalam rangka mencapai tujuan Puskesmas.

Berdasarkan definisi tersebut, fungsi pengorganisasian Puskesmas merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang dihubungkan dengan personil/pegawai, finansial, material, dan metode Puskesmas untuk mencapai tujuan Puskesmas yang telah disepakati bersama antara pimpinan dan pegawai Puskesmas.

Jika diperhatikan beberapa batasan pengorganisasian tersebut diatas, tampak dalam pengertian pengorganisasian terdapat unsur pokok yang perlu dipahami. Unsur-unsur pokok yang dimaksud terdiri atas tiga macam, yaitu:

1. Hal yang diorganisasikan

Sesuai dengan pengertian pengorganisasian sebagaimana dikemukakan di atas, hal-hal yang perlu diorganisasikan dari suatu rencana adalah:

a. Kegiatan Puskesmas

Pengorganisasian kegiatan Puskesmas yang dimaksud ialah pengaturan kegiatan Puskesmas yang ada dalam RO Puskesmas sedemikian rupa sehingga terbentuk satu kesatuan yang terpadu yang secara keseluruhan diarahkan untuk mencapai tujuan Puskesmas yang telah ditetapkan.

b. Tenaga pelaksana Puskesmas

Pengorganisasian tenaga pelaksana Puskesmas yang dimaksud ialah mencakup pengaturan pola struktur organisasi Puskesmas, susunan personalia serta hak dan wewenang dari setiap tenaga pelaksana Puskesmas sedemikian rupa sehingga setiap kegiatan ada penanggung jawabnya.

2. Proses pengorganisasian tingkat Puskesmas

Dalam pengertian pengorganisasian tingkat Puskesmas terkandung kegiatan pengaturan, maka pekerjaan pengorganisasian Puskesmas pada dasarnya merupakan suatu proses (*process*). Proses yang dimaksud adalah menyangkut pelaksanaan langkah-langkah yang harus dilakukan sedemikian rupa sehingga semua kegiatan Puskesmas yang dilaksanakan serta tenaga pelaksana yang dibutuhkan mendapat pengaturan yang sebaik-baiknya, serta setiap kegiatan Puskesmas yang akan dilaksanakan tersebut memiliki penanggung jawab pelaksanaannya. Proses pengorganisasian Puskesmas dilakukan melalui 3 (tiga) langkah sebagai berikut : (1) pemerincian seluruh pekerjaan Puskesmas yang harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan Puskesmas, (2) pembagian beban pekerjaan Puskesmas keseluruhan menjadi kegiatan-kegiatan yang secara logis dapat dilaksanakan oleh seorang pegawai Puskesmas. Pembagian tugas Puskesmas sebaiknya tidak terlalu berat sehingga tidak dapat diselesaikan, atau terlalu ringan sehingga ada waktu menganggur, tidak efisien, dan terjadi biaya yang tidak perlu, (3) penyusunan dan pengembangan suatu mekanisme dan tata kerja Puskesmas untuk menguraikan tugas dan fungsi (Tupoksi) dan mengkoordinasikan tugas pegawai Puskesmas menjadi kesatuan yang terpadu dan harmonis.

3. Hasil pengorganisasian tingkat Puskesmas

Hasil dari pekerjaan pengorganisasian tingkat Puskesmas adalah terbentuknya suatu wadah (*entity*), yang pada dasarnya merupakan perpaduan antara kegiatan Puskesmas yang dilaksanakan serta tenaga yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan Puskesmas tersebut. Wadah yang terbentuk ini dikenal sebagai organisasi (*organization*) Puskesmas.

MANFAAT PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

Adapun manfaat pengorganisasian tingkat Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Cara pencapaian tujuan Puskesmas lebih jelas karena kegiatan Puskesmas telah dijabarkan dan dikelompokkan ke dalam berbagai tugas dalam unit-unit kerja fungsional dalam struktur organisasi Puskesmas. Tugas pokok pegawai dan prosedur kerja Puskesmas merupakan dokumen dari fungsi pengorganisasian Puskesmas yang digunakan sebagai panduan kerja pegawai Puskesmas;
2. Memudahkan untuk memilih, menempatkan, dan melatih pegawai Puskesmas yang tepat untuk melaksanakan tugas Puskesmas berdasarkan kemauan, kemampuan, dan keterampilan kerja yang terspesialisasi, sehingga memungkinkan pemanfaatan dan pemberdayaan pegawai Puskesmas sebaik-baiknya;
3. Setiap pegawai Puskesmas mengetahui tugasnya sehingga memungkinkan ia memusatkan perhatian pada pekerjaannya dan dapat bekerja efektif;

4. Adanya pendelegasian wewenang diantara pegawai Puskesmas, sehingga pimpinan Puskesmas akan melimpahkan wewenang kepada pegawai Puskesmas sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang diberikan kepada pegawai;
5. Memungkinkan penggunaan dan pemberdayaan sumber daya Puskesmas yang tersedia secara efisien sesuai dengan tuntutan kebutuhan pelaksanaan fungsi Puskesmas dalam rangka mencapai tujuan Puskesmas;
6. Adanya hubungan kerja yang jelas antara pegawai Puskesmas dalam satu unit kerja fungsional Puskesmas maupun dengan pegawai di unit kerja fungsional lainnya;
7. Setiap unit kerja dan pegawai Puskesmas mengetahui jangkauan otoritas/ wewenang dan tanggung jawabnya, termasuk dari mana wewenang diperoleh dan kepada siapa wewenang didelegasikan serta kepada siapa bertanggung jawab dan dari siapa meminta pertanggung jawaban atas pelaksanaan pekerjaan, sehingga memungkinkan setiap unit kerja fungsional dan pegawai Puskesmas melaksanakan tugas dengan jelas dan terarah;
8. Tercipta kerja sama antar unit kerja fungsional dan pegawai Puskesmas, karena adanya saling ketergantungan dari semua unit kerja fungsional dan pegawai Puskesmas.

LANGKAH-LANGKAH PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

Ada 7 (tujuh) langkah penting dalam melaksanakan fungsi pengorganisasian Puskesmas, yaitu:

1. Memahami visi, misi, dan tujuan Puskesmas oleh pimpinan, pegawai, dan *stakeholder* Puskesmas;
2. Menetapkan tugas-tugas pokok dan tugas integrasi pegawai Puskesmas untuk dikerjakan dan membagi habis tugas yang harus dilaksanakan ke dalam aktivitas-aktivitas bagian (*division of work*) secara fungsional untuk mencapai tujuan Puskesmas. Sebagai hasilnya adalah deskripsi pekerjaan (*job description*) yaitu uraian kerja dan mekanisme kerja Puskesmas;
3. Mengelompokkan aktivitas-aktivitas pegawai Puskesmas ke dalam unit kerja atau pengelompokkan pekerjaan (*job grouping*) atau pengelompokkan fungsi (*grouping function*) yang didasarkan atas persamaan dan kepentingan kegiatan dan program Puskesmas. Pengelompokkan kerja disebut departementasi atau departementalisasi;
4. Menetapkan tugas dan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh pegawai Puskesmas dan mengusahakan, menyediakan serta memanfaatkan sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan tugas;
5. Memberikan tugas kepada pegawai Puskesmas yang mempunyai kompetensi, kemampuan, dan kemauan serta dipandang mampu melaksanakan tugas Puskesmas, atau memilih dan menetapkan pegawai yang memiliki potensi untuk dilatih;

6. Mendelegasikan/mendistribusikan wewenang kepada pegawai Puskesmas tentang hasil kinerja yang diharapkan;
7. Mengintegrasikan dan mengkoordinasikan semua pegawai, tugas-tugas, dan aktivitas-aktivitas Puskesmas.

Tugas-tugas pegawai Puskesmas dan mekanisme pelimpahan wewenang dapat diketahui melalui struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) Puskesmas. Untuk organisasi seperti Puskesmas dengan jumlah tenaga yang terbatas tetapi ruang lingkup kerja dan kegiatannya cukup luas, perlu menerapkan kerja sama yang sifatnya integratif, sehingga di Puskesmas dikenal adanya tugas pokok dan tugas integrasi. Tugas pokok adalah tugas yang berkaitan dengan profesi dan disiplin ilmu pegawai Puskesmas, dimana ia berperan sebagai penanggung jawab dan pelaksana program Puskesmas, sedangkan tugas integrasi adalah tugas sebagai pembina kesehatan desa (PKD) atau Pembina Wilayah yang bertugas dan bertanggung jawab sebagai pembina dan fasilitator dalam pergerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan di desa/kelurahan binaannya. Contohnya kegiatan imunisasi. Juru imunisasi Puskesmas sebagai penanggung jawab program imunisasi, hanya satu orang; tetapi sasaran imunisasi tersebar di seluruh wilayah kerja Puskesmas. Untuk melaksanakan kegiatan imunisasi ini, pegawai lain melaksanakan tugas integrasi yang diberi tugas dan tanggung jawab membantu kegiatan imunisasi dengan melakukan pendataan, pergerakan sasaran, dan pemanggilan sasaran imunisasi, sehingga semua sasaran imunisasi dapat diberikan pelayanan imunisasi secara efisien dan efektif.

Dalam pembagian tugas Puskesmas harus diperhatikan adanya keseimbangan antara wewenang dan tanggung jawab yang dilimpahkan kepada pegawai Puskesmas. Wewenang yang terlalu besar akan mendorong terjadinya penyimpangan wewenang jika pengawasannya lemah. Sebaliknya tanggung jawab yang terlalu besar akan mengakibatkan pegawai Puskesmas sangat berhati-hati dan sering ragu-ragu dalam melaksanakan tugasnya sehingga menghambat produktivitas kerja pegawai. Dengan pembagian tugas dan pendelegasian wewenang akan diketahui hubungan organisatoris antara satu pegawai dengan pegawai lainnya.

PELIMPAHAN WEWENANG DALAM ORGANISASI PUSKESMAS

Wewenang atau otoritas (*authority*) dapat didefinisikan sebagai kekuasaan yang dilegitimasi dihubungkan dengan posisi di dalam struktur organisasi Puskesmas. Secara tipikal ini disebut hak memerintah agar pegawai melaksanakan dan membuat keputusan tentang tugas dan kegiatan Puskesmas serta hak menggunakan sumber daya untuk mencapai tujuan Puskesmas. Wewenang berbeda dengan kekuasaan (*power*). Wewenang adalah hak untuk memerintah atau meminta orang lain untuk berbuat sesuatu, sedangkan kekuasaan adalah kemampuan untuk bertindak atau mempengaruhi orang lain. Wewenang diturunkan dari salah satu bentuk kekuasaan yaitu kekuasaan legitimasi (*legitimized power*). Wewenang seseorang dalam organisasi Puskesmas dibatasi

melalui uraian tugas sesuai dengan kedudukan dan fungsi pegawai dalam struktur organisasi Puskesmas.

Distribusi wewenang yang mengalir dari pimpinan ke pegawai biasanya dinamakan pelimpahan atau pendelegasian wewenang (*delegation of authority*). Wewenang juga didistribusikan melalui unit-unit kerja pada level yang berbeda atau dari level puncak ke level bawah dalam organisasi. Distribusi wewenang melalui level organisasi sering dinamakan desentralisasi (*decentralization*). Konsekuensi dari pendelegasian wewenang tersebut adalah bahwa pegawai Puskesmas berkewajiban untuk melaksanakan tugas dan fungsi yang diberikan kepadanya dan menyampaikan pelaksanaan dan hasilnya kepada pimpinan Puskesmas. Inilah yang dinamakan sebagai tanggung jawab (*responsibility*). Untuk meningkatkan produktivitas kerja pegawai Puskesmas, pimpinan Puskesmas seyogyanya mengatur wewenang yang diberikan kepada pegawai Puskesmas dan menjelaskan kepada mereka bahwa tanggung jawab sudah melekat pada tugas-tugasnya sehingga mereka merasakan adanya keseimbangan antara wewenang yang dimiliki dengan tanggung jawab yang harus diemban. Wewenang dapat didelegasikan kepada pegawai Puskesmas, tetapi pimpinan Puskesmas tetap bertanggung jawab penuh terhadap keberhasilan atau kegagalan tugas yang dilaksanakan oleh pegawai meskipun wewenang sudah didelegasikan kepada pegawai Puskesmas.

Dengan adanya pembagian wewenang menurut Simbolon (2003) akan dapat dibedakan berbagai tipe organisasi yaitu organisasi lini, organisasi staf, organisasi lini dan staf, atau organisasi dalam bentuk panitia.

1. Wewenang Lini (*Line Authority*)

Wewenang Lini adalah wewenang yang mengalir secara vertikal. Pelimpahan wewenang dari atas ke bawah dan pengawasan langsung oleh pimpinan kepada staf. Organisasi yang menggunakan wewenang lini disebut organisasi lini.

Organisasi lini (*Line Organization*)

Pengertian :

Organisasi lini adalah suatu bentuk organisasi dimana pimpinan dipandang sebagai sumber wewenang tunggal karena segala keputusan/kebijaksanaan dan tanggung jawab ada pada satu tangan.

Ciri-ciri : Pimpinan organisasi tunggal, garis komando ke bawah kuat.

Kebaikan :

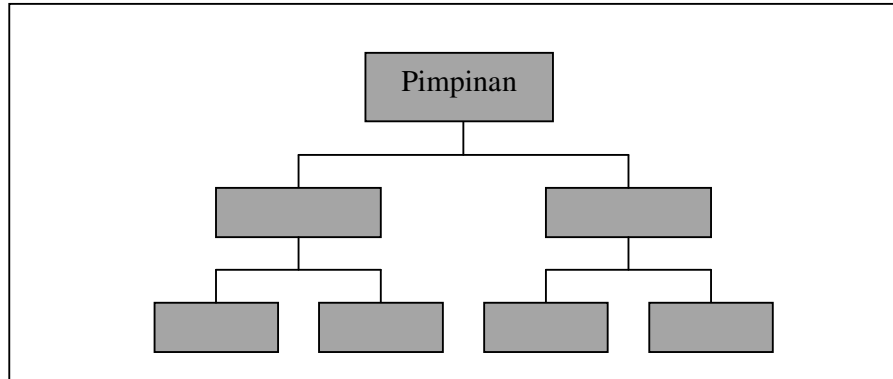
- a. Asas kesatuan komando (*unity of command*) tampak menonjol;
- b. Dapat menjamin disiplin yang kuat;
- c. Koordinasi relatif mudah dilaksanakan;
- d. Pengawasan secara ketat terhadap kegiatan pegawai dapat dilaksanakan dengan mudah.

Keburukan :

- a. Perluasan organisasi berarti penambahan beban dan tanggung jawab pimpinan dengan mudah melampaui rentang kendali (*span of control*);

- b. Anggota organisasi/staf tidak mempunyai kesempatan berkembang.

Bagan 5.1.
Contoh Bagan Organisasi Lini



Sumber: Simbolon, *Dasar-Dasar Administrasi dan Manajemen*, 2003.

2. Wewenang staf (*staff authority*)

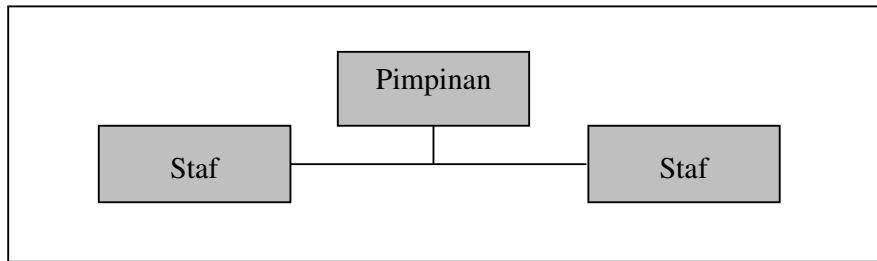
Wewenang staf adalah wewenang yang mengalir ke samping yaitu wewenang yang diberikan kepada staf khusus untuk membantu melancarkan tugas-tugas staf yang diberikan wewenang lini. Wewenang staf diberikan karena ada spesialisasi tugas-tugas manajerial yang terkait dengan fungsi staf seperti pembinaan dan pengawasan, pelayanan kepada staf dan sebagainya. Organisasi yang menggunakan wewenang staf disebut organisasi staf. Contoh wewenang staf dalam struktur organisasi Puskesmas adalah kepala Tata Usaha Puskesmas.

Organisasi Staf (*Staff Organization*)

Organisasi staf adalah suatu bentuk organisasi yang hanya mempunyai hubungan dengan pucuk pimpinan dan mempunyai fungsi memberikan bantuan, baik berupa pikiran, saran, masukan maupun yang lain, demi kelancaran tugas pimpinan dalam mencapai tujuan organisasi.

Bentuk organisasi ini tidak mempunyai garis komando ke bawah/ke daerah-daerah.

Bagan 5.2
Contoh Bagan Organisasi Staf



Sumber: Simbolon, *Dasar-Dasar Administrasi dan Manajemen*, 2003.

3. Wewenang staf dan lini

Wewenang staf dan lini adalah perpaduan antara wewenang lini dan staf. Merupakan bentuk struktur organisasi yang paling umum dianut saat ini. Bentuk struktur organisasinya kelihatan kompleks tetapi sesungguhnya adalah pengembangan dari bentuk organisasi lini dan staf.

Organisasi Lini dan Staf (Line and Staff Organization)

Ciri-ciri :

Pimpinan dibantu oleh staf dan ada kesatuan komando. Staf mempunyai wewenang fungsional, memberikan bantuan, baik berupa pikiran, saran, masukan maupun yang lain, demi kelancaran tugas pimpinan dalam mencapai tujuan organisasi. Pimpinan mempunyai wewenang komando.

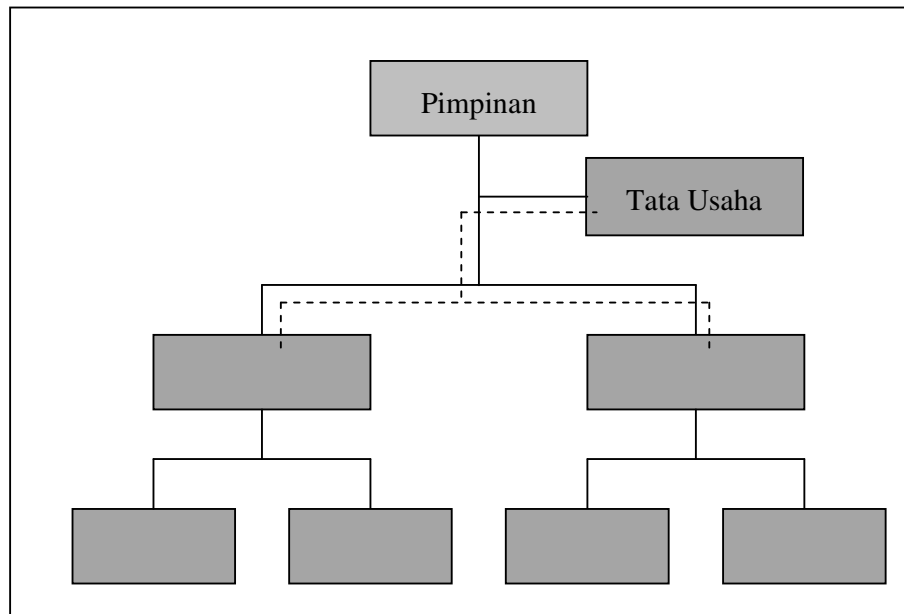
Kebaikan :

- a. Disiplin dapat dipegang teguh,
- b. Keahlian/spesialisasi kerja dalam masing-masing staf dapat dipertahankan dan dikembangkan.

Keburukan:

Dalam bentuk organisasi ini sering menimbulkan pertengkaran antara pegawai lini dan pegawai staf dan akibatnya kelancaran dari kegiatan dan program dapat terhambat.

Bagan 5.3.
Contoh Bagan Organisasi Lini dan Staf



Sumber: Simbolon, *Dasar-Dasar Administrasi dan Manajemen*, 2003.

4. **Organisasi Fungsional (*Functional Organization*)**

Ciri-ciri :

Staf mendapat perintah dari beberapa pimpinan yang masing-masing menguasai suatu keahlian tertentu dan bertanggung jawab sepenuhnya atas bidangnya. Pada bentuk organisasi ini pimpinan memercayakan sepenuhnya kepada ahli dalam bidang masing-masing.

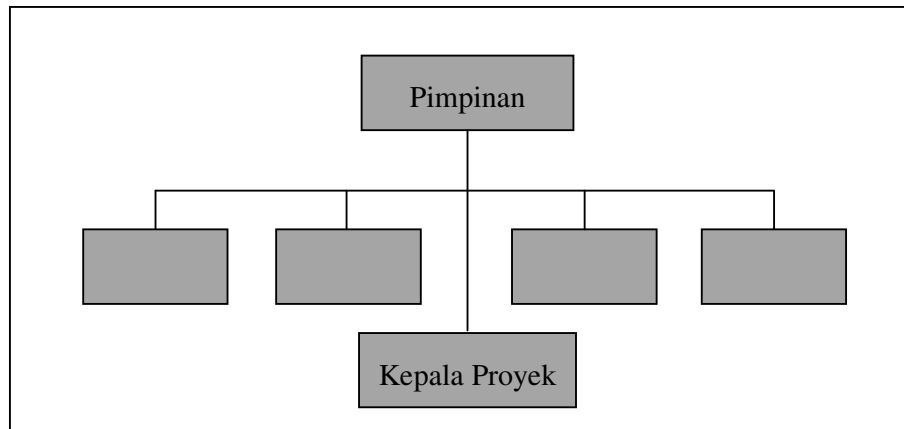
Kebaikan :

- a. Bidang pekerjaan khusus diduduki oleh seorang ahli yang memungkinkan bekerja atas dasar keahlian dan kecintaan akan tugasnya,
- b. Tanggung jawab atas fungsinya terjamin.

Keburukan :

- a. Koordinasi sulit dilaksanakan,
- b. Dapat menimbulkan dispersonalisasi,
- c. Keahlian memimpin kurang dapat jaminan,
- d. Asas kesatuan komando (*unity of command*) sulit dilaksanakan.

Bagan 5.4.
Contoh Bagan Organisasi Fungsional



Sumber: Simbolon, *Dasar-Dasar Administrasi dan Manajemen*, 2003.

STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS

Struktur organisasi menurut *Gibson, Ivancevich, dan Donnelly* (1997) diperlukan guna menjamin manajemen yang efektif. Struktur organisasi dihasilkan dari keputusan manajerial mengenai 4 (empat) atribut penting dari seluruh organisasi yaitu pembagian pekerjaan, dasar departementasi, ukuran departemen, dan pendelegasian wewenang. Struktur organisasi dipengaruhi oleh faktor desain pekerjaan dan desain organisasi seperti perbedaan individu, kompetensi tugas, teknologi, ketidakpastian lingkungan, strategi, dan karakteristik pemimpin. Atribut struktur organisasi menentukan seberapa luas organisasi mencerminkan dimensi formal, kompleksitas, dan sentralisasi.

Dimensi inti dari struktur organisasi menurut *Robbins* (1994) adalah kompleksitas, formalisasi, dan sentralisasi. Kompleksitas merujuk pada tingkat diferensiasi yang ada di dalam organisasi. Diferensiasi terdiri atas diferensiasi vertikal yaitu merujuk pada kedalaman struktur, diferensiasi horizontal yang mempertimbangkan tingkat pemisahan horizontal diantara unit-unit berdasarkan orientasi pada pegawainya, sifat dari tugas yang mereka laksanakan, dan tingkat pendidikan serta pelatihan, dan diferensiasi spasial yaitu tingkat sejauh mana lokasi fasilitas dan para pegawai organisasi tersebar secara geografis.

Formalisasi merujuk pada tingkat sejauhmana pekerjaan di dalam organisasi itu distandarisasikan. Jika suatu pekerjaan sangat diformalisasikan, maka pemegang pekerjaan itu hanya mempunyai sedikit kebebasan mengenai apa yang harus dikerjakan, bilamana mengerjakannya, dan bagaimana ia harus melaksanakannya. Dengan demikian formalisasi adalah suatu ukuran tentang standarisasi atau dengan kata lain formalisasi adalah tingkat sejauh mana peraturan, prosedur, dan komunikasi ditulis.

Sentralisasi adalah tingkat dimana pengambilan keputusan dikonsentrasikan pada suatu titik tunggal di dalam organisasi atau sentralisasi dinyatakan sebagai tingkat

sejauh mana kekuasaan formal dapat membuat kebijaksanaan dikonsentrasikan pada satu individu, sebuah unit, atau suatu tingkat (biasanya pada tingkat tinggi dalam organisasi).

Menurut *Mintzberg* dalam *Robbins* (1994), setiap struktur organisasi mempunyai 5 (lima) bagian dasar, yaitu:

1. *The operating core* - Para pegawai yang melaksanakan pekerjaan dasar yang berhubungan dengan produksi dari produk dan jasa;
2. *The strategic apex* - Pemimpin tingkat puncak yang diberi tanggung jawab keseluruhan organisasi;
3. *The middle line* - Pemimpin yang menjadi penghubung *operating core* dan *strategic apex*;
4. *The technostructure* - Para analis yang mempunyai tanggung jawab untuk melaksanakan bentuk standarisasi tertentu dalam organisasi;
5. *The support staff* - Pegawai yang mengisi unit staf yang mempunyai jasa pendukung tidak langsung kepada organisasi.

Hasil akhir dari pengorganisasian Puskesmas adalah struktur organisasi (*organization structure*) dan tata kerja Puskesmas yang merupakan perpaduan antara kegiatan dan tenaga pelaksana Puskesmas. Struktur organisasi Puskesmas menetapkan bagaimana tugas akan dibagi, siapa melapor kepada siapa, dan mekanisme koordinasi formal serta pola interaksi yang akan diikuti. Struktur organisasi atau disain organisasi Puskesmas menunjukkan kerangka dan susunan pola hubungan diantara fungsi-fungsi, bagian-bagian atau posisi-posisi, maupun orang-orang yang menunjukkan kedudukan, tugas, wewenang, dan tanggung jawab yang berbeda dalam organisasi Puskesmas. Struktur organisasi Puskesmas mengandung unsur-unsur spesialisasi kerja, standarisasi, koordinasi, sentralisasi atau desentralisasi dalam pengambilan keputusan dan besaran ukuran unit kerja fungsional Puskesmas.

Adapun faktor-faktor utama yang menentukan perancangan struktur organisasi Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Strategi untuk mencapai tujuan Puskesmas. Hasil penelitian *Chandler* dalam Handoko (2003) menjelaskan hubungan antara strategi dan struktur organisasi. Ia menyimpulkan bahwa struktur mengikuti strategi. Strategi akan menjelaskan bagaimana aliran wewenang dan saluran komunikasi dapat disusun di antara pimpinan dengan pegawai Puskesmas;
2. Ukuran organisasi Puskesmas atau jumlah orang yang dipekerjakan oleh Puskesmas. Besarnya organisasi Puskesmas secara keseluruhan maupun unit-unit kerja fungsional akan sangat mempengaruhi struktur organisasi Puskesmas. Organisasi kecil seperti Puskesmas, struktur organisasinya sangat sederhana dengan pembagian unit kerja didasarkan atas fungsi-fungsi Puskesmas;
3. Tingkat penggunaan teknologi, yaitu tingkat rutinitas penggunaan teknologi oleh Puskesmas untuk memberikan jasa layanan kesehatan Puskesmas. Perbedaan teknologi yang digunakan untuk memberikan pelayanan jasa

layanan kesehatan akan membedakan bentuk struktur organisasi. Pada layanan kesehatan dengan menggunakan teknologi tinggi akan memerlukan tingkat standarisasi dan spesialisasi yang lebih tinggi dibanding dengan pelayanan kesehatan dasar;

4. Tingkat ketidakpastian lingkungan organisasi Puskesmas;
5. Preferensi (kesukaan) yang menguntungkan diri sendiri dari individu atau kelompok yang memegang kekuasaan dan kontrol dalam organisasi Puskesmas (pengendalian kekuasaan);
6. Pegawai dan *stakeholder* dalam organisasi Puskesmas. Kemampuan dan cara berpikir para pegawai dan *stakeholder* Puskesmas serta kebutuhan mereka untuk bekerjasama harus diperhatikan dalam merancang struktur organisasi Puskesmas. Kebutuhan pegawai dan *stakeholder* Puskesmas dalam pembuatan keputusan juga akan mempengaruhi saluran komunikasi, wewenang dan hubungan di antara unit-unit kerja fungsional pada rancangan struktur organisasi Puskesmas.

Pelaksanaan proses pengorganisasian Puskesmas yang baik akan membuat organisasi Puskesmas efektif. Proses ini akan tercermin pada struktur organisasi Puskesmas yang mencakup aspek-aspek penting, yaitu : (a) besaran organisasi dan bagan organisasi formal, (b) departementalisasi atau departementasi (c) tingkat-tingkat hierarki manajemen, pendelegasian wewenang dan tanggung jawab, serta penciptaan keseimbangan antara wewenang dan tanggungjawab, (d) pembagian tugas, (d) pola sentralisasi *versus* desentralisasi dalam pengambilan keputusan, (e) kesatuan arah dan kesatuan perintah, (f) rentang manajemen dan rentang kendali, (g) saluran komunikasi, (h) diversifikasi *versus* konsentrasi produk dan/atau jasa, (i) jenis teknologi yang akan dimanfaatkan, dan (j) bentuk-bentuk spesialisasi pengetahuan dan keterampilan para pegawai Puskesmas.

Dua aspek utama proses penyusunan struktur organisasi Puskesmas yaitu departementalisasi atau departementasi dan pembagian tugas. Departementasi menurut *Robbins* (1994) adalah cara organisasi secara khas mengkoordinasikan aktivitas yang telah didiferensiasi secara horizontal. Departemen dapat dibentuk atas dasar angka-angka yang sederhana, fungsi, produk atau jasa, klien, geografi atau proses. Departementasi merupakan pengelompokkan kegiatan agar kegiatan yang sejenis dan saling berhubungan dapat dikerjakan bersama. Departementasi pada organisasi Puskesmas adalah departementasi fungsional, yaitu pengelompokkan pekerjaan di dalam organisasi Puskesmas dengan menghimpun tugas dan pekerjaan yang sama atau yang berkaitan, sehingga pegawai yang melakukan aktivitas yang sama berada dalam departemen atau unit fungsional yang sama, seperti unit pencegahan dan pemberantasan penyakit menghimpun upaya pencegahan dan pemberantasan semua penyakit menular dan tidak menular di wilayah kerja Puskesmas.

Pembagian tugas (*division of labor*) Puskesmas yaitu mengurai pekerjaan, tugas, dan fungsi Puskesmas dalam satuan-satuan tugas yang terspesialisasi sehingga setiap pegawai Puskesmas mengerjakan dan bertanggung jawab

melaksanakan seperangkat tugas Puskesmas yang terbatas dan bukan keseluruhan tugas Puskesmas. Agar Puskesmas dapat bertahan dalam lingkungan kompetitif, maka Puskesmas harus membuat pembagian tugas yang efektif. Pembagian tugas dilakukan dengan mengacu pada tujuan Puskesmas. Berdasarkan tujuan tersebut, pengorganisasian Puskesmas menentukan tugas-tugas pokok dan spesifik untuk dilakukan oleh setiap pegawai dalam unit kerja Puskesmas. Pengorganisasian Puskesmas membagi tugas organisasi ke dalam tugas-tugas yang spesialis (*job specialization*), yaitu derajat sejauhmana program pokok Puskesmas dibagi ke dalam berbagai tugas. Dengan demikian spesialisasi tugas Puskesmas menunjukkan adanya pembagian tugas ke dalam tugas-tugas yang terpisah, terstandarisasi, dan relatif sederhana. Pembagian tugas Puskesmas disebut juga disain pekerjaan (*job design*), yaitu proses pengorganisasian tugas pokok Puskesmas ke dalam tugas-tugas yang diperlukan untuk melaksanakan suatu tugas spesifik fungsional. Dengan spesialisasi tugas Puskesmas, pegawai Puskesmas akan berusaha mengembangkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melaksanakan tugas Puskesmas.

Pembagian tugas Puskesmas yang mengarah pada spesialisasi pekerjaan fungsional perlu dilakukan sebab tidak seorangpun secara fisik ataupun psikologis mampu melaksanakan seluruh kegiatan Puskesmas yang kompleks, juga tak seorang pun memiliki semua kemampuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan berbagai tugas Puskesmas. Jika pembagian tugas sudah dilakukan dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan pegawai, mereka akan berkembang menjadi kelompok kerja (*team work*) yang solid, kompak dan kompeten.

Dalam merancang struktur organisasi Puskesmas penting dipertimbangkan tentang rentang manajemen (*span of management*) dan rentang kendali (*span of control*). Rentang manajemen Puskesmas adalah berapa banyak unit kerja atau orang yang dapat dikelola oleh seorang pimpinan Puskesmas secara efektif. Sedangkan rentang kendali menetapkan jumlah staf yang dapat diatur dengan efektif oleh seorang pimpinan atau jumlah pegawai yang melapor secara langsung kepada seorang pimpinan. Jika rentangnya lebar, pimpinan mempunyai banyak staf yang melapor kepadanya. Jika rapat, pimpinan hanya mempunyai sedikit staf. Rentang manajemen dan rentang kontrol Puskesmas perlu diperhatikan dalam merancang sebuah struktur organisasi Puskesmas karena kemampuan dan waktu pimpinan Puskesmas adalah terbatas. Ada keterbatasan jumlah orang yang dapat dipimpin dan dikelola secara efektif. Pembatasan rentang manajemen akan mempengaruhi jumlah total unit kerja dan jumlah orang yang ada dalam setiap unit kerja.

Struktur organisasi Puskesmas yang akan diterapkan tergantung daripada visi, misi, tujuan, fungsi, serta beban kegiatan dan program masing-masing Puskesmas. Penyusunan struktur organisasi Puskesmas dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kabupaten/Kota.

Pembuatan pola struktur organisasi Puskesmas dapat mengacu pada :

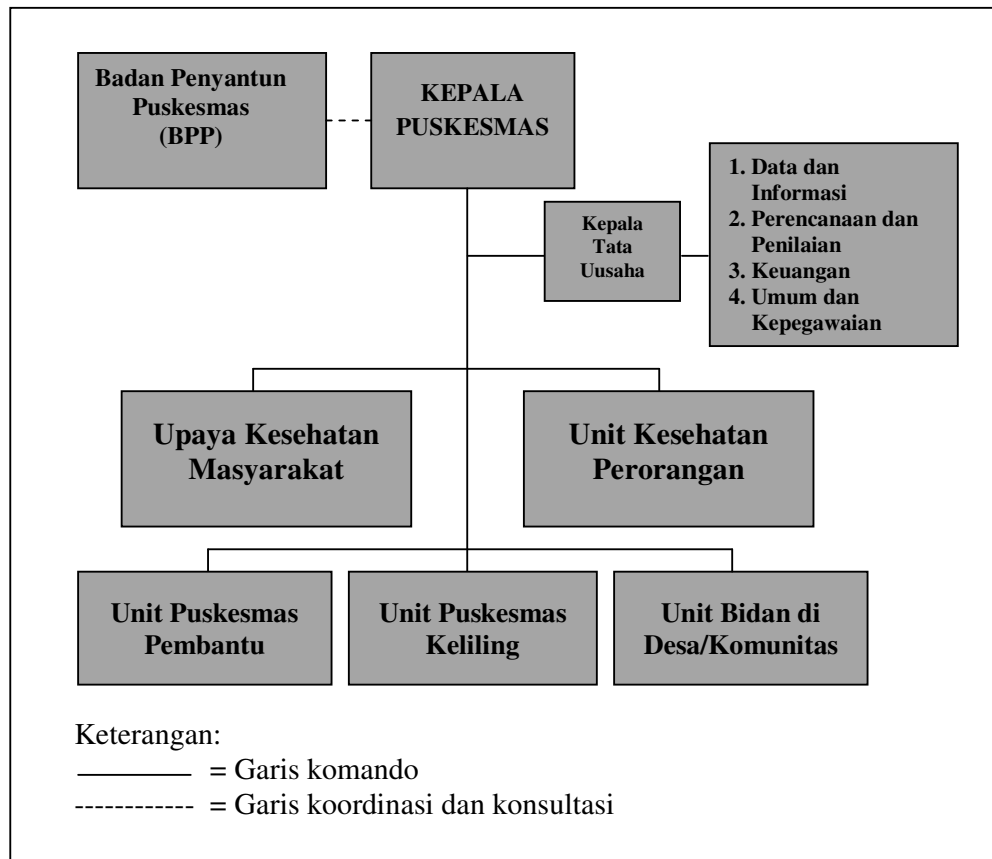
1. Kebijakan Dasar Puskesmas (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/2004), menetapkan pola struktur organisasi Puskesmas sebagai berikut:

- a. Kepala Puskesmas,
- b. Unit Tata Usaha yang bertanggung jawab membantu Kepala Puskesmas dalam mengelola:
 - Data dan Informasi,
 - Perencanaan dan Penilaian,
 - Keuangan,
 - Umum dan Kepegawaian,
- c. Unit Pelaksana Teknis Fungsional Puskesmas:
 - Upaya kesehatan Masyarakat, termasuk pembinaan terhadap UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat),
 - Upaya Kesehatan Perorangan.
- d. Jaringan pelayanan Puskesmas
 - Unit Puskesmas Pembantu,
 - Unit Puskesmas Keliling,
 - Unit Bidan di Desa/Bidan Komunitas.

Satuan organisasi dalam unit fungsional Puskesmas dapat memilih alternatif pengelompokan sebagai berikut:

- a. Pengelompokan menurut Jenis Pelayanan
Satuan organisasi Puskesmas terdiri dari unit Pelayanan Kesehatan Dasar dan Unit Pelayanan Medik Dasar,
- b. Pengelompokan menurut Fungsi Puskesmas
Satuan organisasi Puskesmas terdiri dari Unit Pembangunan Berwawasan Kesehatan, Unit Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga dan Unit . Pelayanan Kesehatan,
- c. Pengelompokan berdasarkan Program/Upaya Puskesmas
Satuan organisasi Puskesmas terdiri dari Upaya Kesehatan Wajib dan Upaya Kesehatan Pengembangan.
- d. Pengelompokan lain yang ditetapkan dinas kesehatan kabupaten/kota berdasarkan pertimbangan khusus.
Sebagaimana disajikan pada Bagan 5.5 berikut.

Bagan 5.5
Model Struktur Organisasi Puskesmas Berdasarkan
Keputusan Menteri Kesehatan RI No.128/Menkes/SK/II/2004

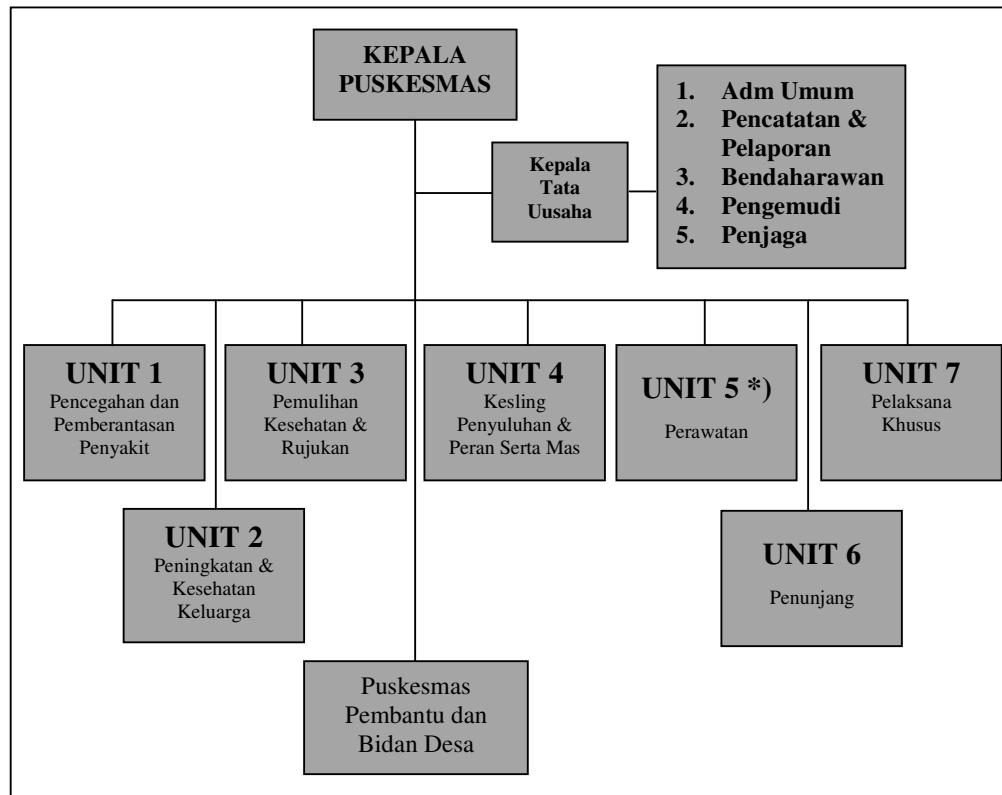


Sumber: Departemen Kesehatan RI, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang *Kebijakan Dasar Puskesmas*, 2000.

2. Keputusan Menteri Dalam Negeri No.23 tahun 1994, menetapkan pola struktur organisasi Puskesmas terdiri atas :
 - a. Kepala Puskesmas;
 - b. Tata Usaha yang membidangi Administrasi Umum, Pencatatan dan Pelaporan, Bendaharawan, Pengemudi dan Penjaga;
 - c. Unit-unit fungsional yang dikelompokkan kedalam 7 (tujuh) unit, yaitu:
 - Unit 1: Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular;
 - Unit 2: Peningkatan dan Kesehatan Keluarga;
 - Unit 3: Pemulihan Kesehatan dan Rujukan;
 - Unit 4: Kesehatan Lingkungan, Penyuluhan dan Peran Serta Masyarakat (PSM);
 - Unit 5: Perawatan (untuk Puskesmas dengan tempat perawatan);
 - Unit 6: Penunjang, dan
 - Unit 7: Pelaksana Khusus.

Sebagaimana disajikan pada Bagan 5.6 berikut :

Bagan 5.6
Model Struktur Organisasi Puskesmas Berdasarkan
Keputusan Menteri Dalam Negeri No.23 tahun 1994



Sumber: Peraturan Menteri Dalam Negeri RI No. 23 Tahun 1994 tentang *Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas*.

Keterangan :

*) = Untuk Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP)

Sebagai penanggung jawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, Puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai obyek dan subyek pembangunan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP), yang menghimpun berbagai potensi masyarakat seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, organisasi kemasyarakatan, serta dunia usaha. BPP tersebut berperan sebagai mitra Puskesmas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Secara kelembagaan BPP menjadi bagian dari struktur organisasi Puskesmas, sebagai lembaga mitra Puskesmas yang berfungsi : (1) melayani pemenuhan kebutuhan penyelenggaraan pembangunan oleh puskesmas (*to serve*), (2) memperjuangkan kepentingan kesehatan dan keberhasilan pembangunan

kesehatan oleh puskesmas (*to advocate*), dan (3) melaksanakan tinjauan kritis dan memberikan masukan tentang kinerja Puskesmas (*to watch*).

KEBIJAKAN PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

Untuk dapat terlaksananya rencana kegiatan Puskesmas perlu dilakukan pengorganisasian. Ada 2 (dua) macam pengorganisasian yang harus dilakukan. Pertama, pengorganisasian berupa penentuan para penanggung jawab dan para pelaksana untuk setiap kegiatan dan program serta untuk setiap satuan wilayah kerja (Desa/Kelurahan dan Dusun/RW). Dengan perkataan lain, dilakukan pembagian habis seluruh program kerja dan seluruh wilayah kerja kepada seluruh petugas Puskesmas dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya. Penentuan para penanggung jawab ini dilakukan melalui pertemuan penggalangan tim pada awal tahun kegiatan

Table 5.1
Contoh Gantt Chart Pembagian Beban Tugas dan Wilayah Kerja

No	Nama Petugas	Upaya Kegiatan	Sasaran	Target	Jadwal Kerja	Lokasi Kegiatan

Sumber: Departemen Kesehatan RI, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang *Kebijakan Dasar Puskesmas*, 2002.

Kedua, pengorganisasian berupa penggalangan kerjasam tim secara lintas sektoral. Ada 2 (dua) bentuk penggalangan kerjasama yang dapat dilakukan :

1. Penggalangan kerjasama bentuk dua pihak yakni antara dua sektor terkait, misalnya antara Puskesmas dengan sektor tenaga kerja pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan kerja;
2. Penggalangan kerjasama bentuk banyak pihak yakni antar berbagai sektor terkait, misalnya antara Puskesmas dengan sektor pendidikan, sektor agama, dan sektor kecamatan pada waktu menyelenggarakan Upaya Kesehatan Sekolah (UKS).

Penggalangan kerjasama lintas sektor ini dapat dilakukan: (a) Secara langsung yakni antar sektor terkait, dan (b) Secara tidak langsung yakni dengan memanfaatkan pertemuan koordinasi kecamatan (Departemen Kesehatan, 2004).

PELAKSANAAN PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

Pengorganisasian tingkat Puskesmas yang dilakukan meliputi :

1. Pengorganisasian berupa penentuan para penanggung jawab dan para pelaksana untuk setiap program dan kegiatan baik upaya kesehatan wajib

maupun upaya kesehatan pengembangan Puskesmas, dengan mengisi personalia pada Susunan Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Puskesmas yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota;

2. Pengorganisasian Bidan Desa berupa penentuan desa binaan serta tugas dan tanggung jawabnya sebagaimana terlampir pada lampiran 5.1;
3. Pengorganisasian Perawat Kesehatan Desa berupa penentuan desa binaan serta tugas dan tanggung jawabnya sebagaimana terlampir pada lampiran 5.2;
4. Pengorganisasian Pembina Kesehatan Desa (PKD) yaitu pegawai Puskesmas yang bertugas dan bertanggung jawab untuk melakukan pembinaan dan fasilitasi program kesehatan serta penggerakan dan pemberdayaan masyarakat di desa binaannya dengan uraian tugas dan tanggung jawab sebagaimana terlampir pada Lampiran 5.3;
5. Pengorganisasian program keterpaduan KB-Kesehatan di Posyandu (kemudian dikembangkan menjadi program Desa Siaga) meliputi jumlah, lokasi, waktu dan tim pelayanan Posyandu (Desa Siaga) sebagaimana terlampir pada lampiran 5.4;

Lampiran 5.1
Uraian Tugas dan Tanggung Jawab Bidan Desa

1. Pembinaan pelaksanaan prosedur tetap (Protap) Posyandu di Desa binaannya bekerjasama dengan Pembina Kesehatan Desa (PKD), meliputi :
 - a. Pendataan sasaran Posyandu pada 3 (tiga) hari sebelum pelaksanaan Posyandu (H -3);
 - b. Pelaksanaan Rapat koordinasi Posyandu/Forum Kesehatan Desa-Desa Siaga, pada 2 (dua) hari sebelum pelaksanaan Posyandu (H- 2);
 - c. Pembagian undangan/pemanggilan sasaran Posyandu sehari sebelum pelaksanaan Posyandu (H -1);
 - d. Pelaksanaan Posyandu sistem 5 meja;
 - e. Pelaksanaan pertemuan Pascayandu pada beberapa saat setelah selesai pelaksanaan Posyandu.
2. Melaksanakan kunjungan rumah kepada :
 - a. Sasaran KB/Kesehatan (PUS, Ibu hamil, Ibu menyusui, Bayi dan Anak Balita) yang tidak datang ke Posyandu;
 - b. *Drop out* pelayanan KB/Kesehatan di Posyandu;
 - c. Ibu hamil risiko tinggi/komplikasi;
 - d. Ibu Nifas dan Bayi baru lahir/Neonatus normal dan Risti/komplikasi;
 - e. Gizi buruk/bawah garis merah bayi dan anak balita;
 - f. PUS yang belum ber KB dan terjadi efek samping KB;
 - g. Kejadian kematian ibu, bayi dan anak balita.
3. Pendeteksian dan penanggulangan ibu hamil kekurangan energi kronis (Bumil KEK);
4. Pelayanan antenatal, pelayanan persalinan, dan perawatan nifas;
5. Pembuatan kantong persalinan (pendeteksian Bumil Risti/komplikasi);
6. Pembinaan dan pelayanan kesehatan anak pra sekolah dan usia sekolah di TK, SD/MI;
7. Pembinaan dan pelayanan kesehatan usia lanjut di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) di Desa binaannya;
8. Membina dan menjalin kemitraan dengan dukun paraji;
9. Melaksanakan pelayanan KB, Imunisasi, dan Kegawatdaruratan KIA/KB, Komunikasi Interpersonal/Konseling (KIP/K) kepada klien yang bermasalah seperti ibu hamil Risti, ibu hamil KEK, balita Gizi buruk, dan lain-lain;
10. Melaksanakan Promosi/Penyuluhan program KIA/KB dan Kesehatan;
11. Pembinaan pelaksanaan Desa Siaga meliputi terselenggaranya Forum Kesehatan Desa, sarana/fasilitas kesehatan dasar (Pos Kesehatan Desa/ Poskesdes) dan sistem rujukan, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), survailans berbasis masyarakat (sistem pengamatan penyakit dan faktor resiko berbasis masyarakat), sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana berbasis masyarakat, upaya menciptakan dan terwujudnya lingkungan sehat, upaya menciptakan dan terwujudnya PHBS, dan upaya menciptakan dan terwujudnya Kadarzi;
12. Pemantauan dan Evaluasi;
13. Pencatatan dan pelaporan (R/R KIA, PWS – KIA, SIP dll);
14. Pembinaan Kader.

