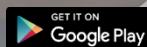


# MANAJEMEN KESEHATAN



M. Khalid Fredy Saputra  
Lutfiyah Rizqulloh  
Denisius Umbu Pati  
Diana Kusumawati  
Nurul Eko Widiyastuti  
Eka Saudur Renaldi Sihombing  
Hodiri Adi Putra  
Wuri Ayu Wirdhani  
Mochamad Robby Fajar Cahya  
Sondang Sidabutar  
Dwi Saputri Mayang Sari  
Moh. Adib  
Riska Melanie  
Luthva Luviandani Pratiwi



Editor : Fildza Fadhila

# **MANAJEMEN KESEHATAN**

**M. Khalid Fredy Saputra  
Lutfiyah Rizqulloh  
Denisius Umbu Pati  
Diana Kusumawati  
Nurul Eko Widiyastuti  
Eka Saudur Renaldi Sihombing  
Hodiri Adi Putra  
Wuri Ayu Wirdhani  
Mochamad Robby Fajar Cahya  
Sondang Sidabutar  
Dwi Saputri Mayang Sari  
Moh. Adib  
Riska Melanie  
Luthva Luviandani Pratiwi**



# MANAJEMEN KESEHATAN

## Penulis:

M. Khalid Fredy Saputra  
Lutfiyah Rizqulloh  
Denisius Umbu Pati  
Diana Kusumawati  
Nurul Eko Widiyastuti  
Eka Saudur Renaldi Sihombing  
Hodiri Adi Putra  
Wuri Ayu Wirdhani  
Mochamad Robby Fajar Cahya  
Sondang Sidabutar  
Dwi Saputri Mayang Sari  
Moh. Adib  
Riska Melanie  
Luthva Luviandani Pratiwi

Editor : **Fildza Fadhila, S.KM., M.Kes.**  
Tata Letak : **Asep Nugraha, S.Hum**  
Desain Cover : **Septimike Yourintan Mutiara, S.Gz.**  
Ukuran : **UNESCO 15,5 x 23 cm**  
Halaman : **ix, 179**  
ISBN : **978-623-09-2420-0**  
Terbit Pada : **Maret 2023**

Hak Cipta 2023 @ Sada Kurnia Pustaka dan Penulis

*Hak cipta dilindungi undang-undang dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit dan penulis.*

## **PENERBIT PT SADA KURNIA PUSTAKA**

Jl. Warung Selikur Km.6 Sukajaya – Carenang, Kab. Serang Banten  
Email : [sadapenerbit@gmail.com](mailto:sadapenerbit@gmail.com)  
Website : [sadapenerbit.com](http://sadapenerbit.com) & [repository.sadapenerbit.com](http://repository.sadapenerbit.com)  
Telpon/WA : +62 838 1281 8431

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan atas kehadiran Tuhan YME, karena atas berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga kami bisa menyelesaikan penyusunan buku ini dan telah berhasil di terbitkan dengan judul buku “Manajemen Kesehatan” Mudah – mudahan dengan adanya buku ini dapat memberikan manfaat dan sumbangsih keilmuan serta penambah wawasan bagi siapa saja yang memiliki minat terhadap pembahasan tentang Manajemen Kesehatan.

Buku ini memang dirasakan jauh dari kata sempurna. Maka dari itu, kami dengan senang hati secara terbuka untuk menerima berbagai kritik dan saran agar nantinya terwujud sebuah buku ajar praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami dasar-dasar manajemen kesehatan. Dan hal tersebut tentu sangat diperlukan sebagai bagian dari upaya kami untuk terus melakukan perbaikan dan penyempurnaan karya selanjutnya di masa yang akan datang.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong dan memberikan motivasi, dan turut andil dalam seluruh rangkaian proses penyusunan dan penerbitan buku ini, sehingga buku ini bisa terselesaikan dan hadir di hadapan pembaca sekalian. Semoga buku ini bisa memberi manfaat untuk semua pihak dan dapat memberikan kontribusi bagi pembangunan ilmu pengetahuan di Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Tim Penyusun

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>BAB 1 KONSEP PEMBANGUNAN KESEHATAN .....</b>	<b>1</b>
Latar Belakang .....	1
Definisi Pembangunan Kesehatan .....	2
Dasar Pembangunan Kesehatan .....	3
Upaya Pembangunan Kesehatan .....	4
Tujuan Pembangunan Kesehatan .....	5
Fasilitas Pelayanan .....	6
Misi Pembangunan Kesehatan .....	6
Strategi Pembangunan Kesehatan .....	7
Peran Serta Masyarakat dalam Bidang Kesehatan .....	8
Tren dan Isu Pembangunan Kesehatan .....	9
Program Kesehatan Unggulan .....	10
Daftar Pustaka .....	11
Profil Penulis .....	12
<b>BAB 2 KEBIJAKAN KESEHATAN .....</b>	<b>13</b>
Pengertian Kebijakan .....	13
Komponen Kebijakan .....	15
Proses Pembuatan Kebijakan .....	16
Kebijakan Kesehatan .....	21
Daftar Pustaka .....	23
Profil Penulis .....	25

<b>BAB 3 ILMU KESEHATAN.....</b>	<b>26</b>
Konsep Sehat dan Sakit dalam Pengertian Kesehatan.....	26
Daftar Pustaka.....	37
Profil Penulis.....	38
<b>BAB 4 MANAJEMEN KESEHATAN .....</b>	<b>39</b>
Konsep dan Definisi Manajemen Kesehatan.....	39
Fungsi Manajemen Kesehatan.....	39
Ruang Lingkup Manajemen Kesehatan .....	40
Pendekatan Praktis Manajemen Kesehatan.....	40
Unsur-Unsur Manajemen Kesehatan .....	41
Prinsip-Prinsip Manajemen Kesehatan.....	42
Macam-Macam Manajemen Kesehatan .....	44
Tinjauan Manajemen Kesehatan .....	45
Penerapan Manajemen Kesehatan .....	46
Pentingnya Manajemen Kesehatan .....	47
Tingkatan Manajemen.....	47
Keahlian Manajemen.....	48
Daftar Pustaka.....	49
Profil Penulis.....	50
<b>BAB 5 ADMINISTRASI DAN ORGANISASI MANAJEMEN KESEHATAN.....</b>	<b>51</b>
Pendahuluan .....	51
Pengertian Administrasi Kesehatan .....	51
Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan .....	52
Organisasi Kesehatan.....	54
Manajemen Kesehatan .....	57
Daftar Pustaka.....	60
Profil Penulis.....	61

<b>BAB 6 MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA DAN PRODUKTIVITAS BIDANG KESEHATAN .....</b>	<b>62</b>
Pendahuluan .....	62
Pengertian Manajemen .....	63
Fungsi Manajemen .....	64
Manajemen Sumber Daya Manusia .....	66
Produktivitas dalam Bidang Kesehatan.....	71
Daftar Pustaka.....	72
Profil Penulis.....	73
<b>BAB 7 MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN .....</b>	<b>74</b>
Pendahuluan .....	74
Paradigma Manajemen Pelayanan Kesehatan.....	75
Tantangan Instansi Pelayanan Kesehatan.....	77
Manajemen Pelayanan Kesehatan Terintegrasi.....	79
Strategi Manajemen Pelayanan Kesehatan .....	83
Aktuasi Manajemen Pelayanan Kesehatan.....	84
Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Kesehatan.....	86
Daftar Pustaka.....	89
Profil Penulis.....	91
<b>BAB 8 MANAJEMEN RUMAH SAKIT .....</b>	<b>92</b>
Definisi Manajemen .....	92
Unsur Pokok Manajemen .....	93
Fungsi Manajemen .....	94
Definisi Rumah Sakit.....	95
Tugas dan Fungsi Rumah Sakit .....	96
Jenis Rumah Sakit .....	96
Definisi Manajemen Rumah Sakit.....	97
Tujuan Manajemen Rumah Sakit .....	97



Fungsi Manajemen Rumah Sakit .....	98
Tugas Manajemen Rumah Sakit.....	99
Kerangka Konsep Manajemen Rumah Sakit .....	99
Daftar Pustaka.....	101
Profil Penulis .....	102
<b>BAB 9 MANAJEMEN PUSKESMAS.....</b>	<b>103</b>
Pendahuluan .....	103
Pengertian Manajemen Puskesmas .....	104
Tujuan Manajemen Puskesmas.....	104
Tiga Tahap Manajemen Puskesmas .....	105
Manajemen Kefarmasian.....	111
Manajemen Sarana, Prasarana, dan Peralatan .....	111
Mutu Pelayanan .....	111
Manajemen Puskesmas Dengan Pendekatan Keluarga .....	111
Daftar Pustaka .....	114
Profil Penulis .....	115
<b>BAB 10 MANAJEMEN MUTU JASA DI BIDANG KESEHATAN .....</b>	<b>116</b>
Pendahuluan .....	116
Layanan Kesehatan sebagai Jasa .....	117
Aspek Hukum Layanan Kesehatan.....	117
Perlindungan Hukum Pasien dan Konsumen.....	118
Mutu Pelayanan Kesehatan.....	118
Manajemen Mutu .....	121
Proses Manajemen Mutu.....	122
Analisa Sistem Pengembangan Mutu .....	123
Budaya Kerja dan Kepemimpinan .....	123
Daftar Pustaka.....	125
Profil Penulis .....	126

<b>BAB 11 SISTEM INFORMASI KESEHATAN.....</b>	<b>127</b>
Sistem Informasi Kesehatan (SIK).....	127
Dasar Hukum Sistem Informasi Kesehatan.....	127
Sejarah Sistem Informasi Kesehatan (SIK).....	128
Konsep Kesehatan Sistem Informasi Sistemisasi.....	129
Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS).....	129
Alur Sistem Informasi Kesehatan Nasional.....	130
Jaringan Sistem Informasi Kesehatan (SIKNAS).....	132
Masalah Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) .....	133
Kendala Sistem Informasi Kesehatan Nasional.....	134
Rancangan Kerangka Kerja SIK di Indonesia .....	136
Hambatan dalam Penerapan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS).....	137
Daftar Pustaka.....	138
Profil Penulis.....	139
<b>BAB 12 TEKNIK DAN PIRANTI MANAJEMEN DI BIDANG KESEHATAN.....</b>	<b>140</b>
Pengantar.....	140
Analisis Diagram Pareto .....	142
Analisis Pohon Keputusan.....	143
Diagram Tulang Ikan.....	145
Analisis Kekuatan Lapangan ( <i>Force Field Analysis</i> ).....	146
Analisis <i>Six Thinking Hats</i> .....	149
Daftar Pustaka.....	152
Profil Penulis.....	154
<b>BAB 13 KEWIRAUSAHAAN DI BIDANG KESEHATAN .....</b>	<b>155</b>
Definisi Kewirausahaan di Bidang Kesehatan .....	155

Persiapan untuk Memulai Kewirausahaan di Bidang Kesehatan .....	157
Kunci Sukses Kewirausahaan di Bidang Kesehatan.....	162
Daftar Pustaka.....	163
Profil Penulis.....	164
<b>BAB 14 PERENCANAAN DAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN</b> .....	<b>165</b>
Pendahuluan .....	165
Perencanaan Program Kesehatan.....	166
Evaluasi Program Kesehatan .....	174
Daftar Pustaka.....	178
Profil Penulis.....	179



# BAB 1 KONSEP PEMBANGUNAN KESEHATAN

**M Khalid Fredy Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep.**

STIKES Baitul Hikmah Bandar Lampung

## **Latar Belakang**

Pembangunan erat kaitannya dengan sebuah konteks kajian suatu perubahan. Mengenai konsep pembangunan dalam pengertiannya sendiri dimaknai sebagai bentuk pembaharuan dan mempunyai sifat direncanakan pada tiap individu ataupun kelompok tertentu yang mengharapkan perubahan lebih baik dari pada sebelumnya dan dalam perwujudan harapan ini tentu wajib memerlukan suatu perencanaan yang kompleks. Pembangunan yang direncanakan lebih dapat dirasakan sebagai bentuk usaha yang lebih rasional dan teratur bagi pembangunan masyarakat (Lubis, 2009). Kesehatan merupakan suatu keadaan sejahtera dari situasi maupun kondisi fisik dan jiwa yang memberi kemungkinan tiap individu berkehidupan produktif secara sosial maupun ekonomis. Kesehatan juga ialah kondisi mental serta sosial yang sejahtera menyeluruh secara utuh dan bukan hanya terbebas dari penyakit, kelemahan ataupun disabilitas (Fertman and Allensworth, 2016).

Suatu pembangunan ataupun peran serta masyarakat amat penting karena peran itulah yang akan membuat suatu pembangunan akan mengalami perkembangan yang maksimal, sebaliknya jika peran serta masyarakat tidak terkoordinir maka perwujudan pembangunan akan susah diraih, pembangunan kesehatan ini juga sebagai bentuk dari pembangunan nasional. Dalam program pembangunan bidang kesehatan sudah mengalami keberhasilan, akan tetapi tetap perlu diadakannya reformasi pada bidang kesehatan dalam mengatasi ketimpangan hasil pembangunan kesehatan dari berbagai daerah.

## **Konsep Pembangunan Kesehatan**

Jika secara pengertiannya sendiri maka pembangunan kesehatan memiliki hakikat sebagai usaha yang dilakukan semua komponen bangsa Indonesia yang tujuannya ialah agar terjadinya peningkatan kesadaran, keinginan, serta mampu untuk hidup sehat serta tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang maksimal, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Berhasilnya pembangunan kesehatan juga ditentukan pada kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta berkesinambungan dalam upaya yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Pembangunan kesehatan sebagai upaya yang dilaksanakan pada seluruh komponen Negara Indonesia yang memiliki tujuan dalam meningkatkan kesadaran serta kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar bisa mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang maksimal (RI, 2013).