Sumber: Inovasi Penulis

Lampiran 5.2

Uraian Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Kesehatan Desa

1. Melaksanakan Program Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular/ P2M (P2 ISPA, P2 TB, P2 DBD, P2 Diare, P2 Kusta, PMS/HIV-AIDS, dan lain-lain) di Desa binaannya;
2. Melaksanakan kunjungan rumah (bekerja sama dengan Bidan desa) untuk melakukan Perawatan Kesehatan Masyarakat di Desa binaannya kepada; “ Keluarga Rawan Kesehatan “ yakni:
 - a) Keluarga yang belum terjangkau pelayanan kesehatan yaitu keluarga dengan: (a) Ibu hamil yang belum *ante natal care*. (b) Ibu nifas yang persalinannya ditolong oleh dukun beserta neonatusnya, (c) Balita tertentu seperti *drop out* Penimbangan, (d) Penyakit kronis menular yang tidak bisa diintervensi oleh program, (e) Penyakit endemis, (f) Penyakit kronis yang tidak menular misalnya Hipertensi, DM dll, dan (g) Kecacatan tertentu (mental dan fisik).
 - b) Keluarga dengan risiko tinggi yaitu keluarga dengan: (a) Ibu hamil dengan masalah gizi yaitu Anemia gizi berat (HB kurang dari 8 gr%), Kurang Energi Kronis (KEK), (b) Ibu hamil dengan risiko tinggi (perdarahan, infeksi, hipertensi), (c) Balita dengan BGM/Gizi buruk, (d) Neonatus dengan BBLR, (e) Usia lanjut Jompo dan (f) Kasus percobaan bunuh diri (*tentamen suicide*).
 - c) Keluarga dengan kasus tindak lanjut keperawatan yaitu: (1) *Drop out* tertentu (Ibu hamil, Bayi, Anak balita dengan keterlambatan tumbang/ tumbuh kembang), penyakit kronis atau endemis tertentu, (2) Kasus paska keperawatan yaitu kasus paska keperawatan di Rumah Sakit, kasus katarak yang dioperasi di Puskesmas, persalinan dengan tindakan, kasus psikotik, kasus yang seharusnya dirujuk tetapi tidak melaksanakan rujukannya, (3) Kasus Rawat Jalan (data sasaran dari Buku Register Kunjungan Puskesmas) yaitu: (a) Kasus yang perlu mendapat pelayanan keperawatan lanjutannya di rumah pasien, (b) Kasus yang perlu mendapatkan pemeriksaan ulangan namun tidak datang kembali.
3. Melaksanakan Program Kesehatan Anak dan Remaja/Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) pada sekolah di Desa binaannya;
4. Melaksanakan Program Kesehatan Usia Lanjut di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) di Desa binaannya;
5. Membantu Melaksanakan Tim Medis Keliling (TMK) di Desa binaannya yang di integrasikan dengan penyelenggaraan Posyandu;
6. Membantu dan melaksanakan upaya pengobatan di BP Puskesmas Induk, Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes);
7. Pembinaan Desa Siaga di desa binaannya meliputi Forum Kesehatan Desa, sarana/fasilitas kesehatan dasar (Pos Kesehatan Desa/ Poskesdes) dan sistem rujukan, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), survailans berbasis masyarakat (sistem pengamatan penyakit dan faktor resiko berbasis masyarakat), sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawatdaruratan dan

bencana berbasis masyarakat, upaya menciptakan dan terwujudnya lingkungan sehat, upaya menciptakan dan terwujudnya PHBS, dan upaya menciptakan dan terwujudnya Kadarzi;

8. Melaksanakan Promosi/Penyuluhan P2M, Perkesmas, Kesehatan Anak dan Remaja/Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan Kesehatan Usia Lanjut di desa binaannya;
9. Melaksanakan tugas integrasi sebagai Pembina Kesehatan Desa (PKD) di Desa binaannya;
10. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan program P2M, Perkesmas, Kesehatan Anak dan Remaja/Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan Kesehatan Usia Lanjut.

Sumber: Inovasi Penulis

Lampiran 5.3
Uraian Tugas dan Tanggung Jawab Pembina Kesehatan Desa/Pembina Wilayah

1. Pembinaan pelaksanaan prosedur tetap (Protap) Posyandu meliputi :
 - a) Pendataan sasaran posyandu pada 3 (tiga) hari sebelum pelaksanaan (H – 3);
 - b) Pelaksanaan Rapat koordinasi (Rakor) Posyandu/Forum Kesehatan Desa-Desa Siaga pada 2 (dua) hari sebelum pelaksanaan Posyandu (H – 2);
 - c) Pembagian undangan/pemanggilan sasaran Posyadu sehari sebelum pelaksanaan Posyandu (H – 1);
 - d) Pelaksanaan Posyandu sistem 5 meja, memberikan bimbingan teknis kepada kader dan memberi pelayanan di meja 5 Posyandu;
 - e) Pelaksanaan pertemuan Pascayandu pada beberapa saat setelah selesai pelaksanaan Posyandu.
2. Pelaksanaan kunjungan rumah kepada sasaran Posyandu yang tidak datang ke Posyandu dan *drop out* pelayanan Posyandu;
3. Pembinaan pelaksanaan Sistem Informasi Posyandu (SIP) meliputi :
 - a) Format 1 : Catatan Ibu hamil, kelahiran, kematian bayi, dan kematian ibu hamil, melahirkan/Nifas;
 - b) Format 2 : Register Bayi dalam wilayah kerja Posyandu;
 - c) Format 3 : Register Anak Balita dalam wilayah kerja Posyandu;
 - d) Format 4 : Register WUS - PUS dalam wilayah kerja Posyandu;
 - e) Format 5 : Register Ibu hamil dalam wilayah kerja Posyandu;
 - f) Format 6 : Data pengunjung, Petugas Posyandu, kelahiran dan kematian bayi dan kematian ibu hamil, melahirkan, nifas.;
 - g) Format 7 : Data hasil kegiatan Posyandu;
 - h) Balok SKDN.
4. Pelaksanaan Promosi/Penyuluhan Posyandu dan Kesehatan lainnya dengan jadwal dan materi sebagai berikut:

No	Bulan	Materi Promosi Posyandu
1	Januari dan Juli	Diare dan Kesehatan Lingkungan
2	Pebruari dan Agustus	Vitamin A Dosis/Takaran tinggi
3	Maret dan September	Penimbangan Balita
4	April dan Oktober	Keluarga berencana
5	Mei dan Nopember	Imunisasi
6	Juni dan Desember	Kesehatan Ibu dan Anak

5. Pembinaan pembuatan pencatatan dan pelaporan Posyandu setiap bulan, kemudian laporan diserahkan kepada penanggung jawab Program Promosi kesehatan Puskesmas;
6. Pembinaan pelaksanaan Desa Siaga meliputi terselenggaranya Forum Kesehatan Desa, sarana/fasilitas kesehatan dasar (Pos Kesehatan Desa/ Poskesdes) dan sistem rujukan, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), survailans berbasis masyarakat (sistem pengamatan penyakit dan faktor resiko berbasis masyarakat), sistem kesiapsiagaan penanggulangan kegawat daruratan dan bencana berbasis masyarakat, upaya menciptakan dan

terwujudnya lingkungan sehat, upaya menciptakan dan terwujudnya PHBS, dan upaya menciptakan dan terwujudnya Kadarzi.

7. Pembinaan Kader.

Sumber: Inovasi Penulis

Tabel 5.2
Jumlah, Lokasi, Waktu dan Tim Pelayanan Posyandu

No	Desa	Jumlah Dusun	Jumlah Posyandu	Lokasi Posyandu	Tgl dan Jam buka Posyandu	Tim Pelayanan Posyandu		
						Bidan Desa	Perawat Kesehatan Desa	Pembina Kesehatan Desa

Sumber : Inovasi Penulis

BAB VI

PENGERAKAN DAN PELAKSANAAN/P2 (AKTUASI) TINGKAT PUSKESMAS

PENGERTIAN, FAKTOR-FAKTOR, DAN TUJUAN PENERANGAN DAN PELAKSANAAN/ P2 (AKTUASI) TINGKAT PUSKESMAS

Setelah perencanaan (*planning*) dan pengorganisasian (*organizing*) Puskesmas selesai dilaksanakan, maka selanjutnya yang perlu dilakukan dalam manajemen Puskesmas adalah mewujudkan rencana (*plan*) Puskesmas tersebut menjadi kenyataan. Ini berarti, rencana tersebut dilaksanakan (*implementating*) atau diaktualisasikan (*actuating*).

Di dalam beberapa buku manajemen dijumpai banyak istilah untuk fungsi pergerakan dan pelaksanaan yaitu *actuating* (pergerakan), *motivating* (membangkitkan motivasi), *directing* (memberikan arah), *influencing* (mempengaruhi), dan *commanding* (memberi komando atau petunjuk). Beberapa istilah tersebut diartikan sebagai fungsi aktuasi karena dianggap mempunyai pengertian yang sama yaitu menggerakkan dan mengarahkan pelaksanaan program. Aktuasi Puskesmas merupakan usaha untuk menciptakan iklim kerjasama di antara staf pelaksana program Puskesmas sehingga pelaksanaan program berjalan sesuai dengan rencana dalam rangka pencapaian tujuan Puskesmas. Aktuasi juga merupakan suatu fungsi pembimbingan dan pengarahan pegawai agar pegawai mau dan mampu bekerja dengan rasa tanggung jawab tanpa menunggu perintah dari siapapun.

Aktuasi tingkat Puskesmas menurut hemat penulis adalah upaya menggerakkan pegawai Puskesmas sedemikian rupa sehingga pegawai Puskesmas memiliki komitmen dan tanggung jawab, mendukung dan bekerjasama, memiliki kemauan dan kemampuan kerja, menyukai pekerjaan, menjadi pegawai yang baik, serta berusaha untuk mencapai tujuan Puskesmas.

Hal yang mendasar bagi keberhasilan Puskesmas adalah mengupayakan agar pegawai Puskesmas melakukan tugas secara berkualitas, beretika dan berdedikasi, adanya kepercayaan dan keyakinan terhadap semua pegawai, memelihara lingkungan kerja yang kondusif dan memuaskan semua pihak, adanya kesediaan semua pegawai untuk melaksanakan tugas secara antusias.

Pada dasarnya aktuasi dimulai dari pimpinan Puskesmas dan bukan dengan menggerakkan pihak lain. Seorang pimpinan Puskesmas harus termotivasi secara pribadi untuk mencapai kemajuan dan kerjasama yang serasi dan terarah dengan pihak lain. Pimpinan Puskesmas harus menunjukkan kepada stafnya bahwa ia mempunyai tekad untuk mencapai keberhasilan dan peka terhadap lingkungannya. Pimpinan Puskesmas harus obyektif dalam menghadapi berbagai persoalan Puskesmas. Ia juga harus realistis menghadapi perbedaan karakter pegawai. Dengan kata lain, seorang pimpinan memahami kodrat manusia yang mempunyai kekuatan dan kelemahan, dan tidak mungkin akan mampu bekerja sendiri sehingga memerlukan bantuan orang lain.

Pegawai Puskesmas mempunyai kebutuhan yang bersifat pribadi dan sosial. Pada diri pegawai kadang-kadang muncul juga sifat-sifat emosional. Pegawai Puskesmas adalah juga manusia di manapun mereka berada. Pegawai Puskesmas membawa ke tempat kerjanya segala perbedaan-perbedaan fisik, mental, sosial, nilai, dan problem-problem mereka. Setiap pegawai mempunyai kepribadian yang berbeda-beda yang dipengaruhi oleh keturunan, pendidikan, kondisi sosial, serta pengalamannya. Seorang pegawai bertindak untuk mencapai kepuasan tetapi arti kepuasan baik isi maupun derajatnya berbeda bagi setiap pegawai.

Meskipun pegawai Puskesmas berbeda-beda, namun terdapat adanya fakta-fakta kesamaan yang dapat membantu pimpinan Puskesmas untuk mengerti perilaku pegawai dan memanfaatkan pengetahuan tersebut untuk memperbaiki manajemen Puskesmas. Keadaan umum yang penting guna memenuhi kebutuhan-kebutuhan pegawai menurut *Terry* (1986) yaitu :

1. Kebiasaan serta emosi penting sekali untuk menerangkan perilaku pegawai, akal bersifat sekunder;
2. Perasaan terpinggirkan merupakan bagian daripada sebuah kelompok dan merasa penting merupakan kekuatan yang memberikan motivasi kuat bagi kebanyakan pegawai;
3. Pegawai menginginkan pujian untuk pekerjaan yang dilaksanakan apabila mereka layak mendapatkannya;
4. Para pegawai ingin memanfaatkan kemampuan mereka yang tertinggi dan menikmati perasaan puas apabila pekerjaan dilaksanakan;
5. Para pegawai ingin melaksanakan hal-hal yang dapat mereka banggakan;
6. Para pegawai lebih menyukai pengawasan yang dapat mereka percayai dan yang menimbulkan respek;
7. Kritik atau perbandingan negatif tentang hasil pekerjaan seorang pegawai di muka umum ditentang oleh kebanyakan pegawai, mereka tidak senang “kehilangan muka”;
8. Penerimaan ide-ide baru dan perubahan-perubahan lebih berhasil apabila pegawai siap menghadapinya, upaya untuk mengadakan perubahan-perubahan secara mendadak perlu dihindari;
9. Apabila pegawai tidak melakukan pekerjaan dengan baik, maka pegawai ingin mendapatkan teguran dengan cara yang tepat;
10. Teguran dan tindakan perbaikan diharapkan oleh kebanyakan pegawai apabila mereka melanggar cara kerja yang sudah diketahui dan yang ditetapkan; kebanyakan pegawai kurang menyukai pengawasan yang baik dan lunak hati.

Fungsi aktuasi Puskesmas tidak sekedar pekerjaan mekanis, karena yang digerakan adalah manusia/pegawai. Oleh karena itu untuk suksesnya fungsi aktuasi Puskesmas diperlukan berbagai faktor, yaitu:

1. Faktor organisasi Puskesmas

Yang menentukan suksesnya fungsi aktuasi dari faktor organisasi Puskesmas meliputi:

a. Terdapat peraturan-peraturan

Peraturan adalah segala ketentuan yang mengatur terselenggaranya kegiatan pegawai dan program Puskesmas serta adanya kepastian perkembangan Puskesmas baik ke dalam maupun ke luar organisasi. Seperti Undang-undang RI Nomor 43 Tahun 1999 tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 8 Tahun 1974 Tentang Pokok-pokok Pegawai, Peraturan Pemerintah RI tentang Disiplin Pegawai, Peraturan Pemerintah RI No.10/1979 tentang Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan Pegawai Negeri Sipil, dan lain-lain.

b. Terdapat sumber daya

Sumber daya adalah segala sesuatu yang diperlukan untuk kegiatan dan program Puskesmas yang didasarkan pada suatu pengkajian yang dapat dipertanggung jawabkan, yang meliputi aspek kuantitas, kualitas dan aktualitasnya. Sumberdaya manajemen Puskesmas meliputi *man, money, materials, machines, methods, minute/times, market dan information* dengan akronim 7 M + 1 I (telah diuraikan pada Bab II butir 3.1. Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka).

c. Terdapat sarana komunikasi

Sarana komunikasi adalah segala sarana yang dapat digunakan untuk menerima dan menyampaikan informasi, seperti telepon, surat, forum rapat dinas, buletin, dan sebagainya (akan dijelaskan pada Bab V. butir D. Komunikasi).

d. Terdapat kepemimpinan

Yaitu suatu proses pengarahan dan pemberian pengaruh pada kegiatan-kegiatan pegawai agar bekerja mencapai tujuan organisasi (akan dijelaskan pada Bab V. butir B. Kepemimpinan).

2. Faktor pegawai

Yang menentukan suksesnya fungsi aktuasi dari faktor pegawai adalah:

a. Memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai

Yaitu pegawai mengetahui dan terampil dalam rincian pekerjaan, mengikuti prosedur kerja dan menggunakan cara mutakhir dalam pekerjaan.

b. Memiliki pandangan bahwa pengabdianya adalah untuk Puskesmas/ Negara bukan untuk pimpinannya

Jika pegawai hanya mengikuti pimpinan yang menurut dirinya cocok dan berkenan, maka akan menghambat pencapaian hasil pekerjaan, sebab perintah atau peraturan pekerjaan dari pimpinan yang tidak disenanginya cenderung untuk tidak dilaksanakan. Loyalitas kepada pimpinan haruslah loyalitas yang rasional serta terarah pada pengabdian tunggal pada Puskesmas/Negara.

c. Mau dipimpin

Agar kelancaran tugas dan pencapaian tujuan organisasi dapat tercapai, maka pegawai harus mau dipimpin dengan penuh kesadaran dan tanggung jawab serta bukan karena terpaksa atau adanya *vested interest* tertentu.

d. Terpeliharanya tim kerja

Dalam pelaksanaan fungsi aktuasi perlu diperhatikan kinerja tim yang solid, kompeten dan kompak. Untuk itu perlu dikembangkan kepemimpinan tim, keeratan tim, kekompakan tim, struktur tim, peran tim, dan norma tim.

Adapun Tujuan aktuasi tingkat Puskesmas adalah :

1. Menciptakan kerjasama yang harmonis, serasi, berdaya guna dan berhasil guna;
2. Mengembangkan kemauan dan kemampuan kerja pegawai Puskesmas;
3. Menumbuhkan rasa memiliki, rasa bertanggung jawab, dan menyukai pekerjaan;
4. Mengusahakan suasana lingkungan kerja yang kondusif yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja pegawai Puskesmas;
5. Membuat organisasi Puskesmas dinamis dan berkembang.

Aktuasi Puskesmas memusatkan perhatian pada pengelolaan sumber daya manusia. Atas dasar itu fungsi aktuasi Puskesmas sangat erat kaitannya dengan ilmu-ilmu perilaku manusia. Seorang pimpinan yang ingin berhasil menggerakkan dan mengarahkan pegawainya agar bekerja lebih produktif, perlu menguasai pengetahuan dan keterampilan dalam 4 (empat) hal, yaitu:

1. Pengetahuan dan Keterampilan Kepemimpinan (*Leadership*);
2. Pengetahuan dan Keterampilan Motivasi (*Motivating*);
3. Pengetahuan dan Keterampilan Komunikasi (*Communication*);
4. Pengetahuan dan Keterampilan Pengarahan (*Directing*).

KEPEMIMPINAN

Beberapa definisi kepemimpinan yang dianggap cukup mewakili selama seperempat abad dikumpulkan Yukl (1987) dalam Usman (2006) sebagai berikut:

1. Kepemimpinan adalah perilaku dari seseorang individu yang memimpin aktivitas-aktivitas suatu kelompok ke suatu tujuan yang ingin dicapai bersama (*shared goal*);
2. Kepemimpinan adalah pengaruh antar pribadi yang dijalankan dalam suatu situasi tertentu serta diarahkan melalui proses komunikasi ke arah pencapaian satu atau beberapa tujuan;
3. Kepemimpinan adalah pembentukan awal serta pemeliharaan struktur dalam harapan dan interaksi;
4. Kepemimpinan adalah peningkatan pengaruh sedikit demi sedikit, pada dan diatas kepatuhan mekanis terhadap pengarahan-pengarahan rutin organisasi;
5. Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi aktivitas-aktivitas sebuah kelompok yang diorganisasi ke arah pencapaian tujuan;

6. Kepemimpinan adalah sebuah proses memberikan arti (pengarahan yang berarti) terhadap usaha kolektif, dan yang mengakibatkan kesediaan untuk melakukan usaha yang diinginkan untuk mencapai sasaran;
7. Para pemimpin adalah mereka yang secara konsisten memberikan kontribusi yang efektif terhadap orde sosial, serta yang diharapkan dan dipersepsikan melakukannya.

Pengertian kepemimpinan menurut penulis adalah proses mempengaruhi seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan dalam situasi tertentu.

Umumnya disepakati ada 3 (tiga) teori utama dalam studi kepemimpinan yaitu teori sifat atau karakter pemimpin (*traits theory*), teori perilaku atau gaya kepemimpinan (*behavior theory*), dan teori situasional (*contingency theory*). Tiga teori ini menjelaskan mengapa seseorang pemimpin berhasil sementara yang lain tidak. Ketiga pendekatan tersebut bukan saling menggantikan melainkan saling melengkapi terhadap kelemahan pendekatan lain.

1. Teori Sifat-Sifat Kepemimpinan

Teori sifat-sifat kepemimpinan (*traits theory*) berasumsi bahwa kunci keberhasilan pemimpin karena ia memiliki keunggulan sifat atau karakteristik pribadi (*personal trait and characteristic*) dalam kelompoknya. Teori sifat kepemimpinan berpendapat bahwa pemimpin itu dilahirkan bukan diciptakan (*leader are born, not built*), artinya seseorang telah membawa bakat kepemimpinan sejak dilahirkan bukan dididik atau dilatih. Pemimpin yang dilahirkan tanpa pendidikan dan latihan sudah dapat menjadi pemimpin yang efektif. Pelatihan kepemimpinan hanya bermanfaat bagi mereka yang memang telah memiliki sifat-sifat kepemimpinan.

Sifat atau karakteristik personal pemimpin menurut penelitian *Kouzes* dan *Posner* (1987 dan 1995) dalam *Silalahi* (2002) dan *Usman* (2006) terhadap 20.000 responden dari eksekutif bisnis dan pemerintah di 4 (empat) benua, mereka menemukan 20 sifat-sifat pemimpin yang diharapkan oleh stafnya, yaitu (1) kejujuran, (2) keluasan pandangan, (3) kemampuan memberikan inspirasi, (4) kompetensi, (5) keadilan, (6) mau memberikan dukungan, (7) berpikiran luas, (8) cerdas, (9) lugas, (10) dapat diandalkan, (11) berani, (12) mau bekerja sama, (13) berimajinasi, (14) peduli, (15) bertekad bulat, (16) dewasa, (17) ambisius, (18) setia, (19) dapat mengendalikan diri, dan (20) mandiri. Mayoritas responden memilih 4 (empat) sifat kepemimpinan teratas yaitu: jujur (*honest*), berwawasan ke depan (*forward looking*), membangkitkan semangat (*inspiring*), dan cakap (*competent*).

Wexley dan *Yukl* (1996) dalam *Usman* (2006) menyatakan bahwa terdapat beberapa sifat untuk menjadi pemimpin yang efektif, yaitu : (1) memiliki kecerdasan yang cukup, (2) memiliki kemampuan berbicara, (3) memiliki kepercayaan diri, (4) memiliki inisiatif, (5) memiliki motivasi berprestasi, dan (6) memiliki ambisi. Sedangkan *Newstrom* dan *Davis* (1997) menyatakan bahwa

sifat-sifat yang harus dimiliki seorang pemimpin yang efektif adalah : (1) keinginan personil, (2) kejujuran dan integritas, (3) kemampuan berpikir, (4) luwes dan adaptif, (5) karisma, (6) hasrat untuk memimpin, (7) percaya diri, (8) pengetahuan, (9) perasaan positif, dan (10) kreativitas dan orisinalitas.

Selanjutnya Sanusi (1989) dalam Usman (2006) mengemukakan sifat-sifat kepemimpinan sebagai berikut : (1) kesehatan dan kesegaran fisik, (2) kreativitas dalam menangkap tuntutan zaman, (3) kemampuan intelektual, (4) efektivitas informasi dan komunikasi sosial, (5) kematapan emosional, (6) keteguhan pendirian, (7) integritas pribadi, (8) kedudukan ekonomi dan finansial, (9) kedudukan hukum, dan (10) prestasi masa lampau.

2. Teori Perilaku/Gaya Kepemimpinan

Adapun teori gaya kepemimpinan berasumsi bahwa kemampuan untuk memimpin dan kemauan untuk mengikuti didasarkan atas perilaku pemimpin atau gaya kepemimpinan. Menurut Silalahi (2002), gaya kepemimpinan adalah pola perilaku spesifik yang ditampilkan oleh pemimpin dalam upaya mempengaruhi orang lain guna mencapai tujuan organisasi atau kelompoknya. Sedangkan *Hersey* dan *Blanchard* (1995), mendefinisikan gaya kepemimpinan adalah pola perilaku konsisten yang diperlihatkan pemimpin itu pada saat mempengaruhi aktivitas orang lain seperti yang dipersepsikan orang-orang tersebut.

Gaya kepemimpinan pada hakekatnya memperlihatkan 2 (dua) perilaku atau gaya kepemimpinan yaitu berorientasi pada tugas (*task oriented*) dan berorientasi pada manusia (*human oriented*). Gaya kepemimpinan yang berorientasi pada tugas disebut juga *autocratic*, *initiating structure*, *job centeredness*, dan *concern for task*. Sedangkan gaya kepemimpinan yang berorientasi pada manusia disebut juga *democratic*, *consideration*, *employee centeredness*, *relationship orientation*, *concern for people* (Handoko, 2003; *Hersey* dan *Blanchard*, 1995; Silalahi, 2002). Gaya kepemimpinan yang berorientasi pada tugas lebih memperhatikan pada penyelesaian tugas dengan pengawasan yang sangat ketat agar tugas selesai sesuai yang diinginkan, hubungan baik dengan staf diabaikan, yang penting staf harus bekerja keras, produktif, dan bekerja tepat waktu. Sebaliknya gaya kepemimpinan yang berorientasi pada manusia cenderung lebih memperhatikan hubungan yang baik dengan staf, lebih memotivasi staf daripada mengawasi dengan ketat. Kelemahan pemimpin berorientasi pada tugas ialah kurang disenangi stafnya karena staf dipaksa bekerja keras agar tugas selesai dengan cepat dan baik. Kelebihannya adalah pekerjaan dapat diselesaikan tepat waktu. Sebaliknya kelemahan pemimpin berorientasi pada manusia adalah pekerjaan tidak selesai pada waktunya. Untuk menjadi pemimpin yang efektif digunakan keseimbangan gaya kepemimpinan yang berorientasi pada tugas dengan gaya kepemimpinan yang berorientasi pada manusia. Gaya ini disebut gaya kepemimpinan transaksional (Usman, 2006).

Gaya kepemimpinan, dimana pemimpin memperlihatkan perhatian yang rendah pada tugas dan pegawai disebut pemimpin *abdication* (*laissez-fair*,

delegatif), perhatian yang tinggi pada tugas dan rendah perhatian pada pegawai disebut pemimpin *directive (autocratic)*, rendah perhatian pada tugas dan tinggi perhatian pada pegawai disebut pemimpin *supportive*, dan tinggi perhatian baik untuk tugas maupun untuk pegawai disebut pemimpin *participative (democratic)*.

Studi kepemimpinan yang mempelajari gaya kepemimpinan antara lain: studi kepemimpinan *Tannenbaum* dan *Schmidt*, studi kepemimpinan Universitas Iowa, studi kepemimpinan Universitas Michigan, studi kepemimpinan Universitas Ohio, studi kepemimpinan *Blake* dan *Mouton*, dan studi kepemimpinan *Likert*.

Tannenbaum dan *Schmidt* dalam Handoko (2003), mengemukakan bahwa pemimpin harus mempertimbangkan 3 (tiga) kumpulan “kekuatan” sebelum melakukan pemilihan gaya kepemimpinan, yaitu:

- a. Kekuatan-kekuatan dalam diri pemimpin yang mencakup: (1) sistem nilai, (2) kepercayaan terhadap staf, (3) kecenderungan kepemimpinannya sendiri, dan (4) perasaan aman dan tidak aman;
- b. Kekuatan-kekuatan dalam diri staf, meliputi : (1) kebutuhan mereka akan kebebasan, (2) kebutuhan mereka akan peningkatan tanggung jawab, (3) ketertarikan dan keahlian staf untuk penanganan masalah, (4) harapan staf mengenai keterlibatan dalam pembuatan keputusan;
- c. Kekuatan-kekuatan dari situasi, mencakup : (1) tipe organisasi, (2) efektivitas kelompok, (c) desakan waktu, dan (3) sifat masalah itu sendiri.

Tannenbaum dan *Schmidt* dalam Silalahi (2002), mengemukakan gaya kepemimpinan berada dalam suatu rangkaian kontinum (*leadership continuum*), yaitu dari gaya kepemimpinan otokratis yang berpusat pada pemimpin pada satu ujung sampai dengan gaya kepemimpinan demokratis yang berpusat pada staf pada ujung yang lain, sehingga menunjukkan tujuh variasi gaya kepemimpinan yang bergerak dari gaya kepemimpinan otokratis ke gaya kepemimpinan demokratis.

Studi kepemimpinan Universitas Iowa dan menurut *U.S. Army Handbook* yang ditulis oleh *Clark* (2005), menjelaskan gaya kepemimpinan atas dasar cara pemimpin menggunakan wewenangnya. Berdasarkan penggunaan wewenang, dikategorikan 3 (tiga) gaya kepemimpinan, yaitu gaya kepemimpinan otoritarian (*authoritarian*) atau otokratik (*autocratic*) atau direktif, demokratik atau partisipatif dan kebebasan (*laissez-faire*) atau bebas kendali (*free-rein*), atau *libertarian* (delegatif). Sedangkan *O’connor* (2003) membagi 3 (tiga) gaya kepemimpinan yaitu gaya kepemimpinan demokratik, otokratik, dan permisif.

Studi Universitas Michigan mengidentifikasikan 2 (dua) gaya kepemimpinan dan berbagai indikator efektivitasnya yaitu kepemimpinan yang berorientasi pada pekerjaan (*job centered*) dan kepemimpinan yang berorientasi pada pegawai (*employee centered*). Kedua orientasi ini sejalan dengan konsep perilaku pemimpin direktif sama dengan berorientasi pekerjaan dan partisipatif sama dengan yang berorientasi pada pegawai (hubungan sesama).

Gaya kepemimpinan dinilai dalam aspek : (1) tingkat perhatian kepada staf dan perhatian pada pekerjaan dan hasil (*output dan outcome*), (2) tingkat

orientasi berpusat kepada pemimpin dan berpusat kepada staf, (3) tingkat hubungan pemimpin dengan staf, (4) tingkat penggunaan wewenang oleh pemimpin, (5) tingkat hubungan hierarki organisasi serta tingkat hubungan kerja sama dan hubungan antar pribadi pemimpin dengan staf, serta (6) tingkat perhatian (konsiderasi) terhadap staf.

a. Gaya kepemimpinan otokratik (*autocratic, directive, authoritarian, restrictive*)

Yaitu gaya kepemimpinan dengan banyak memberikan pengarahan tetapi sedikit memberikan dukungan, pemimpin menentukan semua kebijakan, peran/tugas stafnya, apa, bagaimana, kapan, dan dimana melakukan suatu tugas, inisiatif pengambilan keputusan hanya dilakukan oleh pemimpin dan pelaksanaannya diawasi secara ketat dengan melakukan supervisi oleh pemimpin, wewenang dan tanggung jawab terpusat pada pemimpin, cenderung memberikan instruksi, komunikasi berlangsung satu arah (*top down*), menggunakan imbalan (*reward*) dan hukuman (*punishment*) untuk memacu kinerja pegawai, tinggi perhatian pada tugas namun rendah perhatian pada manusia, menuntut prestasi dan hasil, menuntut kesetiaan dan kepatuhan staf, kurang menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan kurang memperhatikan kesejahteraan pegawai. Gaya kepemimpinan otokratik/direktif digunakan ketika pemimpin mempunyai semua informasi untuk memecahkan masalah, mempunyai waktu pendek dan pegawai termotivasi baik, efektif untuk tingkat kematangan bawahan rendah dimana pegawai tidak mampu dan tidak mau memikul tugas dan tanggung jawab.

b. Gaya kepemimpinan suportif

Yaitu gaya kepemimpinan dengan banyak memberikan pengarahan dan dukungan, pengambilan keputusan dilakukan dengan mempertimbangkan usul dan saran staf, memperlihatkan adanya pelimpahan wewenang kepada staf, tanggung jawab dilakukan bersama-sama pemimpin dengan staf sesuai dengan wewenang yang dimiliki, meminta masukan dan saran dari staf tentang keputusan yang akan pegawai, menunjukkan keramahan dan kemampuan untuk melakukan pendekatan, meningkatkan moral dan semangat pegawai, menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan memperhatikan kesejahteraan pegawai. Gaya kepemimpinan suportif digunakan bila dukungan sumber daya organisasi memadai, efektif digunakan untuk tingkat kematangan staf rendah ke sedang dimana pegawai tidak mampu tetapi mau memikul tugas dan tanggung jawab.

c. Gaya kepemimpinan delegatif (*laissez-faire, permissive*)

Yaitu gaya kepemimpinan dengan sedikit memberikan pengarahan dan dukungan, pengambilan keputusan dilimpahkan sepenuhnya kepada staf, tanggung jawab pelaksanaan tugas berada pada pegawai, tidak melakukan pengawasan, tidak ada komunikasi atau hanya ada bila diperlukan, rendah perhatian pada tugas dan pegawai, tidak memperhatikan lingkungan kerja dan

kesejahteraan pegawai, digunakan bila pegawai mampu menganalisis dan menentukan apa dan bagaimana mengerjakan tugas, efektif digunakan untuk tingkat kematangan staf tinggi dimana pegawai mampu dan mau memikul tugas dan tanggung jawab.

d. Gaya kepemimpinan partisipatif (*democratic, egalitarian*)

Yaitu gaya kepemimpinan dengan banyak memberikan dukungan, tetapi sedikit memberikan pengarahan, pengambilan keputusan dilakukan bersama-sama pegawai, aktif mencari masukan dan saran dalam menentukan keputusan/kebijakan, mendorong keikutsertaan pegawai dalam aktivitas untuk pencapaian tujuan, kontrol atas pelaksanaan keputusan dilaksanakan secara bersama-sama sesuai dengan wewenangnya, peranan pemimpin adalah memfasilitasi, mempermudah dan melakukan komunikasi, memperlihatkan adanya pelimpahan wewenang, supervisi dilakukan secara longgar, komunikasi berlangsung dua arah, tinggi perhatian pada tugas dan pegawai, saling menghormati diantara pegawai tanpa mempedulikan kedudukan, menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan memperhatikan kesejahteraan pegawai, mengutamakan kepentingan kelompok, dapat meningkatkan komitmen, motivasi dan rasa hormat pegawai. Gaya kepemimpinan partisipatif digunakan ketika pemimpin mempunyai sebagian informasi dan pegawai mempunyai bagian informasi yang lain, efektif digunakan untuk tingkat kematangan staf sedang ke tinggi, dimana staf mampu tetapi tidak mau memikul tugas dan tanggung jawab.

Beberapa penelitian gaya kepemimpinan menyimpulkan bahwa kelompok yang berada di bawah gaya kepemimpinan otokratik akan menyebabkan kelompok merasa tertekan, selalu membutuhkan perhatian dan persetujuan pemimpin. Anggota kelompok/pegawai di bawah gaya kepemimpinan partisipatif kurang mengalami tekanan pada saat melaksanakan tugas dan lebih kohesif dibandingkan kelompok di bawah gaya kepemimpinan otokratik. Namun, produktivitas kelompok akan sama jika dipimpin dengan gaya kepemimpinan otokratik atau partisipatif. Anggota kelompok/pegawai di bawah gaya kepemimpinan *laissez-faire* kurang produktif, selalu merasa kurang puas dengan organisasinya dan kurang kohesif. Satu gaya kepemimpinan akan kurang efektif jika diterapkan pada semua situasi, maka dikembangkan kombinasi gaya kepemimpinan tersebut. Kombinasi akan menghasilkan gaya kepemimpinan multikratik yaitu serangkaian gaya kepemimpinan untuk menghadapi berbagai situasi (O'Donnovan, 1975).

Penelitian Sulaeman (2006) menyimpulkan bahwa gaya kepemimpinan kepala Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP) di Kabupaten Kuningan Propinsi Jawa Barat menggunakan gaya kepemimpinan kombinasi (multikratik), yang terdiri atas gaya kepemimpinan direktif/otokratik, suportif, delegatif, dan partisipatif. Gaya kepemimpinan yang paling dominan berpengaruh terhadap kinerja pegawai UPTD Puskesmas DTP adalah gaya kepemimpinan partisipatif. Secara bersama-sama, pengaruh gaya kepemimpinan partisipatif dan delegatif

Kepala UPTD Puskesmas DTP serta kualitas hubungan pemimpin-staf terhadap kinerja pegawai UPTD Puskesmas DTP sebesar 25,5 %. Secara parsial pengaruh langsung gaya kepemimpinan partisipatif terhadap kinerja pegawai sebesar 16,32 %, sedangkan pengaruh tidak langsung melalui kualitas hubungan pemimpin-staf sebesar 3,78 %, sehingga pengaruh totalnya sebesar 20,1 %. Pengaruh langsung gaya kepemimpinan delegatif terhadap kinerja pegawai sebesar 0,001 %, sedangkan pengaruh tidak langsung melalui gaya kepemimpinan partisipatif sebesar 0,06 % dan melalui kualitas hubungan pemimpin-staf sebesar 0,015 %, sehingga pengaruh totalnya sebesar 0,076 %. Pengaruh langsung kualitas hubungan pemimpin-staf terhadap kinerja pegawai sebesar 1,54 %, sedangkan pengaruh tidak langsung melalui gaya kepemimpinan partisipatif sebesar 3,78%, sehingga pengaruh totalnya sebesar 5,32 %.

Hasil penelitian gaya kepemimpinan yang dilakukan oleh Rodriques dan Pedro (2005), ditemukan bahwa pengaruh gaya kepemimpinan mempengaruhi bobot sumbangan efektif sebesar 41,5% terhadap kinerja karyawan, dan secara parsial, ternyata variabel gaya kepemimpinan membimbing lebih dominan dengan kontribusi efektif sebesar 21,96% dibandingkan dengan ketiga gaya kepemimpinan lainnya.

Penelitian gaya kepemimpinan juga dilakukan oleh Aini, Meiyanto dan Meliala (2004) yang mempublikasikan ada korelasi positif antara gaya kepemimpinan dengan komitmen kerja karyawan terhadap kepuasan kerja karyawan dan penerapan gaya kepemimpinan atasan yang sesuai adalah gaya partisipatif. Sumbangan efektif gaya kepemimpinan 26,9% terhadap kepuasan kerja.

3. Teori Kepemimpinan Situasional/Kontingensi

Adapun teori kepemimpinan situasional berasumsi bahwa kepemimpinan yang efektif tergantung pada kesesuaian antara gaya kepemimpinan dengan situasi yang dihadapi seperti situasi, atasan, pegawai, tugas, organisasi, dan variabel-variabel lingkungan lainnya, serta gaya kepemimpinan adalah *contingent/dependent* dalam karakteristik situasional yang sesuai. *Follett* dalam *Handoko* (2003) yang mengembangkan hukum situasi, mengatakan bahwa ada 3 (tiga) variabel kritis yang mempengaruhi gaya kepemimpinan, yaitu pemimpin, pengikut atau pegawai, dan situasi yang dinotasikan sebagai $K = f(P, p, s)$, dimana K = kepemimpinan, P = pemimpin, p = pengikut/pegawai, dan s = situasi. Sedangkan menurut *Clark* (2005), ada 4 (empat) faktor kepemimpinan yaitu pemimpin, pengikut atau pegawai, komunikasi, dan situasi.

Semakin dapat mengadaptasi gaya kepemimpinan untuk memenuhi tuntutan situasi tertentu dan kebutuhan pegawai, maka pemimpin tersebut akan semakin efektif dalam upaya pencapaian tujuan pribadi dan organisasi. Gaya kepemimpinan mana yang harus diterapkan seorang pemimpin terhadap pegawai juga bergantung pada tingkat kematangan pegawai yang akan dipengaruhi pemimpin. Diantara teori situasional yang sangat terkemuka adalah teori

situasional *Fiedler*, teori situasional *Hersey* dan *Blanchard*, dan teori *Path-Goal House*.

Teori Kepemimpinan situasional yang dikembangkan oleh *Fiedler* dengan premis bahwa efektivitas kepemimpinan tergantung pada kesesuaian antara gaya kepemimpinan dan tuntutan situasional. Karena itu model situasional dari *Fiedler* memperkenalkan gaya kepemimpinan dan situasi dimana pemimpin secara lebih baik menampilkan gaya tertentu. Situasi dirumuskan dengan 2 (dua) karakteristik yaitu: (a) derajat situasi dimana pemimpin menguasai, mengendalikan dan mempengaruhi situasi, dan (b) derajat situasi yang menghadapkan pemimpin dengan ketidakpastian. Untuk itu pemimpin harus mempunyai kompetensi, kapasitas, kemampuan, dan keterampilan.

Menurut *Fiedler* dalam *Hersey* dan *Blanchard* (1995) terdapat 3 (tiga) faktor situasional yang mempengaruhi derajat keberuntungan (*favorability*) untuk membantu menentukan gaya kepemimpinan yang efektif pemimpin yaitu:

- a. Kualitas hubungan pemimpin-pegawai (*the quality of leader member relation*) yaitu sejauhmana pegawai menerima, mendukung dan loyal (setia) kepada pemimpin (baik atau buruk), jika hubungan baik, pengaruh pemimpin dan kontrol tinggi dan demikian juga sebaliknya;
- b. Kadar struktur tugas (*the degree of task structure*) yaitu sejauhmana tugas, Susunan Organisasi dan Tata Kerja (SOTK), prosedur, dan standar kinerja secara jelas ditetapkan dan diterapkan (tinggi atau rendah). Tugas yang terstruktur tinggi menguntungkan bagi pemimpin karena lebih memudahkan mempengaruhi dan memantau perilaku pegawai;
- c. Jumlah kekuasaan posisi (*the amount of position power*) yaitu jumlah kekuasaan yang organisasi dan atasan berikan kepada pemimpin untuk melaksanakan tugas atau derajat sejauhmana posisi memberi kekuasaan pemimpin untuk memberikan imbalan (*reward*) dan hukuman (*punishment*) terhadap pegawai (kuat atau lemah). Lebih kuat kewenangan formal secara sah, lebih kuat penghargaan dan hukuman serta kontrol terhadap pegawai.

Teori kepemimpinan situasional *Hersey* dan *Blanchard* (1982) juga disebut *Life Circle Theory of Leadership* atau Teori Daur Hidup Kepemimpinan yang dikembangkan oleh *Hersey* dan *Blanchard* pada tahun 1969. Teori ini berpendapat bahwa keberhasilan pemimpin mengatur gaya kepemimpinan tergantung pada “*the readiness of follower to perform in a given situation*” (kesiapan staf untuk melaksanakan tugas pada situasi yang menguntungkan). Konsep dasar teori ini adalah bahwa gaya kepemimpinan harus situasional dan terutama didasarkan pada tingkat kematangan pegawai.

Kepemimpinan situasional *Hersey* dan *Blanchard* (1982) didasarkan atas hubungan antara : (a) kadar bimbingan dan arahan (perilaku tugas) yang diberikan pemimpin, (b) kadar dukungan sosioemosional (perilaku hubungan) yang disediakan pemimpin, dan (c) tingkat kesiapan (kematangan) yang diperlihatkan pegawai dalam pelaksanaan tugas, fungsi, atau tujuan tertentu.

Gaya kepemimpinan yang dihasilkan dari perbedaan tinggi rendahnya kombinasi perilaku tugas dan perilaku hubungan sesama adalah :

- a. *Telling*/memerintah/memberitahukan/G1 (perilaku tugas tinggi dan perilaku hubungan sesama rendah) - Pemimpin mendefinisikan peran/tugas dan memerintahkan kepada pegawainya, apa, bagaimana, kapan, dan di mana melakukan suatu tugas dan secara ketat melakukan supervisi pekerjaan/tugas. Perilakunya adalah *direktif*;
- b. *Selling*/menawarkan/menjajakan/G2 (perilaku tugas dan perilaku hubungan sesama tinggi) - Pemimpin selain mendefinisikan peran/tugas juga memberikan dukungan dengan cara persuasif dan komunikasi dua arah. Pemimpin berperilaku *direktif* dan *suportif*;
- c. *Participating*/meminta peran serta/partisipasi/G3 (perilaku tugas rendah dan perilaku hubungan sesama tinggi) - Pemimpin dan staf bersama-sama mengambil tanggung jawab dan keputusan tugas dan peran pemimpin adalah memfasilitasi, mempermudah dan melakukan komunikasi;
- d. *Delegating*/mendelegasikan/G4 (perilaku tugas dan perilaku hubungan sesama rendah) - Pemimpin memberikan kewenangan kepada pegawai untuk membuat dan mengambil tanggung jawab dalam keputusan tugas, pegawai diperkenankan memutuskan dan melakukan sendiri tugasnya. Pemimpin hanya memberikan sedikit arahan dan dukungan.

Untuk menentukan kombinasi mana dari gaya kepemimpinan tersebut digunakan untuk situasi tertentu, berdasarkan teori kepemimpinan situasional, seorang pemimpin harus mampu menilai tingkat kesiapan staf yang disebut tingkat kematangan (*maturity*) yaitu kemampuan (*ability*) dan kemauan (*willingness*) pegawai untuk memikul tugas dan tanggung jawab dalam melaksanakan tugas.

Teori kepemimpinan situasional *Hersey* dan *Blanchard* (1982) menyatakan bahwa kepemimpinan yang efektif diwujudkan dengan menyesuaikan gaya kepemimpinan dengan tingkat kematangan pegawai. Gaya kepemimpinan *telling* yang direktif, efektif untuk tingkat kematangan pegawai rendah, dimana pegawai tidak mampu dan tidak mau memikul tugas dan tanggung jawab untuk melakukan tugas/pekerjaan, tidak kompeten atau tidak yakin dalam pelaksanaan tugas (M1).