### **Definisi Pembangunan Kesehatan**

Berbicara mengenai pembangunan kesehatan maknanya ialah melaksanakan sebuah upaya dalam pemberian pemenuhan salah satu hak dasar rakyat yakni teraksesnya fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan kesehatan sendiri merupakan hak asasi manusia, (Krisanty *et al.*, 2009). Pembangunan Kesehatan di dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, memiliki tujuan dalam peningkatan kesadaran serta keinginan hidup sehat setiap orang, agar terwujudnya kesehatan masyarakat semaksimal mungkin, sebagai investasi dalam pembangunan sumber daya manusia yang aktif dan produktif secara sosial dan ekonomis. Dalam pasal 2 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dan pasal 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, bahwasannya kesehatan ialah keadaan sehat, baik itu merupakan sehat fisik, mental, spiritual maupun sehat sosial, yang memungkinkan tiap individu itu bisa hidup dengan produktif secara sosial dan ekonomis.

### Dasar Pembangunan Kesehatan

Dalam UUD nomor 17 tahun 2007 tentang perencanaan jangka panjang dalam pembangunan nasional (RPJP-N) Tahun 2005 – 2025, pembangunan kesehatan ini ditujukan dalam peningkatan kesadaran, keinginan, serta peningkatan dalam kemampuan hidup sehat tiap individunya agar bisa terwujudnya peningkatan derajat kesehatan yang semaksimal mungkin. Dalam Undang-Undang tersebut, dinyatakan bahwasannya pembangunan kesehatan terselenggara berdasarkan pada (R Hapsara Habib Rachmat, 2018):

#### 1. Perikemanusiaan

Pembangunan kesehatan itu harus dilandasi kepada prinsip kemanusiaan. Perikemanusiaan harus dilaksanakan, dijiwai, diarahkan dan dikendalikan berdasarkan rasa iman serta ketaqwaan kepada tuhan yang maha esa.

#### 2. Pemberdayaan dan Kemandirian

Tiap individu dan seluruh masyarakat bersama pemerintahan berperan dan saling bahu membahu serta memiliki tanggung jawab dalam pemeliharaan serta meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitarnya. Pembangunan kesehatan juga wajib untuk mampu membangkitkan serta memberikan dorongan peran aktif masyarakat.

#### 3. Adil dan Merata

Dalam pembangunan kesehatan tiap individu mempunyai hak yang sama untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Setiap individu berhak dalam memperoleh pelayanan kesehatan. tiap anak berhak untuk keberlangsungan hidupnya, tumbuh dan berkembang dengan baik serta mempunyai hak untuk mendapatkan perlindungan.

### 4. Pengutamaan dan Manfaat

Terselenggaranya pembangunan kesehatan harus lebih mengedepankan pada kepentingan umum dari pada kepentingan individu ataupun golongan tertentu. Dalam upaya membangun kesehatan yang baik dan bermutu harus terselenggara dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta lebih mengutamakan pada pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan suatu penyakit, pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergisme yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik, sehingganya bisa memberikan manfaat yang meluas agar tercapainya derajat kesehatan masyarakat dan lingkungan yang maksimal

Pastinya sangat penting mengupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara Pusat dan Daerah dengan lebih mengedepankan pada nilai-nilai pembangunan kesehatan, yaitu (Indonesia, 2012):

- a. Berpihak kepada rakyat;
- b. Melakukan suatu tindakan secara cepat dan tepat;
- c. Dapat saling bekerja sama antar tim;
- d. Memiliki integritas tinggi;
- e. Transparansi dan akuntabilitas.

### Upaya Pembangunan Kesehatan

Upaya dalam meningkatkan pembangunan kesehatan sangat perlu dilakukan dalam menunjang keberhasilan untuk membangun bidang kesehatan (Arianto and Fitriana, 2013):

1. Meningkatkan mutu SDM serta lingkungan yang saling memberi dukungan dengan pendekatan paradigma sehat dan melakukan pemberian prioritas tindakan upaya untuk meningkatkan kesehatan baik itu dalam mencegah, menyembuhkan, memulihkan atau rehabilitasi sejak dalam kandungan sampai usia lanjut.
2. Peningkatan dan pemeliharaan mutu lembaga beserta pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan, meningkatkan sarana prasarana



- bidang medis, termasuk pada ketersediaan obat yang dapat dijangkau masyarakat.
3. Melakukan pengembangan sistem jaminan sosial untuk seluruh tenaga kerja dalam meraih maupun mendapatkan perlindungan, keamanan, dan keselamatan kerja yang memadai, dalam hal ini pengelolannya harus melibatkan pemerintah, perusahaan dan para pekerja.
  4. Membangun ketahanan sosial yang membantu menyelamatkan penyandang permasalahan kesejahteraan sosial, korban bencana serta melakukan pencegahan munculnya gizi buruk dan menurunnya kualitas generasi muda. Dalam rangka memberikan peningkatan kesejahteraan masyarakat maka perlu adanya peningkatan bentuk kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin, anak-anak terlantar, serta kelompok rentan sosial melalui penyediaan lapangan kerja yang seluas-luasnya

### **Tujuan Pembangunan Kesehatan**

Pembangunan kesehatan sendiri memiliki tujuan yang sangat penting dalam meningkatkan keyakinan, kesadaran, kepercayaan, keinginan maupun kemampuan dan berupaya untuk hidup sehat agar dapat terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal, hal ini ditandai dengan penduduknya yang memiliki pola serta perilaku hidup sehat, lingkungan yang sehat, dan juga memiliki kemampuan dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang maksimal di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Selain itu juga yang menjadi tujuan utama dari pembangunan kesehatan yaitu meningkat dan mampunya tiap individu atau masyarakat untuk dapat menjadi penolong untuk dirinya dan sesama nya dalam bidang kesehatan, memperbaiki mutu lingkungan hidup yang dapat memberi sebuah jaminan kesehatan, terjadinya peningkatan status gizi masyarakat, mengurangi kesakitan (morbiditas) dan juga kematian (mortalitas), membangun serta

## **Konsep Pembangunan Kesehatan**

mengembangkan keluarga sehat sejahtera, serta Sasaran Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan berlandaskan serta memperhatikan kebijakan umum maka dikelompokan sebagai sasaran kebijakan pembangunan yakni antara lain (Arianto and Fitriana, 2013):

1. Meningkatkan kolaborasi atau kerjasama pada lintas sektor;
2. Meningkatkan perilaku, pemberdayaan masyarakat serta kemitraan swasta;
3. Meningkatkan kesehatan lingkungan sekitar;
4. Meningkatkan upaya dalam bidang kesehatan;
5. Meningkatkan sumber daya kesehatan;
6. Meningkatkan kebijakan dan manajemen pembangunan bidang kesehatan;
7. Meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan;
8. Meningkatkan lingkungan sosial dan budaya.

## **Fasilitas Pelayanan**

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 6 tahun 2013 fasilitas pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga yaitu (Misnaniarti and Destari, 2018),

1. Fasilitas kesehatan tingkat satu ialah jenis-jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan dan melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan dasar.
2. Fasilitas kesehatan tingkat dua yakni jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang memberi pelayanan kesehatan dasar dan kegiatan pelayanan kesehatan spesialistik.
3. Fasilitas kesehatan tingkat tiga yakni jenis pelayanan kesehatan yang memberi pelayanan dan melaksanakan pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan spesialistik, serta kegiatan pelayanan kesehatan subspecialistik.

## **Misi Pembangunan Kesehatan**

Terkait misi dalam pembangunan dibuat agar terwujudnya pembangunan kesehatan yang merata. Misi pembangunan kesehatan

ini sudah dilakukan penetapan dalam buku Indonesia Sehat 2010 (Lubis, 2009):

1. Melaksanakan pergerakan untuk pembangunan nasional berwawasan kesehatan agar bisa terwujudnya Indonesia sehat sejahtera, maka setiap penanggung jawab bagian program pembangunan kesehatan agar dapat memberikan pertimbangan kesehatan dalam segala kebijakan pembangunannya. Oleh karenanya setiap elemen Sistem Kesehatan Nasional wajib mempunyai suatu peranan sebagai garda terdepan penggerak utama dalam pembangunan nasional berwawasan kesehatan.
2. Memberi motivasi dan dorongan kepada masyarakat dalam memilih serta memperoleh berbagai pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menjadi penentu dalam menunjang keberhasilan pembangunan kesehatan.
3. Memelihara serta melakukan peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan juga terjangkau. Hal yang menjadi tanggung jawab sektor kesehatan yaitu memberikan jaminan ketersediaan pelayanan kesehatan yang memiliki mutu tinggi, merata dan juga dapat dijangkau oleh masyarakat. Dalam penyelenggara pelayanan kesehatan bukan hanya berada ditangan pemerintah, melainkan keikutsertaan seluruh masyarakat dan potensi swasta yang ada.
4. Memelihara dan melakukan peningkatan kesehatan individu, keluarga, masyarakat serta lingkungannya. Agar terlaksananya penyelenggaraan upaya peningkatan kesehatan maka hal yang wajib diperhatikan ialah tindakan promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif serta rehabilitatif.

### **Strategi Pembangunan Kesehatan**

Dalam membuat rancangan strategi pembangunan nasional harus berlandaskan pada kebijakan nasional, hal ini mencakup dimana segala sektor itu harus terlibat untuk mewujudkan kebijaksanaan tersebut. Beberapa hal penting yang perlu diterapkan adalah (Lubis, 2009):

## Konsep Pembangunan Kesehatan

### 1. Pembangunan Kesehatan Berwawasan Kesehatan

Segala program pembangunan nasional yang diselenggarakan di Indonesia wajib untuk memberikan kontribusi positif terhadap kesehatan, yaitu terbentuknya lingkungan dan perilaku hidup sehat.

### 2. Profesionalisme

Dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang memiliki kualitas dan mutu terbaik serta dilaksanakan melalui penerapan kemajuan ilmu teknologi, dan hal ini juga didukung oleh nilai-nilai moral juga etika yang baik.

### 3. Desentralisasi

Penyelenggaraan upaya kesehatan harus berdasarkan permasalahan dan potensi spesifik pada tiap - tiap daerah. Desentralisasi pada intinya ialah pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah dalam mengatur sistem pemerintah dan rumah tangga sendiri dipandang lebih sesuai untuk membantu proses pengelolaan pembangunan.

## Peran Serta Masyarakat dalam Bidang Kesehatan

Peranan masyarakat pada bidang kesehatan merupakan sebuah kondisi dimana tiap-tiap individu, keluarga serta masyarakat umum memiliki tanggung jawab kepada kesehatan diri, keluarga, ataupun kesehatan masyarakat beserta lingkungannya. Peranan masyarakat pada bidang kesehatan bisa dibagi menjadi (Sulaiman, 2021):

### 1. Peranan Serta Masyarakat sebagai Kebijakan

Dalam hal ini bahwasannya peranan serta masyarakat ialah kebijaksanaan yang sangat tepat dan baik agar bisa dilaksanakan.

### 2. Peranan Serta Masyarakat sebagai Strategi

Dalam hal ini memiliki pemahaman bahwasannya peran serta masyarakat merupakan strategi tepat agar bisa mendapatkan sebuah dukungan masyarakat (*public support*). Pendapat ini didasarkan pada pemahaman bahwa apabila suatu masyarakat mempunyai pengambilan keputusan dan kepedulian tinggi serta

tiap tingkatan pengambilan keputusan didokumentasikan dengan baik, maka keputusan tersebut bisa mempunyai kredibilitas yang sangat baik.

### **3. Peranan Masyarakat sebagai Alat Komunikasi**

Peranan serta masyarakat diberdaya gunakan sebagai alat untuk menemukan maupun mendapatkan masukan informasi dalam proses pengambilan keputusan. Pada persepsi yang satu ini berlandaskan pada alur pikir bahwasannya pemerintah dirancang agar bisa memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat, sehingganya pandangan dan preferensi dari masyarakat itu adalah masukan yang bernilai guna terwujudnya sebuah keputusan yang responsif.

### **4. Peranan Masyarakat sebagai Terapi**

Dalam persepsi yang satu ini, peranan masyarakat itu sendiri dikatakan sebagai upaya dalam mengatasi segala permasalahan psikologis masyarakat seperti halnya perasaan ketidak berdayaan (*sense of powerlessness*), tidak memiliki rasa percaya diri dan perasaan bahwa diri mereka bukan merupakan komponen yang penting didalam masyarakat.

## **Tren dan Isu Pembangunan Kesehatan**

Arah pada pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat, sesuai pada arah pembangunan nasional, yaitu (Tumanggor, 2010):

1. Pembangunan kesehatan merupakan sebuah bagian integral dari pembangunan nasional
2. Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat wajib terselenggara dengan adil, bermutu dan juga merata dengan melayani secara khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang mengalami keterlantaran.
3. Pembangunan kesehatan terselenggara dengan strategi pembangunan profesionalisme, desentralisasi dan juga jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan segala tantangan yang ada.
4. Usaha pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilakukan melalui program untuk meningkatkan sikap dan

## Konsep Pembangunan Kesehatan

perilaku hidup sehat, memelihara lingkungan sehat, memberikan pelayanan kesehatan dan mendapat dukungan oleh sistem pengamatan, Informasi serta manajemen yang handal.

5. Pengadaan dan meningkatkan prasarana kesehatan.
6. Tenaga yang mempunyai sifat serta sikap nasionalis, etis, professional dan memiliki jiwa semangat serta motivasi tinggi dalam memberikan pengabdian kepada bangsa dan negara, mempunyai sikap disiplin yang tinggi, bertanggung jawab, inovatif, berilmu, berbudi luhur dan tak kalah penting sangat memegang teguh etika profesi.

### Program Kesehatan Unggulan

Sebuah program unggulan yang baik dilakukan demi terwujudnya serta meningkatnya percepatan perbaikan derajat kesehatan masyarakat yang dinilai sangat penting dalam mendukung keberhasilan program pembangunan nasional. Terdapat beberapa program kesehatan yang bisa dilakukan untuk pembangunan kesehatan, yakni sebagai berikut (Nurachma, 2020):

1. Program dalam melakukan pencegahan penyakit menular dan imunisasi.
2. Program memperhatikan keselamatan dan kesehatan para pekerja.
3. Program mencegah terjadinya kecelakaan dan memperhatikan keselamatan lalu lintas.
4. Program pada kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.
5. Program dalam meningkatkan pola dan perilaku hidup sehat.
6. Program dalam mengawasi obat, bahan berbahaya makanan dan minuman.
7. Program lingkungan pemukiman, air dan udara sehat.
8. Program dalam perbaikan gizi sehat dan seimbang.
9. Program untuk anti tembakau, anti alkohol dan madat.
10. Program untuk kebijaksanaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan dan juga hukum kesehatan, (safrudin and hamidah, 2009).