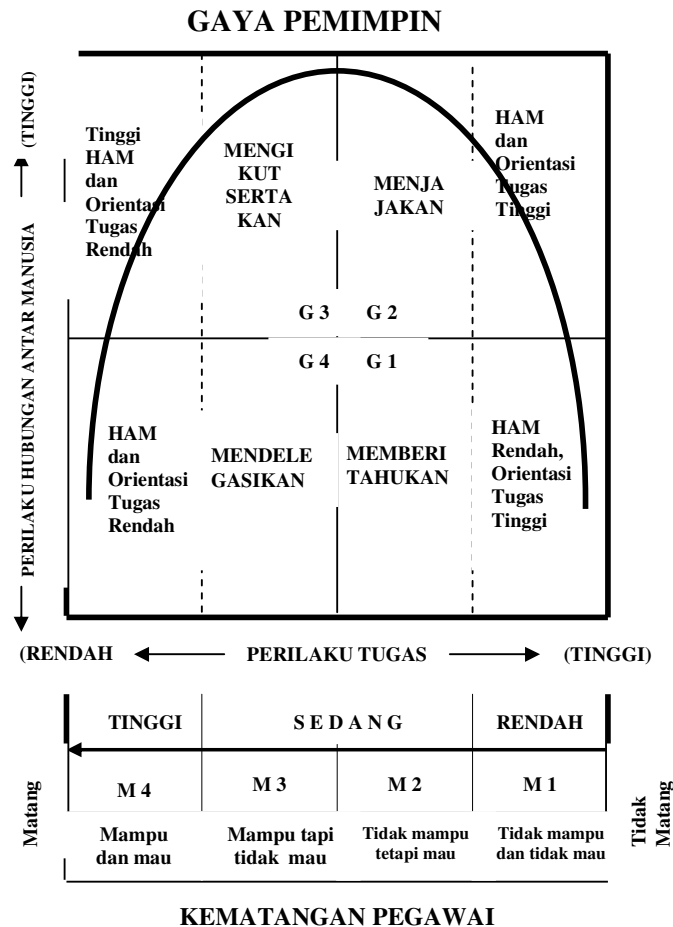
Gaya kepemimpinan *selling*, efektif untuk tingkat kematangan pegawai rendah ke sedang dimana pegawai tidak mampu tetapi mau memikul tugas dan tanggung jawab (M2). Gaya kepemimpinan *selling*, melakukan gaya direktif karena pegawai kurang mampu, tetapi juga melakukan gaya suportif untuk memperkuat kemauan dan antusiasme pegawai. Gaya ini disebut *selling* (menawarkan/menjajakan) karena pemimpin masih melakukan hampir seluruh arahan, namun melalui komunikasi dua arah dan penjelasan. Pemimpin berusaha agar secara psikologis pegawai turut andil dalam kegiatan yang diinginkan.

Gaya kepemimpinan *participating*, efektif untuk tingkat kematangan pegawai sedang ke tinggi, dimana pegawai mampu tetapi tidak mau memikul tugas dan tanggung jawab (M3). Ketidakmauan pegawai sering kali karena kurang

yakin atau tidak merasa aman, untuk itu perlu membuka saluran komunikasi dua arah untuk mendorong upaya bawahan dalam menggunakan kemampuannya yang telah mereka miliki.

Gaya kepemimpinan *delegating*, efektif untuk tingkat kematangan pegawai tinggi, dimana pegawai mampu/kompeten dan mau atau yakin untuk memikul tugas dan tanggung jawab (M4).

Bagan 6.1
Kepemimpinan Situasional dari *Hersey* dan *Blanchard*



Sumber: Hersey P dan Blanchard KH, *Management of Organizational Behavior: Utility Human Resources*, 4th Edition, Alih Bahasa; Agus Dharma, *Manajemen Perilaku Organisasi: Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*, 1995.

Adapun teori kepemimpinan situasional *Path-Goal Theory of Leadership* (Teori Penetapan Jalan Mencapai Tujuan) dipopulerkan oleh *House* (1971) dalam teori ini menjelaskan bagaimana gaya kepemimpinan secara positif dapat mempengaruhi motivasi dan kepuasan kerja pegawai. Teori ini menekankan bahwa pemimpin efektif adalah pemimpin yang mampu menjelaskan cara/jalan

yang dapat digunakan bawahan untuk mencapai kepuasan pegawai baik yang berhubungan dengan tugas (kinerja) maupun sasaran pribadi (imbalan). Dengan kata lain kepemimpinan efektif selalu memudahkan pegawai untuk mencapai tujuan dengan memberikan bimbingan dan nasihat serta mengurangi berbagai hambatan dalam berprestasi. *House* mengidentifikasi 4 (empat) gaya kepemimpinan yang digunakan yaitu gaya kepemimpinan direktif, suportif, partisipatif, dan orientasi prestasi (Silalahi, 2002).

Dalam menilai bagaimana 4 (empat) gaya kepemimpinan tersebut dapat digunakan untuk mempertinggi motivasi cara pencapaian tujuan dan kepuasan kerja pegawai, menurut *House*, pemimpin perlu mempertimbangkan 2 (dua) tipe dari faktor situasional yaitu karakteristik pegawai (*subordinate characteristic*) dan karakteristik lingkungan kerja (*work environment characteristic*). Karakteristik pegawai meliputi kemampuan, keterampilan, sifat kepribadian, pengalaman, letak kendali (*locus of control*), dan kebutuhan pegawai. Karakteristik lingkungan kerja meliputi tugas itu sendiri, kelompok kerja, sistem otoritas formal (seperti tingkatan hierarki, derajat sentralisasi keputusan, sistem imbalan formal). Dalam menggunakan Teori *Path-Goal* untuk memilih gaya yang tepat, pemimpin perlu melakukan diagnosa berbagai faktor situasional dan pengaruhnya terhadap jalan dan tujuan organisasi.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa studi kepemimpinan situasional mengkaji kesesuaian antara gaya kepemimpinan dengan situasi yang dihadapi pemimpin serta tuntutan dan tingkat kematangan pegawai yang meliputi:

- a. Kualitas hubungan pemimpin-pegawai yaitu sejauhmana pegawai menerima, mendukung dan loyal (setia) kepada pemimpin;
- b. Kadar struktur tugas yaitu sejauh mana tugas, susunan organisasi dan tata kerja (SOTK), prosedur, dan standar kinerja secara jelas ditetapkan dan diterapkan;
- c. Jumlah kekuasaan posisi yaitu jumlah kekuasaan yang organisasi dan atasan berikan kepada pemimpin untuk melaksanakan tugas dan derajat sejauhmana posisi memberikan kekuasaan pemimpin untuk memberikan imbalan (*reward*) dan hukuman (*punishment*);
- d. Kemampuan pemimpin yaitu kemampuan pemimpin dalam keterampilan konseptual, kemanusiaan, administratif dan teknik;
- e. Kualitas kematangan pegawai yaitu kualitas kemampuan dan kemauan (motivasi) pegawai dalam memikul tugas dan tanggung jawab.

Adapun fungsi kepemimpinan menurut Rivai (2004) mencakup 2 (dua) dimensi yaitu : (a) dimensi yang berhubungan dengan kemampuan mengarahkan (*direction*) terdapat tindakan atau aktivitas pegawai, (b) dimensi yang berhubungan dukungan (*support*) atau keikutsertaan pegawai yang dipimpin dalam melaksanakan tugas-tugas organisasi.

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

a. Fungsi Instruksi.

Fungsi ini bersifat komunikasi satu arah. Pimpinan Puskesmas sebagai komunikator merupakan pihak yang menentukan apa, bagaimana, dan dimana perintah itu dikerjakan agar keputusan tugas dan program Puskesmas dapat dilaksanakan secara efektif. Kepemimpinan yang efektif memerlukan kemampuan untuk memotivasi dan menggerakkan pegawai Puskesmas agar mau dan mampu melaksanakan tugas dan program Puskesmas.

b. Fungsi Konsultasi.

Fungsi ini bersifat komunikasi dua arah. Dalam usaha menetapkan keputusan, pimpinan Puskesmas memerlukan bahan pertimbangan yang mengharuskannya berkomunikasi dengan staf Puskesmas yang dinilai mempunyai informasi yang diperlukan dalam menetapkan keputusan. Konsultasi dari pimpinan Puskesmas kepada staf Puskesmas dapat dilakukan pada proses pengambilan keputusan dan saat pelaksanaan keputusan. Konsultasi itu dimaksudkan untuk memperoleh masukan dan umpan balik (*feed back*) untuk memperbaiki dan menyempurnakan keputusan tugas dan program Puskesmas. Dengan menjalankan fungsi konsultatif diharapkan keputusan pimpinan Puskesmas akan mendapat dukungan staf Puskesmas dalam pelaksanaan keputusan, sehingga kepemimpinan berlangsung efektif.

c. Fungsi Partisipasi.

Dalam menjalankan fungsi ini pimpinan Puskesmas berusaha mengaktifkan dan mengikutsertakan staf Puskesmas dalam mengambil keputusan tugas dan program Puskesmas serta dalam pelaksanaannya. Partisipasi tidak berarti bebas tanpa kendali, namun berupa kerjasama dan kemitraan antara pimpinan dan staf Puskesmas dan dengan tidak mencampuri atau mengambil tugas pegawai. Keikutsertaan pimpinan Puskesmas harus tetap dalam fungsi sebagai pimpinan dan bukan pelaksana.

d. Fungsi Delegasi.

Fungsi ini dilaksanakan dengan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada staf Puskesmas dalam pengambilan dan penetapan keputusan tugas dan program Puskesmas, baik melalui persetujuan maupun tanpa persetujuan dari pimpinan Puskesmas. Fungsi delegasi pada dasarnya dilandasi kepercayaan. Pegawai yang menerima delegasi harus diyakini merupakan staf yang memiliki kesamaan prinsip dan persepsi serta mempunyai kemampuan serta kemauan melaksanakan tugas Puskesmas.

e. Fungsi Pengendalian

Fungsi pengendalian bertujuan agar pimpinan Puskesmas mampu mengatur aktivitas pegawai Puskesmas secara terarah dan terkoordinasi, sehingga memungkinkan pelaksanaan tugas dan program Puskesmas terselenggara secara efektif dan efisien. Fungsi pengendalian dapat diwujudkan melalui

kegiatan pembimbingan, pengarahan, pengkoordinasian, pengawasan, dan penilaian.

Seluruh fungsi kepemimpinan Puskesmas tersebut diselenggarakan dalam aktivitas kepemimpinan secara terpadu. Adapun fungsi kepemimpinan Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Pimpinan Puskesmas bertugas dan bertanggung jawab menjabarkan dan mengimplementasikan program Puskesmas;
- b. Pimpinan Puskesmas mampu memberikan petunjuk, arahan, dan bimbingan kepada staf Puskesmas;
- c. Pimpinan Puskesmas berusaha mengembangkan kebebasan berpikir dan mengeluarkan pendapat sehingga kreativitas dan inovasi pegawai Puskesmas dapat tumbuh dan berkembang;
- d. Pimpinan Puskesmas membina dan mengembangkan kerjasama dan kemitraan yang harmonis dengan pegawai dan *stakeholder* Puskesmas;
- e. Pimpinan Puskesmas mampu memecahkan masalah dan mengambil keputusan tugas dan program Puskesmas sesuai tugas dan tanggung jawabnya;
- f. Pimpinan Puskesmas berusaha membina dan mengembangkan kemampuan dan kemauan pegawai Puskesmas;
- g. Pimpinan Puskesmas melaksanakan dan mendayagunakan fungsi pengawasan, pengendalian, dan penilaian Puskesmas.

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

Langkah-langkah meraih kepemimpinan yang sukses menurut *O'Connor* (2003) dilakukan melalui 7 (tujuh) langkah yaitu membangun kesadaran, memahami orang lain, memahami kekuasaan dan wewenang, komunikasi, pengambilan keputusan, menciptakan visi, dan memikul tanggung jawab.

Langkah pertama meraih kepemimpinan yang sukses adalah membangun kesadaran pada diri sendiri. Para pimpinan harus menyediakan waktu untuk memikirkan kekuatan dan kelemahan diri sendiri. Hal ini memberikan dasar untuk memperbaiki prestasi kinerjanya sebaik meningkatnya rasa percaya diri maupun pemahaman terhadap orang lain. Langkah kedua adalah memahami orang lain. Hal ini menekankan pentingnya mengenali perbedaan individu pegawai dalam semangat, cita-cita, dan ambisinya.

Langkah ketiga adalah dengan memusatkan perhatian untuk memahami masalah kekuasaan dan wewenang. Ketika seseorang menerima tanggung jawab kepemimpinan, mereka menghadapi tantangan untuk mengelola kekuasaan secara bijak demi kepentingan organisasi. Kekuasaan dan wewenang dapat di ekspresikan melalui gaya kepemimpinan. Langkah keempat adalah komunikasi, dimana semua pekerjaan dan perubahan sosial sangat bergantung pada komunikasi. Komunikasi merupakan alat untuk berbagi pemikiran, perasaan, dan

sumber daya. Apabila komunikasi terputus yang akan segera terjadi hanyalah ketidaksepakatan dan kesalahpahaman.

Langkah kelima adalah pengambilan keputusan, baik melakukannya sendiri maupun bersama stafnya, yang terpenting adalah pimpinan melakukannya dengan percaya diri. Setelah diskusi pengambilan keputusan selesai, pimpinan kemudian melakukan tindakan. Keterampilan mengambil keputusan dapat diperbaiki dengan memusatkan perhatian pada hal-hal berikut yaitu menentukan prioritas, menetapkan tujuan dengan jelas, dan pendekatan yang sistematis.

Langkah keenam adalah menciptakan visi. Visi memberikan arah terhadap program dan kegiatan. Jika jelas dan hebat, visi akan menarik perhatian serta merangsang minat dan rasa ingin tahu. Sekalipun rinciannya tidak jelas, visi dapat menjadi sarana untuk mengingatkan bahwa ada kehidupan lain dibanding hal yang biasa dan rutin. Seorang pimpinan yang menawarkan visi kepada pegawainya dapat memberikan inspirasi berupa tekad untuk melakukan tindakan yang gigih, lebih baik dari pada menjanjikan uang, status, dan pengaruh. Ketika seorang pimpinan mengekspresikan visinya dengan cara membangun hubungan dengan pegawainya, ia berarti telah menciptakan komitmen yang kuat. Visi dapat memberikan tujuan bersama menuju tindakan terpadu. Langkah ketujuh adalah memikul tanggung jawab untuk meningkatkan prestasi kinerja pegawai dan organisasi.

MOTIVASI

Motivasi dapat digunakan sebagai strategi untuk meningkatkan kinerja pegawai Puskesmas, sebab efektivitas kinerja pegawai antara lain tergantung pada motivasinya. Kinerja aktual pegawai Puskesmas adalah fungsi dari kemampuan (*ability*), motivasi (*motivation*), dan kondisi kerja (*working condition*) atau dinotasikan sebagai $\text{Kinerja} = \text{kemampuan} \times \text{motivasi} \times \text{kondisi kerja}$.

Motivasi berasal dari perkataan motif (*motive*) yang artinya rangsangan, dorongan atau pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memperlihatkan perilaku tertentu. Sedangkan yang dimaksud dengan motivasi ialah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan atau pembangkit tenaga pada seseorang dan/atau sekelompok masyarakat sehingga mau berbuat dan bekerjasama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Batasan tersebut mengandung arti bahwa motivasi pegawai Puskesmas hanya akan berhasil dengan baik jika dapat:

1. Diusahakan agar tujuan Puskesmas yang telah ditetapkan adalah juga sejalan dengan tujuan pegawai, tim kerja Puskesmas dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang akan melaksanakan kegiatan dan program Puskesmas. Sebab, jika tujuan Puskesmas tersebut tidak merasa dimiliki atau tidak sejalan, maka akan sulit diharapkan seseorang atau sekelompok masyarakat mau berbuat sebagaimana yang diharapkan. Untuk menselaraskan tujuan Puskesmas dengan tujuan pegawai Puskesmas dilakukan melalui *management by*

objectives (MBO) atau Manajemen Berdasarkan Sasaran/Tujuan seperti telah dijelaskan pada Bab III butir B.

2. Diusahakan agar perbuatan yang diharapkan untuk dilaksanakan tersebut adalah sesuai dengan kemampuan yang dimiliki pegawai Puskesmas dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas. Seandainya kemampuan yang dimiliki terbatas, tetapi tetap dipaksakan untuk melaksanakan kegiatan, niscaya akan menimbulkan kegagalan.

Motivasi juga didefinisikan sebagai dorongan dari dalam diri individu di mana ia berusaha dan berperilaku dengan cara tertentu untuk memenuhi keinginan atau kebutuhannya. Dorongan merupakan faktor yang menguatkan atau mengarahkan usaha dan perilaku pegawai. Jika faktor pendorong itu sangat kuat maka akan membentuk usaha yang keras untuk mencapainya. Dorongan sebagai kata kunci motivasi dapat muncul sebagai akibat dari keinginan untuk memenuhi kebutuhan yang tidak terpuaskan atau dorongan internal. Misalnya, berprestasi. Sementara itu kebutuhan juga dapat muncul sebagai akibat interaksi dengan lingkungannya atau kebutuhan yang muncul karena ada rangsangan dari luar atau dorongan eksternal. Misalnya, dorongan untuk memiliki sesuatu seperti dimiliki orang lain.

Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi ada yang bersumber dari dalam diri individu pegawai. Ini dikembangkan oleh teoritis yang tergolong dalam kelompok motivasi internal (motivasi intrinsik) yang mengatakan motivasi seseorang bersumber dari dalam yang disebut kebutuhan, sehingga disebut teori kebutuhan (*need theory*) atau teori isi (*content theory*). Teori ini membantu pimpinan Puskesmas memahami bagaimana kebutuhan pegawai Puskesmas dan bagaimana pegawai Puskesmas dengan kebutuhan berbeda merespon situasi kerja. Motivasi internal menurut Siagian (2004) seperti persepsi seseorang mengenai diri sendiri, harga diri, harapan pribadi, kebutuhan, keinginan, kepuasan kerja, dan prestasi kerja yang dihasilkan.

Pendapat lain mengatakan, bahwa motivasi selain bersumber dari dalam diri individu juga dipengaruhi oleh faktor eksternal. Ini dijelaskan oleh teoritis yang tergolong dalam teori motivasi eksternal (motivasi ekstrinsik), yang mengatakan motivasi dipengaruhi oleh faktor-faktor dari dalam individu dan rangsangan eksternal. Teori ini disebut teori proses (*process theory*). Teori ini membantu pimpinan Puskesmas memahami bagaimana pegawai Puskesmas memberi makna terhadap imbalan dan peluang kerja yang tersedia. Motivasi eksternal seperti jenis dan sifat pekerjaan, kelompok kerja di mana pegawai bergabung, organisasi tempat kerja, situasi lingkungan pada umumnya, serta sistem imbalan yang berlaku dan cara penerapannya (Silalahi, 2002).

1. Teori Isi (*Content Theory*) atau Teori Kebutuhan (*Need Theory*)

Teori isi tentang motivasi memusatkan perhatian pada : (1) kebutuhan, motif atau dorongan yang mendorong, menekan, memacu, dan menguatkan pegawai untuk melakukan kegiatan, dan (2) hubungan-hubungan para pegawai

dengan faktor-faktor eksternal (insentif) yang mendorong dan mempengaruhi mereka untuk melaksanakan suatu kegiatan. Teori ini menekankan pentingnya pengertian terhadap faktor-faktor internal individu tersebut, kebutuhan atau motif yang menyebabkan mereka melakukan kegiatan, cara dan perilaku tertentu untuk memuaskan kebutuhan yang dirasakan. Faktor-faktor eksternal seperti gaji, kondisi kerja, hubungan kerja, dan kebijaksanaan unit kerja tentang kenaikan pangkat, delegasi wewenang, dan sebagainya, memberi nilai atau kegunaan untuk mendapatkan perilaku pegawai yang positif dalam usaha pencapaian tujuan organisasi.

Teori kebutuhan menekankan pada motivasi dihubungkan dengan identifikasi alasan perilaku pegawai atau penyebab perilaku. Para teoritis ini menganggap bahwa individu berkelakuan dengan cara tertentu berusaha mencapai tujuan didorong oleh keinginan untuk memenuhi kebutuhannya. Jadi analisis teori ini lebih menekankan pada faktor-faktor kebutuhan yang membangkitkan perilaku individu yang bersumber dari dalam diri seseorang. Artinya, teori ini tentang motivasi menggunakan kebutuhan individu untuk menjelaskan perilaku dan sikap orang dalam bekerja. Ada 3 (tiga) teori kebutuhan yang terkenal, yaitu : (a) teori tingkat kebutuhan *Maslow*, (b) teori ERG *Alderfer*, (c) teori dua faktor *Herzberg*, dan (d) teori prestasi *McClelland*.

a. Teori Hierarki Kebutuhan dari *Maslow*

Teori ini dikembangkan oleh psikolog *Maslow* pada tahun 1935. Ia mendasarkan konsep hierarki kebutuhan pada 2 (dua) prinsip. Pertama, kebutuhan-kebutuhan manusia dapat disusun dalam suatu hierarki dari kebutuhan terendah sampai yang tertinggi, seperti ditunjukkan pada Bagan 6.1. Kedua, manusia terdorong untuk melakukan usaha untuk memuaskan 5 (lima) kebutuhan dasar yang belum terpenuhi. Suatu kebutuhan yang telah terpenuhi berhenti menjadi motivator utama dari perilaku digantikan kebutuhan selanjutnya yang dominan. Manusia akan didorong untuk memenuhi kebutuhan yang paling kuat sesuai waktu, keadaan, dan pengalaman yang bersangkutan mengikuti suatu hierarki.

5 (Lima) tingkatan kebutuhan manusia (*Hierarchy of Need*) adalah sebagai berikut:

- 1) Kebutuhan fisiologis (*physiological need*) - Kebutuhan ini berhubungan dengan kebutuhan dasar/esensial yang harus dipenuhi oleh setiap manusia untuk mempertahankan diri sebagai makhluk hidup, seperti kebutuhan makan, minum, pakaian, tidur/istirahat, seks. Contoh di tempat kerja, misalnya menyediakan makan siang, air minum, udara bersih, dan ruang istirahat di tempat kerja, cuti, liburan, balas jasa, dan jaminan sosial.
- 2) Kebutuhan keselamatan/rasa aman (*safety need, security need*) - Kebutuhan ini berhubungan dengan kebutuhan akan rasa aman dan proteksi dari ancaman atau gangguan dari luar. Contoh di tempat kerja, misalnya pengembangan

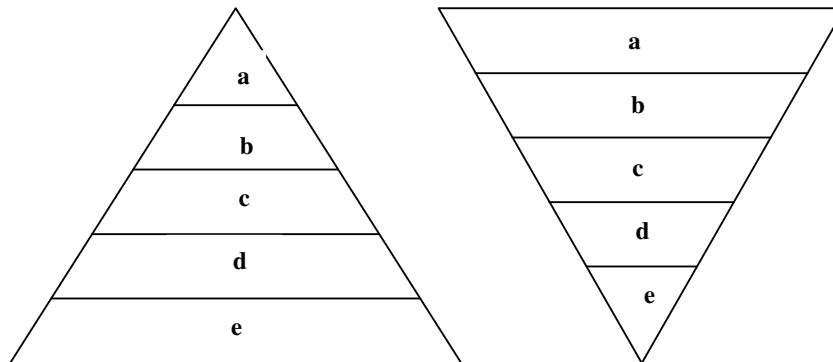
pegawai, kondisi kerja yang aman, jaminan hari tua/pensiun, asuransi, tabungan, uang pesangon, serikat pekerja, sistem penanganan keluhan.

- 3) Kebutuhan berkelompok/sosial (*social need, love need, belonging need, affection need*) - Kebutuhan ini merupakan kebutuhan untuk mencintai dan dicintai orang lain, persahabatan, perasaan memiliki dan diterima dalam kelompok, kekeluargaan, asosiasi/perkumpulan. Contoh di tempat kerja seperti kelompok kerja formal dan informal, kegiatan yang disponsori unit kerja, acara-acara peringatan.
- 4) Kebutuhan harga diri/penghormatan (*esteem need, egoistic need*) - Kebutuhan ini berkaitan dengan keinginan manusia untuk dihormati dan dihargai orang lain sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya, ingin berprestasi dan ingin punya status. Contoh di tempat kerja seperti kekuasaan/ jabatan, ego, promosi, hadiah, status, simbol, pengakuan, penghargaan.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization need*) - Kebutuhan ini merupakan kebutuhan untuk pemanfaatan potensi diri, pertumbuhan dan pengembangan diri, aktualisasi diri atau realisasi diri, pemenuhan kepuasan atau ingin berprestasi, penyaluran kemampuan dan potensi diri dalam bentuk nyata. Artinya setiap orang ingin tumbuh membangun pribadi dan mencapai hasil, seperti menyelesaikan penugasan yang bersifat menantang, melakukan pekerjaan kreatif, pengembangan keterampilan (Silalahi, 2002; Usman, 2006).

Kelima kebutuhan yang tersusun secara hierarki tersebut digolongkan menjadi 2 (dua) kelompok tipe kebutuhan, yaitu kebutuhan tingkat rendah (*low order need*) yang terdiri atas kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, dan kebutuhan sosial, dan kebutuhan tingkat tinggi (*higher order need*) yang terdiri atas kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri. Perbedaan dari kedua tingkat kebutuhan ini ialah kebutuhan tingkat rendah merupakan kebutuhan yang dipuaskan secara eksternal (*satisfied externally*), sedangkan kebutuhan tingkat tinggi merupakan kebutuhan yang dipuaskan secara internal (*satisfied internally*).

Tingkat kebutuhan manusia, jika membandingkan antara negara berkembang dengan negara maju memperlihatkan perbedaan, dimana kebutuhan masyarakat di negara berkembang lebih memprioritaskan pada kebutuhan tingkat rendah. Sedangkan kebutuhan masyarakat di negara maju lebih menonjol pada kebutuhan tingkat tinggi (Muninjaya, 2004).

Bagan 6.1
Perbandingan Hierarki Kebutuhan Manusia di Negara Berkembang dan
Negara Maju



**Urutan hierarki kebutuhan manusia
di negara berkembang**

**Urutan hierarki kebutuhan manusia
di negara maju**

Gambar 6.1 di atas memperlihatkan perbedaan hierarki kebutuhan manusia di negara berkembang dan di negara maju. Perbedaan ini bisa diamati pada komitmen dan etos kerja serta tingkat produktivitas kerja.

Teori *Maslow* banyak berguna bagi pimpinan Puskesmas dalam memotivasi pegawai Puskesmas paling tidak dalam 2 (dua) hal. Pertama, teori ini dapat digunakan untuk memperjelas dan memperkirakan tidak hanya perilaku individual tetapi juga perilaku kelompok/tim dengan melihat rata-rata kebutuhan yang menjadi motivasi mereka. Kedua, teori ini menunjukkan bahwa bila tingkat kebutuhan terendah relatif terpuaskan, faktor tersebut akan berhenti menjadi motivator utama dari perilaku.

b. Teori ERG – *Adelfer*

Adelfer kurang setuju dengan *Maslow* bahwa kebutuhan-kebutuhan individual tersusun secara hierarki. Ia berpendapat bahwa kebutuhan dapat disederhanakan menjadi 3 (tiga) jenis, yaitu:

- 1) Eksistensi (*Existence Need*) - Kebutuhan untuk mempertahankan keberadaan seseorang dalam hidupnya. Kebutuhan untuk tetap eksis merupakan penyederhanaan dari kebutuhan fisiologis dan rasa aman dalam tipologi *Maslow*.
- 2) Keterkaitan (*Relatedness Need*) - Kebutuhan untuk berinteraksi dengan orang lain yang terpuaskan dengan adanya hubungan sosial dan interpersonal yang berarti. Kebutuhan ini identik dengan kebutuhan sosial dan harga diri dalam tipologi *Maslow*.
- 3) Pertumbuhan (*Growth Need*) - Kebutuhan pengembangan diri yang terpuaskan dengan menciptakan kontribusi yang kreatif dan produktif.

Teori ERG menyatakan bahwa individu termotivasi berperilaku untuk memuaskan satu dari 3 (tiga) kelompok kebutuhan. *Adelfer* menekankan bahwa ketiga kebutuhan tersebut tidak tersusun secara hierarki.

Secara konseptual terdapat kesamaan antara teori yang dikembangkan oleh *Maslow* dan *Adelfer* seperti “*Existence Need*” identik dengan hierarki pertama dan kedua dalam teori *Maslow*, “*Relatedness Need*” senada dengan hierarki ketiga dan keempat menurut konsep *Maslow* dan “*Growth Need*” mengandung makna yang sama dengan “*Self Actualization Need*” menurut *Maslow* (Siagian, 2004).

Teori motivasi ERG-*Adelfer* memberikan masukan bagi pimpinan Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan individu pegawai dalam rangka meningkatkan produktivitas kerja. Kebutuhan untuk tetap bisa eksis dan bertahan dapat dipenuhi melalui kompensasi (langsung atau tidak langsung) dan kondisi kerja yang aman dan nyaman. Kebutuhan hubungan dapat dipenuhi melalui keikutsertaan pegawai dalam kelompok kerja yang kondusif yang ditandai oleh adanya hubungan antar anggota kelompok sebagai teman sejawat dan memiliki rasa kebersamaan. Sedangkan kebutuhan untuk tumbuh dan berkembang dapat dipenuhi melalui pengembangan karier, pendidikan dan pelatihan, promosi dan pengembangan pekerjaan.

Penjelasan tentang motivasi ERG-*Adelfer* berguna bagi pimpinan Puskesmas untuk memahami perilaku pegawai. Jika kebutuhan yang lebih tinggi (seperti pertumbuhan) dari seorang staf Puskesmas dihalangi, mungkin karena kebijakan Puskesmas atau keterbatasan sumber daya, maka pimpinan Puskesmas dapat mencoba mengarahkan kembali upaya-upaya staf dalam memenuhi kebutuhan keterkaitan dan eksistensi.

c. Teori Dua Faktor dari *Frederick Herzberg*

Herzberg dalam Handoko (2003) dan Silalahi (2002) mengembangkan teori kebutuhan yang dikenal sebagai teori 2 (dua) faktor (*two factor theory*) atau *motivation hygiene theory*. Berdasarkan penelitiannya dengan melakukan wawancara terhadap lebih dari 200 insinyur dan akuntan. *Herzberg* dan kawan-kawannya telah menemukan 2 (dua) kelompok faktor-faktor yang mempengaruhi kerja seorang dalam organisasi, yaitu faktor-faktor penyebab kepuasan kerja (*job satisfaction*) yang mempunyai pengaruh pendorong bagi prestasi dan semangat kerja yang disebut “*motivator*” atau “*satisfier*” (pemuas), dan faktor-faktor penyebab ketidakpuasan kerja (*job dissatisfaction*), yang disebut “*dissatisfier*” atau disebut juga faktor-faktor pemeliharaan (*hygienic factor*) untuk mencegah merosotnya semangat kerja atau efisiensi. Faktor-faktor ini tidak dapat memotivasi tetapi dapat menimbulkan ketidakpuasan kerja atau menurunkan produktivitas. Perbaikan terhadap faktor-faktor pemeliharaan akan mengurangi atau menghilangkan ketidakpuasan kerja, tetapi tidak dapat digunakan sebagai sumber kepuasan kerja. Faktor-faktor pemuas atau motivator (faktor intrinsik) meliputi prestasi (*achievement*), penghargaan (*recognition*), tanggung jawab serta

pertumbuhan dan perkembangan/promosi. Sedangkan faktor-faktor pemeliharaan (faktor ekstrinsik) meliputi supervisi, kondisi kerja, hubungan interpersonal, bayaran/upah keamanan, dan kebijaksanaan organisasi unit kerja.

Teori 2 (dua) faktor *Herzberg*, sebenarnya paralel dengan teori hierarki kebutuhan *Maslow*. Motivator-motivator *Herzberg* berhubungan dengan kebutuhan-kebutuhan tingkat tinggi *Maslow*, dan faktor-faktor pemeliharaan *Herzberg* selaras dengan kebutuhan-kebutuhan rendah *Maslow*, terutama kebutuhan rasa aman.

Teori *Herzberg* dapat mengilhami pimpinan Puskesmas untuk memahami faktor-faktor apa yang dapat digunakan untuk memotivasi pegawai Puskesmas. Faktor pemeliharaan sebagai faktor negatif (faktor ekstrinsik) dapat mengurangi dan menghilangkan ketidak puasan kerja dan menghindari masalah, tetapi tidak dapat digunakan untuk memotivasi pegawai. Hanya faktor-faktor motivator sebagai faktor positif (instrinsik) yang dapat memotivasi pegawai untuk melaksanakan tugas-tugas Puskesmas.

d. Teori Prestasi dari *McClelland*

McClelland dalam Silalahi (2002) mengidentifikasi 3 (tiga) kebutuhan utama yang memotivasi individu pegawai yaitu kebutuhan untuk berprestasi (*need for achievement*) atau disingkat *n.Ach*, kebutuhan untuk berkuasa (*need for power*) atau disingkat *n.Pow*, dan kebutuhan untuk afiliasi (*need for affiliation*) atau disingkat *n.Aff*. Kebutuhan untuk berprestasi merupakan keinginan seseorang untuk melakukan sesuatu lebih baik dibandingkan dengan sebelumnya. Kebutuhan untuk berkuasa merupakan keinginan seseorang untuk lebih kuat atau lebih berpengaruh terhadap yang lain. Kebutuhan afiliasi merupakan keinginan seseorang untuk disukai oleh orang lain. Tiga jenis kebutuhan ini dapat dimiliki oleh setiap orang tetapi dapat berbeda intensitasnya. Adakalanya seseorang memiliki kebutuhan untuk berprestasi lebih dominan dibandingkan dengan dua kebutuhan yang lain, sementara yang lain mungkin lebih dominan kebutuhan untuk berkuasa. Hal ini disebabkan oleh sistem nilai yang berkembang dalam masyarakat dan lingkungan di mana individu berada.

Teori ini berusaha menjelaskan *achievement oriented behavior* yang didefinisikan sebagai perilaku yang berorientasi terhadap tercapainya *standard of excellent*. Menurut teori ini, seseorang yang mempunyai *needs of achievement* yang tinggi selalu mempunyai pola berpikir tertentu ketika ia merencanakan untuk melaksanakan sesuatu, yaitu selalu mempertimbangkan pekerjaan yang akan dilakukan itu cukup menantang atau tidak. Seandainya pekerjaan itu menantang, maka ia memikirkan kekuatan, peluang, dan ancaman yang mungkin dihadapi dalam mencapai tujuan dan menentukan strategi yang akan dilakukannya. Ciri lain orang yang mempunyai *needs of achievement* tinggi adalah kesediaannya untuk memikul tanggung jawab sebagai konsekuensi usahanya untuk mencapai tujuan, berani mengambil risiko yang sudah

diperhitungkan, bersedia mencari informasi untuk mengukur kemajuannya, dan ingin kepuasan dari yang telah dikerjakannya.

Perilaku yang berhubungan dengan 3 (tiga) motif sosial dari *McClelland* tersebut menurut Tim *Achievement Motivation Training (AMT) Massachusetts* dalam Usman (2006) memiliki indikator-indikator sebagai berikut:

Orang yang motif berprestasinya tinggi mempunyai ciri-ciri : (1) bertanggung jawab atas segala perbuatannya, mengaitkan diri pada karier atau hidup masa depan, tidak menyalahkan orang lain dalam kegagalannya, (2) berusaha mencari umpan balik atas segala perbuatannya, selalu bersedia mendengarkan pendapat orang lain sebagai masukan dalam perbaikan dirinya, (3) berani mengambil risiko dengan penuh perhitungan (menantang dan terwujud) melebihi orang lain, lebih unggul, ingin menciptakan yang terbaik, (4) berusaha melakukan sesuatu secara inovatif dan kreatif (sesuatu yang baru, sesuatu yang tiada duanya), banyak gagasan, dan mampu mewujudkan gagasannya dengan baik. Ingin bebas berkarya, kurang menyenangi sistem yang membatasi geraknya ke arah yang lebih positif, dan kekuatan datang dari tindakannya sendiri bukan dari orang lain, (5) merasa dikejar waktu, pandai mengatur waktunya, yang dapat dikerjakan sekarang jangan ditunda esok, dan (6) bekerja keras dan bangga atas hasil yang telah dicapai.

Orang yang motif bersahabatnya tinggi bercirikan : (1) lebih suka bersama orang lain daripada sendirian, (2) sering berkomunikasi dengan orang lain, (3) lebih mengutamakan hubungan pribadi daripada tugas, (4) selalu bermusyawarah untuk mufakat dengan orang lain, dan (5) lebih efektif apabila bekerja sama dengan orang lain.

Orang yang motif berkuasanya tinggi bercirikan : (1) sangat aktif menentukan arah kegiatan organisasi, (2) sangat peka terhadap pengaruh antarpribadi dan kelompok, (3) mengutamakan prestise, (4) mengutamakan tugas kerja daripada hubungan pribadi, dan (5) suka memerintah dan mengancam dengan sanksi.

Teori prestasi *McClelland* berguna untuk meningkatkan prestasi kerja pegawai Puskesmas, karena motivasi berprestasi dapat diajarkan melalui berbagai bentuk pendidikan dan latihan.

2. Teori Proses

Teori-teori sebelumnya memusatkan pada kebutuhan yang mendorong atau memacu perilaku dan insentif-insentif yang menarik atau menyebabkan perilaku pegawai. Sedangkan teori-teori proses berhubungan dengan bagaimana perilaku dimulai/timbul, diarahkan, dilanjutkan, dan dihentikan. Para teoritis ini melihat, bahwa yang memotivasi pegawai untuk berperilaku atau berusaha untuk mencapai tujuan bukan atas dasar pemenuhan kebutuhan, melainkan karena proses pikiran atau kognisi yang ada dalam diri manusia. Teori proses yang akan dibahas adalah : (a) teori harapan (*expectancy theory*) dari *Vroom*, (b) teori

pembentukan perilaku (*reinforcement theory*) dari *Skinner*, (c) teori keadilan (*equity theory*) dari *Adams*.

a. Teori Harapan (*Expectancy Theory*)

Teori harapan dikembangkan oleh *Lewin* dan diaplikasikan oleh *Vroom* dalam praktek motivasi. Teori ini mempunyai asumsi : (1) manusia biasanya meletakkan nilai kepada sesuatu yang diharapkan dari karyanya. Oleh sebab itu manusia mempunyai urutan kesenangan (*preference*) di antara sejumlah hasil yang ia harapkan, dan (2) suatu usaha untuk menjelaskan motivasi yang terdapat pada seseorang selain harus mempertimbangkan hasil yang dicapai, ia juga mempertimbangkan keyakinan orang tersebut bahwa yang dikerjakan memberikan sumbangan terhadap tercapainya tujuan yang diharapkannya (Usman, 2006).

Berdasarkan asumsi diatas, *Vroom* mengembangkan teori motivasi, yaitu intensitas motif seseorang untuk melakukan sesuatu adalah fungsi nilai atau kegunaan dari setiap hasil yang mungkin dapat dicapai dengan persepsi kegunaan suatu tindakan dalam upaya mencapai hasil tersebut. *Vroom* menjelaskan bahwa motivasi seseorang untuk bekerja tergantung pada hubungan antara 3 (tiga) faktor, yaitu harapan (*expectancy*) yakni hubungan antara usaha dan kinerja, instrumentasi (*instrumentality*) yakni hubungan kinerja dengan imbalan, dan valensi (*valence*) yakni nilai yang diberikan terhadap imbalan yang didapat dari pekerjaannya. Motivasi dinotasikan sebagai $\text{Motivasi} = \text{harapan} \times \text{instrumentasi} \times \text{valensi}$.

Harapan adalah keyakinan seseorang bahwa bekerja keras akan menghasilkan tingkat kinerja yang ingin dicapai. Harapan dinyatakan sebagai kemungkinan prestasi kerja seseorang terhadap usaha kerja yang telah dilakukannya. Harapan seseorang menurut *Vroom* berada di antara 0 hingga 1. Jika seseorang menyakini tidak ada hubungan antara usaha dan kinerja berarti ia memiliki harapan nol. Jika harapan nol, maka motivasi akan rendah. Sebaliknya jika harapannya tinggi maka nilainya 1.

Instrumentasi ialah keyakinan seseorang bahwa keberhasilan melaksanakan pekerjaan akan memperoleh imbalan dan hasil potensial lainnya. Instrumentasi pun memiliki jenjang diantara 0 hingga 1. Orang yang melihat tidak ada hubungan antara kinerja dan imbalan akan memiliki instrumentasi 0. Sebaliknya, jika instrumentasinya tinggi maka nilainya 1.

Valensi ialah nilai yang diberikan seseorang terhadap imbalan yang diperolehnya dari hasil kerjanya. Valensi setiap orang tidak sama tergantung pengalaman masing-masing. Valensi imbalan sangat dipengaruhi oleh usia, pendidikan, pengalaman, dan jenis pekerjaan. Valensi juga mempunyai jenjang. Apabila seseorang tidak menaruh perhatian pada valensi maka valensinya 0 (nol). Apabila menghindari valensi nilainya -1 dan apabila sangat menginginkan valensi yang besar nilainya 1 (Silalahi, 2002; Usman, 2006).

Tabel 6.1.
Beberapa Kombinasi Harapan, Instrumentasi, dan Valensi

Valensi	Harapan	Instrumentasi	Motivasi
Tinggi positif	Tinggi	Tinggi	Kuat
Tinggi positif	Tinggi	Rendah	Sedang
Tinggi positif	Rendah	Tinggi	Sedang
Tinggi positif	Rendah	Rendah	Lemah
Tinggi Negatif	Tinggi	Tinggi	Sangat menghindari
Tinggi Negatif	Tinggi	Rendah	Agak menghindari
Tinggi Negatif	Rendah	Tinggi	Agak menghindari
Tinggi Negatif	Rendah	Rendah	Kurang menghindari

Sumber: Usman H, *Manajemen Teori, Praktik, dan Riset Pendidikan*, 2006.

Pimpinan Puskesmas tentu saja bisa menggunakan teori harapan dalam pengembangan motivasi pegawai Puskesmas, yakni melalui 2 (dua) cara: (1) mengetahui dan berusaha mempengaruhi persepsi pegawai Puskesmas tentang valensi imbalan dan kemungkinan memperolehnya, dan (2) memperkuat nilai aktual imbalan dan kaitannya antara upaya, prestasi, dan imbalan.

Imbalan menurut Siagian (2004), terdiri atas imbalan intrinsik seperti tugas yang menantang, tanggung jawab yang lebih besar, diskresi (keleluasaan), otonomi, dan partisipasi dalam pengambilan keputusan. Sedangkan imbalan ekstrinsik terdiri atas finansial langsung seperti gaji pokok, tunjangan-tunjangan (istri, anak, dan biaya hidup), finansial tidak langsung, seperti asuransi, beasiswa, kepemilikan saham, simpan pinjam, dan kafeteria murah, serta non finansial seperti berbagai simbol dan status.

b. Teori Keadilan (*Equity Theory*)

Teori keadilan sebagai pendekatan proses terhadap motivasi yang diperkenalkan oleh *Adams*. Teori ini menekankan bahwa setiap orang mengharapkan hasil (*outcome*) yang diterima sesuai dengan masukan (*input*) yang diberikan dan juga dengan apa yang diterima orang lain baik di lingkungan unit kerjanya maupun di organisasi lain. Hasil berupa imbalan yang diterima oleh pegawai dari unit kerjanya seperti gaji, jabatan, penghargaan, sedangkan masukan merupakan kontribusi yang diberikan oleh individu kepada unit kerjanya seperti pendidikan, pengalaman, latihan, dan usaha (Silalahi, 2002).

Teori motivasi ini didasarkan pada asumsi bahwa pegawai yang bekerja dalam rangka memperoleh imbalan dari organisasi dimotivasi oleh suatu keinginan untuk diperlakukan adil di tempat kerja. 4 (empat) ukuran penting dalam teori ini :

- 1) Orang/pegawai : Individu yang merasakan diperlakukan adil atau tidak;
- 2) Perbandingan dengan pegawai lain : Setiap pegawai atau kelompok yang digunakan oleh seseorang sebagai suatu pembanding rasio masukan dan keluaran;
- 3) Masukan : Karakteristik individu yang dibawa seseorang ke dalam pekerjaan (seperti keterampilan, pengalaman, pembelajaran) atau bawaan (seperti umur, jenis kelamin);
- 4) Hasil : Apa yang diterima pegawai dari pekerjaan (seperti gaji, tunjangan, pengakuan).

Teori keadilan menyatakan bahwa faktor keadilan/kewajaran yang mempengaruhi sistem pengupahan/penggajian mencakup 3 (tiga) dimensi, yaitu dimensi internal, dimensi eksternal, dan dimensi individual pegawai. Dimensi internal berarti setiap jabatan/posisi dan pekerjaan individu pegawai dihargai organisasi dengan perbandingan yang rasional dari yang terendah sampai yang tertinggi. Dimensi eksternal berarti pengupahan dilakukan dengan memperhatikan nilai pasar tenaga kerja di luar organisasi/perusahaan yang mampu bersaing dengan pengupahan/penggajian yang diberikan organisasi lain yang sejenis. Dimensi individual pegawai berarti keadilan/kewajaran yang dirasakan oleh setiap individu pegawai dengan individu pegawai lainnya (Usman, 2006).

Keadilan dikatakan ada, kalau pegawai menganggap bahwa rasio masukan pegawai (upaya) terhadap hasil (imbalan) sepadan dengan rasio pegawai lain. Ketidakadilan dikatakan ada bila rasio tidak ekuivalen yaitu rasio antara masukan individu dengan hasil bisa lebih besar atau lebih kecil dibanding dengan lainnya.

Jika pegawai merasa tidak adil maka secara teoritis perilaku pegawai tersebut cenderung :

- 1) Mengurangi tingkat usaha atau tidak memberi usaha maksimal dalam pekerjaannya (mengurangi masukan);
- 2) Keluar dari pekerjaan dan mencari pekerjaan yang dirasakan lebih memberikan keadilan;
- 3) Jika hasil atau imbalan didasarkan pada jumlah keluaran (*output*) maka individu akan meningkatkan keluaran untuk mendapatkan hasil yang lebih besar meskipun cenderung menurunkan kualitas;
- 4) Merubah persepsi untuk menenangkan perasaan yaitu dari persepsi bahwa masukan yang dia berikan lebih besar dari hasil yang didapat menjadi sesuatu yang seimbang atau adil, atau persepsi bahwa yang diberikan pegawai lain adalah lebih besar daripada yang dia berikan sehingga pegawai lain pantas mendapatkan imbalan yang lebih besar daripada yang ia dapat;
- 5) Membuat kelompok acuan yang menenangkan perasaan di mana pegawai lain pada situasi yang sama juga menerima atau mengalami hal yang sama seperti yang ia alami (Silalahi 2002).

c. Teori Pembentukan Perilaku (*Reinforcement Theory*)

Skinner seorang ahli psikologi menerapkan teori perilaku pada motivasi pegawai yang disebut teori pembentukan perilaku (*operant conditioning*) atau disebut juga *behavior modification*, *positive reinforcement*, dan *Skinnerian conditioning*. Pendekatan teori ini didasarkan pada hukum pengaruh (*law of effect*) yang menyatakan bahwa perilaku yang diikuti dengan konsekuensi yang diharapkan cenderung diulang, sedangkan perilaku yang diikuti konsekuensi hukuman cenderung tidak diulang. Dengan demikian perilaku pegawai di waktu mendatang dapat diperkirakan atau dipelajari dari pengalaman di waktu yang lalu.

Kunci untuk menerapkan model penguatan adalah memahami kebutuhan untuk mengelola konsekuensi dari perilaku pegawai. Ada 4 (empat) teknik yang dapat digunakan pimpinan Puskesmas untuk mengubah perilaku pegawai Puskesmas, yaitu:

- 1) Penguatan positif (*positive reinforcement*) - Usaha mendorong pegawai Puskesmas melalui imbalan agar melakukan atau mengulangi perbuatan positif seperti yang diinginkan pimpinan Puskesmas;
- 2) Penguatan negatif (*negative reinforcement*) atau penghindaran (*avoidance*) - Dorongan agar pegawai Puskesmas berperilaku sesuai dengan keinginan pimpinan Puskesmas, tetapi melalui eliminasi atau penghilangan dari suatu hasil yang tidak menyenangkan perasaan pegawai Puskesmas dengan tetap memperhatikan standar kinerja Puskesmas yang diinginkan;
- 3) Peniadaan (*extinction*) - Penghilangan penguatan yang mengikuti perbuatan pegawai Puskesmas yang tidak diinginkan agar perbuatan atau kesalahan tidak akan muncul lagi;
- 4) Hukuman (*punishment*) - Penerapan konsekuensi negatif setelah kinerja pegawai Puskesmas tidak memenuhi standar kinerja yang ditetapkan. Tujuannya adalah agar pegawai Puskesmas tidak mengulangi perbuatan yang sama yang tidak diinginkan. Hukuman bervariasi seperti teguran lisan dan tertulis, pengurangan insentif dan sebagainya (Silalahi, 2002).