## Daftar Pustaka

- Arianto, K. and Fitriana, E.N. (2013) 'Modal sosial dalam kemandirian masyarakat di bidang kesehatan', *JKAP (Jurnal Kebijakan dan Administrasi Publik)*, 17(2), pp. 37–49.
- Fertman, C.I. and Allensworth, D.D. (2016) 'Health promotion programs: from theory to practice 2010'. Ca.: San Francisco: Jossey-Bass.
- Indonesia, P.R. (2012) 'Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional', *Jakarta: Pemerintah Pusat* [Preprint].
- Krisanty, P. *et al.* (2009) *Asuhan keperawatan gawat darurat*. Trans Info Media.
- Lubis, A.F. (2009) *Ekonomi kesehatan*. USUpress.
- Misnaniarti, M. and Destari, P.K. (2018) 'Aspek penting akreditasi puskesmas dalam mendukung implementasi jaminan kesehatan nasional', *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, pp. 10–16.
- Nurachma, E. (2020) *Modul Promosi Kesehatan*. Penerbit NEM.
- R Hapsara Habib Rachmat, D.P.H. (2018) *Pancasila Dan Pengaruhnya Pada Filsafat, Pemikiran Dasar Serta Pelaksanaan Pembangunan Kesehatan*. UGM PRESS.
- RI, K. (2013) 'Riset kesehatan dasar 2013', *Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 16.
- Safrudin, S.K.M. and Hamidah, S.P. (2009) 'Kebidanan komunitas', in. EGC.
- Sulaiman, E.S. (2021) *Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan: Teori dan Implementasi*. UGM PRESS.
- Tumanggor, R. (2010) 'Masalah-masalah sosial budaya dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia', *Jurnal masyarakat dan Budaya*, 12(2), pp. 231–254.

### PROFIL PENULIS



#### **M. Khalid Fredy Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Penulis merupakan anak dari Drs. H Mudarni, M.Pd.I dan Hj. Erna Wati, S.Pd sebagai anak kedua dari tiga bersaudara, Kakak penulis bernama M.Eko Arif Saputra, S.Pd dan adik bernama Apt. Rizka Amalia Putri, S.Farm. Penulis menempuh pendidikan di SDN 1 Pasar Krui, melanjutkan pendidikan di MTs NU Krui, MAN 1 Pesisir Barat kemudian melanjutkan kuliah di perguruan tinggi dengan jurusan S1 Keperawatan (S.Kep) dan Profesi Ners (Ns) di Universitas Mitra Indonesia, setelah itu melanjutkan kuliah lagi di jenjang S2 dengan jurusan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis aktif di dunia organisasi saat menjadi pelajar dan di bangku perkuliahan, pernah menjabat sebagai Presiden BEM di Universitas Mitra Indonesia, aktif di HMI (Himpunan mahasiswa Islam), LDK (Lembaga dakwah kampus), UKM Seni dan Olahraga, Pramuka, PPI Pesisir Barat dan kerap di undang menjadi narasumber di berbagai kegiatan seminar. Penulis adalah Owner serta Direktur Utama di CV. Sahabat Cerdas Indonesia, sebagai praktisi keperawatan dan menjadi dosen keperawatan perguruan tinggi di provinsi lampung, Penulis juga sering mengikuti berbagai kegiatan pelatihan sertifikasi dan mendapatkan berbagai gelar non akademik seperti CP.NNLP, CH., CHt., CBWCN., C.PI., C.PS., C.MPI dan lain sebagainya.

Akhir kata penulis mengucapkan rasa syukur yang sebesar – besarnya atas selesainya buku ini dan semoga memberikan manfaat yang besar bagi para pembaca nya, Aamiin.

Email Penulis: [fredyfk@gmail.com](mailto:fredyfk@gmail.com)



# BAB 2 KEBIJAKAN KESEHATAN

**Lutfiyah Rizqulloh, MKM.**  
Politeknik Bina Trada Semarang

## **Pengertian Kebijakan**

Selama tahun 2020 Indonesia tengah menghadapi masalah kesehatan yang dialami hampir seluruh negara di dunia yaitu penyakit *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Pemerintah sudah mengambil beragam langkah kebijakan untuk mencegah penyebaran Covid-19 mulai dari kebijakan bekerja dari rumah, beribadah dari rumah, serta pembatasan kegiatan. Kebijakan tersebut pastinya memiliki dampak bagi masyarakat terutama pada sektor ekonomi, sehingga pemerintah banyak mengeluarkan peraturan yang berfungsi sebagai upaya pencegahan penyebaran Covid-19 yang dapat berakibat pada perekonomian Indonesia.

Segala kebijakan yang diambil merupakan dinamika dari kebijakan publik. Kebijakan pemerintah seringkali membuat rakyat sering dibuat susah sehingga perlu adanya kebijakan yang efektif. Tugas mulia kebijakan adalah mengatur ketertiban dalam bernegara yang dibuat oleh aktor kebijakan. Kebijakan publik bisa diartikan sebuah seni, seni karena membutuhkan pandangan luas, inovasi, dan fantasi untuk merekognisi masalah-masalah masyarakat, penyusunan kebijakan publik, dan kemudian mencari tahu apakah kebijakan tersebut pada akhirnya membuat masalah dapat teratasi menjadi baik atau tidak.

Berdasarkan KBBI kebijakan yaitu aturan dan prinsip yang membentuk dasar suatu rencana untuk melaksanakan pekerjaan, manajemen dan praktek (berlaku untuk manajemen, organisasi, dll); gagasan, dasar, tujuan dan panduan bagi manajemen dalam mencapai

## Kebijakan Kesehatan

tujuan. Istilah kebijakan sering disamakan dengan istilah politik. Hal ini mungkin karena belum diketahui secara pasti terjemahan istilah politik ke dalam bahasa Indonesia.

Kebijakan atau disebut sebagai prosedur operasional yang menunjukkan perilaku aktor, seperti pejabat, kelompok atau lembaga tertentu, untuk memecahkan suatu masalah. Pengertian kebijakan dapat dilihat tidak hanya dari pengamatan di atas, yaitu untuk memecahkan masalah saja akan tetapi sebuah keputusan. Kebijakan menurut Thomas Dye (dalam H.K. Colebatch & Hoppe, 2018) merupakan yaitu apapun yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah. Lasswell (1971) sebagai tokoh awal dalam kebijakan menyatakan bahwa kebijakan bukan hanya menjadi masalah teknis saja tetapi lebih kepada bagaimana melakukan penyusunan dan pengimplementasian dari kebijakan tersebut.

Dari pernyataan tersebut dapat dipahami bahwa kebijakan adalah usaha untuk mencapai suatu tujuan tertentu juga merupakan cara untuk memecahkan masalah dengan cara tertentu dan pada waktu tertentu yang dapat dijadikan panduan dalam menuju tujuan yang sudah diputuskan.

Istilah kebijakan sendiri masih kontroversial dan diperdebatkan di kalangan profesional. Dibawah ini merupakan pemahaman dalam sebuah kebijakan:

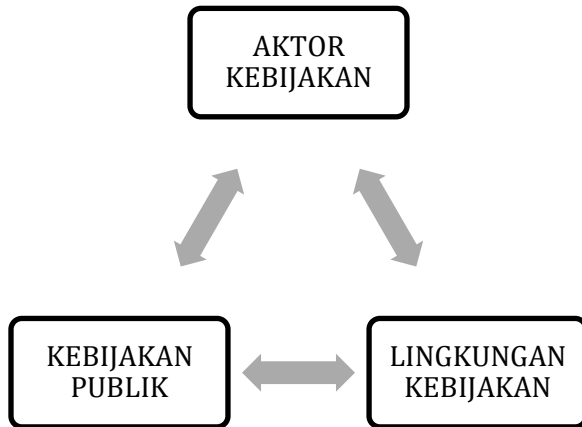
1. Keputusan dan kebijakan dua unsur yang berbeda;
2. Antara administrasi dan kebijakan yang sebenarnya belum tentu berbeda;
3. Merupakan tindakan seorang aktor dan harapan-harapan;
4. Politik memiliki dasar yang dapat diperoleh;
5. Tujuan kebijakan dapat terlihat secara tersurat maupun tersirat;
6. Berawal dari sebuah alur yang sedang berlangsung;
7. Merupakan hubungan antara dan di dalam organisasi;
8. Kebijakan seringkali dirumuskan atau didefinisikan berdasarkan prasangka sendiri.

Dengan demikian artinya kebijakan adalah sesuatu yang dihasilkan oleh pembuat kebijakan (pemerintah) sebagai suatu bentuk rancangan berdasarkan peristiwa sosial. Peristiwa ini muncul

dari sebuah proses kehidupan sosial yang tidak asing, terisolasi dan mandiri dari masyarakat.

### Komponen Kebijakan

Komponen kebijakan terdiri dari pelaku kebijakan (*actor*), kebijakan publik (*public policy*) dan lingkungan kebijakan (*environmental policy*).



**Gambar 2.1** Komponen Kebijakan

Sumber: Wibawa et al (2003)

Berdasarkan gambar 2.1 terlihat bahwasannya sebuah sistem kebijakan akan memiliki elemen-elemen kebijakan yang saling terhubung bukan berdiri sendiri. Aktor kebijakan meliputi individu, organisasi, atau kelompok. Lingkungan kebijakan seperti lingkungan didalam dan luar pemerintah seperti lingkungan politik, sosial, tingkat pendidikan, dll. Kebijakan publik meliputi kebijakan redistribusi pendapatan, perpajakan, kesejahteraan, kebijakan hak-hak sipil, kesehatan, pertahanan, dll.

Segitiga sistem politik menjelaskan bahwa ada aktor politik yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan publik dan sebaliknya, lingkungan politik memengaruhi dan mempengaruhi aktor politik. Sebagai contoh adanya interaksi dari ketiga komponen tersebut adalah kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional. Penyelenggara pelaksanaan JKN yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

## Kebijakan Kesehatan

Kesehatan, adalah kebijakan kesehatan terkait sistem pembiayaan yang ditujukan bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera, kebijakan tersebut hadir sebagai amanat Pasal 34 ayat 2 Undang-undang Dasar 1945. Lingkungan sosial sebagai pemicu adanya kebijakan ini yang disebabkan tingginya masyarakat tidak mampu membuat jumlah pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara gratis pun meningkat. Sehingga lingkungan politik turut serta dalam proses kebijakan tersebut. Tekanan yang tinggi dari masyarakat bersama lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) mendorong pemerintah untuk menjamin pembiayaan kesehatan bagi masyarakat menengah ke bawah, karena itu dibuat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Selain itu akibat desakan dari presiden (aktor kebijakan) terhadap menteri kesehatan dalam meminimalisir tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) hamil terciptanya kebijakan penjaminan persalinan (Jampersal) kelas III dengan pembiayaan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

### Proses Pembuatan Kebijakan

Proses kebijakan idealnya melibatkan tahapan yang berbeda dari penetapan agenda (*agenda setting*), perumusan (*formulation*), pelaksanaan (*implementation*) dan evaluasi (*evaluation*) (Sutcliffe & Court, 2006). Berikut langkah-langkah dalam proses pembuatan kebijakan:

#### 1. *Agenda Setting*

Penyusunan agenda (*agenda setting*) dilakukan sebagai awal masalah publik diidentifikasi dan dispesifikasikan. Begitu banyaknya masalah yang ada di masyarakat namun tidak semua masalah tersebut akan dijadikan kebijakan oleh pemerintah (Anderson, 2014). Masalah kebijakan dapat didefinisikan sebagai suatu situasi yang menghasilkan kebutuhan atau ketidakpuasan di antara orang-orang dan untuk itu dicari solusi atau perbaikan melalui tindakan pemerintah. Karena tidak semua masalah akan menjadi masalah publik.

Aspek penting dari definisi masalah adalah sebab-akibat, suatu kondisi dapat didefinisikan sebagai masalah, tetapi apa yang menyebabkan kondisi tersebut? Banyak masalah kejahatan, kemiskinan, inflasi, dan polusi udara memiliki banyak penyebab. Misalnya, inflasi, pergerakan harga yang terus meningkat ke atas pada tingkat yang tidak dapat diterima yang diukur dengan indeks harga konsumen, merupakan masalah publik. tapi apa penyebabnya? apakah itu kekurangan produksi barang dan jasa? kelebihan permintaan barang dan jasa? terlalu banyak uang beredar? produk psikologi inflasi, di mana orang mengharapkan harga terus naik? untuk menangani masalah secara efektif, penyebab yang mendasarinya tidak mudah untuk didiagnosis atau dievaluasi. Mengidentifikasi penyebab masalah dan mendapatkan kesepakatan tentangnya mungkin merupakan tugas yang sulit bagi pembuat kebijakan, sehingga definisi masalah seringkali merupakan proses politik yang hasilnya akan membantu menentukan solusi yang tepat.

Masalah publik (*public problem*) dan masalah pribadi (*privat problem*) merupakan bagian dari masalah. Masalah publik merupakan permasalahan yang berakibat luas, termasuk seseorang yang tidak terlibat langsung. Dalam hal ini dapat terlihat bagaimana seberapa besar pemerintah memberikan perhatian untuk menangani masalah tersebut. Masalah pribadi (*privat problem*) adalah permasalahan terbatas atau hanya menyangkut segelintir orang yang terlibat.

## 2. Formulasi Kebijakan

Setelah salah satu masalah sudah masuk dalam agenda pemerintah hal selanjutnya adalah bagaimana merumuskan kebijakan tersebut. Formulasi kebijakan sebagai perencanaan dan kelanjutan dari agenda kebijakan yang mana akan melakukan eliminasi dari pilihan-pilihan kebijakan sampai tersisa hanya satu yang dipilih oleh pembuat kebijakan. Proses untuk menetapkan pilihan dilakukan dengan mempertimbangkan kebijakan mana yang mungkin dan mana yang tidak (Howlett et al., 2020).

Aktor dalam melakukan formulasi kebijakan ada dari lembaga pemerintah (lembaga legislatif, eksekutif, yudikatif, para birokrat, lembaga/badan pemerintah) dan lembaga luar pemerintah (perguruan tinggi, lembaga swadaya masyarakat, partai politik, dan kelompok kepentingan lainnya. Aktor tersebutlah yang nantinya akan menentukan mana masalah yang paling penting untuk diangkat menjadi kebijakan. Banyak model yang bisa dilakukan dalam menentukan formulasi kebijakan diantaranya sebagai berikut:

**Tabel 2.1 Model Formulasi Kebijakan**

No	Model Formulasi Kebijakan	Keterangan
1.	Institusional	Merupakan model tradisional yang fokusnya pada struktur organisasi pemerintahan karena kegiatan politik menitikberatkan pada lembaga pemerintahan seperti lembaga legislatif, eksekutif, yudikatif
2.	Elite-Massa	Kebijakan publik mengalir dari pemegang kuasa (elit) ke yang bukan pemegang kekuasaan (massa)
3.	Kelompok	Kebijakan publik sebagai titik keseimbangan ( <i>Equilibrium</i> ) antar kelompok yang saling berinteraksi
4.	Sistem-Politik	Suatu proses sistem yang terjadi interaksi antara antara masukan kebijakan ( <i>input</i> ), tahapan proses hingga muncul keluaran ( <i>output</i> )
5.	Rasional	Membuat pemerintah harus memilih yang lebih efektif dan efisiensi dalam biaya
6.	Inkremental	Model ini merupakan keberlanjutan dari kebijakan yang telah lalu dan dilakukan perubahan secara berangsur-angsur

Sumber: Diolah penulis

Dari model-model diatas memiliki kelebihan dan kelemahan. Menurut Thomas Dye (2013) kriteria model tersebut dapat digunakan adalah Apakah model tersebut mampu mengidentifikasi aspek-aspek terpenting dari kebijakan publik? Apakah model itu mengkomunikasikan sesuatu yang betul-betul berarti sedemikian rupa sehingga semua orang mengerti? Apakah Model itu menyodorkan penjelasan tertentu mengenai kebijakan? Apakah model itu sesuai dengan realita?

Penelitian terbaru menegaskan bahwa penerimaan model dipengaruhi oleh kolaborasi antara ciri-ciri model, sarana yang mendukung, dan faktor organisasi (Kolkman et al., 2016).

### 3. Adopsi Kebijakan

Tahap penerimaan politik adalah tahapan dimana keputusan kebijakan dibuat dengan dukungan pemangku kepentingan atau aktor. Langkah dalam mengadopsi kebijakan dilakukan sesudah melalui proses pertimbangan sebagai berikut (Dunn, 2009):

- a. Mengenali preferensi kebijakan (*policy options*) yang akan dilaksanakan oleh pemerintah untuk mencapai keinginan dan tujuan yang sudah ditentukan bagi seluruh masyarakat.
- b. Identifikasi dan pemilihan standar khusus untuk mengevaluasi solusi yang telah disarankan.
- c. Memeriksa solusi-solusi tersebut terhadap standar yang relevan (spesifik) sehingga terdapat dampak positif yang lebih besar dari kebijakan alternatif tersebut.

### 4. Implementasi Kebijakan

Pelaksanaan kebijakan suatu kebijakan yang sudah ditetapkan oleh aktor pembuat kebijakan. Implementasi kebijakan dapat meliputi apa dan bagaimana proses implementasi serta mengetahui faktor apa saja yang menyebabkan kebijakan tersebut dapat terlaksana atau tidak. Sehingga, keputusan tentang program kebijakan yang diadopsi sebagai solusi alternatif untuk masalah harus dibuat oleh badan eksekutif dan pemerintah tingkat bawah. Implementasi kebijakan tanpa dilakukan akan menjadi tumpukan-tumpukan catatan diatas meja kerja pejabat (Winarno, 2014).

Implementasi kebijakan berbeda dari tahapan pembuatan kebijakan karena terdapat ciri dan pembedanya. Pembuatan kebijakan adalah proses *bottom-up* yang berarti terdapatnya aspirasi yang disampaikan oleh masyarakat luas. Sedangkan implementasi kebijakan di sisi lain menganut sistem *top-down* implementasi kebijakan yang bermakna mendapatkan pilihan-pilihan kebijakan yang berdasarkan pemegang kekuasaan atau kebijakan secara abstrak. Terdapat model-model implementasi kebijakan dapat dilihat sebagai berikut:

**Tabel 2.2 Model Implementasi Kebijakan**

No	Model Implementasi Kebijakan	Keterangan
1.	Grindle	Kebijakan dapat terlaksana dengan baik disebabkan oleh lingkungan implementasi kebijakan dan isi kebijakan ( <i>content of policy</i> )
2.	Van Matter Van Horn	Keberhasilan kebijakan dilihat dari variabel komunikasi antar organisasi, karakteristik badan pelaksana, sasaran kebijakan, dan sumber daya
3.	Edward III	Sumber daya, struktur birokrasi, disposisi, dan komunikasi dapat mempengaruhi implementasi kebijakan
4.	Mazmanian dan Sabatier	Implementasi kebijakan dilihat dari variabel independen, <i>intervening</i> , dan dependen
5.	Hogwood and Gunn	Analisis implementasi kebijakan dilihat dari pendekatan ( <i>the top down approach</i> )
6.	Goggin	Sistem implementasi kebijakan bertujuan untuk menyampaikan informasi atau pesan dari otoritas yang lebih tinggi kepada otoritas yang lebih rendah

Sumber: Diolah penulis



## 5. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan memanasifestasikan sebagai kegiatan fungsional yang merupakan sepanjang alur kebijakan tidak hanya pada tahap akhir saja. Tujuan evaluasi kebijakan sebagai pemantauan pelaksanaan kebijakan yang telah ditetapkan sesuai dengan tujuan yang sudah direncanakan serta mengukur tingkat ketercapaian sasaran kebijakan.

Menurut (Ayuningtyas, 2018) analisis evaluasi kebijakan meliputi enam dimensi yaitu:

- a. Efektivitas, merupakan pengukuran kebijakan berdasarkan ketepatan waktu dalam mencapai tujuan.
- b. Efisiensi, melihat seberapa banyak usaha yang dilakukan dalam mencapai tujuan kebijakan atau seberapa besar biaya, usaha, pengorbanan yang telah dilakukan.
- c. Ketepatan (*adequacy*), seberapa tepat sebuah kebijakan dalam menyelesaikan masalah publik.
- d. Pemerataan (*equity*), menilai apakah seluruh lapisan masyarakat sudah merasakan kebijakan publik yang telah ditetapkan.
- e. Kepekatanggapan (*responsiveness*), melihat apakah hasil dari suatu kebijakan sudah sesuai dengan aspirasi dari masyarakat.
- f. Ketepatan gunaan (*appropriateness*), implementasi kebijakan yang sudah ditetapkan dilihat seberapa besarnya keuntungan dan manfaat yang dihasilkan kepada masyarakat.

## Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan termasuk dalam salah satu kebijakan publik. Kebijakan kesehatan yang berarti segala kebijakan yang diambil mengenai bidang kesehatan. Kebijakan kesehatan nasional bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan penduduk suatu negara (Ayuningtyas, 2014). Kebijakan kesehatan adalah setiap pengambilan keputusan tentang sistem kesehatan oleh lembaga negara, organisasi, organisasi non-pemerintah dan aktor lainnya (Buse et al., 2012).

Kebijakan kesehatan menggambarkan cara, ketentuan, dan perilaku yang dilakukan sebagai upaya peningkatan tujuan kesehatan

## Kebijakan Kesehatan

masyarakat. Keniscayaan kebijakan kesehatan sekiranya adanya kebijakan publik yang diperkuat dengan mempertimbangkan status sektor kesehatan yang unik, yaitu sektor kesehatan sangat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan serta ketidakpastian masyarakat luas dari kondisi sakit (Ayuningtyas, 2014). Kebijakan kesehatan merupakan salah satu kebijakan publik. Tujuan kebijakan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan.

Menurut *World Health Organization* (2018) terdapat beberapa elemen dalam menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan:

1. Holistik, artinya pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak hanya fokus pada bidang kuratif akan tetapi juga lebih mengutamakan upaya preventif, promotif, dan rehabilitatif.
2. Partisipatori, bermakna bahwa dukungan masyarakat luas untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kebijakan, yang menjadi penguat dalam pelaksanaan kebijakan dan penyelesaian masalah.
3. Ekuitas, yaitu distribusi yang adil terhadap pelayanan kesehatan, tanpa melihat strata ekonomi maupun sosialnya. Dikarenakan kesehatan merupakan hak asasi manusia dan negara melindunginya.
4. Kebijakan publik yang sehat, adalah segala kebijakan didorong untuk mendukung pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi pada masyarakat.
5. Efisiensi, merupakan pelayanan kesehatan harus proaktif dalam mengoptimalkan biaya dan teknologi.
6. Kualitas, adalah pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga negara.
7. Pemberdayaan masyarakat, yaitu mengoptimalkan sumber daya yang dimiliki terpenting pada daerah terpencil dan perbatasan.
8. *Self-reliant*, kebijakan kesehatan dirancang semaksimal mungkin untuk mengimplementasikan kepercayaan dan keyakinan masyarakat tentang kemampuan kesehatan daerahnya sendiri.

Pengambilan keputusan dalam pembuatan kebijakan kesehatan merupakan proses yang panjang dilakukan dengan proses penelitian dan pencarian *problem solving*. Kebijakan kesehatan dinyatakan

dalam konstitusi, undang-undang dan peraturan, platform partai politik atau dokumen kebijakan (Ritsatakis et al., 2000).

Berhasil tidaknya kebijakan kesehatan perlu dilakukan perencanaan yang baik berasal dari prediksi yang mampu menciptakan pilihan desain yang tepat sesuai dengan keinginan masyarakat.

### Daftar Pustaka

- Anderson, J. E. (2014). *Public Policy Making : An Introduction (8th Edition)*. Cengage Learning.
- Ayuningtyas, D. (2014). *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. PT Raja Grafindo Persada.
- Ayuningtyas, D. (2018). *Analisis Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Aplikasi*. PT Raja Grafindo Persada.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy 2nd Edition*. McGraw-Hill Education.
- Dunn, W. N. (2009). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*. Gajah Mada University Press.
- Dye, T. R. (2013). *Understanding Public Policy Edition (Fourteenth)*. American Elsevier.
- H.K. Colebatch, & Hoppe, R. (2018). *Handbook on Policy, Process and Governing*.
- Howlett, M., M. Ramesh, & Perl, A. (2020). *Studying Public Policy Principles and Processes Fourth Edition*. Oxford University Press.
- Kolkman, D. A., Campo, P., Balke-Visser, T., & Gilbert, N. (2016). How to Build Models For Government: Criteria Driving Model Acceptance in Policymaking. *Policy Sciences*, 49(4), 489–504. <https://doi.org/10.1007/s11077-016-9250-4>
- Lasswell, H. D. (1971). *A Preview of Policy Sciences*. American Elsevier.

## Kebijakan Kesehatan

Ritsatakis, A., Barnes, R., Dekker, E., Harrington, P., Kokko, S., & Makara, P. (2000). *Exploring Health Policy Development in Europe*. WHO Regional Publications.

Sutcliffe, S., & Court, J. (2006). *Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries*. Overseas Development Institute.

Wibawa, S., Astidani, D., Hadna, A. H., & Purwanto, E. A. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*. Gajah Mada University Press.

Winarno, B. (2014). *Kebijakan Publik: Teori, Proses, dan Studi Kasus (Edisi Revisi)*. CAPS.

World Health Organization. (2018). *Handbook For National Quality Policy And Strategy*. <http://apps.who.int/bookorders>.

## PROFIL PENULIS



### **Lutfiyah Rizqulloh, MKM.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 2 Kotabumi dengan memilih Jurusan IPA dan berhasil lulus pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro pada tahun 2014. Setelah itu, penulis menyelesaikan studi S2 di Prodi Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kebijakan dan Hukum Kesehatan Universitas Indonesia.

Penulis memiliki kepakaran di bidang kesehatan khususnya kebijakan kesehatan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan publikasi di bidang kesehatan. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [lutfiyah.rizqulloh@gmail.com](mailto:lutfiyah.rizqulloh@gmail.com)

# BAB 3 ILMU KESEHATAN

**Denisius Umbu Pati, SKM., M.Kes.**  
Universitas Kristen Wira Wacana Sumba

## **Konsep Sehat dan Sakit dalam Pengertian Kesehatan**

Pada umumnya kondisi sehat dan sakit pada seseorang tidak dapat dipisahkan, karena secara fisik seseorang dapat dikatakan sehat namun secara mental mungkin orang tersebut tidak dalam keadaan baik-baik saja. Kondisi sehat seseorang itu harus benar-benar dilihat dari semua faktor seperti fisik, mental, maupun sosial ekonomi.

Konsep sehat dan sakit dalam artian yang sesungguhnya merupakan keadaan seseorang yang sulit diartikan di dalam kehidupan kita sehari-hari jika diamati secara langsung, keadaan ini merupakan suatu keadaan atau kondisi seseorang yang dapat juga kita amati dan kita rasakan diluar kehidupan kita dalam aktivitasnya ditengah masyarakat, Hal ini kemudian mempengaruhi pengertian atau pemahaman tentang konsep sehat maupun konsep sakit, misalnya orang tanpa keluhan fisik dianggap yang paling sehat. Banyak yang beranggapan balita dengan kasus obesitas (status gizi lebih) adalah anak yang sehat meskipun kondisinya kelebihan berat badan atau *overweight* menurut standar gizi. Subjektivitas dan faktor budaya juga mempengaruhi pemahaman tentang konsep kesehatan pada umumnya.

Menurut *World Health Organization* (WHO) merumuskan bahwa sehat merupakan keadaan seseorang yang mempunyai fisik secara sempurna, mental maupun soial, dan harus terbebas dari penyakit atau kecacatan (*disability*). Sehat menurut WHO mengandung 3 karakteristik yakni: sehat adalah seseorang dapat merefleksikan dirinya sebagai manusia, alur pemikiran seorang individu tentang konsep sehat dalam konteks internal maupun eksternal, seorang induvidu mengartikan sehat sebagai hidup yang kreatif dan produktif.