Hammer dalam Handoko (2003), mengidentifikasi 6 (enam) pedoman penggunaan teknik-teknik pembentukan perilaku atau disebut teori belajar (*learning theory*) yang juga dapat dipergunakan oleh pimpinan Puskesmas, yaitu:

- 1) Jangan memberikan penghargaan yang sama kepada semua pegawai;
- 2) Perhatikan bahwa kegagalan memberi tanggapan dapat mengubah perilaku;
- 3) Beritahu pegawai tentang hal-hal yang harus dilakukan untuk mendapatkan penghargaan;
- 4) Beritahu pegawai tentang apa yang dilakukan secara salah;
- 5) Jangan menghukum di depan pegawai lain;
- 6) Bertindaklah dengan adil.

Motivasi atau tenaga pendorong itu bisa datang dari dalam diri kita sendiri tetapi bisa pula datang dari luar. Motivasi yang datang dari dalam diri bersifat lebih permanen daripada motivasi yang berasal dari luar diri. Untuk itulah kita harus selalu meningkatkan motivasi yang ada di dalam diri kita sendiri. Motivasi

dari luar itu juga penting namun sebaiknya kita jadikan sebagai pelengkap saja. Jangan sebaliknya, nanti kita akan menjadi ketergantungan. Begitu motivasi tersebut hilang kita akan berubah menjadi pegawai yang tidak mempunyai motivasi.

Problematika yang terjadi di dunia kerja biasanya bersumber dari persoalan motivasi, bukan potensi. Potensinya besar, namun motivasinya sangat kurang, tidak menghasilkan sesuatu yang berarti. Idealnya, memang keduanya harus kita miliki. Setiap orang memiliki potensi namun tidak setiap orang memiliki motivasi. Menurut Irmim dan Rohim (2004), ada 2 (dua) metode untuk memotivasi diri. Pertama, dengan senantiasa meningkatkan dan mengelola emosi orang lain. Kedua, dengan senantiasa meningkatkan kemampuan kita dalam memahami keberadaan Tuhan Allah SWT di dalam diri kita.

Secara detail kita bisa memanfaatkan kedua metode tadi ke dalam 9 (sembilan) modal dasar berikut yaitu : (1) niat bekerja semata-mata untuk beribadah kepada Allah SWT, (2) pandai bersyukur nikmat, (3) mengerjakan tugas dengan ikhlas, (4) mampu mengelola perasaan kecewa, (5) berusaha memperoleh kepuasan dalam bekerja, (6) senang di contoh orang lain, (7) menyeimbangkan hak dan kewajiban, (8) menyikapi perubahan secara positif, (9) tidak menomorsatukan *reward* dan *punishment* sebagai motivasi.

KOMUNIKASI

Komunikasi berasal dari perkataan “*communicare*” yang artinya berpartisipasi atau memberitahukan, atau berasal dari perkataan “*communis*” yang artinya milik bersama atau berlaku di mana-mana.

Beberapa pengertian komunikasi seperti dikumpulkan Azwar (1988) sebagai berikut:

1. Komunikasi adalah pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling percaya demi terwujudnya hubungan yang baik antara seseorang dengan orang lainnya;
2. Komunikasi adalah pertukaran fakta, gagasan, opini, atau emosi antar dua orang atau lebih;
3. Komunikasi adalah suatu hubungan yang dilakukan melalui surat, kata-kata, simbol, atau pesan yang bertujuan agar setiap manusia yang terlibat dalam proses dapat saling tukar menukar arti dan pengertian terhadap sesuatu.

Dalam batasan tersebut di atas jelaslah bahwa tujuan utama dari komunikasi adalah untuk menimbulkan saling pengertian, bukan persetujuan. Seseorang yang tidak setuju terhadap sesuatu hal, tetapi paham apa yang tidak disetujuinya tersebut, juga telah mempunyai komunikasi yang baik. Komunikasi sebagai suatu proses di mana orang memberikan pengertian-pengertian melalui pengiriman berita secara simbolis, dapat menghubungkan pegawai berbagai unit kerja yang berbeda, sehingga sering disebut rantai pertukaran informasi. Konsep ini mempunyai unsur-unsur yaitu : (1) kegiatan untuk membuat seseorang

mengerti, (2) sarana pengalihan informasi, dan (3) sistem bagi terjalannya komunikasi di antara individu-individu.

Komunikasi juga didefinisikan sebagai proses penyampaian atau penerimaan pesan dari seseorang kepada orang lain, baik langsung maupun tidak langsung, secara tertulis, lisan, maupun bahasa isyarat. Seseorang yang melakukan komunikasi disebut komunikator. Orang yang diajak berkomunikasi disebut komunikan. Orang yang mampu berkomunikasi disebut komunikatif. Orang yang komunikatif ialah orang yang mampu menyampaikan informasi atau pesan kepada orang lain, baik langsung maupun tidak langsung, secara tertulis, lisan, maupun bahasa isyarat sehingga orang lain dapat menerima informasi (pesan) sesuai dengan harapan pemberi informasi (pesan). Selain mampu menyampaikan informasi atau pesan, orang yang komunikatif juga mampu menerima informasi atau pesan orang lain.

Seorang pimpinan yang berhasil harus memiliki banyak keahlian, tetapi menurut *McLeod* (2001) ada 2 (dua) yang mendasar yaitu komunikasi dan pemecahan masalah. Pimpinan berkomunikasi dengan stafnya, atasannya, orang-orang lain di unit kerjanya, dan orang-orang di luar unit kerjanya. Keahlian komunikasi yaitu pimpinan menerima dan mengirim informasi dalam bentuk lisan atau tertulis. Komunikasi tertulis meliputi laporan, surat, memo, surat elektronik, dan terbitan berkala. Komunikasi lisan terjadi pada saat rapat dinas, saat menggunakan telepon, saat peninjauan.

Komunikasi merupakan salah satu fungsi manajemen Puskesmas dalam rangka mengelola pegawai Puskesmas, memadukan fungsi-fungsi manajemen Puskesmas dan proses komunikasi interpersonal. Tujuan dari komunikasi dalam manajemen Puskesmas adalah agar pegawai Puskesmas mengetahui dan memahami apa yang harus dikerjakan dan agar pimpinan Puskesmas mendapatkan berbagai informasi tentang pelaksanaan kegiatan untuk mencapai tujuan Puskesmas secara efektif dan efisien. Komunikasi yang efektif menuntut rasa saling menghormati, percaya, terbuka, dan tanggung jawab.

Manfaat komunikasi dalam manajemen Puskesmas adalah sebagai sarana untuk : (1) meningkatkan kemampuan manajerial dan hubungan sosial; (2) menyampaikan dan/atau menerima informasi; (3) menyampaikan dan menjawab pertanyaan; (4) mengubah perilaku (pola pikir, perasaan, dan tindakan) melalui pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen; (5) mengubah keadaan sosial (Modifikasi dari Usman, 2006).

Adapun fungsi-fungsi komunikasi dalam kegiatan manajemen Puskesmas menurut penulis adalah:

1. Menyampaikan informasi dan pengetahuan yang berhubungan dengan pekerjaan atau pelaksanaan tugas dari pimpinan Puskesmas kepada pegawainya, seorang pegawai kepada pegawai lain sehingga pekerjaan dapat dijalankan dengan benar dan tercipta kerjasama;
2. Membantu mendorong dan mengarahkan pegawai Puskesmas untuk melaksanakan tugas;

3. Membantu membentuk dan mempengaruhi sikap dan perilaku serta menanamkan kepercayaan orang lain;
4. membantu hubungan sosial dalam organisasi Puskesmas dan membangun kekompakkan dan kebersamaan;
5. Menyampaikan informasi tentang lingkungan Puskesmas secara keseluruhan.

Keberhasilan pelaksanaan kegiatan Puskesmas dan mempengaruhi orang lain ditentukan oleh baik atau buruknya komunikasi. Komunikasi yang baik bukan saja komunikasi mengerti akan makna pesan, tetapi juga secara emosional terdorong untuk melaksanakan atau menuruti pesan yang diterimanya. Dengan kata lain, kejelasan, ketelitian, intensitas dan kualitas komunikasi akan mempengaruhi tingkat perilaku dan hasil kinerja pegawai..

Untuk terjadi suatu komunikasi, diperlukan tersedianya unsur-unsur komunikasi. Unsur-unsur dalam komunikasi antara lain sumber, pesan, media, sasaran, umpan balik, dan akibat.

a. Sumber

Sumber (pengirim pesan atau komunikator) merupakan sumber informasi dan sekaligus sebagai penggerak atau yang memulai terjadinya proses komunikasi. Dalam manajemen, sumber ini dapat berasal dari perorangan, kelompok dan/atau institusi serta organisasi yang mempunyai kebutuhan dan keinginan untuk mengkomunikasikan suatu gagasan, pemikiran, informasi, dan sebagainya.

b. Pesan

Pesan (berita/informasi) adalah rangsangan/stimulus yang disampaikan oleh sumber kepada sasaran. Pesan tersebut pada dasarnya adalah hasil pemikiran atau pendapat sumber yang ingin disampaikan kepada orang lain. Penyampaian pesan dapat dalam bentuk kata-kata (simbul verbal) atau dalam bentuk bukan kata-kata (simbul berupa gerakan tubuh, tangan, ekspresi wajah dan gambar). Kata-kata merupakan simbul komunikasi yang paling penting dan paling banyak digunakan dalam proses komunikasi. Pengirim pesan akan menyampaikan maksud yang diinginkan. Kata-kata dapat disampaikan secara lisan dan diterima dengan mendengarkan, atau dapat disampaikan dengan tulisan dan diterima dengan membaca. Isi simbolik dari pesan disebut sebagai informasi, dan jika sifatnya sesuatu yang baru disebut inovasi.

c. Media

Media komunikasi (alat pengirim pesan atau saluran pesan) adalah alat atau saluran yang dipilih oleh sumber untuk menyampaikan pesan kepada sasaran. Pemilihan media dipengaruhi isi pesan yang harus disampaikan, jumlah penerima pesan, situasi, dan sebagainya.

Pada saat ini dikenal ada dua macam media yakni :

1) Media massa

Contoh media massa adalah surat kabar, majalah, film, radio, dan televisi. Keuntungan dari media massa adalah sasaran yang dicapai (*coverage*) cukup banyak, sehingga ada penghematan waktu, tenaga, dan biaya.

Sedangkan kerugiannya tidak dapat diketahui keberhasilan dari komunikasi yang dilakukan, karena umpan baliknya sulit diperoleh. Disamping itu, tidak dapat menyampaikan semua jenis pesan, seperti misalnya pesan yang bersifat pribadi, tabu dan ataupun yang dinilai dapat mendatangkan akibat negatif kepada masyarakat.

2) Media antar pribadi

Contoh media antar pribadi ialah interaksi antara sumber dan sasaran, pembicaraan melalui telepon, surat menyurat dan pembicaraan perorangan lainnya. Keuntungan dari cara ini adalah dapat disampaikan pesan secara lengkap dan terinci, sehingga keberhasilan dari komunikasi dapat diketahui melalui umpan balik yang diterima. Pesan yang disampaikan dapat pula mencakup berbagai jenis termasuk yang bersifat rahasia dan ataupun pribadi. Kerugiannya adalah jangkauan sasaran terbatas serta membutuhkan waktu, tenaga, dan biaya yang cukup besar.

d. Sasaran

Sasaran (penerima pesan) yaitu individu, kelompok, organisasi ataupun seluruh masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang dijadikan obyek penyampaian pesan.

e. Umpan balik

Umpan balik (*feed back*) adalah reaksi dari sasaran terhadap pesan yang disampaikan, yang dimanfaatkan oleh sumber untuk memperbaiki dan ataupun menyempurnakan komunikasi yang dilakukan. Dengan adanya umpan balik ini, sumber akan mengetahui apakah komunikasi berjalan dengan baik atau tidak.

f. Akibat

Akibat (*impact*) adalah hasil dari suatu komunikasi, yakni terjadinya perubahan pada diri sasaran. Perubahan dapat ditemukan pada pengetahuan, sikap dan ataupun perilaku. Terjadinya perubahan perilaku adalah tujuan akhir dari kegiatan komunikasi.

Dalam praktek komunikasi, menurut Siagian (2004) terdapat 4 (empat) arus komunikasi dalam suatu organisasi, yaitu:

1. Komunikasi vertikal ke bawah

Komunikasi ini merupakan wahana bagi manajemen untuk menyampaikan berbagai hal kepada para pegawainya, seperti perintah, instruksi, kebijakan baru, pengarahan, pedoman kerja, nasihat, dan teguran. Kesemuanya itu dalam rangka usaha manajemen untuk lebih menjamin bahwa tindakan, sikap dan perilaku para pegawai sedemikian rupa sehingga kemampuan organisasi untuk mencapai tujuan semakin meningkat. Komunikasi vertikal kebawah menuntut pimpinan agar memperhatikan 9 (sembilan) hal agar komunikasinya dengan para pegawai mencapai hasil yang diharapkan yaitu : (1) kesediaan untuk tidak mendominasi pembicaraan, (2) mampu menciptakan suasana yang tidak tegang, (3) menunjukkan kepada “lawan bicara” bahwa pimpinan yang bersangkutan mau mendengar pihak

lain, (4) menghilangkan hal-hal yang dapat mengalihkan perhatian dari pembicaraan yang sedang berlangsung, (5) mampu menempatkan diri pada posisi orang lain, (6) sabar, (7) mampu mengendalikan emosi, (8) mencegah timbulnya suasana perdebatan, dan (9) mengajukan berbagai pertanyaan sebagai bukti perhatian yang diberikan.

2. Komunikasi vertikal ke atas

Para pegawai selalu ingin didengar oleh pimpinannya. Keinginan demikian dimanfaatkan untuk menyampaikan berbagai hal seperti laporan hasil pekerjaan, masalah yang dihadapi, baik yang bersifat kedinasan maupun pribadi, saran-saran pelaksanaan tugas masing-masing dan bahkan kritik membangun demi kepentingan organisasi;

3. Komunikasi horizontal

Komunikasi horizontal berlangsung antara pegawai yang berada pada tingkat yang sama dalam hierarki organisasi, akan tetapi melaksanakan kegiatan yang berbeda-beda;

4. Komunikasi diagonal

Komunikasi ini berlangsung antara dua unit kerja yang berada pada jenjang hierarki organisasi yang berbeda, tetapi menyelenggarakan kegiatan yang sejenis.

Efektivitas komunikasi dalam organisasi dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Lesikar* dalam Handoko (2003) mengidentifikasi 4 (empat) faktor, yaitu saluran komunikasi formal, struktur organisasi, spesialisasi jabatan dan pemilihan informasi. Saluran komunikasi formal mempengaruhi efektivitas komunikasi dalam 2 (dua) cara. Pertama, liputan saluran formal semakin melebar sesuai perkembangan dan pertumbuhan organisasi. Kedua, saluran komunikasi formal dapat menghambat aliran informasi antar tingkatan organisasi. Perbedaan kekuasaan dan kedudukan (status) dalam organisasi akan menentukan pihak-pihak yang berkomunikasi dengan seseorang serta isi dan ketepatan komunikasi. Spesialisasi jabatan biasanya akan mempermudah komunikasi dalam kelompok yang berbeda. Para anggota suatu kelompok kerja yang sama akan cenderung berkomunikasi dengan istilah, tujuan, waktu, dan gaya yang sama. Komunikasi antar kelompok yang sangat berbeda akan cenderung dihambat. Sedangkan pemilihan informasi berarti bahwa individu-individu mempunyai informasi khusus dan pengetahuan tentang pekerjaan. Sebagai contoh bidan mempunyai informasi yang lebih lengkap dalam hal program KIA/KB.

Prinsip komunikasi yang harus dilakukan oleh komunikator antara lain: (a) Penuh minat terhadap materi pesan; (b) Menarik perhatian bagi komunikan; (c) dilengkapi alat peraga; (d) Menguasai materi pesan; (e) Mengulangi bagian yang penting; (f) Memiliki kegunaan; (g) Jangan menganggap bahwa setiap orang sudah mengerti pesan yang kita berikan, sehingga perlu adanya umpan balik (Usman 2006).

American Management Association (AMA) telah menyusun sepuluh prinsip komunikasi yang disebut “*the ten commandments of good*

communication” (sepuluh pedoman komunikasi yang baik) untuk meningkatkan efektifitas komunikasi organisasi, yaitu : (1) cari kejelasan gagasan terlebih dahulu sebelum dikomunikasikan, (2) teliti tujuan sebenarnya setiap komunikasi, (3) pertimbangkan keadaan fisik dan manusia keseluruhan kapan saja komunikasi akan dilakukan, (4) konsultasikan dengan pihak-pihak lain, bila perlu, dalam perencanaan komunikasi, (5) perhatikan tekanan nada dan ekspresi lainnya sesuai isi dasar berita selama berkomunikasi, (6) ambil kesempatan, bila timbul, untuk mendapatkan segala sesuatu yang membantu atau umpan balik, (7) ikuti lebih lanjut komunikasi yang telah dilakukan, (8) perhatikan konsistensi komunikasi, (9) tindakan atau perbuatan harus mendorong komunikasi, dan (10) jadilah pendengar yang baik, komunikasi tidak hanya untuk dimengerti tetapi untuk mengerti (Handoko, 2003).

Ada beberapa hal yang dapat menjadi hambatan atau penghalang dalam proses komunikasi. Penghambat tersebut dikenal dengan istilah *barrier*, *noises*, atau *bottle neck communication*. Dalam komunikasi dikenal adanya hambatan psikologis seperti minat, sikap, pendapat, kepercayaan, intelegensi, dan pengetahuan. Hambatan fisik misalnya kelelahan, sakit, keterbatasan panca indra atau cacat tubuh. Proses komunikasi juga dapat terhambat oleh kultur seperti perbedaan adat istiadat, norma sosial, kepercayaan, dan niala-nilai panutan.

Hambatan komunikasi lainnya ialah : (1) komunikator menggunakan bahasa yang sukar dipahami, (2) perbedaan persepsi akibat latar belakang yang berbeda, (3) terjemahan yang salah, (4) keadaan lingkungan yang bising, gaduh, panas, dan berdesak-desak, (5) reaksi emosional seperti terlalu bertahan (*depsensif*) atau terlalu menyerang (*agresif*), (6) gangguan fisik (gagap, tuli, buta), (7) semantik yaitu pesan bermakna ganda, (8) belum berbudaya baca dan tulis, serta budaya diam, (9) kecurigaan, (10) teknik bertanya dan menjawab yang buruk, (11) tidak jujur, (12) tertutup, (13) destruktif, (14) kurang dewasa, (15) kurang respek, (16) kurang menguasai materi dan persiapan, dan (17) kebiasaan menjadi pembicara dan pendengar yang buruk (Usman, 2006).

Beberapa hal penting tentang komunikasi dalam organisasi yang perlu mendapatkan perhatian pimpinan, termasuk pimpinan Puskesmas, yaitu:

1. Kurangi kesimpangsiuran informasi dalam organisasi Puskesmas. Adanya kesatuan komando dan kesatuan arah serta koordinasi antar pimpinan Puskesmas dengan penanggung jawab program Puskesmas dan staf adalah hal penting yang harus dikembangkan untuk mengurangi hambatan komunikasi di dalam organisasi Puskesmas. Selain itu, mengkomunikasikan visi, misi, dan tujuan Puskesmas juga merupakan pesan khusus yang harus dikomunikasikan oleh pimpinan Puskesmas kepada seluruh stafnya;
2. Sesuaikan isi pesan dengan tingkat pendidikan, kemampuan dan pengalaman sasaran komunikasi sebagai penerima informasi. Pembicara yang baik menurut Verma dalam Usman (2006) harus memenuhi 3 (tiga) langkah, yaitu: (a) pendahuluan (katakan apa yang akan disampaikan), (b) menerangkan (jelaskan sesuatu), dan (c) ringkasan (sampaikan inti yang telah diuraikan).

Komunikasi dalam organisasi menurut Muninjaya (2004) harus mengandung unsur 4 C yaitu singkat dan padat (*concise*), lengkap tentang jenis informasi yang akan disampaikan (*complete*), jelas tentang hal-hal yang perlu dikerjakan (*clear*), dan juga mengandung tujuan yang jelas (*concrete*);

3. Kembangkan sistem umpan balik. Laporan yang dibuat oleh staf Puskesmas harus diberikan umpan balik oleh pimpinan Puskesmas atau didiskusikan materi laporan tersebut dengan staf sehingga timbul kesamaan persepsi antar pimpinan Puskesmas dengan staf tentang suatu permasalahan dan cara pemecahannya;
4. Penggunaan media komunikasi yang tepat akan menunjang keberhasilan proses komunikasi, dan gunakanlah alat peraga yang efektif;
5. Komunikasi tatap muka dan hubungan interpersonal antara pimpinan dan staf Puskesmas perlu dikembangkan untuk menjalin hubungan antar manusia dan mengurangi hambatan akibat perbedaan posisi.

Penerapan komunikasi di dalam manajemen Puskesmas antara lain dilakukan melalui rapat internal Puskesmas seperti rapat staf atau dinamisasi staf seminggu sekali, loka karya mini Puskesmas bulanan dan tribulanan, konsultasi penanggung jawab program Puskesmas dengan pimpinan Puskesmas, supervisi dan pembinaan ke lapangan seperti ke Puskesmas Pembantu, Posyandu, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), rapat lintas sektoral kecamatan, rapat koordinasi Posyandu/Desa Siaga tingkat desa, serta berbagai pertemuan lainnya. Pertemuan tersebut di atas menghasilkan komunikasi antara pimpinan Puskesmas dengan staf Puskesmas serta dengan sektor-sektor terkait dan masyarakat di tingkat kecamatan dan desa. Di samping itu pula perlu dilakukan komunikasi interpersonal antara pimpinan dan staf Puskesmas dalam rangka membina hubungan antara manusia.

PENGARAHAN

Beberapa batasan tentang pengarahan seperti dikumpulkan Azwar (1988) yaitu :

1. Pengarahan adalah upaya pengambilan keputusan secara berkesinambungan dan terus menerus yang terwujud dalam bentuk adanya perintah ataupun petunjuk guna dipakai sebagai pedoman dalam organisasi (*Gullick*);
2. Pengarahan adalah upaya mewujudkan keputusan, rencana dan program dalam bentuk kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (*Massie*).

Pengarahan tingkat Puskesmas menurut penulis adalah upaya memberikan bimbingan, arahan, petunjuk dan perintah kepada para pegawai Puskesmas dalam melaksanakan tugas, kegiatan dan program Puskesmas guna mencapai tujuan Puskesmas yang telah ditetapkan.

Dari pengertian tersebut diatas nampak bahwa pengarahan pada hakekatnya ditujukan kepada para pegawai dengan tujuan agar pegawai melakukan tugas sesuai dengan visi, misi, dan tujuan organisasi, serta mencegah agar pegawai tidak melakukan penyimpangan-penyimpangan yang tidak sejalan dengan rencana.

Sebagai salah satu fungsi manajemen, pengarahan ini amat penting dilakukan agar berbagai keputusan organisasi yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Beberapa manfaat apabila fungsi pengarahan tingkat Puskesmas dilakukan dengan baik, yaitu:

1. Para pegawai Puskesmas mendapatkan informasi yang tepat dan memadai tentang segala sesuatu yang harus dikerjakan;
2. Para pegawai Puskesmas akan terhindar dari kemungkinan berbuat salah sehingga pelaksanaan tugas dilaksanakan sesuai tujuan Puskesmas;
3. Para pegawai Puskesmas akan selalu berinteraksi dalam proses pembelajaran sehingga pengetahuan, keterampilan, dan produktivitas kerja meningkat;
4. Para pegawai Puskesmas akan berada dalam suasana kondusif karena terciptanya hubungan pimpinan dan staf yang baik.

Untuk dapat melaksanakan pengarahan yang baik, harus terpenuhi beberapa syarat tertentu. Syarat-syarat tersebut menurut Azwar (1988) sebagai berikut:

1. Kesatuan perintah (*unity of command*)
Agar pengarahan dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan maka perintah atau petunjuk yang diberikan harus terpelihara kesatuannya. Perintah yang simpang siur akan membingungkan pegawai;
2. Informasi yang lengkap dan akurat
Pada waktu memberikan petunjuk atau perintah harus dilengkapi dengan keterangan dan penjelasan yang diperlukan. Keterangan yang dimaksud ini sering disusun dalam suatu uraian khusus yang disebut dengan nama petunjuk pelaksanaan.
3. Hubungan langsung dengan pegawai
Agar pengarahan tersebut berjalan sesuai dengan rencana, usahakan agar perintah atau petunjuk yang diberikan tersebut dapat diterima langsung oleh pegawai. Adanya hubungan langsung antara pimpinan dengan pegawai Puskesmas akan tercipta suasana keakraban yang akan membantu kelancaran pengarahan.
4. Suasana informal
Ciptakan suasana informal sehingga perintah atau petunjuk yang diberikan tidak dirasakan sebagai beban yang terlalu berat bagi pegawai dan selanjutnya dapat dilaksanakan oleh pegawai dengan sebaik-baiknya.

Walaupun pengarahan dimaksudkan agar setiap pegawai melakukan apa yang telah digariskan, hendaknya harus diupayakan agar pengarahan yang dilakukan jangan mematikan kreativitas dan inovasi pegawai.

Teknik pengarahan banyak jenisnya, beberapa diantaranya yang sering dipergunakan adalah:

1. Teknik konsultasi
Teknik pengarahan dalam bentuk konsultasi misalnya melalui suatu pertemuan atau rapat yang khusus diselenggarakan untuk itu, pegawai

menghadap pimpinan atau pimpinan memanggil staf. Pada teknik konsultasi ini pimpinan menyampaikan pengarahannya untuk kemudian dibahas secara bersama. Keuntungan dari teknik ini ialah mengundang peran serta dan sumbang saran pegawai. Kerugiannya ialah jika terlalu sering diselenggarakan dapan menambah beban kerja serta dapat timbul kesan dari pegawai bahwa pimpinan tidak mengetahui apa-apa.

2. Teknik demokratis

Pelaksanaan pengarahan menurut teknik demokratis ialah dengan memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada pegawai untuk mengajukan pendapat dan saran. Keuntungan dari teknik ini dapat menimbulkan inisiatif pegawai. Kerugiannya dapat menyulitkan pimpinan, terutama jika pendapat atau saran tersebut sulit dilaksanakan dan bertentangan dengan kebijakan organsiasi.

3. Teknik otokratis

Pengarahan dilaksanakan secara satu arah yakni dari pimpinan kepada staf. Pimpinan menetapkan segalanya, sedangkan pegawai melaksanakan saja. Keuntungan teknik ini ialah proses pengarahn berjalan cepat. Kerugiannya ialah dapat menimbulkan kesalahan dalam pengarahan. Teknik ini hanya baik jika diterapkan dalam suatu organisasi yang memiliki kepemimpinan kuat serta pendidikan dan kemampuan pegawai masih terbatas.

4. Teknik bebas teratur

Pengarahan dilaksanakan tidak terlalu ketat. Biasanya dilakukan jika berhadapan dengan pegawai yang memiliki pengetahuan, keterampilan serta pengalaman yang cukup dalam melaksanakan tugas yang akan dilaksanakan.

KEBIJAKAN PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN/P2 (AKTUASI) TINGKAT PUSKESMAS

Dalam kerangka manajemen Puskesmas yang terdiri atas P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan dan Pelaksanaan) dan P3 (Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian), maka Lokakarya Mini Puskesmas merupakan P2 (Penggerakan dan Pelaksanaan) atau Aktuasi tingkat Puskesmas yang terdiri atas Lokakarya Mini Bulanan dan Lokarya Mini Tribulanan. (Departemen Kesehatan, 2004).

1. Lokakarya Mini Bulanan

Pengertian:

Lokakarya Mini Bulanan yaitu pertemuan yang diselenggarakan setiap bulan di Puskesmas yang dihadiri oleh seluruh staf di Puskesmas Puskesmas Pembantu, dan bidan di desa, serta dipimpin oleh kepala Puskesmas.

Tahap Pelaksanaan:

a. Lokarya Mini Bulanan Pertama

1) Masukan:

- Penggalangan tim dalam bentuk dinamika kelompok tentang peran tanggung jawab staf dan kewenangan Puskesmas;

- Informasi tentang kebijakan, program, dan konsep baru;
- Informasi tentang tatacara penyusunan POA (*Plan of Action*) Puskesmas.

2) Proses:

- Inventarisasi kegiatan Puskesmas termasuk kegiatan lapangan/ daerah binaan;
- Analisis beban kerja tiap petugas;
- Pembagian tugas baru termasuk pembagian tanggung jawab daerah binaan;
- Penyusunan POA Puskesmas tahunan.

3) Keluaran:

- POA Puskesmas tahunan;
- Kesepakatan bersama (untuk hal-hal yang dipandang perlu).

b. Lokakarya Mini Bulanan Rutin

1) Masukan:

- Laporan hasil kegiatan bulan lalu;
- Informasi tentang hasil rapat dinas kabupaten/kota;
- Informasi tentang hasil rapat tingkat kecamatan;
- Informasi tentang kebijakan, program, dan konsep baru.

2) Proses:

- Analisis hambatan dan masalah, antara lain dengan mempergunakan PWS (Pemantauan Wilayah Setempat);
- Analisis sebab masalah, khusus untuk mutu dikaitkan dengan kepatuhan terhadap standar pelayanan;
- Merumuskan alternatif pemecahan masalah.

3) Keluaran : Rencana kerja bulan yang baru.

2. Lokakarya Mini Tribulanan

Pengertian:

Lokakarya Mini Tribulanan yaitu pertemuan yang diselenggarakan setiap 3 (tiga) bulan sekali di Puskesmas yang dihadiri oleh instansi lintas sektoral tingkat kecamatan, Badan Penyantun Puskesmas (BPP), staf Puskesmas dan jaringannya, serta dipimpin oleh camat.

Tahap Pelaksanaan

a. Lokakarya Mini Tribulanan Pertama

1) Masukan:

- Penggalangan tim yang dilakukan melalui dinamika kelompok;
- Informasi tentang program lintas sektoral;
- Informasi tentang program kesehatan;
- Informasi tentang kebijakan, program, dan konsep baru.

2) Proses:

- Inventarisasi peran bantu masing-masing sektor;
- Analisis masalah peran bantu dari masing-masing sektor;

- Pembagian peran masing-masing sektor.
- 3) Keluaran:
- Kesepakatan tertulis sektor terkait dalam mendukung program kesehatan termasuk program pemberdayaan masyarakat.
- b. Lokakarya Mini Tribulanan Rutin
- 1) Masukan:
- Laporan kegiatan pelaksanaan program kesehatan dan dukungan sektor terkait;
 - Inventarisasi masalah/hambatan dari masing-masing sektor dalam pelaksanaan program kesehatan;
 - Pemberian informasi baru.
- 2) Proses:
- Analisis hambatan dan masalah pelaksanaan program kesehatan;
 - Analisis hambatan dan masalah dukungan dari masing-masing sektor;
 - Merumuskan cara penyelesaian masalah.
- 3) Keluaran:
- Rencana kerja tribulan yang baru;
 - Kesepakatan bersama (untuk hal-hal yang dipandang perlu).

PELAKSANAAN PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN/P2 (AKTUASI) TINGKAT PUSKESMAS

Aktuasi tingkat Puskesmas dilakukan melalui :

1. Rapat/dinamisasi staf, diselenggarakan seminggu sekali yang dihadiri oleh seluruh staf Puskesmas dan jaringannya, yang bertujuan untuk : (a) menginformasikan hasil rapat dinas tingkat kabupaten/kota dan tingkat kecamatan serta informasi tentang kebijakan, program dan konsep-konsep baru, (b) melakukan evaluasi mingguan terhadap pelaksanaan program puskesmas, (c) penggalangan kerjasama tim dan kesepakatan bersama, dan (d) pemberdayaan pegawai puskesmas untuk meningkatkan kinerja profesional, kompetensi/kemampuan pegawai, sikap dan motivasi kerja serta kecerdasan emosi.
2. Lokakarya Mini Bulanan, diselenggarakan setiap akhir bulan, yang dihadiri oleh seluruh staf Puskesmas dan jaringannya, yang bertujuan untuk : (a) menginformasikan hasil rapat dinas tingkat kabupaten/kota dan tingkat kecamatan serta informasi tentang kebijakan, program dan konsep-konsep baru, (b) evaluasi bulanan terhadap pelaksanaan program puskesmas serta analisis hambatan dan masalah dengan mempergunakan pws, (c) penyusunan poa bulanan secara partisipatif dengan menghimpun usulan kegiatan dan program dari para penanggung jawab program puskesmas, (d) penggalangan tim melalui penegasan peran dan tanggung jawab staf, dan (e) pemberdayaan pegawai Puskesmas untuk meningkatkan kinerja profesional,

kompetensi/kemampuan pegawai, sikap dan motivasi kerja serta kecerdasan emosi.

3. Lokakarya Mini Tribulanan, diselenggarakan setiap 3 (tiga) bulan sekali yang dihadiri oleh instansi lintas sektor tingkat kecamatan, Tim Penggerak PKK kecamatan dan desa, kepala desa, staf Puskesmas dan jaringannya, serta dipimpin oleh camat. Dengan tujuan : (a) informasi tentang program lintas sektor, program kesehatan, serta informasi tentang kebijakan, program dan konsep-konsep baru, (b) menginventarisasi peran bantu masing-masing sektor serta masalah dan hambatan dari masing-masing sektor, dan (c) penggalangan tim lintas sektor tingkat kecamatan.
4. Rapat koordinasi (Rakor) tingkat kecamatan, diselenggarakan setiap bulan yang dihadiri oleh unsur Muspika kecamatan, lintas sektor tingkat kecamatan, tim penggerak PKK kecamatan dan desa dan kepala desa, dengan agenda acara sesuai dengan agenda pemerintahan kecamatan. Peran Puskesmas adalah menyampaikan hasil Lokakarya Mini Bulanan.
5. Rapat koordinasi (Rakor) Posyandu-Desa Siaga tingkat desa, diselenggarakan setiap bulan pada 2 (dua) hari sebelum pelaksanaan Posyandu, yang dihadiri oleh kepala desa dan pamong desa, unsur Badan Perwakilan Desa (BPD), unsur Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa (LPMD), pengurus PKK desa, pengurus Posyandu dan Forum Kesehatan Desa-Desa Siaga, kader Posyandu/Desa Siaga dari setiap RT, tokoh masyarakat, Bidan desa, perawat kesehatan desa, pembina kesehatan desa, PLKB, dan unsur lintas sektor tingkat kecamatan. Adapun tujuannya adalah : (a) evaluasi pelaksanaan posyandu dan program desa siaga bulan lalu serta merencanakan posyandu dan desa siaga bulan yang akan datang, (b) pemutakhiran data sasaran posyandu dan program desa siaga, (c) pengisian kartu panggilan sasaran posyandu untuk kemudian dibagikan ke setiap dusun/rw, (d) pembahasan masalah dan hambatan posyandu dan program desa siaga, serta (e) pendalaman materi posyandu dan program desa Siaga.
6. Konsultasi para penanggung jawab program dengan pimpinan Puskesmas
Konsultasi ini diselenggarakan bila diperlukan, dengan cara mengundang para penanggung jawab program Puskesmas atau mereka menghadap/ melapor kepada pimpinan Puskesmas.

Lampiran 6.1
Rapat koordinasi Posyandu Tingkat Desa dan
Pertemuan Forum Kesehatan Desa-Program Desa Siaga

I. Tujuan :

1. Evaluasi pelaksanaan Posyandu dan Program Desa Siaga bulan lalu dan merencanakan pelaksanaan Posyandu dan Program Desa Siaga bulan yang akan datang;
2. Pemutakhiran data sasaran Posyandu dan Program Desa Siaga;
3. Pengisian Kartu Panggilan Sasaran Posyandu untuk kemudian dibagikan ke setiap Dusun;
4. Pembahasan masalah-masalah Posyandu dan Program Desa Siaga;
5. Pendalaman Materi Posyandu dan Program Desa Siaga.

II. Peserta :

Peserta rapat koordinasi adalah seluruh unsur pemerintahan desa, lembaga kemasyarakatan tingkat desa dan lintas sektor terkait dengan Program Posyandu dan Program Desa Siaga, yaitu :

1. Kepala Desa dan Pamong Desa (Khususnya, Kepala Urusan Kesejahteraan Rakyat, dan Kepala Dusun);
2. Unsur Badan Perwakilan Desa (BPD);
3. Unsur Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Desa (LPMD);
4. Pengurus PKK Desa;
5. Pengurus Posyandu dan Forum Kesehatan Desa-Desa Siaga;
6. Kader Posyandu dan Program Desa Siaga dari setiap RT;
7. Tokoh Masyarakat;
8. Bidan Desa, Perawat Kesehatan Desa, Pembina Kesehatan Desa (PKD);
9. PLKB;
10. Unsur Lintas Sektoral Tingkat Kecamatan.

III. Waktu :

Setiap bulan, 2 (dua) hari sebelum pelaksanaan Posyandu dan Program Desa Siaga (H-2).

IV. Biaya :

Swadaya masyarakat, PKK, bantuan. Dinas/Instansi.

V. Mekanisme :

a. Tahap Persiapan :

1. Melakukan pendataan sasaran Posyandu (PUS potensial, Ibu hamil, Ibu menetek, Bayi dan Anak balita) disetiap RW/Dusun, pada 3 hari sebelum Posyandu (H-3);
2. Menyiapkan surat undangan Rakor Posyandu dan Pertemuan Forum Kesehatan Desa, setelah disetujui dan ditandatangani oleh Kepala Desa dibagikan kepada peserta Rakor Posyandu dan pertemuan Forum Kesehatan Desa - Desa Siaga;
3. Menyiapkan bahan/materi evaluasi hasil kegiatan Posyandu dan Desa Sehat bulan lalu meliputi :
 - Gizi (Balok SKDN) dan analisis tindak lanjutnya serta Program Kadarzi;
 - PWS Imunisasi Ibu Hamil dan Bayi;

- PWS Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana;
 - PWS Gizi (Balok SKDN) dan analisis tindak lanjutnya serta Program Kadarzi;
 - PWS Kesehatan Lingkungan (Air Bersih, Jamban Keluarga/WC, SPAL);
 - PWS Program P2M;
 - PWS Program Desa Siaga Komperhensif /Paripurna;
 - Kegiatan Pendukung (Dana Sehat/DUKM-JPKM, P2M-PKMD, UKGMD, Kegiatan Lintas Sektoral).
4. Menyiapkan surat panggilan untuk sasaran Posyandu yang ditandatangani oleh Kepala Desa.
 5. Mempersiapkan tempat dan sarana Rakor Posyandu dan Pertemuan Forum Kesehatan Desa - Program Desa Siaga.

b. Tahap Pelaksanaan

1. Pembukaan.
Pembukaan dilakukan oleh pihak Desa sebagai penyelenggara dengan menyampaikan sambutan pembukaan. Absensi peserta Rakor. Kemudian menyerahkan acara kepada PKD/Bides sebagai fasilitator.
2. Laporan dan evaluasi pelaksanaan Posyandu dan Program Desa Siaga di RW/Dusun bulan lalu.
Evaluasi Posyandu dan Program Desa Siaga bulan lalu, meliputi :
 - Input : tenaga, sarana, biaya, dll.
 - Proses : Proses kegiatan (Pelaksanaan Prosedur Tetap Posyandu).
 - Hasil :
Penimbangan Balita (K/S, D/S, N/S dll), Balok SKDN dan Analisisnya, PWS Imunisasi Ibu hamil dan Bayi, PWS KIA dan KB, PWS Kesehatan Lingkungan, Program P2M, Program Desa Siaga.
3. Pembahasan masalah-masalah Posyandu dan Program Desa Siaga.
Petugas Puskesmas mempersilahkan kepada para peserta pertemuan untuk mengajukan masalah-masalah yang berkaitan dengan Posyandu dan Program Desa Siaga. Setelah masalah dikemukakan, Petugas Puskesmas sebagai fasilitator mengajak peserta untuk membahas masalah tersebut, sehingga ditemukan pemecahan masalah. Apabila pemecahan masalah telah ditemukan, petugas Puskesmas mendorong terciptanya pembagian kerja dan tanggung jawab demi terlaksananya pemecahan masalah. Namun bila dalam pertemuan ini masalah tersebut tidak bisa dipecahkan, maka masalah tersebut disampaikan kepada pihak lain yang bisa menyelesaikan masalah.
4. Menyusun rencana pelaksanaan Posyandu dan Program Desa Siaga bulan yang akan datang. Fasilitator menyampaikan jadwal pelaksanaan Posyandu dan Program Desa Siaga untuk bulan depan. Kemudian fasilitator mempersilahkan kepada peserta Rakor untuk mengajukan usulan rencana pelaksanaan Posyandu dan Program Desa Siaga di bulan yang akan datang.

5. Pendalaman Materi Posyandu dan Program Desa Siaga.

Materi-materi bisa disampaikan dengan metoda diskusi kelompok, bermain peran, membaca bersama atau pengalaman berstruktur. Petugas Puskesmas sebagai fasilitator perlu mempersiapkan penyajian materi ini.

c. Tahap Tindak Lanjut

- Penegasan kesepakatan rencana kegiatan Posyandu dan Program Desa Siaga di tingkat RW/Dusun dan Desa;
- Menghubungi Tim pelayanan medis Posyandu dan Desa Siaga di Puskesmas;
- Mempersiapkan pelaksanaan Posyandu dan Desa Siaga, meliputi: tempat, petugas/kader, sarana, dll;
- Melaksanakan Posyandu Sistem 5 (lima) meja sebagaimana mestinya;
- Melaksanakan Sistem Informasi Posyandu (SIP) dan Desa Siaga.

Sumber : Inovasi Penulis

BAB VII

PENGAWASAN PENGENDALIAN DAN PENILAIAN (P3)

TINGKAT PUSKESMAS

PENGERTIAN PENGAWASAN, PENGENDALIAN, DAN PENILAIAN (P3) TINGKAT PUSKESMAS

Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian (P3) merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen Puskesmas. Ketiga fungsi ini mempunyai kaitan erat dengan fungsi-fungsi manajemen lainnya, terutama dengan fungsi perencanaan. Fungsi P3 Puskesmas dilakukan guna menjamin bahwa semua kegiatan dan program serta fungsi Puskesmas yang sedang berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan. Fungsi P3 Puskesmas bertujuan untuk: (1) mencegah penyimpangan (protektif), (2) meluruskan penyimpangan (kuratif), dan (3) membimbing pegawai Puskesmas agar tidak menyimpang (preventif). Jika terjadi kesenjangan atau penyimpangan harus segera diatasi. Setiap penyimpangan harus dapat dideteksi sedini mungkin, dicegah, dikendalikan, atau dikurangi. Melalui pelaksanaan fungsi P3 Puskesmas, hasil pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas yang telah dicapai dibandingkan dengan standar kinerja program Puskesmas yang tertuang dalam tujuan, target, standar mutu pelayanan, *standard operating procedure* Puskesmas. Masalah yang banyak terjadi dalam organisasi pelayanan sektor publik termasuk Puskesmas adalah masih lemahnya fungsi P3, sehingga terjadi penyimpangan atau kesenjangan antara yang direncanakan dengan yang dilaksanakan.

Terdapat banyak sebutan untuk fungsi P3, antara lain *evaluating*, *appraising*, atau *correcting*. Sebutan *controlling* menurut Handoko (2003) lebih banyak digunakan karena mengandung konotasi yang mencakup penetapan standar, pengukuran kegiatan, dan pengambilan tindakan korektif.

Perbedaan antara pengendalian dan pengawasan Menurut Usman (2006) adalah pada wewenang dari pemangku kedua istilah tersebut. Pengendalian mempunyai wewenang untuk turun tangan melakukan koreksi yang tidak dimiliki oleh pengawasan. Pengawasan hanya sebatas memberikan saran dan masukan, sedangkan tindak lanjutnya dilakukan oleh pengendalian. Dengan demikian, pengendalian lebih luas daripada pengawasan. Dalam penerapannya di pemerintahan, kedua istilah tersebut sering dilakukan bersamaan dan sering tumpah tindih (*overlapping*), sehingga lebih banyak dipakai istilah pengawasan dan pengendalian (wasdal).

Pengawasan didefinisikan oleh Azwar (1988) adalah melakukan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap setiap penampilan pegawai untuk mencapai tujuan seperti yang telah ditetapkan dalam rencana atau suatu proses untuk mengukur penampilan suatu program yang kemudian dilanjutkan dengan mengarahkannya sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Sedangkan Mockler dalam Handoko (2003) mengartikan pengawasan sebagai suatu usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan-tujuan

perencanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumber daya organisasi dipergunakan dengan cara paling efisien dan efektif dalam pencapaian tujuan-tujuan organisasi.

Lanri (2003) dalam *Usman* (2006) mendefinisikan pengawasan sebagai suatu kegiatan untuk memperoleh kepastian apakah pelaksanaan pekerjaan/kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana semula. Kegiatan pengawasan pada dasarnya membandingkan kondisi yang ada dengan yang seharusnya terjadi. Pengendalian dilakukan apabila dalam pengawasan ternyata ditemukan adanya penyimpangan atau hambatan maka segera diambil tindakan koreksi. Sedangkan pengendalian didefinisikan oleh *Usman* (2006) adalah proses pemantauan, penelitian, dan pelaporan rencana atas pencapaian tujuan yang telah ditetapkan untuk tindakan korektif guna menyempurnakan lebih lanjut.

Selanjutnya penilaian (*evaluating*), menurut *The World Health Organization* adalah suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan, dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna penerapan selanjutnya. *The American Public Association* mendefinisikan penilaian adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sedangkan *The International Clearing House on Adolescent Fertility Control for Population*, mendefinisikan penilaian sebagai suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur atau kriteria yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan pengambilan keputusan serta penyusunan saran-saran, yang dapat dilakukan pada setiap tahap dari pelaksanaan program (*Azwar*, 1988).

Dari pengertian-pengertian tersebut di atas, nampak bahwa antara pengawasan, pengendalian, dan penilaian mempunyai makna dan esensi yang sama yaitu proses pemantauan, penilaian, dan pelaporan keberhasilan suatu kegiatan dan program dalam rangka pencapaian tujuan organisasi, adanya penetapan standar, tolok ukur dan kriteria, adanya pengukuran hasil kegiatan dan program, adanya perbandingan hasil kinerja pegawai dan organisasi dengan standar, dan adanya pengambilan tindakan korektif bila diperlukan.