Sehat juga dapat dikatakan sebagai kemampuan seorang individu dalam melakukan aktivitas yang mengerakkan sumber daya fisik, mental dan spiritual untuk mendukung dan memberi manfaat dimanapun seseorang berada. Masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat kompleks dari sudut pandang yang berbeda misalnya masalah lingkungan yang terjadi secara alamiah dan lingkungan disebabkan buatan manusia, sosial budaya, perilaku, pertambahan jumlah penduduk (populasi) dan lain sebagainya.

Sehat secara fisik merupakan keadaan seseorang dimana ia tidak merasakan kesakitan serta kondisi tubuh dan organ tubuhnya dalam kondisi normal yang mampu berfungsi dengan baik. Sehat secara mental dapat didefinisikan sebagai keadan jiwa dan pemikiran seseorang dapat berfikir secara logis dan dapat dimengerti oleh orang lain atau kondisi perkembangan fisik, mental dan emosional seseorang yang optimal sehingga mampu berpikir secara logis dan jernih.

Sehat secara spiritual ialah keadaan manusia dalam menjalankan kehidupannya yang mengakui adanya Tuhan dan melakukan ibadah secara normal sesuai aturan, norma dan kaidah yang berlaku didalam agama yang dianut setiap individu, cerminan dari sehat secara spiritual ialah menghargai agama orang lain (sikap toleransi), rasa bersyukur, memaafkan, mengendalikan diri, adanya rasa sayang kepada orang lain (penganut agama lain) maupun sesama dan mengaplikasikan ajaran agama yang baik dan benar. Sehat secara spiritual ialah keadaan seseorang saat memperlihatkan kehidupannya yang mengakui adanya Tuhan dan melakukan ibadah secara normal sesuai aturan, norma dan kaidah yang berlaku didalam agama yang dianut setiap individu, cerminan dari sehat secara spiritual ialah menghargai agama orang lain (sikap toleransi), rasa bersyukur, memaafkan, mengendalikan diri, adanya rasa sayang kepada orang lain (penganut agama lain) maupun sesama dan mengaplikasikan ajaran agama yang baik dan benar. Sedangkan sehat secara sosial merupakan keadaan seseorang yang dapat hidup berdampingan dan dapat bersosialisasi dengan sesama, mematuhi aturan yang berlaku dimasyarakat dan dapat diterima hidup bersama masyarakat.

Derajat kesehatan masyarakat dapat digambarkan sebagai kesejahteraan psikososial somatik. 4 (empat) faktor derajat kesehatan masyarakat sebagai berikut:

1. Faktor Lingkungan
2. Faktor Perilaku
3. Faktor keturunan (*heredity*) dipengaruhi jumlah penduduk dan distribusi penduduk.
4. Faktor *health care service* merupakan program kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

Berdasarkan 4 (empat) faktor di atas, faktor lingkungan dan faktor perilaku merupakan faktor yang paling berpengaruh (dominan) dalam derajat kesehatan masyarakat. Faktor yang mempengaruhi perilaku sakit, peran orang sakit yaitu perbedaan kelas sosial, etnis dan budaya.

Konsep sakit merupakan pandangan seseorang terhadap penyakitnya yang berhubungan dengan pengalaman seseorang individu yang dialaminya secara langsung hal ini juga (konsep sakit) dapat bersifat subjektif. Penyakit merupakan suatu bentuk reaksi biologi (reaksi dalam diri seseorang) terhadap suatu organisme benda asing atau luka (bersifat objektif). Berdasarkan hasil pengamatan atau hasil penelitian yang didapatkan ialah seorang individu yang mengeluh sakit belum tentu ketika diperiksa secara medis terdapat atau ditemukan penyakit dalam diri seorang tersebut begitupun sebaliknya ketika seorang individu menderita penyakit belum tentu individu tersebut merasakan kesakitan (sakit).

### 1. Kesehatan Prima

Paradigma kesehatan adalah pemikiran dan fokus kita pada konsep kesehatan, dimana segala upaya pada awalnya dititik beratkan pada awal dan akhir dari sebuah konsep sehat atau paradigma kesehatan. Pada mulanya adalah sehat, maka lebih diperhatikan bagaimana orang yang sehat tetap sehat atau terus meningkatkan kesehatannya. Konsep dasar kesehatan meliputi tanggung jawab pribadi, pencapaian tujuan, dinamisme, pertumbuhan proses, pengambilan keputusan, nutrisi, manajemen stres, aktivitas fisik, dan implementasi tindakan.



Gambar di bawah ini merupakan aktivitas dari kesehatan prima.

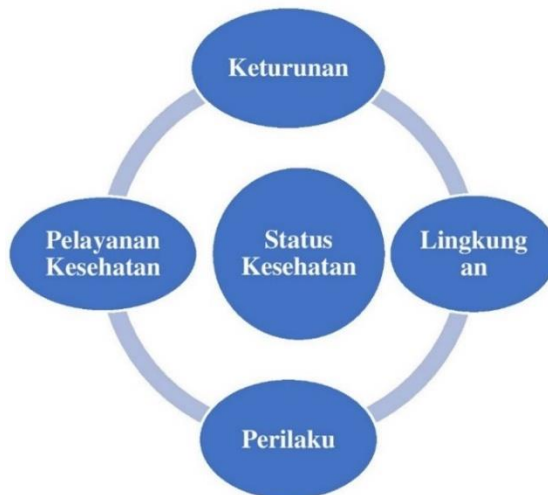


**Gambar 3.1 Pentahelix Kesehatan Prima**

Sumber: Diolah Penulis

**2. Determinan Status Kesehatan L. Bloom**

Teori klasik H.L. Bloom menyatakan bahwa ada empat faktor yang menentukan status kesehatan yaitu keturunan, lingkungan, pelayanan kesehatan dan perilaku individu.



**Gambar 3.2 Determinan Status Kesehatan**

Sumber: Diolah Penulis

Berdasarkan gambar determinan status kesehatan, dibagi menjadi individu, kelompok (komunitas), masyarakat. Keempat faktor tersebut faktor keturunan, lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan cara pendekatannya berbeda-beda. Faktor penentu lain dari individu, kelompok (komunitas) dan masyarakat untuk penentuan determinan status kesehatan tersebut ialah faktor usia, jenis kelamin, pendidikan dan faktor pribadi lainnya.

### a. Keturunan (genetika)

Faktor keturunan (*herediter*) merupakan faktor yang mempengaruhi status kesehatan seseorang yang didasarkan pada keluarga yang dibawa sejak lahir dengan kata lain penyakit keturunan (bawaan/genetik). Contoh buta warna, leukemia, diabetes, hipertensi, dan lain sebagainya. Faktor keturunan merupakan faktor yang sulit untuk dihilangkan. Cara atau solusi untuk mengatasi faktor keturunan (penyakit yang disebabkan dari lahir) ialah dengan perilaku hidup sehat dan seimbang.

Faktor genetik memerlukan perhatian dalam pencegahan penyakit. Faktor ini memiliki dampak paling kecil pada kesehatan seseorang masyarakat dibandingkan dengan faktor lainnya. Misalnya, anak yang lahir dari orang tua penderita diabetes memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan anak yang lahir dari orang tua tanpa diabetes (DM). Untuk pencegahan, anak yang lahir dari orang tua (keluarga) dengan kasus diabetes melitus (DM) harus selalu diinformasikan sebagai bentuk pencegahan dan selalu mewaspadaikan faktor genetik yang diturunkan dari orang tua.

### b. Lingkungan

Faktor lingkungan dapat dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu lingkungan fisik seperti cuaca, iklim, sarana dan prasarana, perumahan, dan sebagainya, sedangkan lingkungan non fisik, seperti lingkungan sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Lingkungan secara umum dibagi menjadi 2 yakni :

#### 1) Lingkungan fisik

Lingkungan fisik meliputi cuaca, musim, keadaan geografis, struktur geologis, dan lain-lain.

#### 2) Lingkungan non fisik

Lingkungan non fisik, lingkungan akibat adanya interaksi antar manusia meliputi sosial-budaya, norma, nilai, adat istiadat, dan lain-lain.

Untuk memahami hubungan antara lingkungan dan kesehatan, dapat digunakan model segitiga yang menjelaskan hubungan antara pengaruh, keinginan dan lingkungan. *Agent* adalah faktor yang dapat menyebabkan penyakit, seperti faktor biologi, kimia, mekanik dan psikologis. *Host* (penjamu) adalah semua faktor yang terkandung dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi timbulnya penyakit dan perkembangan penyakit. Faktor-faktor ini termasuk keturunan, pertahanan tubuh, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, gaya hidup, dan lainnya.

Lingkungan yang sehat akan menjadi penting mempengaruhi sikap dan perilaku manusia. derajat kesehatan lingkungan meliputi:

1) Perumahan

Rumah menurut masyarakat memiliki arti sebagai tempat untuk melepaskan lelah, sebagai tempat untuk istirahat setelah menyelesaikan tugas sehari-hari dan sebagai tempat untuk berlindung dari bahaya yang dapat mengancam.

2) Pembuangan kotoran manusia (*feses*)

Kotoran manusia mengacu pada benda atau zat apa pun yang tidak ada digunakan kembali oleh tubuh dan harus dikeluarkan dari tubuh.

3) Penyediaan air bersih

Penyediaan air bersih bagi masyarakat merupakan peran yang sangat penting dalam meningkatkan lingkungan atau kesehatan masyarakat yaitu peran mengurangi jumlah penderita penyakit, terutama penderita terkait dengan air dan berperan dalam meningkatkan standar atau tingkat/kualitas hidup masyarakat.

4) Pembuangan sampah

Pembuangan sampah yang dikelola dengan buruk akan menyebabkan masalah pada lingkungan. Penumpukan/pembuangan sampah secara sembarangan di

lingkungan terbuka akan menyebabkan pencemaran tanah, dan akan berdampak pada air tanah.

Demikian pula pembakaran sampah akan mencemari udara, membuang sampah ke sungai akan menyebabkan pencemaran air dan sungai, membuang sampah pada saluran air akan menyebabkan saluran tersumbat dan mengakibatkan banjir.

Produksi bersih (*clean production*) merupakan salah satu pendekatan yang dilakukan atau cara-cara yang dilakukan dengan pengurangan sampah yang bertujuan untuk mengurangi sisa-sisa sampah yang berbahaya, mengurangi dan sampah yang dapat digunakan kembali dan aman dalam siklus ekologis selain itu juga dengan pengelolaan ulang sampah yang tidak digunakan dapat meningkatkan pendapat rumah tangga.

Prinsip yang dapat dilakukan dalam pengelolaan sampah yakni prinsip 4R:

1) *Reduce* (Mengurangi)

Meminimalkan barang atau bahan sebanyak mungkin yang digunakan. Semakin banyak barang yang digunakan maka akan semakin banyak pula sampah (limbah) yang dihasilkan.

2) *Reuse* (mengggunakan kembali)

Gunakanlah barang-barang yang bisa dipakai kembali. Sampah yang dihasilkan dapat dipilih kembali yang dapat digunakan untuk menghasilkan kerajinan tangan atau hasil kreativitas yang meningkatkan pendapatan rumah tangga.

3) *Recycle* (mendaur ulang)

Tidak semua sampah yang dihasilkan dapat didaur ulang, saat ini sudah banyak industri informal dan rumah tangga yang memanfaatkan limbah untuk menjadi sesuatu yang meningkatkan pendapatan rumah tangga.

4) *Replace* (Ubah)

Gantilah barang sekali pakai dengan yang lebih tahan lama. Juga gunakan produk yang lebih ramah lingkungan, Misalnya, menukar kantong plastik kita dengan keranjang saat kita

berbelanja karena barang berbahan plastik dan styrofoam secara alami tidak dapat terdegradasi.

5) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)

Saluran yang digunakan sebagai tempat membuang dan mengumpulkan air limbah buangan yang dihasilkan baik dari kamar mandi tempat cuci, dapur (bukan dari peturasan/jamban) dan kemudian dialirkan ke tempat pembuangan akhir dari pada limbah cair, sehingga limbah cair tersebut dapat meresap ke dalam tanah dan tidak menjadi penyebab penyebaran penyakit serta tidak mengotori lingkungan permukiman. Pedesaan maupun perkotaan harus memiliki SPAL baik rumah tangga, maupun perkantoran, pasar, atau tempat perbelanjaan lainnya dan tidak macet sehingga tidak menimbulkan bau yang dapat mencemari lingkungan sekitarnya.

c. Perilaku

Faktor perilaku merupakan gaya hidup atau kebiasaan dari masyarakat. Perilaku kesehatan akan mendukung terjaganya kesehatan pada diri seseorang, sedangkan perilaku tidak sehat akan membawa masyarakat kepada penyakit. Perilaku masyarakat dipengaruhi dengan kebiasaan atau adat istiadat yang terjadi di lingkungan masyarakat. Perilaku dasar yang harus dimiliki oleh individu adalah perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Kegiatan internal yang merupakan bagian dari perilaku seperti berpikir, persepsi dan emosi yakni:

1) Perilaku manusia terhadap sakit

Perilaku seseorang terhadap penyakit, yaitu bagaimana seseorang mengetahui dan merespon baik secara pasif terhadap penyakit dan sakit didalam dan di luar dirinya, dan kemudian secara aktif mengambil tindakan yang diambil sehubungan dengan penyakit tersebut dan bagaimana seseorang menyikapi penyakitnya kemudian melakukan pencegahan penyakit tersebut di antaranya:

a) Perilaku *health promotion behavior* contohnya makan makanan bergizi, berolahraga, dan lain sebagainya.