OBYEK DAN METODE P3 PUSKESMAS

Untuk dapat melakukan P3 Puskesmas dengan baik ada 3 (tiga) hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Obyek P3 Puskesmas

Yang dimaksud dengan obyek P3 Puskesmas adalah hal-hal yang harus diawasi, dikendalikan dan dievaluasi. P3 Puskesmas sebaiknya mencakup seluruh sistem manajemen Puskesmas yang terdiri atas 7 (tujuh) komponen yaitu : *input* (masukan sumber daya manajemen Puskesmas) yang meliputi 7

M + 1 I, *process* (proses transformasi manajemen dan proses pelayanan kesehatan Puskesmas), *output* (hasil antara), *outcome* (hasil akhir), *impact* (manfaat dan dampak/efek), *feed back* (umpan balik), dan lingkungan Puskesmas. Paling tidak terdapat 10 jenis objek yang perlu dijadikan sasaran P3 Puskesmas, yaitu:

- a. Hasil cakupan kegiatan dan program Puskesmas baik upaya kesehatan wajib, upaya kesehatan pengembangan, maupun upaya kesehatan inovatif: Dilakukan dengan membandingkan pencapaian hasil kegiatan dengan target yang telah ditetapkan dalam RO Puskesmas;
- b. Pelaksanaan Manajemen Puskesmas: Meliputi Perencanaan (P1) yakni penyusunan Rencana Strategik dan Rencana Operasional Puskesmas, Penggerakan Pelaksanaan (P2) yakni pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas baik bulanan maupun triwulanan, dan Pelaksanaan P3 Puskesmas yakni Stratifikasi Puskesmas atau Penilaian Kinerja Puskesmas;
- c. Mutu Pelayanan Puskesmas: Dilakukan dengan membandingkan pencapaian kinerja Puskesmas dengan standar mutu pelayanan dan *standard operating procedure* (SOP) Puskesmas;
- d. Manajemen Obat dan Alat kesehatan (Pengelolaan obat dan alat kesehatan di gudang dan pelayanan obat alat kesehatan di Puskesmas) : Permintaan dan penerimaan obat alat kesehatan, pemeriksaan obat alat kesehatan yang diragukan kualitasnya, lokasi dan kelengkapan penyimpanan obat alat kesehatan di gudang, sarana gudang obat alat kesehatan Puskesmas, fasilitas penyimpanan, proses distribusi, kegiatan dan proses pelayanan obat dan alat kesehatan, cara penyerahan dan pemberian informasi, membuat indikator peresepan;
- e. Manajemen Keuangan yaitu pengelolaan pemasukan dan penggunaan keuangan kegiatan rutin dan program Puskesmas serta keuangan program Jamkesmas: Puskesmas mempunyai buku administrasi keuangan/buku kas berisi uang masuk dan uang keluar berdasarkan kegiatan dan sumber anggaran setiap bulan, laporan pertanggungjawaban keuangan program Jamkesmas tahunan. Pimpinan Puskesmas seyogyanya melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala;
- f. Manajemen Ketenagaan: Puskesmas membuat Daftar Urutan Kepangkatan (DUK), struktur organisasi serta uraian tugas dan tanggung jawab setiap petugas, rencana kerja bulanan dan tahunan untuk setiap petugas sesuai dengan tugas, wewenang, dan tanggung jawab, melakukan pembinaan kepada petugas dengan cara penilaian DP3, pemberian penghargaan, kesejahteraan, dan pemberian sanksi, mempunyai data keadaan, kebutuhan ketenagaan termasuk bidan desa, mempunyai daftar pejabat fungsional Puskesmas;
- g. Program Pengamatan dan Pencegahan Penyakit: Puskesmas membuat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) per desa serta hasil analisis dan

rencana tindak lanjutnya disampaikan dalam Lokakarya Mini Puskesmas baik bulanan maupun triwulanan dan rapat koordinasi tingkat kecamatan, kewaspadaan dini KLB penyakit potensial wabah dengan membuat grafik mingguan serta analisis dan rencana tindak lanjutnya, menjalankan Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) faktor risiko dengan memilih penyakit potensial KLB di wilayah kerja Puskesmas;

- h. Program JPKM atau Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): Mempunyai dokumentasi program Jamkesmas, meliputi: pengorganisasian, data kepesertaan dan distribusi kartu peserta, data keuangan, rencana dan laporan bulanan, pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rujukan, pembinaan dan pengawasan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota;
- i. Program penggerakan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan tingkat kecamatan dan desa/kelurahan seperti program Desa Siaga;
- j. Objek yang bersifat strategis: Misalnya pengawasan tentang penggunaan jarum suntik untuk mencegah penyakit menular melalui suntikan (Hepatitis C, HIV/AIDS, dan sebagainya), jenis, jumlah dan kualitas vaksin yang tersedia, dan sebagainya.

Menurut Sutedja (2005), sasaran P3 meliputi : (a) kinerja pegawai dan organisasi baik kuantitas maupun kualitas layanan kesehatan, (b) ketenagaan yakni kegiatan pegawai sesuai dengan perencanaan dan instruksi, (c) sumber daya manajemen lainnya mencakup kuantitas dan kualitas, (d) keuangan yakni biaya, penghasilan, dan likuiditas, serta (e) waktu yakni kesesuaian dengan perencanaan.

2. Metode P3 Puskesmas

Yang dimaksud dengan metoda P3 Puskesmas adalah teknik atau cara melakukan P3 terhadap obyek P3 Puskesmas yang telah ditetapkan. Menurut Sutedja (2005), metode pengawasan terdiri atas pengawasan langsung (observasi), wawancara (laporan lisan), dan laporan tertulis antara lain formulir SOP, data statistik, dan *computer on line*.

TUJUAN DAN MANFAAT P3 PUSKESMAS

Adapun tujuan dan manfaat P3 Puskesmas antara lain:

- 1. Tujuan Puskesmas yang ditetapkan diharapkan tercapai dengan pencapaian tertinggi dalam kualitas dan kuantitas;
- 2. Dapat mengetahui apakah manajemen Puskesmas diselenggarakan sebagaimana mestinya;
- 3. Dapat mengetahui apakah sumber daya Puskesmas mencukupi kebutuhan dan telah dimanfaatkan sesuai peruntukannya secara efektif dan efisien. Dalam hal ini P3 Puskesmas bermanfaat untuk meningkatkan efisiensi sumber daya Puskesmas;
- 4. Dapat mengetahui sejauh mana kegiatan dan program Puskesmas sudah dilaksanakan oleh pegawai Puskesmas, apakah sesuai dengan standar kinerja

Puskesmas yang tertuang dalam RO Puskesmas, standar mutu pelayanan, dan *standard operating procedure* (SOP) Puskesmas;

5. Dapat mengetahui, menghentikan, atau meniadakan serta mencegah terulangnya kembali kesalahan, penyimpangan, penyelewengan, dan pemborosan sumber daya Puskesmas;
6. Dapat mengetahui sebab-sebab terjadinya kesalahan, penyimpangan penyelewengan, dan pemborosan sumber daya Puskesmas;
7. Mencegah agar pelaksanaan tugas Puskesmas tidak menyimpang dari standar kinerja Puskesmas, standar mutu pelayanan dan SOP yang telah ditetapkan;
8. Mencegah dan menghilangkan hambatan dan kesulitan yang akan, sedang dan mungkin terjadi dalam pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas;
9. Mendapatkan cara-cara yang lebih baik atau memelihara yang telah baik;
10. Menciptakan suasana keterbukaan, kejujuran, partisipasi, dan akuntabilitas Puskesmas;
11. Meningkatkan kelancaran kegiatan dan program Puskesmas;
12. Meningkatkan produktivitas kinerja pegawai dan kinerja Puskesmas;
13. Memberikan opini atas kinerja Puskesmas;
14. Mengarahkan pimpinan Puskesmas untuk melakukan koreksi dan bimbingan atas masalah-masalah pelaksanaan kegiatan dan program pencapaian tujuan Puskesmas;
15. Mencegah penyalahgunaan kedudukan dan wewenang dalam organisasi Puskesmas;
16. Dapat mengetahui pegawai Puskesmas yang perlu diberikan penghargaan, promosi, dan/atau diberikan pendidikan dan pelatihan;
17. Menciptakan terwujudnya Puskesmas yang akuntabel, amanah, bersih, dan berwibawa.

PRINSIP P3 PUSKESMAS

Pimpinan Puskesmas yang akan melaksanakan P3 Puskesmas perlu memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Fungsi P3 Puskesmas merupakan kegiatan dalam upaya pencapaian tujuan Puskesmas. Tanpa P3 Puskesmas, berbagai penyalahgunaan wewenang akan mudah terjadi serta kinerja pegawai dan Puskesmas kurang optimal;
2. P3 Puskesmas yang dilakukan harus dimengerti oleh semua pegawai Puskesmas dan hasilnya mudah diukur. Misalnya P3 tentang tugas pokok dan fungsi (Tupoksi) pegawai Puskesmas harus terlebih dahulu dijelaskan dan tertulis dalam SOTK Puskesmas, sehingga dapat dipantau dan dievaluasi pelaksanaan dan hasilnya;
3. Standar kinerja (*standard of performance*) Puskesmas dan pegawai harus dijelaskan kepada semua pegawai Puskesmas. Kinerja pegawai Puskesmas akan terus dinilai oleh pimpinan Puskesmas sebagai bahan pertimbangan untuk penilaian kinerja pegawai (DP3) dan memberikan penghargaan (*reward*). Jika hal ini dilakukan, pegawai Puskesmas akan lebih meningkatkan

rasa tanggung jawab dan komitmennya terhadap kegiatan dan program Puskesmas, sehingga P3 Puskesmas akan dapat dilaksanakan lebih objektif.

PROSES P3 PUSKESMAS

Proses P3 Puskesmas terdiri paling sedikitnya 5 (lima) tahapan. Tahapan-tahapan tersebut meliputi: (1) Penetapan standar pelaksanaan, (2) Penentuan pengukuran pelaksanaan kegiatan, (3) Pengukuran hasil kinerja aktual/nyata, (4) Pembandingan hasil aktual dengan standar dan melakukan analisis penyimpangan, serta (5) Pengambilan tindakan koreksi bila diperlukan (Terry,1983; Handoko, 2003; Silalahi, 2002).

1. Penetapan Standar Pelaksanaan

Standar mengandung arti sebagai suatu satuan pengukuran yang dapat digunakan sebagai patokan untuk penilaian hasil kinerja pegawai dan Puskesmas. Menetapkan suatu standar akan memberi suatu nilai atau petunjuk yang menjadi ukuran sehingga hasil kinerja aktual dapat dibandingkan. Standar pelaksanaan meliputi standar masukan (*input standard*), standar proses, dan standar keluaran (*output standard*). Standar masukan mengukur penyediaan dan penggunaan sumber daya Puskesmas (7M + 1 I). Standar proses mengukur proses penyelenggaraan manajemen Puskesmas (P1, P2, dan P3), proses pelaksanaan standar mutu, *standard operating procedure* (SOP), standar Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3)-Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

Sedangkan standar keluaran mengukur hasil kinerja pegawai dan Puskesmas meliputi hasil cakupan kegiatan dan program serta mutu pelayanan kesehatan dalam aspek kuantitas, kualitas, biaya, dan waktu. Standar pelaksanaan bersumber dan dikembangkan dari tujuan dan target Puskesmas yang ditetapkan dalam RO (*plan of action*) Puskesmas, anggaran, tugas dan wewenang pegawai, mekanisme dan tata kerja/ prosedur kerja pegawai dan organisasi Puskesmas, petunjuk dan peraturan pelaksanaan, serta target kegiatan dan program Puskesmas.

Tolok ukur standar kinerja Puskesmas merujuk pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1457/Menkes/SK/X/2003) dan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1091/Menkes/ SK/X/2004) serta Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat (Keputusan Menteri Kesehatan No.1202/Menkes/ SK/VIII/2003).

2. Penentuan Pengukuran Pelaksanaan Kegiatan

Penetapan standar adalah sia-sia bila tidak disertai berbagai cara untuk mengukur pelaksanaan kegiatan aktual, untuk itu perlu ditetapkan prosedur, waktu, dan metode atau teknik pengukuran yang digunakan. Kinerja yang diukur meliputi kinerja pegawai, tim, dan organisasi Puskesmas. Pengukuran

Pelaksanaan Kegiatan Puskesmas saat ini dilakukan melalui Stratifikasi Puskesmas yang kemudian menjadi Penilaian Kinerja Puskesmas

3. Pengukuran Hasil Kinerja Aktual

Setelah sistem dan frekuensi pengukuran P3 Puskesmas ditentukan dilakukan pengukuran hasil kinerja aktual. Pengukuran hasil kinerja aktual dilakukan sebagai proses yang berulang dan terus-menerus. Ada beberapa cara untuk melakukan pengukuran kinerja aktual, yaitu :

- a. Pengamatan (observasi) secara pribadi: Berarti bahwa pimpinan Puskesmas memantau dan memperhatikan aktivitas pegawai. Hal-hal yang diobservasi seperti metode/cara kerja yang dilaksanakan, kuantitas dan kualitas pekerjaan, sikap para pegawai, dan observasi lapangan di wilayah kerja Puskesmas. Observasi secara pribadi terutama berguna untuk mengecek dan mencatat hal-hal yang tidak tampak (*intangibles*);
- b. Laporan lisan: Dapat berupa wawancara, pertemuan kelompok, rapat/dinamisasi staf atau melalui diskusi-diskusi informal. Laporan lisan mengandung kelebihan tertentu daripada metode observasi secara pribadi karena informasi ditransmisi secara lisan dan didalamnya terdapat kontak pribadi;
- c. Laporan tertulis: Dipergunakan untuk memperoleh keterangan atau hasil pekerjaan secara tertulis. Laporan-laporan tersebut dapat mencakup data yang komprehensif dan bermanfaat untuk penyusunan statistik;
- d. Inspeksi: Dilakukan dengan jalan membandingkan kualitas jasa layanan kesehatan Puskesmas dengan standar layanan kesehatan yang telah ditetapkan melalui suatu pengujian secara visual/pengamatan, pengetesan, atau pengambilan sampel.
- e. Metode otomatis: Yaitu dengan menggunakan alat moderen seperti komputer *on line* (Terry, 1983).

Agar pelaksanaan pengukuran kinerja berlangsung dengan akurat, maka perlu dikumpulkan data dan mendeteksi permasalahan secara terus menerus yang disebut *monitoring performance* (pemantauan kinerja).

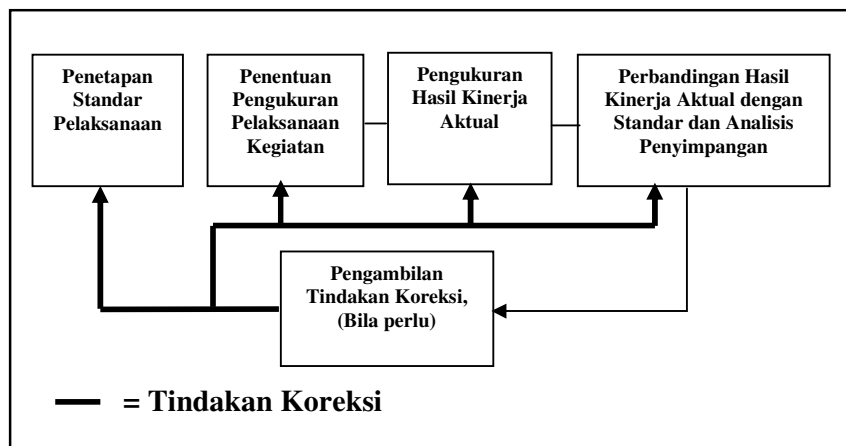
4. Pembandingan Hasil Kinerja Aktual dengan Standar dan Analisis Penyimpangan

Tahap kritis dari P3 Puskesmas adalah pembandingan pelaksanaan aktual dengan pelaksanaan yang direncanakan atau standar kinerja yang telah ditetapkan. Untuk itu dibutuhkan standar yang jelas dan pasti yang digunakan sebagai ukuran yang akan diperbandingkan. Membandingkan kinerja aktual dengan kinerja yang diinginkan dimaksudkan untuk mengetahui apakah ada perbedaan dan penyimpangan (*deviasi*). Penyimpangan harus dianalisis untuk menentukan kenapa standar tidak dapat dicapai. Hasil analisis penyimpangan atau kesenjangan antara target dan hasil cakupan kegiatan dan program akan ditindak lanjuti dalam penyusunan RO Puskesmas tahun yang akan datang.

5. Pengambilan Tindakan Koreksi bila diperlukan

Bila hasil analisis penyimpangan menunjukkan perlunya tindakan koreksi, maka tindakan koreksi ini perlu dilakukan. Jika terjadi penyimpangan, pimpinan Puskesmas perlu berusaha terlebih dahulu untuk mencari faktor-faktor penyebabnya, dan menggunakan faktor tersebut untuk menetapkan langkah-langkah intervensi. Ada 2 (dua) tipe tindakan koreksi, yaitu: (a) tindakan koreksi segera (*immediate corrective action*) yaitu tindakan koreksi terhadap berbagai hal yang masih merupakan gejala, dan (b) tindakan koreksi mendasar (*basic corrective action*) yaitu tindakan koreksi terhadap penyimpangan yang terjadi dengan terlebih dahulu mencari serta mendapatkan informasi yang menyebabkan terjadinya penyimpangan.

Bagan 7.1
Proses P3 Puskesmas



Sumber: Handoko, 2003, *Manajemen*, 2003.

CIRI-CIRI P3 PUSKESMAS YANG EFEKTIF

Adapun P3 Puskesmas yang efektif memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Orientasi rencana (*plan oriented*): P3 Puskesmas berorientasi pada Rencana Strategis dan RO Puskesmas serta fokus pada kegiatan pokok;
2. Orientasi hasil (*result oriented*): P3 Puskesmas seyogyanya dapat membantu Puskesmas untuk mencapai tujuan dan target kinerja yang telah ditetapkan terutama dalam pelaksanaan standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, pengamanan aset-aset Puskesmas seperti obat-obatan dan vaksin, alat kesehatan, menciptakan dan memelihara mutu pelayanan kesehatan, serta menyampaikan informasi umpan balik kinerja kepada pimpinan dan pegawai Puskesmas;
3. Cepat dan orientasi pengecualian (*prompt and exception oriented*): P3 Puskesmas melaporkan penyimpangan secara cepat, memberikan informasi mengapa terjadi penyimpangan, dan apa yang harus dikerjakan untuk dilakukan perbaikan terutama pada hal-hal strategis atau kegiatan-kegiatan

yang sangat menentukan (orientasi pengecualian). Prinsip pengecualian dilakukan melalui *manajemen by exception* (MBE) yaitu P3 mengarahkan perhatiannya pada bidang-bidang yang paling kritis dan mempersilahkan pegawai untuk melakukan variasi-variasi rutin;

4. Menyeluruh (*multidimensional*): P3 Puskesmas dilakukan secara lengkap dan menyeluruh/komprehensif terhadap semua unsur sistem manajemen Puskesmas yang meliputi 7 (tujuh) komponen yaitu : *input* (masukan sumber daya manajemen standar mutu pelayanan, *standard operating procedures* Puskesmas) yang meliputi 7 M + 1 I, *process* (proses transformasi manajemen dan proses pelayanan kesehatan Puskesmas), *output* (hasil antara), *outcome* (hasil akhir), *impact* (manfaat dan dampak/ efek), *feed back* (umpan balik), dan lingkungan Puskesmas;
5. Akurat (*accurate*): P3 Puskesmas terhadap pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas dilakukan secara akurat. Data yang tidak akurat dari sistem P3 Puskesmas dapat menyebabkan pimpinan Puskesmas mengambil tindakan korektif yang keliru atau menyimpulkan adanya masalah yang sebenarnya tidak ada;
6. Realistis (*realistic*): P3 Puskesmas harus mencerminkan harapan yang realistik tentang apa yang dapat dicapai. Realistis secara organisasional yaitu harus cocok atau serasi dengan situasi dan kondisi obyektif organisasi Puskesmas;
7. Adil dan obyektif (*fair and objective*): P3 Puskesmas tidak memihak atau membedakan perlakuan terhadap pegawai Puskesmas dan tidak dapat dimanipulasi oleh pegawai atau pimpinan Puskesmas untuk keuntungan pribadi;
8. Dapat dimengerti (*understandable*): P3 Puskesmas mendukung proses pengambilan keputusan melalui penyajian data yang dapat dimengerti dan menghindari laporan statistik yang rumit;
9. Tepat waktu (*timely*): Menyediakan informasi pada waktu yang tepat saat informasi itu dibutuhkan, karena itu P3 Puskesmas harus berlangsung terus menerus bersamaan dengan pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas;
10. Dapat diterima (*acceptable*): P3 Puskesmas yang baik, apabila hasilnya dapat diterima oleh pegawai Puskesmas. Jika hasilnya secara luas ditentang, diabaikan atau tidak diterima, maka pimpinan Puskesmas harus menemukan mengapa hal itu terjadi;
11. Efektif biaya (*cost effective*): Biaya adalah satu pertimbangan penting. Secara ekonomi, biaya pelaksanaan P3 Puskesmas harus lebih rendah atau paling tidak sama dengan keuntungan dan manfaat dari pelaksanaan P3 Puskesmas;
12. Lentur (*flexible*): P3 Puskesmas mempunyai fleksibilitas untuk memberikan tanggapan dan reaksi terhadap ancaman ataupun kesempatan dari lingkungan, dapat direvisi atau dimodifikasi untuk situasi baru, dapat dirubah secara cepat untuk mengkur dan melaporkan informasi baru;
13. Terkoordinasi dengan alur kerja organisasi: P3 Puskesmas harus terkoordinasi dengan sistem dan alur kerja Puskesmas, karena (a) setiap tahap dari proses

pekerjaan dapat mempengaruhi kesuksesan atau kegagalan seluruh operasi kegiatan dan program Puskesmas, dan (b) informasi P3 Puskesmas harus sampai pada seluruh pegawai Puskesmas yang memerlukan (Modifikasi dari Handoko, 2003; Silalahi, 2002).

Sedangkan kriteria instrumen pengawasan menurut Sutedja (2005) adalah: (a) spesifik/khas yaitu alat khusus untuk hal tertentu, (b) sensitif yaitu segera mengetahui adanya penyimpangan, (c) fleksibel dan berorientasi ke masa depan yaitu mentoleransi penyimpangan yang kecil dan fokus pada pencapaian tujuan, (d) realistik yaitu sesuai kebutuhan, (e) merefleksikan pola dan budaya organisasi, (f) murah yaitu sederhana dan alatnya mudah didapat, (g) mudah dimengerti dan dioperasikan, serta (h) objektif.

PENILAIAN KINERJA PUSKESMAS

1. Pengertian

Penilaian Kinerja Puskesmas adalah suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Pelaksanaan penilaian dimulai dari tingkat Puskesmas sebagai instrumen mawas diri karena setiap Puskesmas melakukan penilaian kinerjanya sendiri, kemudian dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan verifikasi hasilnya. Berdasarkan hasil verifikasi, dinas kesehatan kabupaten/kota bersama Puskesmas dapat menetapkan Puskesmas ke dalam kelompok (I, II, III) sesuai dengan pencapaian kinerjanya. Kelompok I yakni kelompok Puskesmas dengan tingkat kinerja baik, Kelompok II yakni kelompok Puskesmas dengan tingkat kinerja cukup, dan Kelompok III yakni kelompok Puskesmas dengan tingkat kinerja kurang.

Penilaian kinerja Puskesmas ditetapkan angka-angka ambang, yakni: (1) cakupan pelayanan, dibagi 3 (tiga) kelompok, yaitu kelompok I: tingkat pencapaian hasil $\geq 91\%$, kelompok II: tingkat pencapaian hasil $81 - 90\%$, kelompok III: tingkat pencapaian hasil $\leq 80\%$, (2) manajemen dan mutu pelayanan kesehatan dibagi 3 (tiga) kelompok, yaitu kelompok I: nilai rata-rata $\geq 8,5$, kelompok II: nilai rata-rata $5,5 - 8,4$, kelompok III: nilai rata-rata $< 5,5$.

2. Tujuan dan Manfaat Penilaian Kinerja Puskesmas

a. Tujuan Penilaian Kinerja Puskesmas

Tujuan penilaian kinerja Puskesmas meliputi tujuan umum dan tujuan khusus.

1) Tujuan Umum:

Tercapainya tingkat kinerja Puskesmas yang berkualitas secara optimal dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan kabupaten/kota.

2) Tujuan Khusus:

- a) Mendapatkan gambaran tingkat pencapaian hasil cakupan dan mutu kegiatan serta manajemen Puskesmas pada akhir tahun kegiatan;

- b) Mengetahui tingkat kinerja Puskesmas pada akhir tahun berdasarkan urutan peringkat kategori kelompok Puskesmas;
- c) Mendapatkan informasi analisis kinerja Puskesmas dan bahan masukan dalam penyusunan rencana kegiatan Puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota untuk tahun mendatang.

b. Manfaat Penilaian Kinerja Puskesmas

Manfaat penilaian kinerja Puskesmas adalah:

- 1) Puskesmas mengetahui tingkat pencapaian (prestasi) kunjungan dibandingkan dengan target yang harus dicapainya;
- 2) Puskesmas dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja Puskesmas (*output* dan *outcome*);
- 3) Puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya;
- 4) Dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan dan mendukung kebutuhan sumber daya Puskesmas dan urgensi pembinaan Puskesmas.

3. Ruang Lingkup Penilaian Kinerja Puskesmas

Ruang lingkup penilaian kinerja Puskesmas meliputi: (1) penilaian pencapaian hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan, (2) manajemen Puskesmas dan (3) mutu pelayanan.

a. Pelayanan kesehatan, meliputi:

1) Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional, dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib meliputi program *basic six* yang harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib yaitu: (1) promosi kesehatan, meliputi: (a) promosi kesehatan di dalam gedung puskesmas dan (b) promosi kesehatan di luar gedung puskesmas; (2) kesehatan lingkungan, meliputi: (a) penyehatan air, (b) penyehatan tempat pembuangan sampah dan limbah, (c) penyehatan lingkungan pemukiman dan jamban keluarga, (d) pengawasan sanitasi tempat-tempat umum, (f) pengamanan tempat pengelolaan pestisida, dan (g) pengendalian vektor; (3) KIA termasuk keluarga berencana, meliputi: (a) kesehatan ibu, (b) kesehatan bayi, (c) upaya kesehatan balita dan anak prasekolah, (d) upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja, dan (f) pelayanan keluarga berencana; (4) upaya perbaikan gizi masyarakat; (5) upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, meliputi: (a) TB Paru, (b) pelayanan imunisasi, (c) diare, (d)

ISPA; dan (6) upaya pengobatan : (a) pengobatan dan (b) pemeriksaan laboratorium.

2) Upaya Kesehatan Pengembangan.

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas. Sesuai dengan Undang-undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka daerah kabupaten/kota dapat menetapkan dan mengembangkan jenis program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang sudah diukur dengan kemampuan sumber daya termasuk ketersediaan dan kompetensi tenaga pelaksananya, dengan tetap memperhatikan arahan dan kebijakan tingkat provinsi dan pusat, yang dilandasi oleh kepentingan daerah dan nasional termasuk termasuk konsensus global/kesepakatan dunia (antara lain penanggulangan penyakit polio, TBC, malaria, diare, kusta, dan lain-lain).

Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas meliputi: (1) Puskesmas dengan rawat inap, (2) upaya kesehatan usia lanjut, (3) upaya kesehatan mata/pencegahan kebutaan, (4) upaya kesehatan telinga/pencegahan gangguan pendengaran, (5) kesehatan jiwa, (6) kesehatan olah raga, (7) pencegahan dan penanggulangan penyakit gigi, (8) perawatan kesehatan masyarakat, (9) bina kesehatan tradisional, dan (10) bina kesehatan kerja.

3) Upaya Penggerakan dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Melalui Program Desa Siaga

Desa Siaga adalah suatu kondisi masyarakat desa/kelurahan yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. (Kepmenkes RI No.564/Menkes/SK/VIII/2006). Sebuah desa dikatakan menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos kesehatan desa (Poskesdes) yang dikelola oleh seorang bidan dan 2 (dua) orang kader.

Program Desa Siaga merupakan upaya merekonstruksi atau membangun kembali berbagai upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) dan upaya revitalisasi pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan kembali, dipertahankan, dan ditingkatkan. Desa Siaga juga merupakan pengembangan dari konsep Siap-Antar-Jaga, yaitu Siap yakni memberikan perlindungan terhadap semua ibu dan anak serta masyarakat lainnya dari terjadinya kesakitan dan kematian, Antar yakni antarkan semua ibu, anak, dan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan ke tempat pelayanan kesehatan yang tepat, dan

Jaga yakni galang upaya penyelamatan ibu dan anak serta tingkatkan derajat kesehatan masyarakat (Pemerintah Provinsi Jawa Barat Dinas Kesehatan, 2007).

Desa Siaga menggunakan konsep *back to basic* artinya pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) ditata ulang, dengan memulai dari desa, karena kesehatan terkait dengan tingkat pendidikan dan strata sosial ekonomi masyarakat pedesaan yang memiliki banyak kantong kemiskinan. Kelompok yang lemah pranata kesehatannya memerlukan pendekatan khusus dan berbeda dibanding layanan kesehatan bagi masyarakat perkotaan. Masyarakat pedesaan lebih membutuhkan layanan kesehatan promotif dan preventif melalui penyuluhan/promosi kesehatan. Program Desa Siaga merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat dengan tujuan agar masyarakat menjadi mandiri untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan yang mereka hadapi, dan sanggup memenuhi kebutuhannya dengan tidak menggantungkan hidup mereka pada bantuan pihak luar. Pembentukan Desa Siaga akan melengkapi struktur pelayanan kesehatan yang berjenjang, mulai dari Posyandu, Pos kesehatan desa (Poskesdes), Puskesmas, Rumah Sakit kabupaten/kota.

Dalam pembinaan dan pengembangan Desa Siaga terdapat 8 (delapan) komponen atau indikator Desa Siaga yaitu:

- a) Adanya forum kesehatan Desa;
- b) Adanya sarana/fasilitas kesehatan dasar (Pos kesehatan desa/ Poskesdes) dan sistem rujukannya;
- c) Adanya UKBM (upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat) yang dikembangkan;
- d) Adanya sistem pengamatan penyakit dan faktor risiko berbasis masyarakat (surveilans berbasis masyarakat);
- e) Adanya sistem kesiap-siagaan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana berbasis masyarakat;
- f) Adanya upaya menciptakan dan terwujudnya lingkungan sehat;
- g) Adanya upaya menciptakan dan terwujudnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS);
- h) Adanya upaya menciptakan dan terwujudnya keluarga sadar gizi (Kadarzi) (Departemen Kesehatan, 2008).

4) **Upaya Kesehatan Inovasi**

Dinas kesehatan kabupaten/kota dapat menetapkan Puskesmas untuk mengembangkan suatu kegiatan upaya kesehatan inovatif yang belum dilaksanakan secara menyeluruh di semua Puskesmas. Seperti program inovasi upaya kesehatan dasar, pendanaan kesehatan bersumber daya masyarakat dengan pola JPKM., pola pengembangan kesehatan bersumberdaya masyarakat (PPKBM), pola pelayanan kesehatan berbasis dokter keluarga, dan lain-lain.

- b. Pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam penyelenggaraan kegiatan, meliputi:
- 1) Proses penyusunan perencanaan, pelaksanaan lokakarya mini dan pelaksanaan penilaian kinerja,
 - 2) Manajemen sumber daya termasuk manajemen alat, obat dan keuangan, ketenagaan, dll.
 - a) Manajemen alat dan obat (pengelolaan obat di gedung obat puskesmas): (1) kegiatan permintaan obat, (2) penerimaan obat, (3) pemeriksaan terhadap obat yang diragukan kualitasnya, (4) lokasi dan kelengkapan penyimpanan obat di gudang, (5) sarana/gudang obat puskesmas, (6) fasilitas penyimpanan, (7) proses distribusi, (8) kegiatan pelayanan obat, (9) proses pelayanan obat, (10) cara penyerahan dan pemberian informasi, dan (11) Puskesmas selalu membuat PWS indikator peresepan.
 - b) Manajemen keuangan: (1) Puskesmas mempunyai buku/catatan administrasi keuangan, (2) membuat catatan bulanan uang masuk-keluar dalam buku kas, (3) Kepala Puskesmas melakukan pemeriksaan keuangan secara berkala, dan (4) laporan pertanggungjawaban keuangan program Jamkesmas tahunan.
 - c) Manajemen ketenagaan: (1) membuat daftar/catatan kepegawaian petugas/daftar urut kepangkatan (DUK), (2) Puskesmas mempunyai arsip kepegawaian petugas, (3) Puskesmas mempunyai struktur beserta uraian dan tanggung jawab setiap petugas, (4) Puskesmas membuat rencana kerja bulanan dan tahunan bagi setiap pegawai sesuai tugas, wewenang dan tanggung jawab, (5) Puskesmas melakukan pembinaan kepada petugas dengan penilaian DP3, pemberian penghargaan, kesejahteraan petugas, dan pemberian sanksi, (6) Puskesmas mempunyai data keadaan, kebutuhan tenaga kesehatan, non tenaga kesehatan, PNS, non PNS, sesuai PP. 32 Tahun 1996, (7) Puskesmas mempunyai data keadaan dan kebutuhan bidan di desa, (8) Puskesmas mempunyai daftar pejabat fungsional yang disusun per jenis tenaga, membuat tugas pokok dan fungsi sesuai dengan profesi, membuat catatan kegiatan harian, membuat DUPAK per semester, DUPAK ditanda tangani oleh Kepala Puskesmas, (9) Puskesmas mempunyai data sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya, (10) Puskesmas mempunyai daftar institusi pendidikan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya.
 - 3) Manajemen program, antara lain:
 - a) Program pengamatan dan pencegahan penyakit: (1) membuat PWS per desa/per wilayah, (2) menyampaikan hasil analisis dan rencana tindak lanjut PWS dalam rapat koordinasi tingkat kecamatan, (3)

menjalin kemitraan, (4) kewaspadaan dini KLB penyakit potensial wabah, (5) menjalankan sistem kewaspadaan dini faktor risiko.

- b) Program JPKM/Jamkesmas: (1) dokumen Jamkesmas, (2) Data distribusi kartu program Jamkesmas, (3) tim pengelola program Jamkesmas, (4) pelayanan kesehatan di Puskesmas, dan (5) kegiatan pembinaan dan pengawasan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

3) Penilaian Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Upaya peningkatan mutu pelayanan Puskesmas merupakan suatu proses manajemen yang dilakukan secara sistematis, obyektif, terpadu dan berkesinambungan serta berorientasi pada pelanggan. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan Puskesmas didasari atas paradigma bahwa peningkatan mutu pelayanan Puskesmas akan tercapai, jika proses pelayanan diperbaiki dengan menerapkan prinsip dan metode jaminan mutu.

Jaminan mutu didefinisikan oleh Lokakarya tentang jaminan mutu yang diselenggarakan di Cisarua (1991) adalah suatu proses pengukuran derajat kesempurnaan penampilan kerja, dibandingkan dengan standar dan dilakukan tindakan perbaikan yang sistematis dan berkesinambungan, untuk mencapai mutu penampilan kerja yang optimum, sesuai standar dan sumberdaya yang ada.

Prinsip pendekatan jaminan mutu terdiri atas: (1) bekerja dalam tim, (2) memberikan fokus perubahan pada proses, (3) mempunyai orientasi kinerja pada pelanggan, (4) pengambilan keputusan berdasarkan data, dan (5) adanya komitmen pimpinan dan keterlibatan staf dalam perbaikan proses pelayanan. Jika kelima prinsip tersebut dapat dirasakan dan dibuktikan keberadaannya di suatu Puskesmas, maka dapat dikatakan bahwa Puskesmas itu telah menerapkan prinsip-prinsip jaminan mutu dalam manajemennya.

Dari beberapa pakar mutu yang memperhatikan berbagai sudut pandang, dapat dirangkum ada 9 (sembilan) dimensi mutu, yaitu:

- 1) Manfaat: pelayanan kesehatan yang diberikan menunjukkan manfaat dan hasil yang diinginkan;
- 2) Ketepatan: pelayanan kesehatan yang diberikan relevan dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan standar keprofesian;
- 3) Ketersediaan: pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tersedia;
- 4) Keterjangkauan: pelayanan kesehatan yang diberikan dapat dicapai dan mampu dibiayai pasien;
- 5) Kenyamanan: pelayanan kesehatan dalam suasana yang nyaman;
- 6) Hubungan interpersonal: pelayanan kesehatan yang diberikan memperlihatkan komunikasi, rasa hormat, perhatian dan empati yang baik;

- 7) Waktu: pelayanan kesehatan yang diberikan memperlihatkan waktu tunggu pasien dan tepat waktu sesuai perjanjian;
- 8) Kesiambungan: pelayanan kesehatan yang diberikan dilaksanakan secara berkesinambungan, pasien yang memerlukan tindak lanjut perawatan perlu ditindaklanjuti, ibu hamil yang sudah mendapatkan pemeriksaan pertama (K1) perlu ditindaklanjuti untuk pemeriksaan selanjutnya;
- 9) Legitimasi dan akuntabilitas: pelayanan kesehatan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan, baik dari aspek medik maupun aspek hukum.

Penilaian mutu pelayanan Puskesmas meliputi:

- a. Penilaian *input* pelayanan berdasarkan standar yang ditetapkan;
- b. Penilaian proses pelayanan dengan menilai tingkat kepatuhannya terhadap standar pelayanan yang telah ditetapkan;
- c. Penilaian *output* pelayanan berdasarkan upaya kesehatan yang diselenggarakan. Dimana masing-masing program/kegiatan mempunyai indikator mutu tersendiri, sebagai contoh angka *drop out* pengobatan pada program penanggulangan TBC;
- d. Penilaian *outcome* pelayanan antara lain melalui pengukuran tingkat kepuasan pengguna jasa pelayanan Puskesmas.

Penilaian mutu pelayanan kesehatan Puskesmas saat ini antara lain diukur oleh:

- a. *Drop out* pelayanan *Ante Natal Care/ANC* (K1-K4);
- b. Persalinan oleh Tenaga Kesehatan;
- c. *Error rate* pemeriksaan BTA;
- d. Kepatuhan terhadap standar ANC,
- e. Kepatuhan terhadap standar pemeriksaan TB Paru,
- f. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Puskesmas.

Pelaksanaan Penilaian Kinerja Puskesmas

Pelaksanaan penilaian kinerja Puskesmas meliputi serangkaian kegiatan yang dimulai sejak awal tahun anggaran pada saat penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan Puskesmas. Selanjutnya dilakukan pengumpulan data yang dipantau dan dibahas melalui forum Lokakarya Mini baik bulanan dengan lintas program di dalam Puskesmas maupun Lokakarya Mini tribulanan yang melibatkan lintas sektor di kecamatan.

Penilaian kinerja Puskesmas meliputi Puskesmas dan jaringannya yaitu Puskesmas, Puskesmas Pembantu, bidan di desa serta UKBM dan upaya pemberdayaan masyarakat lainnya.

1. Penetapan target Puskesmas

Target Puskesmas yaitu tolok ukur dalam bentuk angka nominal atau persentase yang akan dicapai Puskesmas pada akhir tahun. Penetapan besar target setiap kegiatan yang akan dicapai masing-masing Puskesmas bersifat

spesifik dan berlaku untuk Puskesmas yang bersangkutan berdasarkan pembahasan bersama antara dinas kesehatan kabupaten/kota dengan Puskesmas pada saat penyusunan rencana kegiatan Puskesmas.

Target nasional perlu dijabarkan ke dalam target provinsi, kabupaten/kota dan Puskesmas secara tepat. Penetapan target Puskesmas dengan mempertimbangkan:

- a. Besarnya masalah yang dihadapi oleh masing-masing Puskesmas;
 - b. Besarnya masalah yang dihadapi kabupaten/kota;
 - c. Keberhasilan tahun lalu dalam menangani masalah;
 - d. Kendala-kendala maupun masalah dalam penanganannya;
 - e. Ketersediaan sumber daya termasuk kemampuan sumber daya manusia tahun yang akan datang;
 - f. Lingkungan fisik (faktor kesulitan geografis, iklim, transportasi, dan lain-lain) dan non fisik (sosial budaya, tingkat pendapatan ekonomi masyarakat, pendidikan masyarakat, dan lain-lain);
 - g. Target sasaran Puskesmas yang sebenarnya, Puskesmas tidak dibebani untuk menjangkau masyarakat di daerah yang bukan target sasarannya, kelompok masyarakat yang tidak mungkin dijangkau karena kendala geografi, transportasi, dan lain-lain.
2. Pengumpulan data hasil kegiatan
- Sebaiknya Puskesmas membuat buku bantu penilaian kinerja Puskesmas yang diisi setiap bulan dengan format yang sama dengan format penilaian kinerja Puskesmas, dipresentasikan dan dievaluasi setiap bulan pada Lokakarya Mini Bulanan dan rapat koordinasi tingkat Kecamatan. Kemudian direkapitulasi pada akhir tahun. Adapun cara pengumpulan data, antara lain melalui: data SP3, pemeriksaan/pengecekan catatan/notulen, pengumpulan data melalui survei sederhana seperti survei mawas diri (SMD).
- a. Hasil kegiatan yang diperhitungkan adalah periode waktu tertentu yang disesuaikan/disinkronkan dengan waktu perencanaan. Biasanya periode waktu penilaian adalah bulan Januari sampai bulan Desember tahun yang lalu;
 - b. Hasil kegiatan Puskesmas meliputi Puskesmas dan jaringannya yaitu Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas keliling, dan bidan di desa serta hasil pembinaan dan pemberdayaan masyarakat;
 - c. Sumber data diperoleh dari SP3-SIMPUS dan catatan hasil kegiatan program inovatif maupun hasil pengumpulan data lainnya;
 - d. Pengumpulan data dilakukan oleh penanggungjawab masing-masing program/kegiatan Puskesmas dibantu oleh staf yang lain dengan tetap memegang prinsip kerjasama tim;
 - e. Untuk kepentingan verifikasi oleh tingkat kabupaten/kota digunakan laporan hasil perhitungan Puskesmas untuk kinerja Puskesmas, laporan SP3, laporan lain yang berkaitan dan supervisi langsung ke Puskesmas.

3. Pengolahan data

- a. Pengolahan data merupakan proses kegiatan merubah data menjadi informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk mengambil kesimpulan dan keputusan;
- b. Kegiatan pengolahan data meliputi: (1) kegiatan untuk meneliti kelengkapan dan kebenaran data yang di kumpulkan (*cleaning and editing*), (2) kegiatan perhitungan khususnya untuk mendapatkan nilai keadaan dan pencapaian hasil kegiatan puskesmas (*calculating*), dan (3) kegiatan memasukan data dalam suatu tabulasi yang akan menjadi suatu informasi yang berguna dalam pengambilan keputusan (*tabulating*).
- c. Cakupan hasil (*output*) dan hasil mutu dari kegiatan yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan Puskesmas, dihitung dengan membandingkan hasil yang telah dicapai terhadap target standar yang telah ditetapkan;
- d. Untuk menghitung pencapaian kinerja Puskesmas, ada 3 kelompok penilaian beserta kegiatan utama dan variabel-variabel yang perlu diolah, yaitu :
 - 1) Komponen hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan pelayanan kesehatan Puskesmas:
 - a) Untuk mengitung hasilnya dalam kelompok masing-masing, perlu di hitung hasil reratanya secara bertingkat sebagaimana tercantum dalam format pengumpulan data dan perhitungannya.
 - b) Untuk menghitung hasil cakupan kegiatan, angka target sasaran tahunan (T) merupakan pembagi (*denominator*) terhadap pencapaian hasil kegiatan (H).
 - c) Menghitung Sub Variabel (SV) adalah: (a) jika satuan dalam bentuk persen (%), maka Sub-variabel= (Pencapaian dalam %/target dalam %) * 100, (b) Jika satuan dalam bentuk bukan persen (%), maka Sub-variabel = (Pencapaian dalam absolut/target dalam absolut) * 100.
 - d) Perhitungan cakupan variabel (V) dapat dihitung secara langsung seperti pada cara perhitungan sub-variabel (SV) apabila variabel kegiatan tidak mempunyai sub-variabel. Tetapi jika variabel terdiri dari sub-sub variabel maka cara menghitungnya adalah berupa rata-rata dari penjumlahan cakupan sub-sub variabel yang dilaksanakan kegiatannya dibagi jumlah sub-varaiabel yang dilaksanakan kegiatannya (n).
 - e) Cara menghitung nilai akhir cakupan kegiatan pelayanan kesehatan Puskesmas adalah menghitung pencapaian cakupan hasil semua komponen upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan Puskesmas, masing-masing dihitung reratanya dari masing-masing variabel, sedangkan tiap-tiap variabel dihitung dari rerata sub-variabel.

f) Hasil rata-rata dikelompokkan menjadi: Baik = Nilai rata-rata ($> 91\%$) = ($> 9,1$); Sedang = Nilai rata-rata ($81\% - 90\%$) = ($8,1 - 9,0$); dan Kurang = Nilai rata-rata ($\leq 80\%$) = ($\leq 8,0$) (Lihat tabel 7.1).

2) Komponen manajemen dan mutu pelayanan Puskesmas

- a) Untuk menghitung penilaian manajemen dan mutu pelayanan Puskesmas berdasarkan hasil cakupan komponen manajemen dan mutu pelayanan yang dikelompokkan pada skala-skala yang ditetapkan pada setiap variabel yang sudah ditetapkan berdasarkan skala sumbernya.
- b) Nilai hasil adalah kondisi masing-masing variabel yang sudah ditetapkan indikatornya.
- c) Skala penilaian tergantung pada jumlah indikator yang dipergunakan. Bila indikator yang dipergunakan sebanyak 5 indikator, maka skala penilaian antara 0 – 5. Hasil rata-rata dikelompokkan menjadi: Baik = Nilai rata-rata ($\geq 8,5$); Cukup = Nilai rata-rata ($5,5-6,9$); dan Kurang = Nilai rata-rata ($< 5,5$) (Lihat Tabel 7.2) dan (Lihat tabel 7.3).

4. Penyajian, analisis hasil, dan langkah pemecahan

a. Penyajian hasil kegiatan

- 1) Untuk memudahkan dapat melihat pencapaian hasil kinerja Puskesmas, maka hasil cakupan kegiatan pelayanan dan manajemen Puskesmas dapat disajikan dalam bentuk gambaran grafik sarang laba-laba (Grafik 7.1);
- 2) Hasil pencapaian kegiatan pelayanan dan manajemen disajikan dalam bentuk sarang laba-laba yang berbeda. Setiap jari-jari grafik sarang laba-laba untuk satu kelompok jenis kegiatan pelayanan/manajemen Puskesmas;
- 3) Dengan grafik sarang laba-laba diharapkan pembaca lebih mudah mengetahui tingkat kesenjangan pencapaian dan ketidak serasian antara hasil kegiatan dengan manajemen, karena antara keduanya mempunyai keterkaitan yang sejajar.
- 4) Cara penyajian grafik tersebut sebaiknya dibuat secara periodik bulanan atau triwulan, sehingga dapat digunakan sebagai bahan pemantauan dan identifikasi masalah sedini mungkin.

b. Analisis hasil

- 1) Analisis hasil merupakan kegiatan untuk mengambil kesimpulan dari data yang sudah diolah, yang selanjutnya akan menjadi bahan pertimbangan untuk memberikan masukan bagi perencanaan, pemantauan, pembimbingan dan pengendalian Puskesmas;
- 2) Kesalahan yang sering dilakukan dalam upaya menetapkan/ merumuskan masalah secara benar, ada 3 buah hambatan, yaitu: (1) tidak mendiagnosa masalah dari gejalanya, (2) terlalu memfokuskan

pada masalah yang relatif kecil daripada masalah yang utama, dan (3) kurang dapat menentukan alternatif dalam penyelesaian masalah yang sebenarnya;

c. Langkah pemecahan

- 1) Identifikasi kesenjangan pencapaian hasil cakupan kegiatan pelayanan, manajemen Puskesmas dan pencapaian mutu kegiatan: Pencapaian hasil cakupan kegiatan yang terjadi kesenjangan di grafik sarang laba-laba ditulis dalam lampiran analisis data I pada judul matriks *Ragpie* (di bawah Matriks *Ragpie* untuk evaluasi kegiatan). Setiap lembar matriks untuk satu kegiatan yang terjadi kesenjangan. Lihat Tabel 7.4 (Analisis data 1).
- 2) Identifikasi faktor kelemahan, pendukung, peluang dan ancaman masalah kegiatan pelayanan kesehatan: Dengan cara menuliskan dalam lampiran analisis data II (format SWOT) tentang variabel dan sub-sub variabel dari kegiatan pelayanan yang terjadi kesenjangan di grafik sarang laba-laba.
- 3) Perumusan analisis sebab akibat, menggunakan suatu teknik untuk mengidentifikasi semua masalah dalam suatu situasi tertentu sebagai rangkaian hubungan sebab akibat: Dengan menggunakan metode pohon masalah (*problem tree*). Lihat Bagan 7.2 (Analisa data III);
- 4) Penentuan prioritas masalah kegiatan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metoda, untuk menentukan urutan masalah dari yang paling penting sampai dengan yang kurang penting: Dengan metode Hanlon. Lihat Tabel 7.6 (Analisa data IV);
- 5) Langkah pemecahan: Dilakukan dengan metoda Pohon alternatif, karena metodenya mudah dan hasilnya relevan. Lihat Bagan 7.3 (Analisis data IV).