- b) Perilaku *health prevention behavior* merupakan respons untuk melakukan pencegahan penyakit misalnya tidur menggunakan kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk. Termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
- 2) Perilaku terhadap makanan
- Perilaku makan (*nutrition behavior*) adalah respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan yang penting. Perilaku ini mencakup pengetahuan, persepsi, sikap dan tindakan kita tentang makanan dan komponen gizinya, pengolahan makanan, dan lain-lain terkait dengan kebutuhan tubuh kita. *Personal hygiene* selama pengolahan makanan sangat penting untuk menghasilkan makanan yang tidak mengandung bakteri dan untuk menghindari efek fatal dari keracunan makanan, seperti:
- a) Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun sebelum makan.
  - b) Menghindari serangga/lalat dengan selalu menyajikan makanan dibawah penutup makanan.
  - c) Makanan yang disajikan harus matang dengan suhu yang tepat sehingga dapat membunuh bakteri yang terkandung dalam makanan.
  - d) mencuci sayur dan buah dengan air sampai bersih.
  - e) Makanan dan minuman harus terhindar dari terkontaminasi logam berat.
- 3) Perilaku terhadap kesehatan lingkungan
- Perilaku kesehatan lingkungan adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai faktor penentu kesehatan manusia antara lain:
- a) Perilaku manusia terhadap air bersih, meliputi komponen air bersih, manfaat dan kegunaannya bagi kesehatan manusia.
  - b) Perilaku manusia terhadap lingkungan rumah yang bersih dan sehat, termasuk ventilasi, pencahayaan, kebersihan lantai, dan lain-lain.

d. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang berada disekitar kita seperti fasilitas kesehatan yang lengkap, jarak fasilitas kesehatan dengan rumah masyarakat, keberhasilan masyarakat dalam mengakses fasilitas kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, dan keterampilan tenaga kesehatan. Masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan menjadi kunci keberhasilan dalam preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif atau dengan kata lain mencegah, mengobati, dan merawat kesehatan. Pelayanan kesehatan pada masyarakat juga dipengaruhi dengan kuantitas dan kualitas masyarakat dalam menjangkau fasilitas kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan dapat berupa keterampilan tenaga kesehatan, kelengkapan alat kesehatan, ketersediaan obat, dan fasilitas kesehatan seperti kendaraan merupakan faktor pendukung dalam pelayanan kesehatan.

**3. Aspek Pendukung Kesehatan**

Dewasa ini tentang berpikir sehat merupakan suatu keadaan yang dimiliki seseorang dalam kondisi tidak sakit, jika tidak ada gejala penyakit yang terlihat, berarti tubuh seseorang tersebut berada dalam keadaan yang sehat. Arti dari pernyataan ini tidak tepat, dimana penyakit seseorang baru dapat dirasakan setelah orang tersebut merasakan penderitaan atau dengan kata lain penyakit yang dirasakan sudah dalam keadaan serius seperti kanker yang baru terdeteksi setelah stadium ke-4, bukan berarti penyakit kanker tersebut tidak ada sebelumnya. Sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada gejala penyakit bukan berarti kondisi tubuh dalam keadaan baik.

Sehat merupakan suatu keadaan keseimbangan yang memungkinkan semua sistem organ tubuh kita berfungsi dengan baik. Faktor yang dapat mempengaruhi tubuh agar selalu dalam kondisi sehat, yakni;

- a. Mengonsumsi nutrisi lengkap dan seimbang;
- b. Istirahat teratur dan cukup;
- c. Olahraga teratur;

- d. Kondisi mental, sosial dan rohani yang seimbang;
- e. Lingkungan yang bersih.

Selain itu juga ada upaya-upaya kesehatan yang dilakukan untuk mendukung kesehatan yakni:

a. Upaya Pemeliharaan Kesehatan

Upaya pemeliharaan kesehatan diantaranya yaitu:

- 1) Kuratif merupakan upaya atau usaha yang dilakukan untuk melakukan tindakan pengobatan.
- 2) Rehabilitatif merupakan usaha atau upaya yang dilakukan untuk pemeliharaan atau pemulihan kesehatan setelah dilakukan kuratif dengan tujuan agar tidak memperburuk keadaan individu dengan mengonsumsi obat-obatan untuk kesembuhan penyakit yang dideritanya.

Dari kedua upaya pemeliharaan kesehatan kuratif dan rehabilitatif merupakan hal yang biasanya dilakukan oleh tenaga medis seperti dokter, perawat, bidan dan lain-lain.

b. Upaya peningkatan kesehatan

Upaya peningkatan kesehatan diantaranya yaitu:

- 1) Preventif merupakan usaha atau upaya yang dilakukan untuk pencegahan terhadap suatu penyakit.
- 2) Promotif merupakan usaha atau upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan.

Dari kedua upaya pemeliharaan kesehatan preventif dan promotif merupakan kegiatan yang dilakukan tenaga kesehatan masyarakat (tenaga promotif) selain tenaga medis.



## Daftar Pustaka

- Ani, M., Sebtaleesy, C. Y., Darmiati, Wijayanti, L. A., Farahdiba, I., Megasari, A. L., Sari, T. P., & Sakinah, I. (2022). *Keterampilan Dasar Kebidanan*.
- Fitriani, R., Yuliasatri, N. A., & Adawiyah, R. (2020). *Pelatihan Pengolahan Sampah Melalui Metode 3r (Reuse, Reduce, Dan Recycle) Di Desa Mujur Praya Timur*. 02(1).
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan*. CV. Absolute Media.
- Juwita, C. P. (n.d.-a). *MATAKULIAH BIOLOGI DAN ILMU LINGKUNGAN*.
- Juwita, C. P. (n.d.-b). *Modul Konsep Sehat dan Sakit*.
- Pati, D. U., Ledo, P. A. R. L., & Diaz, M. F. (2021). Optimalisasi Kinerja Pemerintah Desa dalam penggunaan Infrastruktur Water Closet (WC) Umum untuk mengurangi Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di Kecamatan Tanarighu Kabupaten Sumba Barat. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12.
- Ryadi, A. L. S. (2016). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
- Syayuti, S. (n.d.). *Staf Sub Bagian Program, Evaluasi Dan Pelaporan Dinas Lingkungan Hidup Dan Kehutan Provinsi Banten*.

## PROFIL PENULIS



### **Denisius Umbu Pati, SKM., M.Kes.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kesehatan dimulai pada tahun 2010 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 2 Waingapu Kota Waingapu dengan memilih Jurusan Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) dan berhasil lulus pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja Universitas Nusa Cendana pada tahun 2010 dan penulis menyelesaikan studi S1 pada tahun 2014. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Nusa Cendana dan menyelesaikan studinya pada tahun 2016.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [denis@unkriswina.ac.id](mailto:denis@unkriswina.ac.id)

# BAB 4 MANAJEMEN KESEHATAN

Diana Kusumawati, S.Kep., Ns., M.Kes.  
STIKES Banyuwangi

## **Konsep dan Definisi Manajemen Kesehatan**

Pemberian pelayanan kesehatan diperlukan sistem pengaturan atau manajemen yang baik. Penggunaan sumber daya yang efektif dan efisien serta ditunjang dengan penggunaan fungsi-fungsi manajemen yang baik akan mempermudah dalam mewujudkan pelayanan kesehatan masyarakat yang optimal.

Manajemen kesehatan adalah suatu proses melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan melalui upaya petugas kesehatan dan non kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Punket, 2015).

## **Fungsi Manajemen Kesehatan**

### **1. *Planning* (Perencanaan)**

Suatu proses yang diawali dengan menentukan tujuan organisasi membuat strategi untuk mencapai tujuan.

### **2. *Organizing* (Pengorganisasian)**

Suatu proses pengumpulan dan pemanfaatan sumber daya secara optimal dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi.

### **3. *Actuating* (Pelaksanaan)**

Suatu proses menggerakkan staf untuk melaksanakan pekerjaan dengan baik sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan segala sumber daya yang ada.

### 4. **Controlling (Pengawasan)**

Suatu proses pengawasan terhadap kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana kerja dan mengoreksi bila terdapat kesalahan (Djoko wijono, 2014).

## **Ruang Lingkup Manajemen Kesehatan**

### 1. **Manajemen Sumber Daya Manusia**

Suatu proses pengelolaan, pengaturan dan pemanfaatan SDM secara maksimal agar menghasilkan produktivitas kerja yang tinggi sehingga tujuan organisasi dapat tercapai.

### 2. **Manajemen Keuangan (Mengurusi *Cash Flow* Keuangan)**

Suatu proses yang berkaitan dengan cara mengelolah, mengatur, memanfaatkan, dan menyimpan dana/keuangan organisasi.

### 3. **Manajemen Logistik (Mengurusi Logistik-Obat dan Peralatan)**

Aktivitas mengadakan, menyimpan, dan mendistribusikan barang agar dapat memenuhi kebutuhan dari organisasi.

### 4. **Manajemen Pelayanan Kesehatan dan Sistem Informasi Manajemen**

Aktivitas pengaturan SDM agar dapat menyelesaikan tugas yang diberikan (Disman, Ms, 2013).

## **Pendekatan Praktis Manajemen Kesehatan**

### 1. ***Management by Objective* (Manajemen untuk Mencapai Tujuan Organisasi)**

Manajemen yang pada pelaksanaannya semua tidak lepas dari upaya untuk mencapai tujuan organisasi kesehatan, yang tentunya dilaksanakan sesuai sasaran, strategi perencanaan yang ditetapkan dan hasil akhir yang diharapkan.

### 2. ***Management is How to Work with Others* (Manajemen Merupakan Kerja Sama untuk Mencapai Tujuan Bersama)**

Manajemen dalam suatu organisasi perlu adanya kerjasama yang baik antara pimpinan dan bawahan dalam menjalankan aktivitas

organisasi atau pelayanan kesehatan terhadap konsumen dalam rangka mewujudkan tujuan bersama, *teamwork* yang baik akan menghasilkan produktivitas kerja yang baik namun bila suatu organisasi tidak mampu membangun sistem kerjasama yang baik tentunya akan menghambat pencapaian tujuan organisasi.

### 3. Manajemen Ditinjau dari Aspek Perilaku Manusia

SDM sangat menentukan keberhasilan dari suatu organisasi, manajemen erat kaitannya dengan perilaku SDM yang ada didalamnya. Mulai dari gaya kepemimpinan, kemampuan memberikan pengarahan, motivasi, dsb. perilaku dari setiap individu berbeda-beda yang dapat dipengaruhi oleh faktor pendidikan, budaya, jenis kelamin, dll.

### 4. Manajemen sebagai Suatu Proses

Manajemen merupakan suatu proses menjalankan fungsi manajemen mulai dari perencanaan, pengorganisasian, *actuating*, *controlling* dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi.

### 5. Manajemen sebagai Ilmu Terapan

Manajemen termasuk dalam ilmu terapan yang artinya harus dapat diaplikasikan dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuan bersama (Disman, 2013).

## Unsur-Unsur Manajemen Kesehatan

### 1. *Man* (Manusia)

Manusia sebagai faktor penting dalam menjalankan manajemen organisasi, SDM yang berkualitas dapat menunjang keberhasilan dari suatu organisasi.

### 2. *Money* (Uang)

Uang sebagai modal untuk melakukan aktivitas dalam suatu organisasi, sistem pengelolaan keuangan yang baik akan berpengaruh pada efisiensi dan efektivitas kerja organisasi.

### 3. *Material (Bahan)*

Bahan menentukan kualitas dari suatu produksi, dengan pilihan bahan yang baik dan biaya yang sangat terjangkau dapat membantu organisasi menghasilkan produk yang baik dan efisiensi keuangan.

### 4. *Machine (Mesin)*

Mesin merupakan alat yang digunakan untuk menghasilkan suatu produk. Pemilihan alat yang baik dan berkualitas akan berpengaruh pada efektivitas kerja dan efisiensi keuangan organisasi.

### 5. *Method (Metode)*

Cara yang digunakan suatu organisasi dalam melaksanakan kegiatan untuk mencapai tujuan bersama. Metode menentukan suatu keberhasilan dari suatu usaha, efektivitas kerja dan efisiensi pembiayaan.

### 6. *Market (Pasar)*

Strategi pemasaran memegang peranan penting dalam suatu organisasi. Produk yang dihasilkan dari suatu organisasi akan segera bisa dirasakan manfaatnya oleh masyarakat bila sistem pemasarannya baik (Djoko wijono, 2018).

## Prinsip-Prinsip Manajemen Kesehatan

### 1. **Pembagian Tugas**

Manajemen kesehatan yang dijalankan dengan baik tidak lepas dengan adanya pembagian tugas atau pekerjaan pada masing-masing staf. Adanya pembagian tugas yang jelas dapat meminimalisir tumpang tindih pekerjaan sehingga pekerjaan mudah terselesaikan.

### 2. **Kewenangan dan Tanggung Jawab**

Adanya pembagian tugas yang jelas dalam pelayanan kesehatan, melekat adanya kewenangan dan tanggung jawab di dalamnya sehingga dapat mempermudah pimpinan dalam proses evaluasi.

### 3. Disiplin

Dalam manajemen selalu ada target waktu penyelesaian tugas dan semua kegiatan atau pelayanan kesehatan mengacu pada SOP yang ditetapkan. Hal ini membuat staf harus disiplin dalam menjalankan pelayanan sesuai dengan aturan yang berlaku.

### 4. Kesatuan Komando

Adanya kesatuan komando dalam menjalankan tugas sesuai dengan sistem pengorganisasian yang ada. Hanya ada satu orang yang mengatur jalannya suatu kegiatan sehingga dapat meminimalisir adanya masalah atau konflik dalam menjalankan tugas.

### 5. Kesatuan Arah

Kegiatan atau pelayanan yang dilakukan memiliki kesatuan arah dan tujuan yang sama dalam mewujudkan tujuan organisasi.

### 6. Kepentingan Individu Tunduk pada Kepentingan Umum

Semua petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan harus mendahulukan kepentingan umum (masyarakat) daripada kepentingan individu/pribadi.

### 7. Penghasilan Pegawai

Sistem penggajian staf disesuaikan dengan besarnya beban tugas dan tanggung jawab dari masing-masing staf.

### 8. Desentralisasi

Manajemen dalam suatu organisasi menunjukkan adanya kewenangan terpusat.

### 9. Jenjang Hirarki

Jenjang hirarki di dalam manajemen kesehatan menunjukkan wewenang dan tanggung jawab masing-masing anggota organisasi serta mempermudah staf mempertanggungjawabkan tugasnya.

### 10. Ketertiban

Dengan pembagian tugas yang jelas dapat meminimalisir adanya konflik sehingga ketertiban dapat terwujud.

### 11. Stabilitas Jabatan Pegawai

Penempatan posisi yang tepat dari setiap karyawan dapat mengurangi adanya rotasi pegawai yang dapat menghambat pelayanan kesehatan pada masyarakat.

### 12. Keadilan

Perilaku adil dari pimpinan kepada staf akan menimbulkan suatu ketaatan bawahan pada aturan yang berlaku, hal ini juga dapat mengurangi konflik yang disebabkan oleh adanya kesenjangan atau ketidakadilan.