5. Pelaksanaan penilaian

- a. Dilaksanakan oleh Puskesmas dalam rangkaiannya mengukur keberhasilan kinerjanya;
- b. Kepala Puskesmas membentuk tim kecil Puskesmas untuk melakukan kompilasi hasil pencapaian (*output* dan *outcome*);
- c. Masing-masing penanggungjawab kegiatan melakukan pengumpulan data pencapaian, dengan memperhitungkan cakupan hasil (*output*) kegiatan dan mutu bila hal tersebut memungkinkan;
- d. Hasil yang telah dicapai, masing-masing penanggungjawab kegiatan melakukan analisis masalah, identifikasi kendala/hambatan, mencari penyebab dan latar belakangnya, mengenali faktor-faktor pendukung dan penghambat;
- e. Bersama-sama tim kecil Puskesmas menyusun rencana pemecahannya dengan mempertimbangkan kecenderungan timbulnya masalah (ancaman) ataupun kecenderungan untuk perbaikan (peluang) dengan metode analisis

sederhana maupun analisis kecenderungan dengan menggunakan data yang ada;

- f. Hasil perhitungan, analisis data dan usulan rencana pemecahannya dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.

Disamping model penilaian kinerja Puskesmas, juga terdapat pengawasan dan pertanggung jawaban yaitu proses memperoleh kepastian atas kesesuaian penyelenggaraan dan pencapaian tujuan Puskesmas terhadap rencana dan peraturan perundang-undangan serta berbagai kewajiban yang berlaku. Untuk terselenggaranya pengawasan dan pertanggung jawaban dilakukan:

1. Pengawasan

Pengawasan dibedakan atas 2 (dua) macam yakni pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal dilakukan secara melekat oleh atasan langsung. Pengawasan eksternal dilakukan oleh masyarakat, dinas kesehatan kabupaten/kota serta berbagai institusi pemerintah terkait. Pengawasan mencakup aspek administrasi, keuangan dan teknis pelayanan. Apabila pada pengawasan ditemukan adanya penyimpangan, baik terhadap neraca, standar pelayanan, peraturan perundang-undangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku, perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2. Pertanggungjawaban

Pada setiap akhir tahun anggaran, Kepala Puskesmas harus membuat laporan pertanggung jawaban tahunan yang mencakup pelaksanaan kegiatan, serta perolehan dan penggunaan berbagai sumber daya termasuk keuangan. Laporan tersebut disampaikan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota serta pihak-pihak terkait lainnya, termasuk masyarakat melalui BPP. Apabila terjadi penggantian Kepala Puskesmas, maka Kepala Puskesmas yang lama diwajibkan membuat laporan pertanggung jawaban masa jabatannya (Depertemen Kesehatan, 2004).

Laporan Tahunan Puskesmas

Pada setiap akhir tahun anggaran, Puskesmas juga membuat laporan pertanggung jawaban tahunan yang mencakup pelaksanaan kegiatan serta perolehan dan penggunaan sumber daya termasuk keuangan. Laporan tersebut disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta pihak-pihak terkait lainnya. Apabila terjadi penggantian Kepala Puskesmas, maka Kepala Puskesmas yang lama diwajibkan membuat laporan pertanggung jawaban masa jabatannya.

Tabel 7.1
Format Cakupan Kegiatan Penilaian Kinerja Puskesmas

No	Jenis Kegiatan	Satuan	Target Sasaran	Pencapaian (H)	Cakupan		Nilai	Pembuktian	Definisi Operasional
					Sub Variabel (SV)	Variabel (V)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sumber: Departemen Kesehatan, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Perhitungan :

1. Cara Perhitungan Sub Variabel (SV) adalah sebagai berikut :
 - a. Jika satuan dalam bentuk persen (%), maka Sub-varibel = (Pencapaian dalam % / target dalam %) * 100
 - b. Jika satuan dalam bentuk bukan persen (%), maka Sub-variabel = Pencapaian dalam absolut/target dalam absolut) * 100.
2. Cara Perhitungan Variabel (V) adalah:
Jumlah dari Sub-variabel pada kegiatan tersebut.
3. Nilai adalah Nilai adalah rata-rata dari penjumlahan nilai hasil Variabel (V) cakupan kegiatan.
4. Hasil rata-rata dikelompokkan menjadi:
 - Baik = Nilai rata-rata (> 91 %) = (>9,1);
 - Sedang = Nilai rata-rata (81 % - 90 %) = (8,1 – 9,0);
 - Kurang = Nilai rata-rata (≤ 80%) = (≤ 8,0).

Tabel 7.2
Format Penilaian Manajemen Puskesmas

No	Jenis Variabel	Nilai = 5	Nilai = 4	Nilai = 3	Nilai = 2	Nilai = 1	Nilai = 0	Nilai Hasil
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Sumber : Departemen Kesehatan, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Perhitungan :

1. Mengisi pada kolom nilai hasil sesuai dengan kondisi manajemen dengan nilai yang sesuai pada skala penilaian;
2. Nilai hasil adalah kondisi masing-masing variabel yang sudah ditetapkan indikatornya;
3. Hasil rata-rata dikelompokkan menjadi :
 - Baik = Nilai rata-rata ($\geq 8,5$)
 - Cukup = Nilai rata-rata (5,5-6,9)
 - Kurang = Nilai rata-rata ($< 5,5$)

Tabel 7.3
Format Penilaian Mutu Pelayanan

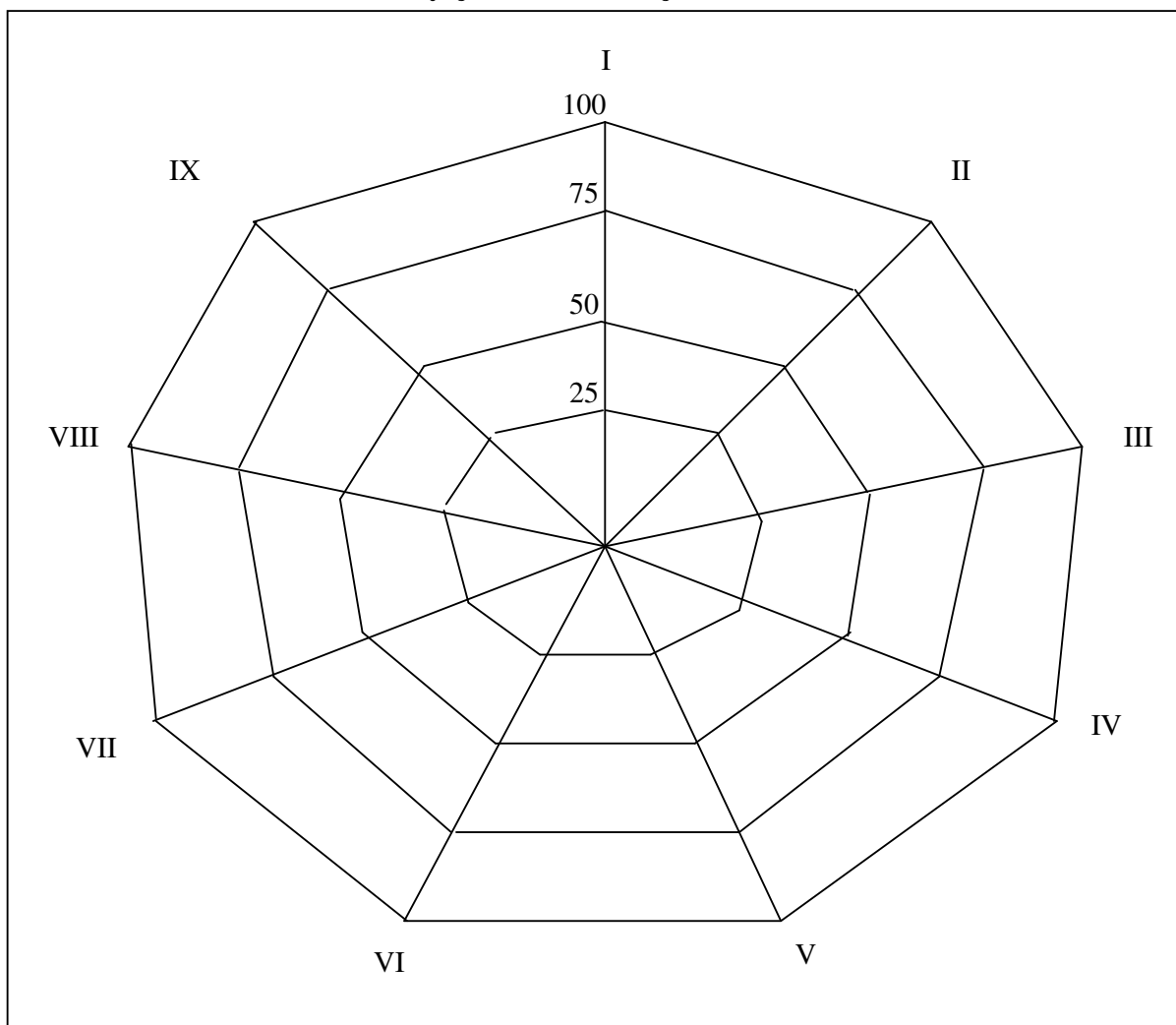
No	Jenis Kegiatan	Nilai = 5	Nilai = 4	Nilai = 3	Nilai = 2	Nilai = 1	Nilai = 0	Nilai Hasil
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Sumber : Departemen Kesehatan, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Penilaian :

1. Nilai mutu kegiatan dihitung sesuai dengan hasil pencapaian/cakupan kegiatan di Puskesmas dan dimasukan ke dalam kolom skala yang sesuai;
2. Nilai pada setiap skala dan standar nilai tiap skala ditetapkan oleh masing-masing daerah sesuai dengan kesepakatan;
3. Nilai hasil pada skala di masukan pada kolom nilai akhir tiap variabel;
4. Hasil rata-rata nilai variabel dalam satu komponen merupakan nilai akhir mutu;
5. Nilai mutu pelayanan di kelompokkan menjadi :
 - Baik = Nilai rata-rata ($\geq 8,5$)
 - Cukup = Nilai rata-rata (5,5-6,9)
 - Kurang = Nilai rata-rata ($< 5,5$)

Grafik 7.1
Grafik Laba – laba
Penyajian Hasil Kinerja Puskesmas



Sumber : Departemen Kesehatan, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Pembuatan Grafik Sarang Laba-laba

1. Buatlah rusuk sarang laba-laba sebanyak jumlah program atau kegiatan yang dilakukan;
2. Buatlah skala pada rusuk sarang laba-laba dalam 4 bagian yaitu 25%, 50%, 75% dan 100 %;
3. Isikanlah hasil cakupan kegiatan atau program pada skala yang sesuai;
4. Sambungkanlah titik-titik pada rusuk sarang laba-laba sebagai skala cakupan.

Tabel 7.4 (Analisis data 1)

Matriks *Ragpie*
(Untuk Evaluasi Kegiatan)
Kegiatan :.....

Fungsi Manajemen	Sumber Daya	Kegiatan	Pencapaian
Perencanaan			
Pelaksanaan			
Evaluasi			

Sumber: Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Pengisian Matrik *Ragpie*:

Analisis penyebab kesenjangan, dalam aspek penyediaan dan pemanfaatan sumber daya dilakukan sebagai berikut:

1. Tulis pada kolom sumber daya di kolom perencanaan tentang semua sumber daya (tenaga, biaya, obat, alat kesehatan, sarana transportasi, fasilitas kesehatan, dan lain-lain) yang direncanakan untuk kegiatan tersebut;
2. Tulis pada kolom sumber daya di kolom sumber daya di kolom pelaksanaan penggunaan yang tertulis pada kolom sumber daya di kolom perencanaan;
3. Tulis berapa % ternyata hasil yg dimanfaatkan penggunaan sumber daya pada kolom sumber daya di kolom evaluasi dengan cara hasil sumber daya di kolom pelaksanaan dibagi sumber daya perencanaan dikalikan 100 %;
4. Tulis pada kolom kegiatan di kolom perencanaan tentang semua rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dengan menggunakan sumber daya yang tercantum dalam kolom sumber daya di kolom perencanaan. Dengan cara penilaian/hitungan yang sama tulislah pada kolom kegiatan di kolom pelaksanaan dan kolom kegiatan di kolom evaluasi;
5. Tulis pada kolom pencapaian di kolom perencanaan tentang semua hasil rencana kegiatan yang akan dilaksanakan dengan menggunakan sumber daya yang tercantum dalam kolom sumber daya di kolom perencanaan. Dengan cara penilaian/hitungan yang sama tulislah pada kolom pencapaian di kolom pelaksanaan dan kolom pencapaian di kolom evaluasi.

Tabel 7.5 (Analisa data II)
Format SWOT
Identifikasi Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kegiatan
Kegiatan :.....

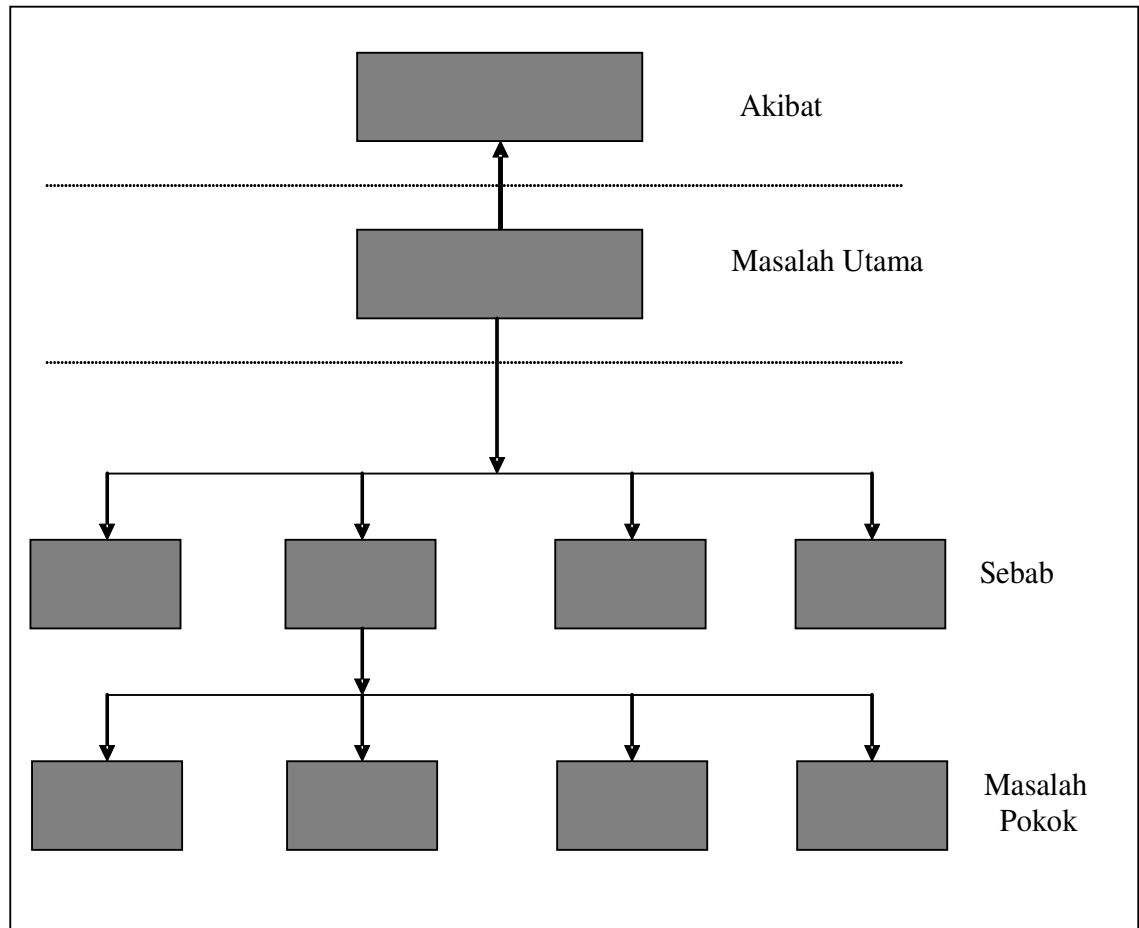
No	Variabel Penilaian	Kelemahan	Pendukung	Peluang	Ancaman
1.	Sumber daya : • Tenaga • Biaya • Alat • Obat • Fasilitas Kesehatan • Peran : a. Pemerintah Daerah b. Lintas sektor c. Organisasi Masy. d. Masyarakat				
2.	Lingkungan : a. Fisik b. Non Fisik				
3.	Perencanaan				
4.	Pelaksanaan				
5.	Evaluasi				

Sumber: Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Pengisian Format SWOT :

1. Tim kecil (para penanggung jawab program) menuliskan hasil analisis/ pengamatan selama melaksanakan kegiatan tersebut semua sumber daya, lingkungan (fisik: keadaan geografis, iklim dan non fisik: pendapatan penduduk, adat istiadat, pendidikan masyarakat, dan lain-lain) yang mempengaruhi kegiatan tersebut dengan memisahkan unsur tersebut yang menjadikan kegiatan terhambat/kendala, mendukung keberhasilan kegiatan, peluang di masa mendatang kegiatan tersebut dan ancaman kegiatan tersebut bila tidak dilaksanakan ke dalam kolom-kolom kelemahan, pendukung, peluang dan ancaman;
2. Demikian pula tim kecil menuliskan hasil pengamatan dan analisis kegiatan manajemen perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kegiatan yang menjadi hambatan/kendala (pada kolom kelemahan) dan yang menjadi kekuatan/ pendukung kegiatan tersebut (pada kolom pendukung), hal-hal yang menjadi peluang bila kegiatan dilaksanakan pada tahun mendatang (pada kolom peluang), serta hal-hal yang menjadi ancaman bila kegiatan tersebut tidak dilaksanakan pada tahun mendatang (pada kolom ancaman). Sumber daya Puskesmas dan keadaan lingkungan fisik dan non fisik yang dicantumkan hanya yang terkait saja.

Bagan 7.2 (Analisa data III)
Pohon Masalah
Analisis Sebab Akibat
Kegiatan :.....



Sumber: Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Penggunaan Metoda Pohon Masalah:

Pohon masalah adalah suatu tehnik untuk mengidentifikasi semua masalah dalam suatu situasi tertentu, menyusun dan memperagakan informasi ini sebagai hubungan sebab akibat.

Mulai dengan yang menjadikan prioritas utama masalah kegiatan pelayanan kesehatan yang akan dipecahkan. Catat semua masalah yang terkait lainnya yang sudah diidentifikasi dalam matriks *Ragpie* dan format SWOT.

Teknik curah pendapat (*brainstorming*) dapat dipergunakan, atau disebutkan masalah yang diidentifikasi dengan pertanyaan berikut:

- Apa yang menjadi masalah utama;
- Apa yang menjadi akibat masalah ini;
- Apa yang menjadi masalah pokok dari masalah utama;
- Apa yang menjadi masalah spesifik dari masalah pokok.

Susun masalah yang telah diidentifikasi oleh tim ke dalam bentuk sebuah pohon masalah. Setiap format pohon masalah untuk satu jenis kegiatan.

Tabel 7.6 (Analisa data IV)
Metode Hanlon
Penentuan Prioritas Masalah Kegiatan
Kegiatan :.....

Rumus : $\frac{(A + B) C}{3} \times D$

- A : Besar masalah (nilai 0 – 10)
 B : Berat/tingkat kegawatan (nilai 0 – 20)
 C : Kemudahan penanggulangan (nilai 0 – 10)
 D : Pearl faktor (nilai 0 atau 1)

A. Besar Masalah (Nilai 0 – 10)

No	Masalah Kegiatan	Nilai % Penduduk yg Terkena	Nilai Biaya dikeluarkan Perorangan/Bln	Nilai besar Baya Kerugian	Total Nilai	Rata – Rata

Tim menentukan faktor yang digunakan untuk menentukan besarnya masalah. Data yang digunakan bersifat kuantitatif, misalnya: persentase penduduk yang terkena efek langsung oleh masalah tersebut, asumsi jumlah biaya yang dikeluarkan perorangan perbulan oleh masalah tersebut, biaya kerugian yang dialami penduduk, dan lain-lain. Tim menentukan bobot nilai (nilai 0 – 10) pada masing-masing faktor.

B. Kegawatan (Nilai 0 – 20)

No	Masalah Kegiatan	Nilai Tk. Urgensi	Nilai Kecenderu-ngan Penyebaran	Nilai Tk Keganasan	Total Nilai	Rata – rata

Sumber: Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Dalam penilaian kriteria ini lebih bersifat subyektif, Tim menentukan 3 faktor tingkat kegawatan, yaitu: tingkat urgensi, kecenderungan penyebaran, dan tingkat keganasan yang menyebabkan kematian, kecacatan, dan lain-lain. Tim menentukan bobot nilai (0 – 20) pada masing-masing faktor.

C. Kemudahan Penanggulangan (Nilai 0 – 10)

NO	MASALAH KEGIATAN	NILAI

Tim menilai masalah tersebut dalam penanggulangannya tentang ketersediaan sumber daya (tenaga, obat, alat kesehatan, biaya, fasilitas kesehatan, dan lain-lain) dan teknologi yang digunakan tersedia mampu dan mudah dalam penyelesaian masalah. Bobot penilaian untuk angka 1 berarti masalah tersebut sulit ditanggulangi sampai angka 10 berarti masalah tersebut mudah dipecahkan.

D. Pearl Faktor

No	Masalah Kegiatan	Nilai sesuai Program	Nilai Ekonomis	Nilai dapat Diterima	Nilai tersedia Sumber daya	Nilai Landasan Hukum	Nilai Hasil

Pearl faktor terdiri dari beberapa faktor yang saling menentukan dapat atau tidaknya suatu program dilaksanakan. Faktor-faktor tersebut meliputi :

- P : *Propriate* (kesesuaian dengan program nasional/program daerah kesepakan dunia);
- E : *Economic* (secara ekonomi kegiatan tersebut, murah untk dilaksanakan);
- A : *Acceptablility* (dapat diterima oleh masyarakat, pemerintah daerah);
- R : *Resources* (tersedianya sumber daya untuk menunjang kegiatan tersebut);
- L : *Legality* (dasar/landasan secara hukum/etika kedokteran/kesehatan ada/benar).

Bobot nilai: bila jawaban ya nilainya 1, dan jawaban tidak nilainya 0.

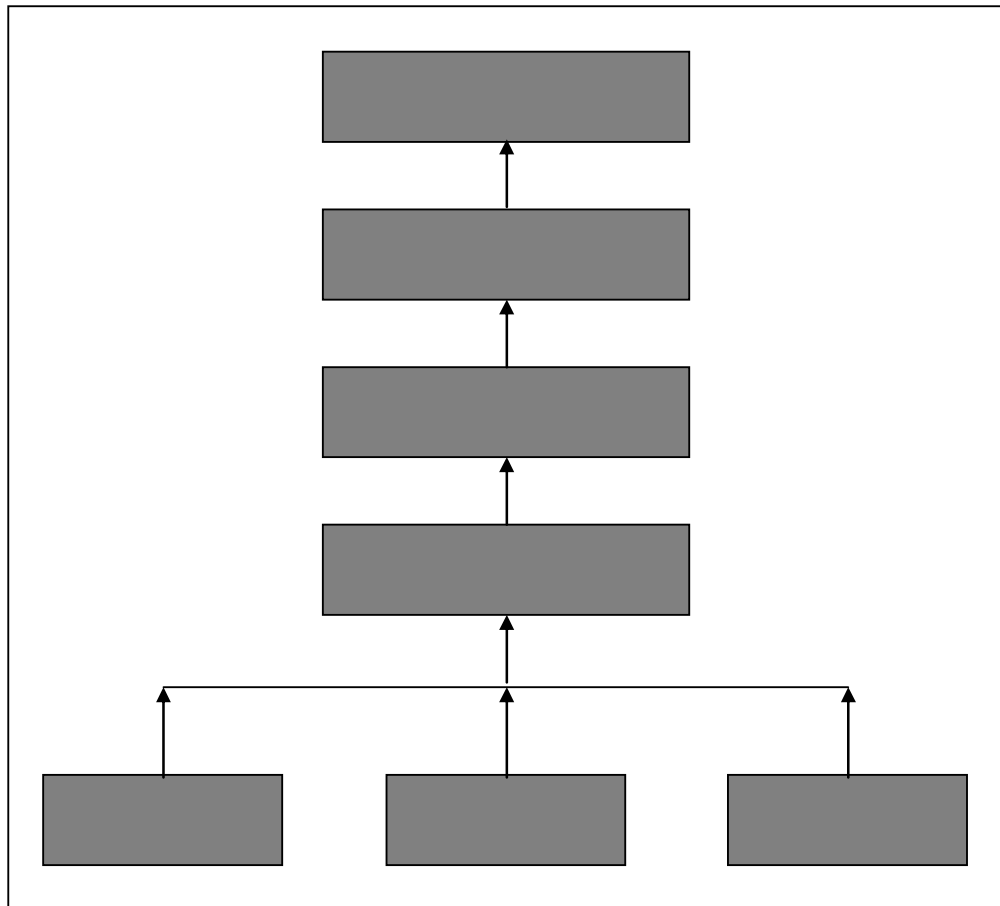
E. Penetapan Prioritas Masalah

No	Masalah	Total Nilai dari Rumus	Ranking

Sumber: Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Hasil maksimal dari perhitungan rumus Hanlon tersebut adalah 100. Semakin tinggi angka perhitungan, maka masalah tersebut yang akan diprioritaskan untuk ditanggulangi.

Bagan 7.3 (Analisis data V)
Pohon Alternatif
Identifikasi Pemecaham Masalah
Kegiatan :.....



Sumber : Departemen Kesehatan, *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*, 2006

Cara Penggunaan Metoda Pohon Alternatif

- Pohon alternatif adalah tehnik untuk mengidentifikasi alternatif pemecahan atau arah tindakan yg dapat dipakai untuk mewujudkan sasaran kegiatan tertentu dan meragakan informasi ini dalam format yang sederhana;
- Setiap pohon alternatif untuk setiap jenis kegiatan yang akan diselesaikan/ dipecahkan masalahnya;
- Berdasarkan hasil penetapan prioritas masalah kesehatan, tetapkan kegiatan yang akan menjadi prioritas diselesaikan/dipecahkan masalahnya;
- Tuliskan kembali yang tercantum pada pohon masalah (mulai dari akibat sampai dengan masalah spesifik yang akan diselesaikan masalahnya) dengan pernyataan kalimat yang positif (terbalik pernyataannya);
- Untuk masalah pokok dan masalah spesifik yang dituliskan hanya yang akan diselesaikan masalahnya saja (jadi harus terkait antara masalah pokok dengan masalah spesifik);

- Melalui teknik curah pendapat tim kecil dengan memperhatikan/mempertimbangkan pada matriks *Ragpie*, format SWOT, sumber data lain yang terkait, pengamatan dan pengalaman serta arahan kebijakan pembangunan nasional dan daerah, serta kesepakatan global, tetapkan 3 (tiga) prioritas kegiatan yang akan dilaksanakan dalam rangka memecahkan masalah tersebut;
- Hasil kegiatan ini akan menjadi masukan bagi penyusunan rencana kegiatan yang akan datang.

BAB VIII

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI PUSKESMAS

Undang-undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaen/Kota. Penyelenggaraan Kewenangan Wajib oleh Daerah adalah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggung jawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberiaan hak dan kewenangan Daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh Daerah. Tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa Daerah dalam penyelenggaraan otonominya dan untuk menghindari terjadinya kekosongan penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, Daerah Kabupaten/Kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu termasuk di dalamnya kewenangan bidang kesehatan.

Untuk menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian kewenangan wajib bidang kesehatan di Kabupaten/Kota seiring dengan Lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No.100/756/OTDA/tanggal 8 Juli 2002 tentang Konsep Dasar Penentuan Kewajiban Wajib dan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar dibidang kesehatan kepada masyarakat di Daerah, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan No.1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator, dan nilai (*benchmark*). Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi Pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.

SPM Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan keterbatasan sumber daya yang tidak merata, maka diperlukan pentahapan pelaksanaannya dalam mencapai pelayanan minimal target 2010 oleh masing-masing Daerah sesuai dengan kondisi dan perkembangan kapasitas standar teknis, mempunyai batasan tertentu. Sebagai contoh cakupan pelayanan imunisasi harus $\geq 80\%$ karena $< 80\%$ tidak mempunyai dampak epidemiologis.

Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kesehatan Kabupaten/Kota berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia sehingga mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan SPM bidang kesehatan.

1. PELAYANAN KESEHATAN YANG WAJIB DILAKSANAKAN OLEH SEMUA PUSKESMAS SEBAGAI UPTD KESEHATAN KABUPATEN/ KOTA

A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

1. Cakupan Kunjungan Ibu hamil K-4

a. Pengertian

- 1) Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 (empat) kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.
- 2) Pelayanan adalah pelayanan/pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil sesuai standar pada masa kehamilan oleh tenaga kesehatan terampil (Dokter, Bidan, dan Perawat).

b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan ibu hamil K-4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal 4 (empat) kali sesuai dengan standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan Ibu hamil, sampai beberapa hari (biasanya H-3) sebelum penyelenggaraan Posyandu;
- 2) Pembuatan kantong persalinan;
- 3) Pelayanan Antenatal;
- 4) Pencatatan dan Pelaporan;
- 5) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal;
- 2) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK);
- 3) Pelayanan Kebidanan Dasar;
- 4) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)-KIA.

2. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Bidan atau Tenaga Kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan

a. Pengertian

- 1) Pertolongan persalinan adalah pertolongan ibu bersalin di suatu wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu yang mendapatkan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten;
- 2) Kompetensi kebidanan adalah keterampilan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam bidang pelayanan kebidanan (Dokter dan Bidan).

b. Definisi Operasional

Cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau Tenaga Kesehatan adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di suatu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pelayanan Persalinan;
- 2) Perawatan nifas;
- 3) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal;
- 2) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK);
- 3) Pelayanan Kebidanan Dasar;
- 4) PWS-KIA;
- 5) Pedoman Asuhan Persalinan Normal (APN).

3. Ibu hamil Risiko tinggi yang dirujuk

a. Pengertian

- 1) Risiko tinggi (Risti)/Komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi;
- 2) Risti/Komplikasi kebidanan meliputi: Hb < 8 gr %, Tekanan darah tinggi (Sistole > 140 mmHg, Diastole > 90 mmHg), Edema nyata, Eklampsia, Perdarahan pervaginam, Ketuban pecah dini, Letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, Letak sungsang pada primigravida, Infeksi berat/Sepsis, Persalinan permarur.
- 3) Bumil Risti/Komplikasi yang dirujuk adalah Ibu hamil Risti/Komplikasi yang ditemukan untuk mendapatkan pertolongan pertama dan rujukan oleh tenaga kesehatan.

a. Definisi Operasional

Ibu hamil Risiko tinggi yang dirujuk adalah ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang dirujuk di suatu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

b. Langkah Kegiatan

- 1) Persiapan Pelayanan Antenatal;
- 2) Pelayanan ANC;
- 3) Persiapan Pelayanan Pertolongan Persalinan;
- 4) Persiapan Pendeteksian Ibu hamil Risti/Komplikasi;
- 5) Deteksi Ibu hamil Risti/Komplikasi;
- 6) Pemantauan dan Penilaian.

c. Rujukan

- 1) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal;
- 2) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK);

- 3) Pelayanan Kebidanan Dasar;
- 4) PWS-KIA;
- 5) Pedoman Asuhan Persalinan Normal (APN);
- 6) Pedoman *Audit Maternal Perinatal* (AMP).

4. Cakupan Kunjungan Neonatal

a. Pengertian

- 1) Cakupan Kunjungan Neonatal (KN) adalah pelayanan kesehatan kepada bayi umur 0-28 hari di Puskesmas maupun pelayanan melalui kunjungan rumah;
- 2) Pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermi, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit, dan pemberian imunisasi), pemberian vitamin K, Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA;
- 3) Setiap neonatus memperoleh pelayanan kesehatan minimal 2 kali yaitu 1 kali pada umur 0-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

b. Definisi Operasional

Cakupan Kunjungan Neonatus adalah cakupan neonatus yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh Dokter, Bidan, Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal, paling sedikit 2 kali, di suatu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan klinis kesehatan neonatal meliputi resusitasi, pelayanan kesehatan neonatus esensial, MTBM, pemberian vitamin K, dan penggunaan buku KIA;
- 2) Pemantauan paska pelatihan resusitasi dan MTBM;
- 3) Pelayanan kunjungan neonatus di dalam gedung dan luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan neonatus;
- 5) Pembahasan audit kesakitan dan kematian neonatus.

d. Rujukan

- b. Modul Pelatihan Resusitasi;
- 2) Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial;
- 3) Modul Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM);
- 4) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

5. Cakupan Kunjungan Bayi

a. Pengertian

- 1) Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan kunjungan bayi umur 1-12 bulan di Puskesmas maupun di rumah, Posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya, melalui kunjungan petugas;

- 2) Pelayanan kesehatan tersebut meliputi deteksi dini kelainan tumbuh kembang bayi (DDTK), stimulasi perkembangan bayi, MTBM, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan buku KIA yang diberikan oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi;
- 3) Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali yaitu satu kali pada umur 1-3 bulan, satu kali pada umur 3-6 bulan, satu kali pada umur 6-9 bulan, dan satu kali pada umur 9-12 bulan.

b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh Dokter, Bidan, dan Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi, paling sedikit 4 kali, di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan kompetensi klinis kesehatan bayi meliputi DDTK, stimulasi perkembangan bayi, dan MTBS;
- 2) Pemantauan pascapelatihan MTBS dan DDTK;
- 3) Pelayanan kunjungan bayi di dalam gedung dan luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan;
- 5) Pembahasan audit kematian dan kesakitan bayi;

d. Rujukan

- 1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
- 2) Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita (DDTK);
- 3) Buku KIA.

6. Cakupan Bayi Berat Lahir Rendah/BBLR yang di tangani

a. Pengertian

- 1) Bayi berat lahir rendah adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama setelah lahir;
- 2) Penanganan BBLR meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit, dan pemberian imunisasi), pemberian vitamin K, Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), penanganan penyulit/komplikasi/masalah pada BBLR dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA;
- 3) Setiap BBLR memperoleh pelayanan kesehatan yang diberikan di sarana pelayanan kesehatan maupun pelayanan melalui kunjungan rumah oleh Dokter, Bidan, dan Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR.
- 4)

b. Definisi Operasional

Cakupan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang ditangani adalah cakupan BBLR yang di tangani sesuai standar oleh Dokter, Bidan, dan Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR, di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR;
- 2) Pemantauan paska pelatihan kesehatan neonatal dan penanganan BBLR;
- 3) Pemantauan BBLR ditangani melalui kunjungan neonatal (KN) di dalam gedung dan di luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan BBLR;
- 5) Pembahasan audit kematian BBLR.

d. Rujukan

- 1) Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial;
- 2) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
- 3) Modul Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM);
- 4) Buku KIA.

B. Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah dan Usia Sekolah

1. Cakupan Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) Anak Balita dan Pra Sekolah

a. Pengertian

- 1) Balita dan Anak Pra Sekolah adalah anak umur 0 sampai dengan 5 tahun;
- 2) Pelayanan DDTK Balita dan Pra Sekolah meliputi kegiatan deteksi dini masalah kesehatan anak menggunakan MTBS, monitoring pertumbuhan menggunakan buku KIA/KMS dan pemantauan perkembangan (motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi, dan kemandirian), penanganan penyakit sesuai MTBS, penanganan masalah pertumbuhan, stimulasi perkembangan Anak Balita dan Pra Sekolah, pelayanan rujukan ke tingkat yang lebih mampu;
- 3) Setiap anak umur 0 sampai dengan 5 tahun memperoleh pelayanan DDTK minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan sekali). Pelayanan DDTK diberikan di dalam gedung maupun di luar gedung (di Posyandu, Taman Kanak-kanak, tempat penitipan anak, panti asuhan, dan sebagainya) oleh Dokter, Bidan, dan Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan anak, DDTK, MTBM, dan MTBS.

b. Definisi Operasional

Cakupan Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) Anak Balita dan Pra Sekolah adalah cakupan anak umur 0-5 tahun yang dideteksi kesehatan dan tumbuh kembangnya sesuai dengan standar oleh Dokter,

Bidan, dan Perawat, paling sedikit 2 kali per tahun, di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan klinis kesehatan Balita, MTBS, dan DDTK;
- 2) Pemantauan paska pelatihan;
- 3) Pelayanan kunjungan anak balita dan pra sekolah, di dalam gedung dan luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan.

d. Rujukan

- 1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
- 2) Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita (DDTK);
- 3) Buku KIA.

2. Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat oleh Tenaga Kesehatan atau Tenaga Terlatih/Guru UKS/Dokter kecil

a. Pengertian

- 1) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektor dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah;
- 2) Pelayanan kesehatan pada UKS adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan guru UKS terlatih dan dokter kecil secara berjenjang (penjangkaran awal oleh guru dan dokter kecil, penjangkaran lanjutan oleh tenaga kesehatan);
- 3) Tenaga kesehatan adalah tenaga medis, keperawatan, atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS;
- 4) Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS;
- 5) Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil.

b. Definisi Operasional

Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat adalah cakupan siswa kelas 1 SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/dokter kecil) melalui penjangkaran kesehatan di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan dan Pemeliharaan UKS Kit, UKGS Kit;
- 2) Perencanaan kebutuhan anggaran, logistik, dan pelatihan;

- 3) Pelatihan petugas, guru UKS/UKGS, dan dokter kecil;
- 4) Pelayanan kesehatan;
- 5) Pencatatan dan Pelaporan.

d. Rujukan

- 1) Buku Pedoman UKS untuk Sekolah Dasar;
- 2) Buku Pedoman Penjangkaran Kesehatan;
- 3) Buku Pedoman UKGS Murid Sekolah Dasar.

3. Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja

a. Pengertian

- 1) Pemeriksaan kesehatan remaja adalah pemeriksaan kesehatan siswa kelas 1 SLTP dan setingkat, kelas 1 SMA dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 SLTP dan Madrasah Tsanawiyah, kelas 1 SMA/SMK dan Madrasah Aliyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan guru UKS terlatih dan kader kesehatan remaja secara berjenjang (penjangkaran awal oleh guru dan kader kesehatan remaja, penjangkaran lanjutan oleh tenaga kesehatan);
- 2) Tenaga kesehatan adalah tenaga medis, tenaga keperawatan, atau tenaga Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS;
- 3) Guru UKS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS;
- 4) Kader Kesehatan Remaja adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 1 dan 2 SLTP dan setingkat, murid kelas 1 dan 2 SMA/SMK dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan Kader Kesehatan Remaja.

b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan kesehatan remaja adalah cakupan siswa kelas 1 SLTP dan setingkat, SMA/SMK dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/ kader kesehatan sekolah) melalui penjangkaran kesehatan di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan dan Pemeliharaan UKS Kit;
- 2) Perencanaan kebutuhan anggaran, logistik, dan pelatihan;
- 3) Pelatihan petugas, guru UKS, dan dokter kecil;
- 4) Pelayanan kesehatan;
- 5) Pencatatan dan Pelaporan.

d. Rujukan

1. Buku Pedoman UKS untuk Sekolah Tingkat Lanjut;
2. Buku Pedoman Penjangkaran Kesehatan.

C. Pelayanan Keluarga Berencana (Cakupan Peserta KB Aktif)

a. Pengertian

- 1) Peserta KB Aktif (Current User/CU) adalah akseptor yang pada saat ini memakai kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan;
- 2) Cakupan Peserta KB Aktif adalah perbandingan antara jumlah peserta KB aktif (CU) dengan Pasangan Usia Subur (PUS);
- 3) Cakupan Peserta KB Aktif menunjukkan tingkat pemanfaatan kontrasepsi diantara para Pasangan Usia Subur (PUS).

b. Definisi Operasional

Cakupan Peserta KB Aktif adalah cakupan peserta KB Aktif dibandingkan dengan jumlah Pasangan Usia Subur di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan Sasaran;
- 2) Penyediaan Akses Pelayanan yang berkualitas;
- 3) Pemberian Pelayanan yang berkualitas;
- 4) Manajemen Kualitas Pelayanan :
 - a) Penyeliaan Fasilitatif;
 - b) Audit Medik;
 - c) Kajian Mandiri;
 - d) *Quick Investigation of Quality* (QIQ);
 - e) Manajemen Pengelolaan.

b. Rujukan

- 1) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (BP3K);
- 2) Panduan Buku Klinis Program Pelayanan KB;
- 3) Pedoman Penanggulangan Efek Samping/Komplikasi Kontrasepsi;
- 4) Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Darurat;
- 5) Penyeliaan Fasilitatif Pelayanan KB;
- 6) Instrumen Kajian Mandiri Pelayanan KB;
- 7) Panduan Audit Medik Pelayanan KB;
- 8) Analisis Situasi dan Bimbingan Teknis Pengelolaan Pelayanan KB;
- 9) Paket Kesehatan Reproduksi.

D. Pelayanan Imunisasi Desa/Kelurahan (*Universal Child Immunization/UCI*)

a. Pengertian

- 1) Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal usul dan adat istiadat setempat yang diakui dalam sistem Pemerintahan Nasional dan berada di daerah Kabupaten;
- 2) Kelurahan adalah wilayah kerja lurah sebagai perangkat daerah Kabupaten dan/atau daerah Kota dibawah Kecamatan (Undang-undang No. 23 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah);

- 3) UCI (*Universal Child Immunization*) ialah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), Ibu hamil, Wanita Usia Subur (WUS), dan anak sekolah tingkat dasar;
- 4) Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi: 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B, 1 dosis Campak; Ibu hamil dan WUS meliputi 2 dosis TT. Anak sekolah tingkat dasar meliputi 1 dosis DT, 1 dosis Campak, 2 dosis TT.

b. Definisi Operasional

Desa atau Kelurahan UCI adalah Desa/Kelurahan dimana 80% dari jumlah bayi yang ada di Desa/Kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan dan Pemeliharaan Rantai Dingin:
Adalah upaya untuk menata vaksin kebutuhan program imunisasi dan memelihara peralatan tempat penyimpanan vaksin di Puskesmas, meliputi penerimaan/pengiriman vaksin dan penyimpanan vaksin;
- 2) Perencanaan Penyiapan Logistik:
Adalah perhitungan kebutuhan logistik (vaksin, alat suntik, *safety box*, dan *cold chain*). Logistik yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan sampai kepada sasaran merupakan penunjang dari keberhasilan program imunisasi. Perencanaan Penyiapan Logistik meliputi:
 - a) Perhitungan kebutuhan vaksin di Puskesmas;
 - b) Kebutuhan penyimpanan vaksin seperti lemari es/*freezer*;
 - c) Kebutuhan tempat pendistribusian vaksin seperti vaksin *carrier*, *thermos*;
 - d) Kebutuhan alat suntik ADS (*Autodisable Syringe*) sesuai dengan sasaran dan kegiatan;
 - e) Kebutuhan alat penanganan limbah seperti *safety box*, *needle cutter*, *incinerator*.
- 3) Pelayanan imunisasi :
Adalah suatu kegiatan pemberian imunisasi kepada sasaran (bayi, anak, dan orang dewasa) yang bertujuan untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit.
Pelayanan imunisasi merupakan kegiatan yang meliputi:
 - a) Pendataan sasaran;
 - b) Penggerakan sasaran;
 - c) Pelaksanaan imunisasi;
 - d) Pencatatan dan Pelaporan.
- 4) Penagganan KIPI (Kejadian Ikutan Paska Imunisasi)
Adalah suatu kegiatan penanggulangan kejadian sakit dan kematian yang terjadi dalam satu bulan setelah imunisasi yang diduga ada hubungannya dengan pemberian imunisasi, yang meliputi:

- a) Kunjungan lapangan;
- b) Investigasi/pelacakan;
- c) Perawatan rujukan;
- d) Pemeriksaan laboratorium;
- e) Pengkajian kasus tersangka KIPI.

d. Rujukan

Pedoman Operasional Program Imunisasi, Tahun 2003 (3 buku).

E. Pelayanan Pengobatan/Perawatan

1. Cakupan Rawat Jalan

a. Pengertian

- 1) Rawat Jalan adalah pelayanan keperawatan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap pada sarana kesehatan Puskesmas;
- 2) Cakupan rawat jalan adalah jumlah kunjungan kasus baru rawat jalan di sarana kesehatan Puskesmas dalam kurun waktu satu tahun;
- 3) Kunjungan pasien baru adalah seseorang yang baru berkunjung ke sarana kesehatan Puskesmas dengan kasus penyakit baru;
- 4) Sarana kesehatan Puskesmas adalah tempat pelayanan kesehatan meliputi Puskesmas, Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP), Puskesmas Pembantu, Balai pengobatan pemerintah dan swasta, Praktik bersama dan perorangan.

b. Definisi Operasional

Cakupan rawat jalan adalah cakupan kunjungan rawat jalan baru di sarana kesehatan pemerintah dan swasta di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan, dan kunjungan ke sarana kesehatan di wilayah kerja Puskesmas;
- 2) Peningkatan prasarana dan sarana pelayanan kesehatan;
- 3) Analisis kebutuhan pelayanan kesehatan;
- 4) Penyuluhan-Promosi Kesehatan;
- 5) Pelatihan SDM Puskesmas;
- 6) Pencatatan dan Pelaporan.

d. Rujukan

Pedoman Pengobatan Puskesmas.

2. Cakupan Rawat Inap

a. Pengertian

- 1) Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik

dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan Puskesmas Dengan Tempat Perawatan, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap;

- 2) Penderita adalah seseorang yang mengalami/menderita sakit atau mengidap suatu penyakit;
- 3) Fasilitas pelayanan kesehatan adalah Puskesmas dengan tempat perawatan.

b. Definisi Operasional

Cakupan rawat inap adalah cakupan kunjungan rawat inap baru di sarana pelayanan kesehatan Puskesmas Dengan Tempat Perawatan di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan, dan kunjungan ke sarana kesehatan;
- 2) Peningkatan prasarana dan sarana pelayanan kesehatan;
- 3) Analisis kebutuhan pelayanan kesehatan;
- 4) Penyuluhan-Promosi Kesehatan;
- 5) Pelatihan SDM Puskesmas;
- 6) Pencatatan dan Pelaporan.

d. Rujukan

Pedoman Puskesmas Dengan Tempat Perawatan.

F. Pelayanan Kesehatan Jiwa (Pelayanan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Umum)

a. Pengertian

- 1) Pelayanan gangguan jiwa adalah pelayanan pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan, yang meliputi gangguan pada perasaan, proses pikir, dan perilaku, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan/atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya;
- 2) Pelayanan kesehatan jiwa meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada gangguan mental emosional, psikosomatik, dan psikotik pada ibu hamil, ibu nifas, bayi, anak balita, pra-sekolah, anak usia sekolah, remaja, dewasa, dan usia lanjut, yang diberikan oleh Dokter, Perawat, Bidan yang memiliki kompetensi teknis.

b. Definisi Operasional

Pelayanan gangguan jiwa di sarana kesehatan umum adalah kasus gangguan jiwa yang dilayani di sarana pelayanan kesehatan umum di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Penemuan kasus gangguan jiwa berdasarkan klasifikasi ICD-X;
- 2) Pelayanan kasus gangguan jiwa;

- 3) Pelatihan;
- 4) Kunjungan rumah;
- 5) Pemantauan dan Penilaian;
- 6) Pencatatan dan Pelaporan.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Kesehatan Jiwa bagi Petugas Kesehatan;
- 2) Pedoman Penatalaksanaan Gangguan Jiwa di Sarana Kesehatan Umum

G. Pemantauan Pertumbuhan Balita

1. Balita yang naik berat badannya

a. Pengertian

Balita yang naik berat badannya (N) adalah Balita ditimbang 2 (dua) bulan berturut-turut naik berat badannya dan mengikuti garis pertumbuhan pada KMS.

b. Definisi Operasional

Balita yang naik berat badannya (N) adalah Balita yang ditimbang (D) di Posyandu maupun luar Posyandu yang berat badannya naik di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan dan pemeliharaan sarana terdiri dari alat timbang, pengadaan daftar tilik, formulir rujukan, R1 Gizi, LB3-SIMPUS;
- 2) Perencanaan logistik, pelaksanaan kegiatan dan pengambilan laporan;
- 3) Pelaksanaan pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan di luar Posyandu;
- 4) Bimbingan teknis.

d. Rujukan

- 1) Pedoman UPGK;
- 2) Pedoman Pengisian KMS;
- 3) Pedoman Pemantauan Pertumbuhan Balita.

2. Balita Bawah Garis Merah (BGM)

a. Pengertian

Balita Bawah Garis Merah (BGM) adalah Balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS.

b. Definisi Operasional

Balita Bawah garis Merah (BGM) adalah balita BGM yang ditemukan di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan dan pemeliharaan alat ukur berat badan dan KMS, pengadaan daftar tilik dan formulir rujukan;
- 2) Perencanaan penyiapan logistik;

- 3) Pelacakan BGM melalui pemantauan pertumbuhan di Posyandu dan di luar Posyandu;
- 4) Bimbingan teknis.

d. Rujukan

- 1) Pedoman UPGK;
- 2) Pedoman pengisian KMS;
- 3) Pedoman Pemantauan Pertumbuhan Balita.

H. Pelayanan Gizi

1. Cakupan Balita Mendapat Kapsul Vitamin A 2 kali setahun

a. Pengertian

- 1) Balita yang dimaksud dalam program distribusi kapsul vitamin A adalah bayi yang berumur mulai 6-11 bulan dan anak umur 12-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi;
- 2) Kapsul vitamin A dosis tinggi terdiri dari kapsul vitamin A berwarna biru dengan dosis 100.000 S.I. yang diberikan kepada bayi umur 6-11 bulan dan kapsul vitamin A berwarna merah dengan dosis 200.000 S.I yang diberikan kepada anak umur 12-59 bulan.

b. Definisi Operasional

Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A adalah cakupan bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A satu kali dan anak umur 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi 2 kali per tahun di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan sasaran balita (*Baseline data*);
- 2) Perencanaan kebutuhan vitamin A;
- 3) Pengadaan dan pendistribusian kapsul vitamin A;
- 4) *Sweeping* pemberian kapsul vitamin A;
- 5) Penggadaan Buku Pedoman dan Juknis;
- 6) Pemantauan dan Penilaian

d. Rujukan

- 1) Pedoman Akselerasi Cakupan Kapsul Vitamin A, Depkes RI, Tahun 2000;
- 2) Pedoman Pemberian Kapsul Vitamin A, Depkes RI, tahun 2000;
- 3) Booklet Deteksi Dini Xerophtalmia, Depkes RI Tahun 2002;
- 4) Pedoman dan Deteksi Tatalaksana Kasus Xerophtalmia, Depkes RI Tahun 2002.

2. Cakupan Ibu hamil mendapat 90 tablet Fe

a. Pengertian

- 1) Ibu hamil adalah ibu yang mengandung mulai trimester I s/d trimester III;

- 2) Tablet Fe adalah tablet tambah darah untuk menanggulangi Anemia Gizi Besi yang diberikan kepada Ibu hamil.

b. Definisi Operasional

Cakupan Ibu hamil mendapat tablet Fe adalah cakupan ibu hamil yang mendapat 90 tablet Fe selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan sasaran ibu hamil (*Baseline data*);
- 2) Perencanaan kebutuhan tablet Fe;
- 3) Pengadaan dan pendistribusian tablet Fe;
- 4) Pengadaan Buku Pedoman dan Juknis;
- 5) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Pemberian Tablet Besi-Folat dan Sirup besi bagi Petugas, Depkes RI tahun 1999;
- 2) Booklet Anemia Gizi dan Tablet Tambah Darah untuk WUS, Depkes RI, Tahun 2001.

3. Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Bayi Bawah Garis Merah dari Keluarga Miskin

a. Pengertian

- 1) Bayi Bawah Garis Merah (BGM) keluarga miskin adalah bayi usia 6-11 bulan yang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS;
- 2) Keluarga Miskin (Gakin) adalah keluarga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui Tim Koordinasi Kabupaten/Kota (TKK) dengan melibatkan Tim Desa dalam mengidentifikasi dan alamat Gakin secara tepat, sesuai dengan kriteria Gakin yang disepakati;
- 3) MP-ASI dapat berbentuk bubur, nasi tim, dan biskuit yang dapat dibuat dari campuran beras, dan/atau beras merah, kacang-kacangan, sumber protein hewani/nabati, terigu, margarine, gula, susu, lesitin kedelai, garam bikarbonat, dan diperkaya dengan vitamin dan mineral.

c. Definisi Operasional

Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi BGM dari keluarga miskin adalah pemberian MP-ASI dengan porsi 100 gram perhari selama 90 hari.

d. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan sasaran;
- 2) Penyusunan Spesifikasi dan Pedoman Pengelolaan MP-ASI untuk bayi usia 6-11 bulan dan anak usia 12-23 bulan;
- 3) Pelatihan tenaga pelaksanaan program MP-ASI;

- 4) Sosialisai program MP-ASI;
 - 5) Distribusi MP-ASI;
 - 6) Pencatatan dan Pelaporan;
 - 7) Pemantauan dan Penilaian.
- e. **Rujukan**
Pedoman Pengelolaan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk bayi usia 6-11 bulan dan Spesifikasi MP-ASI, Tahun 2004.

2. Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan

a. Pengertian

- 1) Balita adalah anak usia di bawah lima tahun (0 tahun sampai dengan 4 tahun 11 bulan), yang ada di wilayah kerja Puskesmas;
- 2) Gizi buruk adalah status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z score $< - 3$, dan/atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwasiorkor, dan marasmus-kwasiorkor);
- 3) Perawatan sesuai standar yaitu pelayanan yang diberikan mencakup :
 - a) Pemeriksaan klinis meliputi kesadaran, dehidrasi, hipoglikemia, dan hipotermia;
 - b) Pengukuran antropometri menggunakan parameter BB dan TB;
 - c) Pemberian elektrolit dan *multi-micronutrient* serta memberikan makanan dalam bentuk, jenis, dan jumlah yang sesuai kebutuhan, mengikuti fase stabilisasi, transisi, dan rehabilitasi;
 - d) Diberikan pengobatan sesuai penyakit penyerta;
 - e) Ditimbang setiap minggu untuk memantau peningkatan BB sampai mencapai Z score $- 1$;
 - f) Konseling gizi kepada orang tua/pengasuh tentang cara pemberian anak

b. Definisi Operasional

Balita gizi buruk mendapat perawatan adalah balita gizi buruk yang di tangani di sarana pelayanan kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu

c. Langkah Kegiatan

- 1) Perencanaan penyiapan sarana/prasarana;
- 2) Pelatihan tenaga kesehatan;
- 3) Pelayanan kasus;
- 4) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Rumah Sakit Kabupaten/ Kota, 1998;

- 2) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga , 1998;
- 3) Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, 2003;
- 4) Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk, 2003;
- 5) Panduan Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, 2003;
- 6) Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, 2003;
- 7) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

I. Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Penunjang

Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergesi Dasar dan Komperhensif (PONED dan PONEK)

1. Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus

a. Pengertian

- 1) Akses ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus adalah ibu hamil, post partum, dan neonatus komplikasi dirujuk yang memperoleh pelayanan transfusi darah sesuai kebutuhan dengan memanfaatkan persediaan darah serta komponen yang aman pada UTD PMI, UTD RS, dan Bank Darah RS di satu wilayah kerja Puskesmas;
- 2) Ibu hamil adalah ibu yang mengandung sampai usia kehamilan 42 minggu;
- 3) Neonatus adalah bayi baru lahir dengan usia 0-28 hari;
- 4) Darah dan komponen yang aman adalah darah dan komponennya yang sudah melalui uji saring darah donor terhadap IMLTD (Infeksi Mmenular Lewat Transfusi Darah), yaitu VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), HbsAg, dan anti HIV dengan proses uji silang serasi (*crossmatching*) antara darah donor dengan darah resipien.

b. Definisi Operasional

Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus adalah ibu hamil, post partum, dan neonatus yang dirujuk dan mendapatkan darah yang aman dan sesuai kebutuhannya di rumah sakit pemerintah dan swasta.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan tenaga penderah dan pelestari donor, Dokter yang bekerja di bidang transfusi darah, asisten teknologi transfusi darah yang bekerja di UTD atau Bank Darah RS;
- 2) Pembuatan dan penyimpanan darah dan komponen darah, uji saring, identifikasi antibody (PTTD/ATD), meliputi :
 - a) Seleksi darah;
 - b) Pengambilan darah;
 - c) Pengolahan komponen darah;

- d) Pemeriksaan uji saring infeksi menular lewat transfusi;
- e) Pemeriksaan serologi golongan darah;
- f) Penyimpanan darah;
- g) Distribusi darah.

d. Rujukan

- 1) Buku Pedoman Pelayanan Transfusi Darah (4 Modul);
- 2) Buku Pedoman Survei Akreditasi Unit Tranfusi Darah;
- 3) Standar Pelayanan Darah Rumah Sakit;
- 4) Pedoman Penggunaan Darah Yang Rasional;
- 5) Buku Pedoman Pemeriksaan Imunologi;
- 6) Buku Petunjuk Pemeriksaan HIV;
- 7) Buku Pedoman Praktik Laboratorium Yang Benar (GLP).

2. Ibu Hamil Risiko Tinggi/Komplikasi yang tertangani

a. Pengertian

- 1) Ibu hamil Risti/Komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti/Komplikasi Kebidanan meliputi Anemia ($Hb < 8 \text{ gr } \%$), Tekanan darah tinggi (sistole $> 140 \text{ mmHg}$, diastole $> 90 \text{ mmHg}$), Edema nyata, Eklampsia, Perdarahan pervaginam, Ketuban pecah dini, Letak Lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, Letak sungsang pada primigravida, Infeksi berat/Sepsis, dan Persalinan prematur.
- 2) Ibu hamil Risti/Komplikasi yang tertangani adalah ibu hamil Risti yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih.

a. Definisi Operasional

Ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang tertangani adalah ibu hamil risiko tinggi/komplikasi di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas Perawatan dan Rumah Sakit pemerintah/swasta dengan fasilitas PONED dan PONEK.

b. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan;
- 2) Pemantapan *Audit Maternal Perinatal* (AMP);
- 3) Penyediaan sarana peralatan, obat esensial, dan ambulan;
- 4) Rujukan pasien, tenaga medis, dan spesimen.

c. Rujukan

- 1) Pedoman *Audit Maternal Perinatal* (AMP);
- 2) Buku Panduan Praktis Pelayanan kesehatan maternal dan Neonatal;
- 3) Pedoman PONED dan PONEK;
- 4) Pedoman Asuhan Kehamilan;
- 5) Standar Asuhan Persalinan Normal;
- 6) Standar Pelayanan Kebidanan;

- 7) Standar Asuhan Kebidanan dan Neonatal;
- 8) Dasar-dasar asuhan Kebidanan.

3. Neonatus Risti/Komplikasi yang tertangani

a. Pengertian

- 1) Neonatus adalah bayi baru lahir sampai usia 28 hari;
- 2) Neonatus Risti/komplikasi adalah neonatus dengan penyimpangan dari normal yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian neonatus, meliputi: Asfiksia, Tetanus Neonatorum, Sepsis, Trauma Lahir, BBLR (Berat Badan Lahir < 2500 gram), Sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan congenital.
- 3) Neonatus Risti/komplikasi yang bertangani adalah neonatus Risti/komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih.

b. Definisi Operasional

Neonatus Risti/komplikasi yang tertangani adalah cakupan neonatus risiko tinggi/komplikasi di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas Perawatan dan Rumah Sakit pemerintah/swasta.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan;
- 2) Pemantapan *Audit Maternal Perinatal* (AMP);
- 3) Penyediaan sarana peralatan, obat esensial, dan ambulan;
- 4) Rujukan pasien, tenaga medis, dan spesimen.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Pelayanan Perinatal Pada RSUD Kelas C dan D;
- 2) Pedoman Manajemen Neonatal untuk RS Kabupaten/Kota;
- 3) Pedoman Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir;
- 4) Pedoman Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM);
- 5) Pedoman Manajemen Terpadu Bayi Sakit (MTBS);
- 6) Buku KIA.

J. Pelayanan Gawat Darurat

Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Pelayanan Gawat Darurat yang dapat diakses Masyarakat

a. Pengertian

- 1) Sarana Kesehatan adalah Rumah Bersalin (RB), Puskesmas, dan Rumah Sakit;
- 2) Kemampuan Pelayanan Gawat Darurat adalah upaya cepat dan tepat untuk segera mengatasi puncak kegawatan yaitu henti jantung dengan Resusitasi Jantung Paru Otak (*Cardio-Pulmonary-Cerebral-Resuscitation*) agar kerusakan organ yang terjadi dapat dihindarkan atau

ditekan sampai minimal dengan menggunakan Bantuan Hidup Dasar (*Basic Life Support*) dan Bantuan Hidup Lanjutan (ALS).

b. Definisi Operasional

Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat adalah cakupan sarana kesehatan yang telah mempunyai kemampuan untuk melaksanakan pelayanan gawat darurat sesuai standar dan dapat diakses oleh masyarakat dalam kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

Pelatihan GELS/BLS, Gawat Darurat untuk Dokter, Perawat, dan Awam.

d. Rujukan

- 1) Pedoman *Safe Community*;
- 2) Pedoman Penyusunan Peta Geomedik;
- 3) Pedoman Evakuasi Medik;
- 4) Standar Klasifikasi Pelayanan Gawat Darurat Pra Rumah Sakit dan Rumah Sakit;
- 5) Standar pelayanan Gawat Darurat/*Instrument Self Assessment* Pelayanan Gawat Darurat Rumah Sakit;
- 6) Standar Pelayanan Gawat Darurat/*Instrument Self Assessment* Pelayanan Perinatal Risiko Tinggi Rumah Sakit;
- 7) Pedoman PONEK dan PONEK;
- 8) Standar medis Teknis A,B,C,D;
- 9) Standar Medis Teknis esensial.

K. Penyelenggaraan Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk

1. Desa/Kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam

a. Pengertian

Desa/Kelurahan mengalami KLB bila terjadi peningkatan kesakitan atau kematian penyakit potensial KLB, penyakit karantina atau keracunan makanan. KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu desa/kelurahan dalam waktu tertentu.

- 1) Ditangani adalah mencakup penyelidikan dan penanggulangan KLB;
- 2) Pengertian < 24 jam adalah sejak laporan W1 (Laporan Wabah) diterima sampai penyelidikan dilakukan dengan catatan selain formulir W1 dapat juga berupa faks atau telepon;
- 3) Penyelidikan KLB: Rangkaian kegiatan berdasarkan cara-cara epidemiologi untuk memastikan adanya suatu KLB, mengetahui gambaran penyebaran KLB dan mengetahui sumber dan cara-cara penanggulangannya;

- 4) Penanggulangan KLB: Upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan penderita, pencegahan peningkatan, perluasan, dan menghentikan suatu KLB.

b. Definisi Operasional

Desa/Kelurahan mengalami KLB yang ditangani adalah Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam pada suatu desa/kelurahan di satu wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

1) Pemastian KLB

Untuk memastikan adanya KLB bisa melakukan komunikasi cepat dan dilakukan kunjungan lokasi yang diinformasikan adanya KLB, dengan menyamakan kondisinya dengan kriteria KLB. Atau melakukan hubungan telepon dengan kontak person yang ada di lapangan dimana informasi KLB tadi didapat. Apakah perlu dilakukan investigasi dari yang lebih atas atau tidak atau cukup oleh Puskesmas setempat. Mengirim W1 dan laporan sementara kondisi KLB.

2) Investigasi

Investigasi ini diperlukan untuk memastikan apakah betul telah terjadi KLB yang dimaksud. Sebelum investigasi dilakukan diperlukan konfirmasi ke lokasi melalui hubungan cepat.

3) Penanggulangan

Pada kegiatan penanggulangan diperlukan dukungan semua pihak Pemda, teknis, dan keahlian. Hal ini tujuannya agar KLB tidak menjadi lebih berat atau korban lebih banyak lagi dan KLB dapat dihentikan. Kegiatan yang dilakukan mengidentifikasi semua;

4) faktor risiko terjadinya KLB tersebut.

Pemutusan mata rantai penularan

Kegiatan ini untuk menghentikan KLB, dengan memutus mata rantai penularan misalnya kalau KLB DBD dengan melakukan 3M. fogging, penyuluhan-promosi kesehatan, dan sebagainya.

5) Pengamanan pasca KLB

Dengan memantau vektor atau kemungkinan kasus bertambah, pemantauan pasca KLB ini biasanya dua periode masa inkubasi penyakit yang bersangkutan.

d. Rujukan

- 1) UU No. 4 tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular;
- 2) PP No. 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular;
- 3) Kep Menkes No.1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan;
- 4) Kep Menkes No.1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Surveilans Terpadu Penyakit.

2. Kecamatan Bebas Rawan Gizi

a. Pengertian

- 1) Kecamatan adalah wilayah kerja camat sebagai perangkat daerah Kabupaten dan/atau daerah Kota di bawah Kabupaten/Kota;
- 2) Gizi kurang: Status gizi diukur berdasarkan berat badan menurut umur (Z score < -2 sampai dengan -3);
- 3) Gizi buruk: Status gizi yang diukur berdasarkan berat badan menurut umur (Z score terletak < -3), dan/atau disertai tanda klinis kwasiorkor, marasmus, marasmus-kwasiorkor);
- 4) KLB Gizi buruk, bila ditemukan 1 kasus gizi buruk menurut BB/U dan dikonfirmasi dengan BB/TB, Z score < -3 dan/atau disertai dengan tanda-tanda klinis;
- 5) Kecamatan bebas rawan gizi, bila prevalensi gizi kurang dan gizi buruk $< 15\%$.

b. Definisi Operasional

Kecamatan bebas rawan gizi adalah kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita $< 15\%$ pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pemantauan status gizi;
- 2) Penyelidikan dan penanggulangan KLB Gizi.

d. Rujukan

- 1) Buku Pedoman Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi;
- 2) Buku Petunjuk Teknis Pemantauan Status Gizi (PSG) Anak Balita;
- 3) SK Menteri Kesehatan RI No. 920/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Klasifikasi Status Gizi Anak di bawah lima tahun (Balita).

L. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio

Acute Flacid Paralysis (AFP) Rate per 100.000 penduduk < 15 tahun

a. Pengertian

- 1) Kasus AFP adalah penderita lumpuh layuh akut seperti gejala kelumpuhan pada polio yang terjadi pada anak di bawah umur 15 tahun;
- 2) Kasus AFP non-polio adalah penderita lumpuh layuh pada anak usia di bawah 15 tahun yang dalam pemeriksaan tidak ditemukan virus polio liar atau yang ditetapkan oleh ahli dengan kriteria tertentu.

b. Definisi Operasional

Acute Flacid Paralysis (AFP) Rate per 100.000 penduduk adalah jumlah kasus APF non polio yang ditemukan diantara 100.000 penduduk < 15 tahun di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Sosialisasi:
Untuk mendapatkan dukungan/komitmen lintas program dan lintas sektor.

- 2) Pencarian kasus:
Menjaring semua anak < 15 tahun yang lumpuh layuh apapun penyebabnya untuk diambil spesimennya sebagai langkah untuk memastikan apakah polio atau bukan.
- 3) Pengambilan spesimen:
Pengambilan spesimen tinja 2 kali sebagai bahan pemeriksaan dalam rangka memastikan apakah ada virus polio atau apakah kasus polio atau bukan.
- 4) Kunjungan ulang
Kunjungan ulang dilakukan setelah 60 hari dari anak mulai sakit apakah masih lumpuh atau tidak sebagai pemastian apakah dia sebagai kasus polio atau bukan.

d. Rujukan

- 1) Buku Rujukan Eradikasi Polio di Indonesia, Tahun 2002;
- 2) Modul Pelatihan.

M. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru

Kesembuhan Penderita TBC BTA Positif

a. Pengertian

- 1) Kesembuhan adalah penderita yang minum obat lengkap dan pemeriksaan sputum secara mikroskopis minimal 2 kali berturut-turut terakhir dengan hasil negatif;
- 2) Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan persentase penderita TBC BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara penderita TBC BTA positif yang tercatat;
- 3) Angka penemuan penderita TBC BTA positif atau *Case Detection Rate* (CDR) adalah persentase jumlah penderita baru BTA positif yang ditemukan dibandingkan jumlah penderita baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah kerja Puskesmas;
- 4) Kasus Baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

b. Definisi Operasional

Kesembuhan penderita TBC BTA positif adalah penderita baru TBC BTA positif yang sembuh diakhir pengobatan 85% di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Penatalaksanaan P2 TBC:
 - a) Penemuan penderita TB
Penemuan penderita TB dilakukan secara pasif, artinya penjangkaran tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan Puskesmas. Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan-promosi secara

aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Cara ini biasanya dikenal dengan *passif promotive case finding*;

b) Pengobatan

Obat TB diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan supaya semua kuman dapat dibunuh. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan;

2) Peningkatan SDM:

Pelatihan diberikan kepada semua tenaga kesehatan yang terkait dengan program penanggulangan TBC, diantaranya:

- a) Pelatihan Dokter dan paramedis UPK (RS, Puskesmas, BP4, RSTP, Poliklinik, dan sebagainya);
- b) Pelatihan staf Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
- c) Pelatihan Wasor TB Kabupaten/Kota.

3) Pemantauan dan Penilaian:

a) Supervisi :

- (1) Supervisi dilaksanakan secara rutin, teratur, dan terencana;
- (2) Supervisi ke UPK (misalnya Puskesmas, RS, BP4, termasuk Laboratorium) dilaksanakan sekurang-kurangnya 3 bulan sekali;
- (3) Supervisi ke Kabupaten/Kota dilaksanakan sekurang-kurangnya 6 bulan sekali.

b) Pertemuan Pemantauan

Pertemuan Pemantauan dilaksanakan secara berkala dan terus menerus untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera.

c) Penilaian

Penilaian dilakukan setelah suatu jarak waktu lebih lama, biasanya setiap 6 bulan sampai dengan 1 tahun. Dengan penilaian dapat dinilai sejauhmana tujuan dan target yang telah ditetapkan sebelumnya dicapai.

4) Promosi

- a) Advokasi;
- b) Kemitraan;
- c) Penyuluhan

d. Rujukan

Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkolosis

N. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA

Cakupan Balita dengan Pneumonia yang ditangani

a. Pengertian

- 1) Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang ditandai dengan batuk disertai napas cepat dan/atau napas sesak;
- 2) Klasifikasi penyakit ISPA

Dalam penentuan klasifikasi penyakit dibedakan atas dua kelompok, yaitu kelompok untuk umur 2 bulan sampai < 5 tahun dan kelompok untuk umur < 2 bulan.

 - a) Untuk kelompok umur 2 bulan sampai < 5 tahun klasifikasi di bagi atas: Pneumonia berat, Pneumonia, dan bukan Pneumonia;
 - b) Untuk kelompok umur < 2 bulan klasifikasi dibagi atas: Pneumonia berat dan bukan Pneumonia. Dalam pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) klasifikasi pada kelompok umur < 2 bulan adalah infeksi bakteri yang serius dan infeksi bakteri lokal;
 - c) Klasifikasi Pneumonia berat didasarkan pada adanya batuk dan/atau kesukuan bernapas disertai napas sesak atau tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*) pada anak usia 2 bulan sampai < 5 tahun. Untuk kelompok umur < 2 bulan diagnosis Pneumonia berat ditandai dengan adanya napas cepat (*fast breathing*) yaitu frekuensi pernapasan sebanyak 60 kali per menit atau lebih, adanya tarikan yang kuat pada dinding dada bagian bawah ke dalam (*severe chest indrawing*);
 - d) Klasifikasi Pneumonia didasarkan pada adanya batuk dan/atau kesukuan bernapas disertai adanya frekuensi napas sesuai umur. Batas napas cepat pada anak usia 2 bulan sampai < 1 tahun adalah 50 kali per menit dan 40 kali per menit untuk anak usia 1 sampai < 5 tahun;
 - e) Klasifikasi bukan Pneumonia mencakup kelompok penderita balita dengan batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi napas dan tidak menunjukkan adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam. Dengan demikian klasifikasi bukan Pneumonia mencakup penyakit-penyakit ISPA lain di luar Pneumonia seperti batuk pilek, bukan Pneumonia (common cold, pharyngitis, tonsillitis, dan otitis);
 - f) Pola tatalaksana ISPA hanya dimaksudkan untuk tatalaksana penderita Pneumonia berat, Pneumonia, dan batuk bukan Pneumonia. Sedangkan penyakit ISPA lain seperti pharyngitis, tonsillitis, dan otitis sesuai SOP yang berlaku di Puskesmas.

a. Definisi Operasional

Cakupan balita dengan Pneumonia yang ditangani adalah cakupan balita dengan Pneumonia yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

b. Langkah Kegiatan

1) Penatalaksanaan kasus:

Penatalaksanaan kasus dilaksanakan di sarana kesehatan pertama mulai dari Polindes/Poskesdes, Posyandu, Pustu, dan Puskesmas. Dimulai dari deteksi kasus, melalui anamnesa, pemeriksaan (menggunakan alat bantu hitung napas/ARI *Sound Timer*) sampai dengan pengobatan (Parasetamol, Kotrimoksazol, atau Amosisilin), di dalam pengobatan ini pasien setelah diberikan obat antibiotik 2 hari, harus ditindak lanjuti (*follow up*) dengan kunjungan rumah untuk *assessment* untuk melihat perkembangan kasus, sekaligus petugas memeriksa adanya faktor risiko di lingkungan rumah.

2) Peningkatan SDM

Peningkatan SDM khususnya dalam tatalaksana kasus dan pengelolaan/manajemen pemberantasan penyakit ISPA (Manajemen P2 ISPA). Dalam meningkatkan kemampuan deteksi kasus dan tatalaksana kasus, tenaga kesehatan di Puskesmas memerlukan Pelatihan Tatalaksana Kasus ISPA atau pelatihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan program lain melalui Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Sedangkan pelatihan Manajemen P2 ISPA diperlukan untuk penanggung jawab P2 ISPA di Kabupaten/Kota.

3) Monitoring dan Evaluasi:

Monitoring dilaksanakan oleh petugas Dinas Kesehatan Kabupaten untuk melakukan pemantauan dan bimbingan teknis dalam dua hal yaitu;

- a) Tatalaksana kasus/pelayanan yang diberikan kepada setiap balita ISPA yang berobat ke Puskesmas.
- b) Manajemen, yang meliputi pencatatan dan pelaporan sampai analisis sebagai bahan perencanaan, pelaksanaan intervensi dan evaluasi dalam P2 ISPA di satu wilayah kerja Puskesmas.

4) Promosi/Penyuluhan;

5) Kemitraan.

d. Rujukan

- 1) Kep.Menkes RI No. 1537.A/Menkes/SKXII/2002 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut untuk Pernanggulangan Pneumonia Pada balita;
- 2) Buku Tatalaksana Penyakit ISPA pada Anak.

O. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV/AIDS

1. Klien yang mendapatkan Penanganan HIV/AIDS

a. Pengertian

- 1) AIDS adalah kumpulan gejala yang disebabkan oleh karena menurunnya sistem kekebalan tubuh;
- 2) HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang lama-kelamaan akan mengakibatkan AIDS;
- 3) Penderita HIV/AIDS adalah penderita yang mempunyai gejala (untuk keperluan survailans) sebagai berikut :
 - a) Dewasa (> 12 tahun), apabila :
 - Test HIV (+) dan ditemukan 2 gejala mayor dan 1 gejala minor;
 - Ditemukan Sarkoma Kaposi atau Pneumonia pneumocystis carinii;
 - b) Anak-anak (< 12 tahun), apabila :
 - Jika umur > 18 bulan, test HIV (+), dan ditemukan 2 gejala mayor dan 2 gejala minor;
 - Jika umur < 18 bulan, test HIV (+), dan ditemukan 2 gejala mayor dan 2 gejala minor dengan ibu yang HIV (+)
- 4) Tatalaksana HIV/AIDS dimaksud :
 - a) *Voluntary Counseling Testing* (VCT) adalah kegiatan test konseling secara sukarela;
 - b) Perawatan orang sakit dengan HIV/AIDS;
 - c) Pengobatan Anti Retro Viral (ARV);
 - d) Pengobatan Infeksi Oportunistik;
 - e) Rujukan kasus spesifik

b. Definisi Operasional

Klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS adalah klien yang mendapat penanganan HIV/AIDS sesuai standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengobatan dan Perawatan ODHA:
 - a) Advokasi kebijakan kepada *stakeholder* tentang ketersediaan obat ARV dan infeksi Oportunistik;
 - b) Pelatihan petugas kesehatan tentang tatalaksana serta konseling HIV/AIDS;
 - c) Mengembangkan klinik VCT;
 - d) Mengembangkan sentra-sentra pengobatan dan laboratorium yang terintegrasi dengan sistem pelayanan;
 - e) Memberikan pengobatan preventif kepada ibu hamil dengan HIV untuk pencegahan penularan dari ibu ke bayi (PMTCT);
 - f) Menyediakan ARV dan infeksi Oportunistik.
- 2) Peningkatan Gaya Hidup Sehat;

3) Peningkatan SDM:

Peningkatan sumber daya manusia melalui pelatihan petugas kesehatan.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan bagi ODHA;
- 2) Pedoman Pengobatan ARV;
- 3) Renstra Penanggulangan HIV/AIDS tahun 2003-2007;
- 4) Buku Surveilans HIV/AIDS.

2. Infeksi Menular Seksual yang diobati

a. Pengertian

Penyakit Menular Seksual (PMS) atau biasa disebut penyakit kelamin adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual.

Yang termasuk PMS adalah Syphilis, Gonorrhoe, Bubo, Jengger ayam, Herpes, dan lain-lain termasuk HIV/AIDS.

b. Definisi Operasional

Infeksi Menular Seksual (IMS) yang diobati adalah kasus infeksi menular seksual yang ditemukan berdasarkan syndrome dan etiologi serta diobati sesuai standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengobatan IMS
 - a) Advokasi;
 - b) Meningkatkan KIE pencegahan IMS, pemeriksaan dan pengobatan secara dini;
 - c) Pendidikan dan Pelatihan bagi petugas kesehatan dalam tatalaksana IMS;
 - d) Mengembangkan Klinik IMS di Lokasi/Lokalisasi penaja seks (PS);
 - e) Pemeriksaan IMS berkala kepada para PS dan pramuria di lokasi, lokalisasi, bar, karaoke, panti pijat.
- 2) Peningkatan Gaya Hidup Sehat:
 - a) Meningkatkan tingkat pendidikan dasar dari anak, pemuda, dan remaja khususnya anak perempuan;
 - b) KIE di sekolah dan tempat kerja termasuk *life skill education*;
 - c) Perlindungan dan KIE kepada keluarga dan kelompok penduduk yang menghadapi masalah sosial;
 - d) Kerjasama dan Koordinasi dengan media massa dan perusahaan advertensi untuk KIE pada masyarakat umum;
 - e) KIE dan perlindungan anggota militer dan polisi;
 - f) KIE dan pelayanan kesehatan di Lapas.

- 3) Promosi dan distribusi kondom:
 - a) Melakukan *social marketing* dan meningkatkan akses kondom kepada WPS dan pelanggannya;
 - b) Meningkatkan ketersediaan kondom, memperluas jaring distribusinya melalui swasta, LSM, dan pemerintah;
 - c) Meningkatkan KIE tentang manfaat penggunaan kondom;
 - d) Meningkatkan kualitas kondom.
- 4) Promosi Perilaku Seksual Aman:
 - a) Advokasi kepada pengambil keputusan;
 - b) Mengembangkan proyek-proyek panduan penggunaan kondom 100%
 - c) Melaksanakan KIE secara sistematis dan bijaksana tentang penggunaan kondom dan hubungan seksual non-penetratif;
 - d) Melaksanakan kegiatan pemeriksaan dan pengobatan IMS kepada kelompok berisiko.
- 5) Peningkatan SDM

d. Rujukan

- 1) Buku Nasional Pengobatan IMS Berdasarkan Pendekatan Sindrome
- 2) Buku Pengobatan IMS;
- 3) Renstra Penanggulangan HIV/AIDS tahun 2003-2007;
- 4) Buku Surveilans IMS.

P. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dangué (DBD)

Penderita DBD yang ditangani

a. Pengertian

- 1) Penderita penyakit DBD adalah:
 - a) Penderita dengan tanda-tanda yang memenuhi kriteria diagnosa klinis sebagai berikut:
 - (1) Panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas;
 - (2) Tanda-tanda perdarahan dan/atau pembesaran hati;
 - (3) Trombositopenia (Trombosit 100 000/ μ l atau kurang);
 - (4) Hemokonsentrasi (Hematokrit meningkat 20% atau lebih).
 - b) Tersangka penyakit DBD yang hasil pemeriksaan serologi (HI test atau ELISA) positif.
- 2) Tersangka penyakit DBD adalah penderita panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas disertai tanda-tanda perdarahan sekurang-kurangnya uji tourniquet positif dan/atau trombositopenia (trombosit 100 000/ μ l atau kurang).

b. Definisi Operasional

Penderita DBD yang ditangani adalah penderita DBD yang penanganannya sesuai standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Penegakan diagnosis, pengobatan, dan rujukan tersangka/penderita di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan/Poliklinik atau Dokter praktek, maka langkah-langkah kegiatannya meliputi:
 - a) Anamnesis dan pemeriksaan fisik;
 - b) Uji tourniquet;
 - c) Pemeriksaan laboratorium atau rujukan pemeriksaan laboratorium (trombosit dan hematokrit);
 - d) Memberi pengobatan simptomatis;
 - e) Merujuk tersangka/penderita ke Rumah Sakit;
 - f) Melakukan pencatatan dan pelaporan (Form So) dan disampaikan ke Dinkes Kabupaten/Kota.
- 2) Penanggulangan kasus, maka langkah kegiatan meliputi:

Penyelidikan Epidemiologi (PE) yaitu pencarian penderita/tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik di rumah penderita/tersangka dalam radius sekurang-kurangnya 100 meter (di rumah penderita dan 20 rumah sekitarnya) serta tempat-tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penularan.

Dari hasil PE, bila:

 - a) Ditemukan penderita DBD lain atau ada jentik dan penderita panas tanpa sebab yang jelas ≥ 3 orang maka melakukan: penyuluhan 3M Plus, Larvasidasi, dan Pengasapan/Fogging Fokus.
 - b) Tidak ditemukan, maka hanya melakukan penyuluhan dengan kegiatan 3 M Plus.
- 3) Pemberantasan Vektor, maka langkah kegiatannya meliputi:
 - a) Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dague (PSN DBD) dengancara 3M Plus;
 - b) Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) tiap 3 bulan sekali tiap desa/kelurahan endemis pada 100 rumah/bangunan dipilih secara acak (*random sampling*) yang merupakan evaluasi hasil kegiatan PSN DBD yang telah dilakukan masyarakat.
- 4) Promosi Kesehatan, kegiatannya dilakukan dalam bentuk penyuluhan tentang penyakit DBD;
- 5) Pemantauan dan Penilaian, dilakukan secara aktif yaitu melalui supervisi dan lain-lain, dan secara pasif melalui laporan hasil kegiatan.

d. Rujukan

- 1) Petunjuk Teknis Pengamatan Penyakit Demam Berdarah Dague (Lampiran 2 Keputusan Dirjen PPM-PLP No. 914-1/PD.03.04.PB/1992);
- 2) Buku Tatalaksana Demam Berdarah Dague di Indonesia, Tahun 2001;
- 3) Buku Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue, Tahun 2003.

Q. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare

Balita dengan diare yang ditangani

a. Pengertian

- 1) Diare adalah buang air besar lembek/cair bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (biasanya 3 kali atau lebih dalam sehari) dan berlangsung kurang dari 14 hari;
- 2) Dehidrasi adalah kehilangan cairan yang ditandai dengan timbulnya gejala diare dengan perubahan keadaan umum gelisah, rewel, lesu, lunglai, tidak sadar, aus, malas minum atau tidak bisa minum, dan turgor kulit kembali lambat sesuai derajat dehidrasi.

b. Definisi Operasional

Balita dengan diare yang ditangani adalah balita dengan diare yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu 1 tahun.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Tatalaksana kasus :
 - a) Ketepatan diagnosa (sesuai dengan gejala dan derajat dehidrasi);
 - b) Pengobatan secara rasional (tanpa menggunakan antidiare dan antibiotik sesuai indikasi);
 - c) Rujukan penderita.
- 2) Peningkatan SDM:
 - a) Pelatihan tenaga pengelola P2 Diare;
 - b) Fasilitasi/Bimbingan Teknis;
- 3) Promosi/Penyuluhan:
 - a) Pengetahuan tentang penyakit diare;
 - b) Cara-cara perawatan di rumah tangga;
 - c) Menghindari penularan;
 - d) Perubahan perilaku dan perbaikan lingkungan.
- 4) Kemitraan
 - a) Transfer teknologi;
 - b) Pemberdayaan dan pemanfaatan sumber daya daerah;
 - c) Alih pengelolaan/kemandirian.
- 5) Pemantauan dan Penilaian:
 - a) Pengamatan berkala melalui SKD (Sistem Kewaspadaan Dini);
 - b) Pengamatan kasus;
 - c) Faktor risiko.

d. Rujukan

Keputusan Menteri kesehatan RI No.: 1216/Menkes/SK/XI/2001 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare.

R. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Institusi yang dibina

a. Pengertian

- 1) Institusi adalah unit kerja yang memberikan pelayanan/jasa kepada masyarakat atau memproduksi barang;
- 2) Institusi yang dibina adalah unit kerja yang dalam memberikan pelayanan/jasa potensial menimbulkan risiko/dampak kesehatan; mencakup RS, Puskesmas, Sekolah, Instalasi Pengolahan Air Minum, Perkantoran, Industri rumah tangga dan industri kecil, serta Tempat penampungan pengungsi;
- 3) Instalasi Pengolahan Air Minum adalah Instalasi yang telah melaksanakan pengawasan internal dan eksternal (oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) sesuai dengan Kep Menkes 907/SK/VII/2002 dengan jumlah sampel air yang diperiksa memenuhi persyaratan bakteriologis 95 % dan tidak ada parameter kimia yang berdampak langsung terhadap kesehatan;
- 4) Rumah Sakit/Puskesmas adalah sarana pelayanan kesehatan yang effluennya memenuhi baku mutu limbah cair, mengelola limbah padat dengan baik, tersedia air cukup (kuantitas dan kualitas), higiene sanitasi makanan dan minuman, pengendalian vektor serta binatang pengganggu;
- 5) Perkantoran/Sekolah adalah kantor yang mempunyai sarana pengolahan limbah cair, limbah padat dengan baik, tersedia air cukup (kualitas dan kuantitas), higiene sanitasi makanan dan minuman, penerangan, ventilasi, pengendalian vektor dan binatang pengganggu lainnya;
- 6) Tempat penampungan pengungsi adalah lokasi penampungan pengungsi yang memenuhi aspek kesehatan lingkungan (penyehatan air, pembuangan kotoran, pengelolaan sampah, pengendalian vektor dan higiene sanitasi makanan minuman), termasuk kondisi permukiman (padatan hunian, ventilasi, pencahayaan, lantai).

b. Definisi Operasional

Institusi yang dibina adalah institusi yang dibina sesuai dengan standar kesehatan lingkungan di satu wilayah kerja Puskesmas tertentu pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Instalasi Pengolahan Air Minum:
 - a) Pendataan: pengumpulan data instalasi pengolahan air minum (IPAM) di wilayah kerja Puskesmas.
 - b) Kemitraan: menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun Asosiasi pengelola IPAM.
 - c) Pengawasan:
 - (1) Melakukan Inspeksi Sanitasi (IS);

- (2) Pengambilan sampel di IPAM yang ada di wilayah kerja Puskesmas;
 - (3) Memeriksa sampel;
 - (4) Melakukan pembinaan terhadap IPAM yang diperiksa;
 - (5) Pengolahan dan analisis data;
 - (6) Rekomendasi
 - (7) Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, pengelola IPAM, dan sektor terkait.
- d) Sosialisasi/advokasi:
- (1) Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola IPAM, lintas program, dan lintas sektor terkait;
 - (2) Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi;
 - (3) Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat kecamatan maupun kabupaten/kota;
 - (4) Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait; melakukan penyebaran informasi tentang kualitas air dan sanitasi IPAM kepada masyarakat, pengelola, dan sektor terkait.
- 2) Puskesmas
- a) Pengawasan:
- (1) Pengumpulan data;
 - (2) Memeriksa sarana sanitasi Puskesmas;
 - (3) Melakukan pembinaan terhadap petugas Puskesmas;
 - (4) Pengelolaan dan analisis data;
 - (5) Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, kepala Puskesmas, dan sector terkait.
- b) Sosialisasi dan Advokasi:
- (1) Melakukan pertemuan untuk sosialisai kepada lintas program dan lintas sektor;
 - (2) Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat kecamatan;
 - (3) Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- c) Peningkatan SDM: melakukan pelatihan sanitasi yang sesuai dengan peserta yang dilatih.
- 3) Sekolah/Perkantoran
- a) Inspeksi Sanitasi:
- (1) Pengambilan sampel di sekolah/perkantoran;
 - (2) Pemeriksaan sampel;
 - (3) Pengolahan dan analisis data;
 - (4) Rekomendasi terhadap petugas kesehatan dan sektor terkait;

- (5) Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
 - b) Pengawasan:
 - (1) Pengumpulan data sarana sanitasi di sekolah/perkantoran;
 - (2) Memeriksa sarana sanitasi sekolah/perkantoran;
 - (3) Pengolahan dan analisis data sarana sanitasi sekolah/perkantoran;
 - (4) Hasil dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait;
 - c) Sosialisasi: melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola sekolah/perkantoran, lintas program dan lintas sektor terkait.
 - d) Advokasi:
 - (1) Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat kecamatan maupun kabupaten/kota;
 - (2) Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun pengelola sekolah/perkantoran.
 - e) Peningkatan SDM:
 - (1) Menentukan jenis pelatihan yang sesuai dengan peserta yang dilatih;
 - (2) Melaksanakan pembinaan terhadap pengelola sekolah/perkantoran.
- 4) Industri
- a) Inspeksi Sanitasi:
 - (1) Pengambilan sampel industri;
 - (2) Pemeriksaan sampel;
 - (3) Pengolahan dan analisis data;
 - (4) Rekomendasi terhadap pengelola industri dan sektor terkait;
 - (5) Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
 - b) Pengawasan:
 - (1) Pengumpulan data;
 - (2) Memeriksa sasaran sanitasi di industri yang ada di wilayah kerja Puskesmas;
 - (3) Melakukan pembinaan terhadap pengelola sanitasi di industri;
 - (4) Pengolahan dan analisis data;
 - (5) Hasil dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
 - c) Sosialisasi, Advokasi, dan Kemitraan:
 - (1) Melakukan pertemuan untuk sosialisai kepada pengelola sanitasi industri, lintas program, dan lintas sektor terkait;
 - (2) Melakukan advokasi terhadap pengambilan keputusan di tingkat kecamatan maupun kabupaten/kota;
 - (3) Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun ikatan pengusaha setempat;

(4) Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan lintas sektor terkait.

a. Rujukan

- 1) Keputusan Menteri:
 - a) Kep.Menkes No.907/Menkes/sK/VII/2002 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum;
 - b) Kep.Men LH No.58/Men LH/12/1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair Kegiatan Rumah Sakit;
 - c) Kep.Menkes No.715/Menkes/SK/V/2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Jasa Boga;
 - d) Kep.Menkes No.288/Menkes/2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum;
 - e) Kep.Menkes No.1405/Menkes/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri;
 - f) Kep.Men LH No.51/Men.LH/10/1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair bagi Kegiatan Industri;
 - g) Kep.Menkes No.140/Menkes/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri.
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan
 - a) Permenkes No.986/Menkes/Per/XI/1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
 - b) Permenkes No.416/Permenkes/SK/ix/1990 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air Bersih.
- 3) Pedoman
 - a) Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia;
 - b) Pedoman Pelaksanaan dan Pengawasan Dampak Sampah (Aspek Kesehatan Lingkungan);
 - c) Pedoman Kriteria Bantuan Penyelenggaraan Sanitasi Darurat, 2001;
 - d) Pedoman Umum Penyelenggaraan Sistem Darurat, 2001
- 4) Petunjuk
 - a) Petunjuk Pelaksanaan Kep.Menkes No.907/Menkes/SK/VII/2002 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Air;
 - b) Petunjuk Teknis Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Bencana Bidang Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan, 1997/1998.
- 5) Lain-lain
 - a) Prosedur Tetap Penyelenggaraan Sanitasi Darurat dan Event-event Khusus, 2001;
 - b) Baku Mutu Limbah Cair, KLH.

S. Pelayanan Pengendalian Vektor

Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes

a. Pengertian

- 1) Pengendalian vektor adalah semua kegiatan yang bertujuan untuk menekan kepadatan jentik nyamuk yang berperan sebagai vektor penyakit di rumah atau bangunan yang meliputi perumahan, perkantoran, tempat umum, sekolah, gedung, dan sebagainya;
- 2) Jentik nyamuk penular (Vektor) adalah semua jentik nyamuk yang terdapat dalam tempat penampungan air di dalam maupun di sekitar rumah/bangunan;
- 3) Tempat Penampungan Air: bak mandi, tempayan, dan plastik-plastik bekas, kaleng bekas, ban bekas, dan tempat air lainnya.

b. Definisi Operasional

Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes adalah rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk Aedes di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Surveilans Tempat Perindukan Vektor :
 - a) Pendataan rumah/bangunan di wilayah kerja Puskesmas;
 - b) Pemeriksaan tempat perindukan vektor pada rumah/ bangunan;
 - c) Pengolahan data hasil pemeriksaan tempat perindukan vektor;
 - d) Rekomendasi kepada petugas kesehatan dan sektor terkait;
 - e) Penyebarluasan (sosialisasi, diseminasi informasi) hasil surveilans/pengamatan kepada lintas program dan lintas sektor mapun swasta dan masyarakat.
- 2) Pengendalian Vektor :
 - a) Investigasi rumah/bangunan dan lingkungan yang potensial jentik di wilayah kerja Puskesmas melalui survei lingkungan, sosekbud, dan survei entomologi;
 - b) Menentukan pengendalian vektor sesuai dengan permasalahan di wilayah kerja Puskesmas;
 - c) Melakukan pemberantasan vektor sesuai dengan jenisnya.
- 3) Penyuluhan dan Penggerakan Masyarakat:
 - a) Melakukan identifikasi masalah sesuai dengan sasaran;
 - b) Menentukan jenis media penyuluhan sesuai dengan sasaran;
 - c) Menentukan materi penyuluhan pengendalian vektor;
 - d) Melaksanakan penyuluhan dan penggerakan masyarakat dalam rangka pengendalian vektor khususnya tempat perindukan;
 - e) Menghimpun *feed back* (umpan balik) yang diberikan oleh sasaran.
- 4) Sosialisasi, Advokasi, dan Kemitraan:
 - a) Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada lintas program dan lintas sektor terkait, swasta, dan masyarakat;

- b) Menentukan jumlah dan jenis peraturan/pedoman yang akan disosialisasikan;
 - c) Melakukan advokasi terhadap pengambilan keputusan di tingkat kecamatan maupun kabupaten/kota;
 - d) Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor terkait maupun swasta;
 - e) Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- 5) Peningkatan SDM:
- a) Menentukan jenis pelatihan yang sesuai dengan peserta yang dilatih;
 - b) Melaksanakan pelatihan pengendalian vektor.
- 6) Pemantauan dan Penilaian:
- a) Pemantauan secara terus menerus terhadap hasil surveilans tempat perindukan;
 - b) Pembinaan teknis terhadap petugas sanitasi, swasta, dan masyarakat.

d. Rujukan

- 1) Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 581/Tahun 1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah;
- 2) Permenkes No. 715/Menkes/SK/V/2003 tentang Persyaratan Kesehatan Jasa Boga;
- 3) Permenkes No. 304/1989 tentang Persyaratan Kesehatan Rumah Makan dan Restoran;
- 4) Permenkes No. 986/Menkes/Per/XI/1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
- 5) Permenkes No. 1405/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri;
- 6) Permenkes No. 80 Tahun 1990 tentang Persyaratan Kesehatan Hotel;
- 7) Kep. Menkes No. 288/2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum;
- 8) Pedoman Umum Penyehatan Tempat Umum (Seri Penyehatan Lingkungan Hotel);
- 9) Petunjuk Pemantauan Program PPM & PLP tingkat Kabupaten (Kep. Menkes) PPMPL No. 471- 1/PD.03:
 - a) Buku Pedoman Pemberantasan Demam Berdarah Dengue;
 - b) Buku Pedoman Pemberantasan Vektor.