### 13. Inisiatif

Manajemen harus memberikan kesempatan kepada staf dalam menyampaikan ide atau gagasan yang dimiliki untuk kemajuan organisasi.

### 14. Kesetiakawanan Korps

Dalam manajemen pemimpin harus mampu menciptakan semangat kesetiakawanan korps pada masing-masing stafnya, jadi bila ada masalah atau kesulitan pada salah satu staf maka semua staf juga merasakan hal yang sama sehingga mampu memberikan bantuan dalam menyelesaikan masalah anggota tersebut (Djoko wijono, 2018).

## Macam-Macam Manajemen Kesehatan

### 1. Manajemen Ilmiah

Manajemen kesehatan yang diterapkan didasarkan dari hasil kajian dan pendekatan ilmiah serta diperoleh dari tempat atau lembaga pendidikan yang formal.



### 2. Manajemen Sistematis

Manajemen yang diatur secara sistematis artinya semua terinci dan dengan tahapan yang jelas agar dalam pelaksanaan kegiatan dapat diminimalisir tingkat kesalahannya sehingga tujuan yang diharapkan oleh setiap layanan kesehatan akan lebih mudah terwujud.

### 3. Manajemen Terbuka

Manajemen yang dalam pelaksanaannya staf atau bawahan diberikan kesempatan oleh pemimpin untuk menyampaikan saran, ide atau gagasan sebelum keputusan ditetapkan oleh pimpinan. Hal ini diharapkan sebelum keputusan diambil pimpinan dapat mempertimbangkan segala masukan yang disampaikan bawahan sehingga keputusan yang diambil tepat dan dapat diterima oleh semua anggota organisasi/pelayanan kesehatan.

### 4. Manajemen Demokratis

Manajemen yang mengedepankan asas demokrasi artinya setiap keputusan yang diambil oleh pimpinan berdasarkan hasil musyawarah mufakat sebelum keputusan itu dilaksanakan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

### 5. Manajemen Tradisional

Manajemen yang dalam pelaksanaan kegiatan mengacu pada aturan terdahulu begitu juga dalam memecahkan masalah selalu mengacu pada kebiasaan-kebiasaan yang terjadi sebelumnya. Pada manajemen ini bersifat statis dan monoton tanpa adanya inovasi yang baru dalam memberikan pelayanan kesehatan (Ismail, 2009).

## Tinjauan Manajemen Kesehatan

Manajemen bila dilihat dari sifat kerjanya dibagi menjadi 3 bagian diantaranya sebagai berikut:

### 1. Manajemen Administratif

Manajemen yang dapat memberikan informasi tentang pelayanan kesehatan yang bersifat administratif agar layanan kesehatan

## Manajemen Kesehatan

secara operasional dapat dilaksanakan dengan baik. Bila manajemen administratif kurang baik, maka akan mengganggu kelancaran dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

### 2. Manajemen Operatif

Pemimpin memberikan bimbingan, arahan, dan pembinaan kepada staf dalam melaksanakan pekerjaan sesuai dengan tugas yang diberikan agar pemberian layanan kesehatan dapat dilakukan dengan benar dan tepat.

### 3. Gabungan dari Manajemen Administratif dan Operatif

Pemimpin dalam menjalankan tugasnya dapat melaksanakan manajemen administratif dan operatif saat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Henap, 2018).

## Penerapan Manajemen Kesehatan

Manajemen kesehatan diterapkan pada setiap institusi kesehatan seperti: kantor kementerian kesehatan, dinas kesehatan, RS, klinik, Puskesmas, dll. Manajemen yang dijalankan meliputi manajemen administratif yang digunakan dalam rangka memperlancar dan mempermudah dalam pemberian layanan kesehatan. Sementara manajemen operative digunakan agar semua petugas kesehatan mampu memberikan pelayanan yang benar dan tepat (Disman, 2013). Ruang Lingkup manajemen kesehatan terdiri dari:

### 1. Lingkup Eksternal

Lingkungan luar dalam manajemen kesehatan seperti: *client* (masyarakat pengguna layanan kesehatan), *supplier* sarana kesehatan (alat kesehatan, obat, dan penunjang lain), kompetitor layanan kesehatan lain, media, pemerintah dan *stakeholder*.

### 2. Lingkup Internal

Lingkungan dalam manajemen kesehatan seperti: sumber daya manusia (SDM), dana (keuangan), fisik (sarana dan prasarana), sistem dan tata nilai budaya, aturan-aturan yang berlaku didalam layanan kesehatan (Disman, 2013).

## Pentingnya Manajemen Kesehatan

### 1. Tujuan Organisasi Dapat Terwujud

Dengan manajemen tujuan organisasi akan lebih mudah terwujud. Karena sebelum kegiatan dilakukan fungsi manajemen sudah dijalankan mulai dari perencanaan sampai *controlling*.

### 2. Terjaganya Kesimbangan di Antara Berbagai Perbedaan dan Tujuan

Keseimbangan dapat terwujud bila organisasi menggunakan manajemen yang baik karena pada prinsipnya manajemen mengutamakan kepentingan bersama untuk mencapai tujuan organisasi.

### 3. Tercapainya Efisiensi dan Efektivitas Kerja Organisasi

Manajemen dapat mendorong setiap staf melaksanakan tugas dengan benar dan tepat. Minimnya kesalahan dalam menjalankan tugas berdampak pada efisiensi pembiayaan yang dikeluarkan oleh organisasi (Siswanto, 2007).

## Tingkatan Manajemen

### 1. Manajemen Puncak

Manajemen puncak merupakan level manajemen tertinggi dan memiliki kewenangan tertinggi serta memiliki tugas pada pemegang konsep pengelolaan dan tidak pada tingkatan pelaksana teknis dalam suatu organisasi. Misal: direktur RS. Tugas dari manajemen puncak, yakni:

#### a. Membuat Tujuan Organisasi

Manajemen puncak memiliki tanggung jawab dalam menetapkan tujuan organisasi yang harus diwujudkan oleh setiap staf dalam menjalankan kegiatan dalam suatu organisasi.

#### b. Membuat *Renstra*

Manajemen puncak juga memiliki tanggung jawab dan membuat rencana strategis organisasi dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi.

### 2. Manajemen Menengah

Manajemen yang berada pada tingkatan menengah, satu tingkat dibawah manajemen puncak. Pada tingkat manajemen ini menjalankan tugas manajerial dan juga berperan sebagai pelaksana teknis dalam suatu organisasi. Memimpin manajemen pada level dibawahnya. Misal: kepala bidang keperawatan, kbid penunjang medis dll.

### 3. Manajemen Bawah

Manajemen pada tingkat terendah dalam suatu organisasi, pada tingkatan ini bertugas memimpin dan memberikan pengawasan kinerja pelaksana teknis sehingga dibutuhkan kemampuan yang bersifat teknis dan mampu berkomunikasi yang baik. Misal: kepala tim atau supervisor dalam suatu pelayanan. Tugas dari manajemen bawah antara lain:

- a. Mengidentifikasi permasalahan yang dialami para pekerja teknis.
- b. Mampu menciptakan lingkungan kerja yang kondusif dan hubungan yang baik antara pekerja dengan atasan.
- c. Membantu memfasilitasi pekerja dengan lingkungan kerja fisik yang aman dan nyaman.
- d. Mampu berkomunikasi baik dengan pekerja dan dapat memberikan pengarahan serta motivasi kerja karyawan atau staf.
- e. Mampu mendorong kegiatan organisasi dalam mencapai efisiensi dan efektivitas kerja (Wiludjeng, 2007).

## Keahlian Manajemen

### 1. Keahlian Teknis

Kemampuan dalam melaksanakan kegiatan secara teknis sesuai standar prosedur operasional dalam memberikan pelayanan pada masyarakat

### 2. Keahlian Interpersonal

Kemampuan untuk bisa bekerjasama dalam suatu tim dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi, serta mampu memberikan dukungan pada staf yang lain.

### 3. Keahlian Konseptual

Kemampuan dalam menyatukan kepentingan untuk mewujudkan tujuan bersama dan mengoordinasikan segala kegiatan di suatu organisasi. Kemampuan ini harus dimiliki oleh manajemen tertinggi suatu organisasi (I Wayan S, 2007).

### Daftar Pustaka

- Disman MS. (2013). *Pengantar manajemen*. Universitas Gunadharma.
- Djoko, Wijono. (2018). *Manajemen Kesehatan Ibu Dan Anak*. Surabaya. Duta Prima Airlangga.
- Djoko, Wijono. (2014). *Manajemen Program Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat*. Surabaya. Duta Prima Airlangga.
- Henap. (2018). *Manajemen Resiko Klinis*. Yogyakarta. Husada Mandiri.
- Ismail. (2009). *Pengantar manajemen*. Jakarta. Erlangga.
- I, Wayan, Sudarta. (2015). *Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta, Gosyen Publishing.
- Moerdiyanto. (2011). *Teknik monitoring dan evaluasi (monev) dalam rangka memperoleh informasi untuk pengambilan keputusan manajemen*. Universitas negeri Yogyakarta.
- Punket. (2015). *Management: meeting and exceeding customer expectations* 10th edition. Chicago: Amazon Student.
- Rimawati E. (2015). *Pengorganisasian*. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
- Siswanto, (2007). *Pengantar manajemen*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Terry, George, dan Leslie W.Rue. (2009). *Dasar-Dasar Manajemen*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Wiludjeng S. (2007). *Pengantar manajemen*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

## PROFIL PENULIS



**Diana Kusumawati, S. Kep., Ns. M.Kes.**

Penulis lahir di Banyuwangi 6 september 1980, mengawali pendidikan keperawatan jenjang Diploma di universitas muhammadiyah malang lulus pada tahun 2002 dan alih jenjang di PSIK Universitas Brawijaya Malang lulus tahun 2005. Setelah lulus penulis memulai untuk mengabdikan diri di poltekkes DR. Soepraoen Malang. Pada tahun 2006 kembali ke kampung halaman di Banyuwangi dan bergabung dengan STIKES Banyuwangi sampai saat ini. Penulis pernah menjadi koordinator bidang akademik Stikes Banyuwangi periode 2009-2019 dan telah menghasilkan buku pedoman akademik dan manual mutu akademik Stikes Banyuwangi. Saat ini ditempatkan diprodi profesi Ners stikes Banyuwangi. Dan pada tahun 2010 melanjutkan jenjang pendidikan S2 kesehatan di universitas sebelas maret Surakarta. Penulis aktif melakukan penelitian dan pernah mendapatkan hibah penelitian dari DIKTI dan mengikuti pelatihan-pelatihan pendukung kompetensi keperawatan seperti: BTCLS, EKG, penyusunan kurikulum pendidikan Ners, *reviewer* soal Uji kompetensi Ners, Bekam, *Applied approach* (AA), penanganan bencana dll.

Email: kusumawati.diana0609@gmail.com

# **BAB 5 ADMINISTRASI DAN ORGANISASI MANAJEMEN KESEHATAN**

**Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.**  
STIKES Banyuwangi

## **Pendahuluan**

Saat ini masyarakat berharap pelayanan kesehatan lebih mudah terjangkau, bermutu baik, dapat diperoleh dengan harga yang mampu terbayarkan oleh seluruh kelompok masyarakat, sehingga kepuasan terhadap hasil pelayanan yang sesuai kondisi kesehatannya. Oleh sebab itu, instansi layanan kesehatan dituntut memberikan pelayanan yang terbaik, dimana sangat tergantung pada kualitas sumber daya dari pelayanan kesehatan itu sendiri.

Adanya fenomena belum optimalnya pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan ditunjukkan dengan kondisi dimana masih banyak yang mengeluhkan kurangnya kesigapan tenaga kesehatan saat memberikan pelayanan pada masyarakat, tenaga kesehatan yang masih suka menunda pelayanan dan waktu tunggu pelayanan yang lebih lama, kurangnya fasilitas layanan kesehatan, serta terbatasnya tenaga medis terutama tenaga medis spesialis di daerah.

## **Pengertian Administrasi Kesehatan**

Administrasi Kesehatan adalah suatu proses merencanakan, mengorganisasi, mengarahkan, mengawasi, mengoordinasikan, mengevaluasi sumber daya, pelaksanaan, kesediaan dalam pemenuhan kebutuhan dan tuntutan pelayanan kesehatan, keperawatan, kedokteran, serta lingkungan sehat, dengan

menyediakan dan melaksanakan beberapa usaha kesehatan yang diperuntukkan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

### Ruang Lingkup Administrasi Kesehatan

#### 1. Masukan (*input*)

Merupakan sesuatu hal yang dibutuhkan agar dapat mengerjakan administrasi di bidang kesehatan. Masukan (*input*) dalam administrasi kesehatan, antara lain:

- a. Sumber (*resources*), merupakan sesuatu hal yang digunakan untuk memproduksi barang jasa, antara lain:
  - 1) Sumber tenaga, yaitu: tenaga ahli (*skilled*) misalnya dokter, perawat, dll; tenaga tidak ahli (*unskilled*) misalnya pesuruh, penjaga malam, dll.
  - 2) Sumber modal, yang terdiri dari modal bergerak (*working capital*) misalnya uang, giro; modal tidak bergerak (*fixed capital*) misalnya bangunan, tanah, dan sarana kesehatan.
  - 3) Sumber alamiah, merupakan suatu hal yang berasal dari alam, yang bukan termasuk sumber tenaga dan sumber modal.
- b. Tata Cara (*procedure*), merupakan suatu perkembangan IPTEK kedokteran yang dipunyai dan bisa diterapkan dalam melakukan kegiatan administrasi.
- c. Kesanggupan (*capacity*), merupakan kondisi fisiologis, mental, dan biologis para pelaksana pelayanan kesehatan.

#### 2. Proses (*process*)

Merupakan langkah-langkah yang perlu dilaksanakan agar tercapai tujuan yang sudah ditetapkan. Disebut juga sebagai “fungsi administrasi” (*function of administration*), yang termasuk lingkup tanggung jawab atasan dan manajer kesehatan dalam organisasi. Proses atau fungsi administrasi ini meliputi:

- a. Perencanaan (*planning*), antara lain: menyusun anggaran belanja.
- b. Pengorganisasian (*organizing*), antara lain: menyusun staf.