T. Pelayanan Higiene Sanitasi di Tempat Umum

Tempat Umum yang Memenuhi Syarat

a. Pengertian

- 1) Tempat-tempat Umum (TTU) adalah tempat yang dimanfaatkan oleh masyarakat umum seperti hotel, terminal, pasar, pertokoan, depot air isi ulang, bioskop, jasa boga, tempat wisata, kolam renang, tempat ibadah, restoran, dan lain-lain;
- 2) Tempat umum yang memenuhi syarat adalah terpenuhinya akses sanitasi dasar (air, jamban, limbah, sampah), terlaksananya pengendalian vektor, higiene sanitasi makanan dan minuman, pencahayaan dan ventilasi sesuai dengan kriteria, persyaratan dan/atau standar kesehatan.

b. Definisi Operasional

Tempat Umum yang memenuhi syarat adalah tempat umum yang diawasi yang memenuhi persyaratan higiene sanitasi sesuai dengan standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pengawasan:
 - a) Pengumpulan data TTU/TPM yang berada di wilayah kerja Puskesmas;
 - b) Memeriksa TTU/TPM di wilayah kerja Puskesmas disesuaikan dengan alokasi dana dengan menggunakan formulir *checklist*;
 - c) Melakukan pembinaan oleh petugas kesehatan terhadap TTU/TPM yang diperiksa;
 - d) Pengolahan dan analisis data;
 - e) Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, pengelola TTU/TPM, dan sektor terkait.
- 2) Peningkatan SDM:
 - a) Menentukan jenis pelatihan untuk peserta yang dilatih;
 - b) Melaksanakan pelatihan baik terhadap petugas kesehatan maupun pengelola TTU/TPM.
- 3) Bimbingan Teknis:
 - a) Dilakukan terhadap TTU/TPM di wilayah kerja Puskesmas;
 - b) Hasil bimtek dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- 4) Sosialisasi, Advokasi, dan Kemitraan:
 - a) Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola TTU/TPM, lintas program, dan lintas sektor terkait;
 - b) Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat kecamatan maupun kabupaten/kota;
 - c) Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun Asosiasi pengelola TTU/TPM;
 - d) Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait

d. Rujukan

- 1) Permenkes RI No. 416/Menkes/Per/IX/1990 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air;
- 2) Permenkes No. 80 Tahun 1990 tentang Persyaratan Kesehatan Hotel;
- 3) Permenkes RI No. 061/menkes/Per/I/1991 tentang Persyaratan Kesehatan Kolam Renang dan Pemandian Umum;
- 4) Permenkes RI No. 1405/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja;
- 5) Kep Menkes RI No. 1098/2003 tentang Kesehatan Rumah Makan dan Restoran;
- 6) Depkes RI Ditjen PPM & PPLP Dit.PLP, Jakarta, Tahun 1999: Kumpulan Formulir Pemeriksaan Kesehatan Lingkungan (Inspeksi Sanitasi) Bidang Penyehatan Tempat-tempat Umum;
- 7) Depkes RI Ditjen PPM & PPLP Tahun 2001, Pedoman Umum Penyehatan Lingkungan Tempat Umum (Seri Penyehatan Lingkungan Hotel);
- 8) Kep. Menkes No. 288/2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum

U. Penyuluhan Perilaku Sehat

1. Rumah Tangga Sehat

a. Pengertian

Rumah Tangga Sehat adalah rumah tangga yang memenuhi minimal 10 indikator, sebagai berikut:

- 1) Pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan
Adalah tindakan yang dilakukan Bidan/Tenaga kesehatan lainnya dalam proses lahirnya janin dari kandungan ke dunia luar dimulai dari tanda-tanda lahirnya bayi, pemotongan tali pusat, dan keluarnya placenta.
- 2) Balita diberi ASI eksklusif
Adalah proporsi bayi usia 0-6 bulan yang hanya mendapat ASI saja sejak lahir.
- 3) Mempunyai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
Adalah penduduk semua umur yang tercakup berbagai jenis pembiayaan prapaya seperti Askes, Jamsostek, Asuransi Perusahaan, Dana Sehat, Kartu Sehat, dan lain-lain.
- 4) Tidak merokok
Adalah penduduk umur 10 tahun ke atas yang tidak merokok selama 1 bulan terakhir.
- 5) Melakukan aktivitas fisik setiap hari
Adalah penduduk umur 10 tahun ke atas dalam seminggu terakhir melakukan aktivitas fisik sedang atau berat minimal 30 menit setiap hari.

- 6) Makan sayur dan buah setiap hari
Adalah penduduk 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi minimal 2 porsi sayuran dan 2 porsi buah-buahan dalam seminggu terakhir.
- 7) Tersedia Air Bersih
Rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih adalah rumah tangga yang memakai sehari-hari kebutuhan air minum yang meliputi air dalam kemasan, ledeng, pompa, sumur terlindung, serta mata air terlindung yang berjarak minimal 10 meter dari tempat penampungan kotoran atau limbah.
- 8) Tersedianya Jamban
Adalah rumah tangga menggunakan jamban dengan septic tank atau lubang penampungan sebagai pembuangan akhir.
- 9) Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni
Adalah lantai rumah yang ditempati dan digunakan untuk keperluan sehari-hari dibagi dengan jumlah penghuni rumah ($2,5 \text{ m}^2/\text{orang}$).
- 10) Lantai rumah bukan dari tanah
Adalah bagian bawah/dasar/alas suatu ruangan terbuat dari semen, papan, dan ubin.

Catatan khusus:

Apabila dalam rumah tangga tersebut tidak ada ibu yang pernah melahirkan dan tidak ada balita, maka pengertian rumah tangga sehat adalah rumah tangga yang memenuhi 8 indikator.

b. Definisi Operasional

Rumah tangga sehat adalah proporsi rumah tangga yang memenuhi 10 indikator, yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, balita diberi ASI eksklusif, mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, tidak merokok, melakukan aktivitas fisik setiap hari, makan sayur dan buah setiap hari, tersedia air bersih, tersedia jamban, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni, dan lantai rumah bukan dari tanah.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Kegiatan pengumpulan data:
 - a) Menentukan jumlah RT di satu wilayah kerja Puskesmas yang disurvei;
 - b) Mengunjungi RT untuk melakukan observasi dengan *checklist*/kuesioner;
 - c) Menetapkan status RT;
 - d) Menghitung RT Sehat;
 - e) Menghitung dengan rumus.
- 2) Kegiatan penyelenggaraan Program;
 - a) Pengkajian masalah PHBS (pengumpulan data, pengolahan, analisis);

- b) Perencanaan kegiatan PHBS;
- c) Pengerahan pelaksanaan intervensi;
- d) Penilaian dan pengembangan PHBS.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Promosi Kesehatan Daerah;
- 2) Pedoman Manajemen PHBS Kabupaten/Kota;
- 3) Pedoman Manajemen PHBS tingkat Kecamatan/Puskesmas.

2. Bayi Yang Mendapat ASI Eksklusif

a. Pengertian

ASI eksklusif adalah Air Susu Ibu yang diberikan kepada bayi sampai bayi berusia 6 bulan tanpa diberikan makanan dan minuman.

b. Definisi Operasional

Bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah bayi yang hanya mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan di satu wilayah kerja Puskesmas pada satu kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Kegiatan pengumpulan data:
 - a) Menghitung seluruh bayi usia 0-6 bulan di satu wilayah kerja Puskesmas;
 - b) Menghitung jumlah seluruh bayi usia 0-6 bulan yang hanya diberi ASI saja dari catatan/pendataan Puskesmas;
 - c) Menghitung dengan rumus.
- 2) Kegiatan meningkatkan penyelenggaraan program;
 - a) Pendataan sasaran ASI eksklusif;
 - b) Penyuluhan ASI eksklusif;
 - c) Sosialisasi dan KIE ASI eksklusif;
 - d) Pembinaan teknis (kunjungan lapangan);
 - e) Pencatatan dan Pelaporan.

d. Rujukan

- 1) Buku Strategi Nasional Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu, Tahun 2002;
- 2) Kep.Menkes No.450/Menkes/IV/2000 tentang Pemberian ASI secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia;
- 3) Pedoman Peningkatan Penggunaan ASI (PP-ASI);
- 4) Booklet ASI Eksklusif.

3. Desa dengan Garam beryodium baik

a. Pengertian

- 1) Desa adalah kesatuan masyarakat □dapt yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal usul dan □dapt istiadat

setempat yang diakui dalam Sistem Pemerintahan Nasional dan berada di daerah Kabupaten;

- 2) Kelurahan adalah wilayah kerja Lurah sebagai perangkat daerah kabupaten dan/atau daerah kota di bawah kecamatan;
- 3) Garam Beryodium baik adalah garam yang mempunyai kandungan yodium dengan kadar yang cukup (> 30 ppm kalium yodat).

b. Definisi Operasional

Desa dengan garam beryodium baik adalah desa/kelurahan dengan 21 sampel garam konsumsi yang diperiksa hanya ditemukan tidak lebih dari 1 sampel garam konsumsi dengan kandungan yodium kurang dari 30 ppm pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Kegiatan mendapatkan data:
 - a) Menghitung jumlah seluruh desa di satu wilayah kerja Puskesmas;
 - b) Menghitung desa yang beryodium;
 - c) Menetapkan status desa (beryodium baik atau tidak);
 - d) Menghitung jumlah desa yang beryodium baik
 - e) Menghitung dengan rumus.
- 2) Kegiatan meningkatkan pelaksanaan program:
 - a) Pendataan sasaran desa (*Baseline data*);
 - b) Perencanaan kebutuhan anggaran kegiatan promosi/KIE;
 - c) Pengadaan test kit yodium;
 - d) Pelatihan dan promosi KIE garam beryodium;
 - e) Pengadaan media KIE garam beryodium.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Pemantauan Garam Beryodium di Masyarakat;
- 2) Panduan Penegakan Norma Sosial Peningkatan Konsumsi Garam Beryodium, Tim Penanggulangan GAKY Pusat, Tahun 2002.

4. Posyandu Purnama

a. Pengertian

Posyandu Purnama adalah Posyandu yang melaksanakan kegiatan hari buka dengan frekuensi lebih dari 8 kali per tahun, rata-rata jumlah kader yang bertugas 5 orang atau lebih, cakupan program utama (KIA, KB, Gizi, Imunisasi lebih dari 50 %), dan sudah ada 1 atau lebih program tambahan, serta cakupan dana sehat < 50 %.

b. Definisi Operasional

Posyandu Purnama adalah jumlah Posyandu purnama yang ada di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu

c. Langkah Kegiatan

- 1) Kegiatan pengumpulan data;

- a) Menghitung jumlah semua Posyandu di wilayah kerja Puskesmas;
- b) Menghitung jumlah Posyandu Purnama dari laporan kegiatan Posyandu;
- c) Menghitung dengan rumus;
- 2) Kegiatan meningkatkan penyelenggaraan program:
 - a) Pengembangan;
 - b) Pelayanan;
 - c) Pelatihan;
 - d) Pencatatan dan Pelaporan;
 - e) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Manajemen ARRIF;
- 2) Pedoman Revitalisasi Posyandu.

U. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkoba, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3NAPZA) Berbasis Masyarakat

Upaya Penyuluhan P3NAPZA oleh Petugas Kesehat

a. Pengertian

Upaya penyuluhan adalah semua usaha secara sadar dan berencana yang dilakukan untuk memperbaiki perilaku manusia sesuai prinsip-prinsip pendidikan yakni pada tingkat sebelum seseorang menggunakan NAPZA.

b. Definisi Operasional

Upaya penyuluhan P3NAPZA adalah Upaya penyuluhan P3NAPZA oleh tenaga kesehatan tertentu

c. Langkah Kegiatan

- 1) Identifikasi sasaran;
- 2) Penyuluhan;
- 3) Pelatihan.

d. Rujukan

- 1) Modul Pelatihan Teknis Medis Penanggulangan NAPZA;
- 2) Modul Keterampilan Interpersonal Dalam Pencegahan Penanggulangan NAPZA;
- 3) Pedoman Penanggulangan NAPZA Berbasis Masyarakat;
- 4) Instrumen Untuk Mengidentifikasi Masalah Alkohol, Tembakau, dan NAPZA di sarana Pelayanan Kesehatan Dasar.

**W. Pelayanan Penyediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan
Ketersediaan Obat Sesuai Kebutuhan**

a. Pengertian

- 1) RKO adalah Rencana Kebutuhan Obat;

- 2) LPLPO adalah Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat Puskesmas/Pustu;
- 3) Kebutuhan Obat Nyata adalah Kebutuhan yang dihitung oleh tim rencana Obat terpadu Kabupaten/Kota;
- 4) Obat Pelayanan Kesehatan Dasar adalah obat yang disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan kategori obat: Sangat-sangat Esensial, Sangat Esensial, dan Esensial

2. Definisi Operasional

Ketersediaan Obat sesuai kebutuhan adalah ketersediaan obat pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah pada kurun waktu tertentu.

3. Langkah Kegiatan

- 1) Perencanaan obat;
- 2) Pengadaan obat;
- 3) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN);
- 2) Pedoman Penolakan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan;
- 3) Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Dasar.

X. Pelayanan Penggunaan Obat Generik

Penulisan Resep obat Generik

a. Pengertian

Obat Generik adalah obat dengan nama resmi yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia untuk zat berkhasiat yang dikandungnya.

b. Definisi Operasional

Penulisan obat generik adalah penulisan resep obat generik di fasilitas sarana kesehatan pemerintah.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pencatatan penggunaan obat generik setiap hari di Puskesmas;
- 2) Pembuatan laporan bulanan pemakaian obat generik di Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Pengobatan (Ditjen Binkesmas);
- 2) Kep.Menkes No.85/1989 tentang Kewajiban Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah Menuliskan Obat Generik.

Y. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Pelayanan Kesehatan Perorangan.

Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar

a. Pengertian

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Prabayar adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas

usaha bersama dan kekeluargaan, berkesinambungan, dengan mutu yang terjamin dan biaya yang terkendali.

b. Definisi Operasional

Cakupan JPK pra bayar adalah proporsi penduduk terlindung JPK (PT Askes, PT Jamsostek, Bapel JPKM, Kartu Sehat, Dana Sehat, dan Asuransi Komersial) di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Analisis Potensi Wilayah;
- 2) Penetapan Unit Cost Pelayanan Kesehatan;
- 3) Penetapan paket pelayanan kesehatan dan premi;
- 4) Pemantapan dan pengembangan model JPK;
- 5) Advokasi, Sosialisasi, dan Edukasi;
- 6) Peningkatan kinerja pelayanan;
- 7) Pengembangan Dokter Keluarga;
- 8) Penataan SIM;
- 9) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

Pedoman BAPIM dan SIM JPKM.

Z. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan

Cakupan Jaminan pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan

a. Pengertian

- 1) Keluarga Miskin (Gakin) adalah keluarga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui Tim Koordinasi Kabupaten/Kota (TKK) dengan melibatkan Tim Desa dalam mengidentifikasi nama dan alamat Gakin secara tepat, sesuai dengan Gakin yang disepakati;
- 2) Masyarakat Rentan adalah masyarakat yang tergolong dalam Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) mencakup 27 jenis, antara lain: anak balita terlantar, anak terlantar, anak korban kekerasan, anak nakal, anak jalanan, anak cacat, wanita rawan sosial ekonomi, wanita korban tindak kekerasan, lanjut usia terlantar, lanjut usia korban tindak kekerasan, penyandang cacat, penyandang bekas penyakit kronis, tuna susila, bekas narapidana, pengemis dan gelandangan, keluarga fakir miskin, keluarga dengan rumah tak layak huni, keluarga bermasalah sosial psikologi, komunitas adat terpencil, masyarakat rawan bencana, korban penyalahgunaan NAPZA, pengidap HIV/AIDS, korban bencana alam, korban bencana sosial/pengungsi, pekerja migran terlantar (Sumber Depsos RI).

b. Definisi Operasional

Cakupan JPK Gakin dan Masyarakat Rentan adalah proporsi Gakin dan Masyarakat Rentan terlindung oleh JPK (subsidi Pemerintah dan Pemda) di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Perhitungan Unit cost Pelayanan kesehatan;
- 2) Penetapan kriteria dan jumlah Gakin;
- 3) Penetapan paket dan premi;
- 4) Penetapan kebutuhan pembiayaan Gakin;
- 5) Perhitungan kontribusi daerah;
- 6) Advokasi dan Sosialisasi;
- 7) Pemantapan Model Pembiayaan Kesehatan Gakin;
- 8) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

Pedoman JPK Gakin dan PKPS-BBM Bidang Kesehatan, 2003.

2. PELAYANAN KESEHATAN YANG WAJIB DILAKSANAKAN OLEH PUSKESMAS TERTENTU SEBAGAI UPTD KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

1. Pelayanan Kesehatan Kerja

Cakupan Pelayanan Kesehatan Kerja Pada Pekerja Formal

a. Pengertian

- 1) Pelayanan Kesehatan Kerja adalah suatu upaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat pekerja, baik berupa kegiatan peningkatan/promotif kesehatan kerja, pencegahan/preventif dan penyembuhan/kuratif penyakit akibat kerja (PAK) dan/atau penyakit akibat hubungan kerja (PAHK), serta pemulihan/rehabilitatif penyakit PAK dan PAHK yang dilakukan oleh Puskesmas di satu wilayah kerja Puskesmas;
- 2) Pekerja Formal adalah tenaga kerja yang melakukan pekerjaannya pada suatu instansi/unit usaha yang mempunyai izin dan terstruktur seperti: karyawan pemerintah/BUMN/TNI/Kepolisian, karyawan perusahaan baik skala besar, menengah, dan kecil yang mempunyai izin usaha.

b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan kesehatan kerja adalah pekerja formal yang memperoleh pelayanan kesehatan kerja baik kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Persiapan:
 - a) Identifikasi sasaran;
 - b) Sosialisasi pelayanan kesehatan kerja;
 - c) Pelatihan petugas kesehatan kerja.
- 2) Pelaksanaan:
 - a) Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar di Puskesmas;
 - b) Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar di Poliklinik Perusahaan;
 - c) Pelatihan Kader dan Pembentukan Pos UKK.
- 3) Pembinaan dan Penilaian:
 - a) Pencatatan dan Pelaporan;
 - b) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Kebijakan Teknis Program Kesehatan Kerja;
- 2) Standar Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar;
- 3) Pedoman Pelaksanaan Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas;
- 4) Pedoman Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Kerja;
- 5) Modul TOT Kesehatan Kerja;
- 6) Buku Pos Upaya Kesehatan Kerja.

2. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut

Cakupan Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut

a. Pengertian

- 1) Pra usia lanjut adalah seseorang yang berusia antara 45-59 tahun;
- 2) Usia lanjut adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut adalah pra usia lanjut dan usia lanjut yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada pada pedoman, di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan sasaran pra usia lanjut dan usia lanjut;
- 2) Pelayanan kesehatan dan penanganan kasus;
- 3) Koordinasi lintas program dan lintas sektor;
- 4) Manajemen program.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Pembinaan Usia lanjut Jilid I dan II;
- 2) Pedoman Puskesmas Santun Usia lanjut.

3. Pelayanan Gizi

Cakupan Wanita Usia Subur yang Mendapatkan Kapsul Yodium

a. Pengertian

- 1) Wanita Usia Subur (WUS) adalah wanita yang berusia 15-49 tahun termasuk ibu hamil/nifas, calon pengantin (catin), remaja putri (dalam dan luar sekolah), pekerja wanita, dan WUS tidak hamil;
- 2) Kapsul yodium adalah kapsul minyak yang mengandung yodium yang diberikan kepada wanita usia subur untuk daerah endemik sedang dan endemik berat.

b. Definisi Operasional

Cakupan wanita usia subur yang mendapatkkan kapsul yodium adalah wanita usia subur di daerah endemik sedang dan berat yang mendapat kapsul yodium di satu wilayah kerja Puskesmas pada waktu kurun tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan sasaran WUS (*Baseline data*);
- 2) Perencanaan kebutuhan kapsul yodium;
- 3) Pengadaan dan pendistribusian kapsul yodium;
- 4) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Distribusi Kapsul Minyak Beryodium, Depkes RI, Tahun 2000;
- 2) Pedoman Pelaksanaan Pemantauan Garam Beryodium di Tingkat Masyarakat, Depkes RI, Tahun 2001;
- 3) *Booklet* Kretin Akibat Kurang Yodium, Tahun 2002.

2. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Malaria

Penderita Malaria Yang diobati

a. Pengertian

- 1) Penderita tersangka malaria adalah penderita yang didiagnosa dengan gejala klinis: demam, menggigil dan sakit kepala atau gejala lain spesifik daerah tanpa pemeriksaan laboratorium (malaria klinis);
- 2) Penderita positif malaria adalah penderita yang dalam pemeriksaan sediaan darahnya positif plasmodium malaria
- 3) Pengobatan klinis adalah pengobatan yang diberikan kepada penderita malaria klinis;
- 4) Pengobatan radikal adalah pengobatan yang diberikan kepada penderita positif malaria untuk menghilangkan parasit malaria.

b. Definisi Operasional

Penderita malaria yang diobati adalah penderita tersangka malaria dan/atau positif malaria yang diobati sesuai standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Menemukan penderita tersangka malaria:
Kegiatan ini dilakukan secara pasif melalui kegiatan rutin di Puskesmas dan secara aktif melalui survei malaria;
- 2) Mengonfirmasi secara laboratorium dan/atau dengan menggunakan *rapid diagnostic test* untuk memastikan diagnosa adanya parasit di dalam sediaan darah (SD) dan mengetahui jenis parasitnya. Hal ini penting untuk memberikan pengobatan yang tepat;
- 3) Memberikan pengobatan baik kepada penderita tersangka malaria dan penderita positif maupun pengobatan hasil *follow up* penderita (pengobatan berdasarkan standar pengobatan);
- 4) Peningkatan SDM dengan melakukan pelatihan tentang penemuan dini dan pengobatan yang tepat untuk kasus malaria;
- 5) Melakukan Pemantauan dan Penilaian:
 - a) Melakukan pemantauan terhadap hasil surveilans;
 - b) Melakukan pemantauan dan penilaian tentang penemuan dini dan pengobatan yang tepat.
- 6) Pencatatan dan Pelaporan untuk mencegah terjadinya peningkatan kasus;
- 7) Advokasi, Sosialisasi, dan Kemitraan:
 - a) Mengadakan pertemuan dan sosialisasi kepada lintas sektor;
 - b) Melakukan advokasi kepada pengambil keputusan di tingkat kecamatan dan kabupaten;
 - c) Menjalin jejaring kemitraan.

d. Rujukan

- 1) Modul Penemuan dan pengobatan Penderita Malaria, Tahun 1999 (Jilid 5);
- 2) Modul Penatalaksanaan Penderita Malaria, Tahun 1999 (Jilid 7-10).

2. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Kusta

Penderita kusta yang selesai berobat (*RFT rate*)

a. Pengertian

- 1) Penyakit kusta adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang terutama menyerang saraf tepi, kulit, dan organ tubuh, kecuali susunan saraf pusat;
- 2) Penderita kusta adalah penderita yang mempunyai satu atau lebih gejala utama:
 - a) Kulit dengan bercak putih atau kemerahan disertai mati rasa atau anestesi;
 - b) Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf berupa mati rasa dan kelemahan/kelumpuhan pada otot tangan, kaki, dan mata, kulit kering, serta pertumbuhan rambut yang terganggu;

- c) Pada pemeriksaan kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*) didapat adanya kuman *Micobacterium leprae*.
- 3) Klasifikasi penderita kusta, berdasarkan tanda-tanda utama dibedakan menjadi :
 - a) Tipe PB dengan tanda-tanda :
 - (1) Jumlah bercak pada kulit : 1-5;
 - (2) Kerusakan saraf tepi : 1 saraf;
 - (3) Pemeriksaan *Skin Smear* (BTA) : negative.
 - b) Tipe MB dengan tanda-tanda :
 - (1) Jumlah bercak kulit: lebih dari 5;
 - (2) Kerusakan saraf tepi: banyak saraf;
 - (3) Pemeriksaan *Skin Smear* (BTA); positif.
- 4) Pengobatan:

Pengobatan penderita kusta sesuai dengan klasifikasi yaitu:

 - a) Pengobatan PB:
 - (1) Blister MDT Dewasa berisi: Rifampisin dan Dapsone (DDS);
 - (2) Blister MDT Anak berisi: Rifampisin dan Dapsone (DDT).
 - b) Pengobatan MB:
 - (1) Blister MTD Dewasa berisi: Rifampisin, Lampren, dan Dapsone (DDS);
 - (2) Blister MDT Anak berisi: Rifampisin, Lampren, dan Dapsone (DDS).
- 5) Kesembuhan penderita PB: Penderita yang sudah mendapat pengobatan sebanyak 6 blister yang diselesaikan selama 6-9 bulan.
Kesembuhan penderita MB: Penderita yang sudah mendapatkan pengobatan sebanyak 12 blister yang diselesaikan selama 12-18 bulan.
- 6) Kohort adalah sekumpulan penderita yang mulai pengobatan MDT dalam periode waktu 1 tahun.

b. Definisi Operasional

Penderita kusta yang selesai berobat adalah penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (*RFT rate*) di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Penemuan penderita :

Secara pasif bersifat sukarela dan secara aktif melalui pemeriksaan kontak serumah dan tetangga/lingkungan, pemeriksaan anak sekolah *chase survei*, *rapid village survei* khusus, LEK, SAPEL, *survei focus*);
- 2) Pengobatan penderita:
 - a) Pemberian pengobatan sesuai dengan rekomendasi WHO: PB anak dan dewasa, MB anak dan dewasa;
 - b) Penanganan penderita reaksi;
 - c) Rujukan penderita dengan komplikasi;
 - d) Konfirmasi diagnosis kasus sulit (petugas kabupaten)

- e) Pemantauan kecukupan pengobatan (petugas kabupaten);
- 3) Pembinaan Pengobatan (*Case Holding*):
Monitoring pengobatan dan melakukan pelacakan penderita yang tidak mengambil obat;
- 4) Mencegah cacat dan perawatan dini, dengan pemeriksaan POD (*Prevention Of Disability*). Setiap bulan pada semua penderita, setiap 2 minggu pada penderita reaksi, serta memberikan contoh cara merawat diri;
- 5) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan;
- 6) Melakukan penyuluhan bagi penderita, keluarga, dan masyarakat;
- 7) Manajemen logistik, meliputi: permintaan obat, penyimpanan, dan pendistribusian;
- 8) Menilai hasil pelaksanaan pelayanan pengobatan kepada penderita dengan melihat angka kesembuhan.

d. Rujukan

- 1) Buku Pedoman Pelaksanaan Program P2 Kusta bagi Petugas Unit Pelayanan Kesehatan;
- 2) Buku Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Kusta di Indonesia.

3. Pencegahaan dan Pemberantasan Penyakit Filariasis

Kasus Filariasis yang ditangani

a. Pengertian

- 1) Seseorang yang pernah tercatat sebagai kasus filariasis dan belum sembuh, termasuk kasus filarisis dengan gejala/tanda menetap atau kasus filariasis dengan gejala/tanda hilang timbul (*transient limphoedema*);
- 2) Seseorang yang pernah tercatat sebagai kasus filariasis dan tidak pernah termonitor oleh Puskesmas (*loss of follow up*);
- 3) Seseorang yang pada pemeriksaan darah jari dinyatakan microfilaria positif dan belum pernah mendapat pengobatan;
- 4) Kasus filariasis ditangani adalah kasus filariasis yang mendapatkan tatalaksana di Puskesmas dan diikuti tatalaksana rumah tangga;
- 5) Setiap penemuan kasus filariasis di suatu kecamatan harus dilanjutkan dengan survei darah jari dan pengobatan massal filariasis sesuai dengan pedoman program eliminasi filariasis.

b. Definisi Operasional

Kasus filariasis yang ditangani adalah kasus filariasis yang ditemukan dengan pemeriksaan mikroskopis dan/atau dengan gejala klinis.

c. Langkah kegiatan

- 1) Penemuan kasus:
Penemuan kasus dapat diperoleh di Puskesmas dan penemuan di masyarakat melalui survei;

- 2) Tatalaksana kasus :
 - a) Tatalaksana penderita klinis akut dan kronis dilakukan di Puskesmas dan perawatan di rumah. Untuk kasus yang baru ditemukan langsung diberikan DEC 3 x 100 mg selama 10 hari, kemudian diikuti pengobatan massal. Penderita dengan serangan akut, diberi antibiotika dan obat simptomatik lain terlebih dulu sampai gejala klinis mereda, baru kemudian diberikan DEC. Perawatan meliputi pencucian, pemberian salep anti jamur/anti bakteri, peninggian bagian tubuh yang mengalami lymphoedema, gerakan/*exercise* dan pemakaian alas kaki yang tepat. Setiap penderita dianjurkan untuk menjaga *personal hygiene*;
 - b) Pengobatan kasus non klinis dengan obat DEC 3 x 100 mg selama 10 hari, kemudian diikuti dalam siklus pengobatan massal dengan obat DEC, Albendazole, dan Parasetamol.
- 3) Peningkatan SDM:

Melalui kegiatan antara lain: pelatihan tenaga pengelola filariasis Puskesmas, pelatihan tenaga pengelola mikroskopis filariasis Puskesmas, dan peningkatan SDM keluarga penderita dan kader di Puskesmas.
- 4) Promosi :

Melalui kegiatan advokasi, penyuluhan, dan sosialisasi di Puskesmas, masyarakat dan kader.
- 5) Survei darah jari :

Dilakukan untuk menentukan suatu daerah endemis filariasis atau tidak, dan untuk evaluasi setelah pengobatan massal. Persiapan yang dilakukan antara lain pelatihan tenaga Puskesmas (*on the job training*) dan penyiapan masyarakat. Dalam penyiapan masyarakat diperlukan koordinasi dan penggerakan oleh perangkat/tokoh-tokoh (agama, masyarakat, pemuda, dan lain-lain) di desa.
- 6) Pengobatan massal untuk 1 kecamatan *Implementation Unit* (IU):
 - a) Untuk memutuskan rantai penularan filariasis melalui pengobatan massal setiap tahun selama minimal 5 tahun;
 - b) Pelatihan kader/TPE (Tenaga Pembantu Pengobatan);
 - c) Diperlukan penyiapan masyarakat dengan penyuluhan serta koordinasi dan penggerakan masyarakat oleh perangkat desa dan tokoh-tokoh (masyarakat, agama, pemuda, dan lain-lain);
 - d) Pelaksanaan pengobatan massal.
- 7) Pemantauan dan penilaian :

Melakukan supervisi secara berjenjang. Pelaksanaan surveilans kasus klinis dan survei darah jari.

d. Rujukan

- 1) Pedoman Program Eliminasi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL;

- 2) Epidemiologi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL;
- 3) Pedoman Penentuan Daerah Endemis Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL;
- 4) Pedoman Pengobatan Massal Penyakit Kaki Gajah (Filariasis), Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL;
- 5) Pedoman Penatalaksanaan Kasus Klinis Penyakit Kaki Gajah (Filariasis), Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL;
- 6) Pedoman Promosi Kesehatan dalam Eliminasi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis), Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL;
- 7) Desaku Bebas Filariasis, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL.

Tabel 8.1
Indikator Kinerja dan Target Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang
Kesehatan di Puskesmas Tahun 2010

No	Indikator Kinerja SPM	Target Tahun 2010
I	Semua Puskesmas	
a	Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi:	
	1. Cakupan kunjungan ibu hamil K4	95 %
	2. Cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	90 %
	3. Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk	100 %
	4. Cakupan kunjungan neonatus	90 %
	5. Cakupan kunjungan bayi	90 %
	6. Cakupan bayi berat lahir rendah/BBLR yang ditangani	100 %
b	Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah dan Usia Sekolah:	
	1. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah	90 %
	2. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/ Guru UKS/Dokter Kecil	100 %
	3. Cakupan pelayanan kesehatan remaja	80 %
c	Pelayanan Keluarga Berencana:	
	Cakupan peserta aktif KB	70 %
d	Pelayanan Imunisasi:	
	Desa/Kelurahan <i>Universal Child Immunization</i> (UCI)	100 %
e	Pelayanan Pengobatan/Perawatan	
	1. Cakupan rawat jalan	15 %
	2. Cakupan rawat inap	1,5 %
f	Pelayanan Kesehatan Jiwa:	
	Pelayanaan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum	15 %
g	Pemantauan Pertumbuhan Balita:	
	1. Balita yang naik berat badannya	80 %
	2. Balita Bawah Garis Merah	15 %
h	Pelayanan Gizi:	
	1. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun	90 %
	2. Cakupan ibu hamil medapat 90 tablet Fe	90 %

No	Indikator Kinerja SPM	Target Tahun 2010
i	3. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada Bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin	100 %
	4. Balita gizi buruk mendapat perawatan Pelayanan Obsterik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif:	100 %
	1. Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus	80 %
j	2. Ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang ditangani	80 %
	3. Neonatal risiko tinggi/komplikasi yang ditangani	80 %
	Pelayanan gawat darurat:	
k	Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat	90 %
	Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk:	
	1. Desa/Kelurahan mengalami KLB yang di tangani < 24 jam	100 %
l	2. Kecamatan bebas rawan gizi	80 %
	Pencegahan dan Pemberantasan penyakit Polio:	
	<i>Acute Flacid Paralysis (AFP)</i> rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	≥ 1
m	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru:	
	Kesembuhan penderita TBC BTA positif	> 85 %
	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA:	
n	Cakupan baliatdenga pneumonia yang ditangani	100 %
	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS	
	1. Klien yang mkendapatkan penanganan HIV-AIDS	100 %
o	2. Infeksi menular seksual yang diobati	100 %
	Pencegahan dan pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD):	
	Penderita DBD yang ditangani	80 %
p	Pencegahan dan Pemberantasan Penyalit Diare:	
	Balita dengan diare yang ditangani	100 %
	Pelayanan Kesehatan Lingkungan:	
q	Institusi yang dibina	70 %
	Pelayanan Pengendalian Vektor:	
	Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes	> 95 %
r	Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum:	
	Tempat umum yang memenuhi syarat	80 %

No	Indikator Kinerja SPM	Target Tahun 2010
u	Penyuluhan perilaku sehat 1. Rumah tangga sehat 2. Bayi yang mendapat ASI-Eksklusif 3. Desa dengan garam beryodium baik 4. Posyandu Purnama	65 % 80 % 90 % 40 %
v	Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat: Upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan	15 %
w	Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan: 1. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan 2. Pengadaan obat esensial 3. Pengadaan obat generik	90 % 100 % 100 %
x	Pelayanan penggunaan obat generik: Penulisan resep obat generik	90 %
y	Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan: Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar	80 %
z	Penyelenggaraan pembiayaan untuk Keluarga Miskin dan masyarakat rentan Cakupan jaminan kesehatan Keluarga Miskin dan masyarakat rentan	100 %
II.	Puskesmas Tertentu.	
a	Pelayanan kesehatan kerja: Cakupan Pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal	80 %
b	Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut: Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut	70 %
c	Pelayanan Gizi Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium	80 %
d	Pencegahan dan pemberantasan Penyakit HIV-AIDS Darah donor diskriming terhadap HIV-AIDS	100 %
e	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria: Penderita malaria yang diobati	100 %
f	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta: Penderita kusta yan selesai berobat (RFT rate)	90 %
g	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Filariasis: Kasus filariasis yang ditangani	90 %

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan RI No: 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Adimihardja K. 2004. *Kata Pengantar Strategi Pemberdayaan Masyarakat*, Cetakan Kedua. Bandung: Humaniora Utama Press.
- Argadiredja D. 2005. *Strategi Pemerintah Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia*, Bandung: Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran.
- Azrul A. 1988. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: Bina Aksara.
- Aini Q. 2004. Meiyanto S. dan Meliala A, *Hubungan Antara Gaya Kepemimpinan dan Komitmen Karyawan Terhadap Kepuasan Kerja di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Yogyakarta: Jurnal Manajemen Kesehatan 07 : 225-9.
- Clark, *Concept of Leadershi.*, donclark@nwlinc.com [http:// www.nwlinc. com/~donclark/leader/leadcon.html](http://www.nwlinc.com/~donclark/leader/leadcon.html) (17/11/05).
- David FR. 2004. *Strategic Management: Concepts Ninth Edition*, Alih Bahasa: Kresno Saroso. *Manajemen Strategis: Konsep-konsep*. Edisi Kesembilan, Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. Sekretaris Jenderal. 2002. *Paradigma Sehat Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1202/Menkes/SK/VIII/2003). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1457Menkes/SK/X/ 2003). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1091/Menkes/SK/X/2004). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2000. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang *Kebijakan Dasar Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, *Informasi Singkat Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi*. Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI. 1997. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. *Kebijakan Nasional Dalam Gerakan Sayang Ibu*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Jalan Setapak Menuju Indonesia Sehat Melalui Pemberdayaan Sumberdaya Manusia Kesehatan*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 932 tahun 2002)*. Cetakan Kedua. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Sekretaris Jenderal. 2003. *Kemitraan Menuju Indonesia Sehat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1990/1991. *Pedoman Penyelenggaraan Administrasi Di Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1992. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesejahteraan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting). Konsep dan Prinsip Perencanaan Program dan Penganggaran Kesehatan Terpadu, (Modul – 03)* Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Rencana Strategis Kesehatan Daerah (Modul - 02)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting). Analisis Situasi dan Penentuan Masalah Kesehatan (Modul 04)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting), Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan. (Modul – 05)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting). Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai. 1989. *Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas (Microplanning)*. Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI. 1988. *Pedoman Lokakarya Mini Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1990. *Pedoman Stratifikasi Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. 2006. *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1995. *ARRIF Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Proyek Kesehatan Keluarga dan Gizi. 2002. *ARRIME Pedoman Manajemen Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Buku Saku Bidan Poskesdes*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. *Pedoman Dasar Penyeliaan Jaminan Mutu Di Puskesmas*. Jakarta
- Elfindri. 2003. *Ekonomi Layanan Kesehatan*. Padang: Penerbit Universitas Andalas.
- Feinberg MR, Tanofsky R, dan Tarrant JJ. 1989. *The New Psychology for Managing People*, Diterjemahkan oleh Sirait T. *Psikologi Manajemen* Cetakan Kedua. Jakarta: Kesaint Blanc.
- Gibson JL, Ivancevich J dan Donnelly Jr JH. 1997. *Organisasi Perilaku Struktur dan Proses*. Edisi Kedelapan, Jilid I. Alih bahasa Nunuk Adiarni. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Handoko TH. 2003. *Manajemen*, Edisi Kedua. Cetakan Kedelapan belas. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta.
- Hersey P dan Blanchard KH. 1995. *Management of Organizational Behavior: Utility Human Resources, 4th Edition*, Alih Bahasa: Agus Dharma, *Manajemen Perilaku Organisasi: Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*. Cetakan Kelima. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hasan I. 2002. *Pokok-Pokok Materi Teori Pengambilan Keputusan*. Cetakan Pertama. Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia.
- Irmim S dan rochim A. 2004. *Membangun Motivasi Diri Melalui Kecerdasan Spiritual dan Emosional. Self Improvement Series*. Percetakan Megah.
- Kotler P. 2000. *Marketing Management (Manajemen Pemasaran)*. Jilid I, Jakarta: Prenhallindo.
- Kamaluddin. 2003. *Pengambilan Keputusan Manajemen Pendekatan Teori dan Studi Kasus*. Cetakan Kelima. Malang: Penerbit Dioma.

- Keputusan Gubernur Jawa Barat No. 58 tahun 2003 tentang *Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat*. Bandung.
- Koran Kompas. 3 Maret 2006.
- Muninjaya G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Edisi Kedua, Jakarta: ECG.
- Mahmudi. 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: Unit Penerbitan dan Percetakan Akademi Manajemen Perusahaan YKPN.
- Mantra IB. 1997. *Monitoring dan Evaluasi*. Departemen Kesehatan RI Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat.
- MC Leod Jr R. 2001. *Sistem Informasi Manajemen*. Edisi Ketujuh. Jakarta: PT Prenhallindo.
- Megalia R. 2004. *Manajemen Kesehatan, Analisis Situasi Kesehatan Masyarakat*, Bandung: Balai Pelatihan Tenaga Kesehatan Masyarakat (BKTMK).
- Nisjar K dan Winardi. 1997. *Manajemen Strategis*. Cetakan Pertama. Bandung: Mandar Maju.
- Nasution MN. 2004. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*, Cetakan ketiga. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Cetakan Kedua. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Osborne, David and Gaebler, Ted. 2003. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Penerjemah Abdul Rosyid, *Mewirauahakan Birokrasi*. Cetakan Ketujuh. Jakarta: Lembaga Manajemen PPM dan Penerbit PPM.
- O'connor. 2003. *Successful Leadership in a Week*. diterjemahkan Sugeng Panut. *Kepemimpinan Yang Sukses Dalam Sepekan*. Edisi Revisi. Bekasi: Megapion Devisi dari Kesaint Blanc Corp.
- Pohan IS. 2003. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar-Dasar Pengertian* Cetakan I. Bekasi: Kesaint Blanc.
- Payne A. 1993. *The Essence of Service Marketing*, Diterjemahkan oleh Tjiptono F. *Pemasaran Jasa*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri RI No. 23 Tahun 1994 tentang *Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas*. Jakarta.
- Robbins SP. 1994. *Teori Organisasi Struktur, Desain dan Aplikasi*. Edisi Ketiga, Jakarta Arcan.
- Rivai V. 2004. *Kepemimpinan dan perilaku Organisasi*. Edisi Kedua. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

- Rodrigues dan Pedro. *Pengaruh Gaya Kepemimpinan Terhadap Kinerja Karyawan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sikka Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Airlangga University Library Central of the ADLN Airlangga University <http://adln.lib.unair.ac.id/> (25/09/05).
- Robbins SP. 1994. *Organization Theory: Structure, Design and Applications*. Alih bahasa: Udaya J. *Teori Organisasi: Struktur, Desain, dan Aplikasi*. Cetakan I. Jakarta: Arcan.
- Silalahi U. 2002. *Pemahaman Praktis Asas-Asas Manajemen*. Cetakan Kedua. Bandung: Mandar Maju.
- Siagian SP. 2004. *Manajemen Strategik*. Cetakan Kelima. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Simbolon MM. 2003. *Dasar-Dasar Administrasi dan Manajemen*. Bekasi: Ghalia Indonesia.
- Sutisna S. 2006. *Kepemimpinan Kepala UPTD Puskesmas DTP dan Pengaruhnya Terhadap Kinerja Pegawai UPTD Puskesmas DTP di Kabupaten Kuningan Jawa Barat*. Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran. Bandung.
- Sutedja. 2005. *Manajemen Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran.
- Siagian SP. 2004. *Manajemen Sumberdaya Manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Terry GR. 1986. *Principles of Management. Eighth Edition*. Terjemahan Winardi: *Asas-Asas Manajemen*. Cetakan IV. Bandung: PT. Alumni.
- Usman H. 2006. *Manajemen Teori, Praktik, dan Riset Pendidikan*. Cetakan Pertama. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Undang-undang RI No. 23 tentang *Kesehatan*.
- Undang-undang RI No. 32 Tahun 2004 tentang *Pemerintahan Daerah*.

Puskesmas sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan nasional mempunyai peranan yang sangat besar dan strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sejak diperkenalkannya puskesmas pada tahun 1969, berbagai hasil telah banyak dicapai. Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) telah berhasil diturunkan. Sampai tahun 2007 AKI telah dapat diturunkan dari 270 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2004 menjadi 262 (2005), 255 (2006) dan 248 (2007) serta AKB telah dapat diturunkan dari 30,8 per 1.000 KH pada tahun 2004 menjadi 29,4 (2005), 28,1 (2006) dan 26,9 (2007). Sementara itu angka harapan hidup (AHH) rata-rata bangsa Indonesia telah meningkat secara bermakna dari 66,2 tahun (2004) menjadi 69,8 tahun (2005), 70,2 tahun (2006) dan 70,5 tahun (2007).

Kunci keberhasilan organisasi seperti puskesmas ditentukan oleh manajemen, dukungan sumber daya, serta komitmen dan dukungan *stakeholder* puskesmas. Kepemimpinan merupakan inti dari manajemen dan menjadi kunci keberhasilan dalam kegiatan organisasional. Kepemimpinan efektif adalah kepemimpinan yang mempunyai visi dan misi, mempunyai agenda kegiatan program sebagai pelaksanaan misi untuk mewujudkan visi, serta mau dan mampu membentuk tim tangguh. Keahlian pemimpin yang mendasar adalah komunikasi dan pemecahan masalah. Sumber-sumberdaya manajemen puskesmas meliputi *man, money, material, machine, method, minute/time, market dan information* dengan akronim 7 M + 1 I. Adapun fungsi-fungsi manajemen yang banyak digunakan di Puskesmas adalah fungsi-fungsi manajemen yang dirumuskan oleh Terry dengan penambahan fungsi *evaluating* (penilaian), sehingga fungsi-fungsi manajemen Puskesmas meliputi *planning*/perencanaan (P1), *organizing* (pengorganisasian), *actuating*/penggerakan dan pelaksanaan (P2), *controlling* (pengawasan dan pengendalian), dan *evaluating*/penilaian (P3), dengan akronim POAC/E. *Stakeholder* puskesmas di era otonomi daerah terutama adalah pemerintah daerah dan DPRD kabupaten/kota, dinas kesehatan kabupaten/kota, kepala dan pegawai puskesmas, tokoh masyarakat di wilayah kerja puskesmas yang terhimpun dalam badan penyalang puskesmas (BPP), dan organisasi profesi dibidang kesehatan. Pengembangan puskesmas di masa depan menitik beratkan pada 4 (empat) hal: (1) penentuan prioritas program puskesmas yang sesuai situasi, kondisi, dan kebutuhan masyarakat di wilayah kerja puskesmas, (2) pengembangan program menjaga mutu pelayanan kesehatan, (3) pengembangan swadana puskesmas, dan (4) penggerakan dan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.

Endang Sutisna Sulaeman, lahir di Majalengka, 20 Maret 1956. Lulus Dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (1983) dan Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan (2006). Bekerja di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat kurang lebih 25 tahun, kemudian melimpah ke Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Dokter Teladan Puskesmas Tingkat Provinsi Jawa Barat Tahun 1986. Dipercaya oleh WHO dan Departemen Kesehatan RI untuk Uji Coba Program Pemberantasan Penyakit Menular dengan pendekatan PKMD (P2M-PKMD/PHC) di Puskesmas Luragung pada tahun 1987-1990 dan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat untuk Uji Coba Pola Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berbasis Masyarakat (PPKBM) di Puskesmas Cidahu pada tahun 2002-2004. Sering diikutsertakan oleh

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Departemen Kesehatan RI dalam pendidikan dan pelatihan, seminar, lokakarya, serta penelitian, antara lain Lokakarya Perencanaan Kesehatan Nasional (1985), Lokakarya Pengembangan Modul Pelatihan Perencanaan Kesehatan Kabupaten/Kota (1986), Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Kesehatan Kabupaten/Kota (1986), Seminar Pelaksanaan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi di Posyandu (1987), Penelitian *Assessment/* Penelaahan Manajemen Puskesmas dan Puskesmas Pembantu di Indonesia (1988-1989), Penyusunan Pedoman Penyelenggaraan, Pembimbingan, Pencatatan, dan Pelaporan Posyandu (1989), Pendidikan dan Pelatihan Praktik Dokter Keluarga (2002), dan Koferensi Nasional Promosi Kesehatan ke-3 (2003).