- c. Pelaksanaan (*implementing*), antara lain: mengarahkan, mengkoordinasi, melakukan bimbingan, menggerakkan, dan melakukan pengawasan.
- d. Penilaian (*evaluation*), antara lain: menyusun laporan.

### 3. Keluaran (*output*)

Merupakan hasil dari kegiatan administrasi kesehatan, yang disebut sebagai “pelayanan kesehatan” (*health service*). Yang terdiri dari dua macam pelayanan kesehatan, yaitu: layanan kedokteran (*medical service*), dan layanan kesehatan masyarakat (*public health services*).

### 4. Sasaran (*target group*)

Merupakan target dari luaran administrasi kesehatan, yaitu: individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Target ini dapat bersifat langsung (*direct target group*) dan tidak langsung (*indirect target group*).

### 5. Dampak (*impact*)

Merupakan suatu kondisi yang dimunculkan oleh luaran administrasi kesehatan, yang berdampak pada peningkatan derajat kesehatan. Meningkatnya derajat kesehatan ini hanya akan tercapai bila kebutuhan (*needs*) dan tuntutan (*demands*) individu, kelompok, keluarga, dan/atau masyarakat terhadap derajat kesehatan, pelayanan kedokteran, serta lingkungan yang sehat bisa terpenuhi.

Dimana tuntutan dan kebutuhan merupakan suatu hal yang dimiliki oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*), antara lain:

- a. Kebutuhan Kesehatan (*Health Needs*), yang bersifat obyektif, dan bisa menaikkan derajat kesehatan perorangan, kelompok, keluarga, dan/atau masyarakat, sehingga upaya pemenuhannya bersifat mutlak. Yang mana kebutuhan kesehatan dipengaruhi oleh munculnya permasalahan kesehatan masyarakat.
- b. Tuntutan Kesehatan (*Health Demands*), yang bersifat subyektif dan *fakultatif*. Sehingga, kondisi terpenuhi atau tidaknya

tuntutan kesehatan individu, kelompok, keluarga dan/atau masyarakat tidak terlalu menentukan tercapai atau tidaknya keinginan dalam peningkatan derajat kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor subyektif, antara lain: tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi masyarakat.

### Organisasi Kesehatan

#### 1. Pengertian Organisasi Kesehatan

Merupakan perpaduan sistem dari bagian-bagian yang saling terhubung dalam satu kesatuan organisasi yang utuh melalui kewenangan, pengoordinasian, dan pengawasan dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

#### 2. Tujuan Organisasi Kesehatan

Bertujuan dalam penyusunan dan pelaksanaan kebijakan atau program yang berguna dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

#### 3. Prinsip Organisasi Kesehatan

##### a. Mempunyai Pendukung

Yaitu setiap orang yang mempunyai kesepakatan dalam membentuk organisasi yang berbadan usaha, maka semua karyawan yang bekerja pada suatu institusi termasuk kelompok pendukung. Misal: sebuah rumah sakit mempunyai pendukung antara lain tenaga medis, paramedis dan tenaga non medis lain yang terdaftar sebagai karyawan rumah sakit. Secara umum disebutkan bahwa semakin besar dan semakin baik kualitas pendukungnya, maka semakin kokohnya organisasi tersebut.

##### b. Mempunyai Tujuan

Setiap organisasi perlu memiliki tujuan, termasuk juga tujuan umum (*goal*) dan/atau tujuan khusus (*objective*), dimana akan mengikat sekelompok orang yang sepakat untuk membentuk organisasi. Secara umum disebutkan bahwa semakin ada kesamaan dalam mencapai tujuan, maka semakin kuat jalinan kerjasama antar pendukung organisasi. Sehingga organisasi

akan berfungsi sesuai dengan harapan semua pihak yang berada di organisasi.

c. Mempunyai Kegiatan

Organisasi dikatakan baik, bila organisasi tersebut mempunyai aktivitas yang jelas dan terarah. Secara umum disebutkan bahwa semakin aktif suatu organisasi dalam melakukan aktivitasnya, maka semakin baik pula organisasi tersebut.

d. Mempunyai Pembagian Tugas

Agar kegiatan organisasi yang dilaksanakan oleh pendukungnya bisa dilaksanakan dengan baik, maka diperlukan pengaturan pembagian penugasan antar pendukung (*job description*). Secara umum disebutkan bahwa organisasi yang baik, bila setiap penugasan yang termasuk didalam kegiatan organisasi bisa dibagi secara habis antar pendukung, dan mampu memahami serta melakukan pada setiap penugasan yang menjadi tanggung jawabnya.

e. Mempunyai Perangkat Organisasi

Agar penugasan yang dipercayakan pelaksanaannya pada kelompok pendukung bisa berjalan dengan lancar, maka diperlukan adanya suatu perangkat organisasi atau satuan organisasi (*departement, sub ordinates*).

f. Mempunyai Pembagian dan Pendelegasian Wewenang

Setiap wewenang dapat diperoleh masing-masing kelompok organisasi berbeda, maka diperlukan pengaturan pembagian tugas dan pendelegasian peran (*delegation of authority*) yang ditujukan pada setiap kelompok organisasi tersebut. Kewenangan pimpinan organisasi seharusnya yang paling utama saja, sedangkan kewenangan dalam pengambilan keputusan yang sifatnya rutin sebaiknya bisa dilimpahkan kepada satuan organisasi dibawahnya.

g. Mempunyai Kesenambungan Kegiatan, Kesatuan Perintah, dan Arah

Untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan, maka setiap aktivitas organisasi harus bersifat kontinyu, fleksibel, dan sederhana. Hal ini untuk menjamin terlaksananya kegiatan setiap perangkat organisasi sesuai dengan ketentuan yang

ditentukan. Maka, dibutuhkan adanya prinsip satu perintah (*unity of command*), dan satu arah tujuan (*unity of direction*), yang menjadi satu rangkaian hubungan tak terputus (*chain of command*).

### 4. Bentuk Organisasi Kesehatan

#### a. Organisasi Lini (*line/command organization*)

Pada organisasi ini, peranan pimpinan lebih dominan, semua keputusan berada dibawah kendali pemimpin, yang mengutamakan wewenang dan perintah.

Keuntungan: lebih cepat dalam mengambil keputusan, terjaminnya satu tujuan dan satu perintah, lebih mudah dalam pengawasan dan koordinasi penugasan. Kerugian: pemimpin harus lebih berwibawa dan mempunyai pengetahuan yang luas.

#### b. Organisasi Staf

Pada organisasi ini, peranan staf sebagai asisten pimpinan, karena semakin rumit permasalahan organisasi, pimpinan membutuhkan bantuan nasehat dari staf, namun keputusan dan pelaksanaan tetap berada di tangan pimpinan.

Keuntungan: pengambilan keputusan menjadi lebih baik. Kerugian: pengambilan keputusan menjadi lebih lama daripada organisasi lini.

#### c. Organisasi Lini dan Staf (*staff organization*)

Pada organisasi ini, peranan seorang staf tidak sebatas pada saat memberikan masukan, namun mempunyai tanggung jawab dalam pelaksanaan kegiatan tersebut.

Keuntungan: pengambilan keputusan menjadi lebih baik, karena sudah dirundingkan oleh beberapa orang, dan pimpinan tidak bertanggung jawab secara penuh. Kerugian: pengambilan keputusan menjadi lebih lama, ada kemungkinan staf belum memahami batasan kewenangan yang bisa memunculkan persepsi yang berbeda dalam pelaksanaannya.

### 5. Jenis-Jenis Organisasi Kesehatan

#### a. Organisasi kesehatan di pemerintah pusat;

- b. Organisasi kesehatan di pemerintah daerah;
- c. Rumah sakit;
- d. Unit pelaksana teknik;
- e. Organisasi kesehatan swasta.

### Manajemen Kesehatan

#### 1. Pengertian Manajemen Kesehatan

Merupakan manajemen umum yang diterapkan di dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat, dimana obyek sasaran manajemen yaitu sistem pelayanan kesehatan masyarakat itu sendiri.

#### 2. Prinsip Manajemen Kesehatan (menurut Henry Fayol)

- a. Pembagian Kerja yang Berimbang (*Division of Labour*)  
Perlunya pembagian kerja pada institusi agar bisa dibedakan terkait peranan dan tugasnya masing-masing, sebagai pimpinan, tenaga pelaksana, tenaga staf, dan sebagainya. Pembagian kerja yang baik akan menentukan keberhasilan dari institusi tersebut. Dalam pembagian tugas, manager sebaiknya tidak melakukan pilih kasih, sebaiknya harus bersikap adil dan membagi beban pekerjaan secara seimbang.
- b. Pemberian Kekuasaan (Wewenang) dan Tanggung Jawab yang Tegas dan Jelas (*Authority and Responsibility*)  
Kewenangan (*authority*) merupakan hak dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan penugasan dan pertanggungjawaban pada pekerjaannya. Setiap pegawai sebaiknya diberikan wewenang penuh dalam melakukan tugas dengan sebaiknya dan bertanggung jawab langsung kepada atasannya.
- c. Disiplin (*Discipline*)  
Disiplin merupakan suatu kesanggupan seseorang dalam melaksanakan kegiatan nyata, dan mampu bekerja sesuai dengan penugasan dan pertanggungjawabannya, yang sudah direncanakan sesuai peraturan dan waktu kerjanya. Atasan harus mampu memberikan teladan pada bawahannya dengan

selalu mentaati peraturan dan perjanjian kesepakatan sebelumnya.

d. Kesatuan Perintah (*Unity of Command*)

Demi keberlangsungan dalam mencapai tujuan, maka diperlukan satu perintah langsung dari atasan pada bawahannya, atau seorang karyawan akan menerima perintah langsung dari pimpinannya. Setiap karyawan sebaiknya hanya menerima satu jenis perintah dari atasan langsungnya, tidak dari beberapa orang yang merasa menjadi atasan para karyawan tersebut.

e. Kesatuan Arah (*Unity of Direction*)

Seorang manajer dan karyawannya tidak diperkenankan bertentangan untuk mencapai tujuan global. Kegiatan sebaiknya memiliki satu tujuan dan diarahkan langsung oleh pimpinan, berdasarkan pada perencanaan kegiatan yang sama (satu tujuan, satu perencanaan, dan satu pemimpin).

f. Kepentingan Individu Harus Berada di Bawah Kepentingan Umum (*Subordinate of Individual Interest to General Interest*)

Kepentingan pribadi secara menyeluruh harus berada dibawah kepentingan institusi, karena bila individu menjadi karyawan, maka seluruh kepentingannya sebaiknya dikesampingkan dan lebih memprioritaskan kepentingan institusi.

g. Pembayaran Upah Yang Adil (*Remuneration of Personal*)

Atas dasar-dasar obyektif dalam penentuan upah pegawai, maka pemberian upah haruslah bersifat adil dan tidak berat sebelah. Pemberian upah dan cara pemberiannya sebaiknya dibuat lebih memuaskan para pekerja.

h. Pemusatan (*Centralization*)

Wewenang yang dipusatkan dan bisa didelegasikan kepada beberapa pejabat tertentu agar kebijakan berjalan dengan lancar. Adapun kewenangan dalam penentuan kebijakan umum sebaiknya dipegang oleh administrator terpusat.

i. Rantai Skalar atau *Scalar Chain (Line of Authority)*

Garis kewenangan yang ada di dalam struktur organisasi seharusnya lebih detail dan menyeluruh.

- j. **Tata Tertib (*Order*)**  
Peraturan yang dijalankan diperlukan untuk menjaga ketertiban suatu usaha, baik secara materiil atau terhadap orang-orang didalamnya. Peraturan tata tertib ini berisi larangan, perintah, perizinan usaha, dan beberapa peraturan lain untuk menjamin keberlangsungan kegiatan tanpa ada pengecualian.
- k. **Keadilan (*Equity*)**  
Untuk mendapatkan loyalitas dari bawahan, maka setiap pimpinan perlu mempraktikkan keadilan kepada bawahannya dengan memberikan semua yang menjadi haknya. Seluruh bawahan perlu dianggap sama baiknya dan sama pentingnya. Apabila terjadi pertikaian diantara bawahan, maka tidak diperbolehkan ada yang memihak, tetapi perlu adanya kesepakatan secara mufakat dan musyawarah dalam kekeluargaan.
- l. **Stabilitas Pegawai (*Stability of Tenure of Personal*)**  
Kestabilan pegawai perlu dijaga, agar tidak keseringan pergantian karyawan, yang disebabkan pemindahan atau pemecatan, yang pada akhirnya akan menyebabkan penambahan biaya rekrutmen, pelatihan dan pengawasan.
- m. **Inisiatif (*Initiative*)**  
Semua pegawai diberikan kesempatan untuk membicarakan dan melaksanakan inisiatif secara baik yang berkaitan dengan tata cara, prosedur kerja, dan juga melaksanakan rencana kerja yang baru di dalam kegiatannya.
- n. **Jiwa Kesatuan (*Esprit de Corps*)**  
Pentingnya jiwa kesatuan dan kesetiakawanan kepada kelompok, yang bisa berdampak kepada terjalannya kerja sama yang baik pada setiap pegawai untuk mencapai tujuan bersama. Hal ini biasanya juga menumbuhkan rasa kesetiakawanan antar pegawai, yang bisa dimanfaatkan secara positif untuk kepentingan dan kegiatan yang konstruktif dan rasional.

### Daftar Pustaka

- Arifin, S., Rahman, F., Wulandari, A., & Anhar, V. Y. (2016). *Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*. Banjarmasin: Pustaka Banua.
- Ariga, R. A. (2020). *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Fardiensyah, A., Syurandhari, D. H., Yuniarti, A. M., Saputra, M. H., & Mafticha, E. (2022). *Konsep Dasar Manajemen Kesehatan*. Mojokerto: Penerbit Stikes Majapahit Mojokerto.
- Ismainar, H., Widodo, M. D., & Candra, L. (2021). *Organisasi Manajemen Kesehatan*. Bandung: Penerbit Widina Bhakti Persada Bandung.
- Korompis, G. E. (2018). *Organisasi & Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Mamik. (2014). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan*. Sidoarjo: Zifatama Publisher.
- Sastranegara, M. F., & Saleha, S. (2009). *Buku Ajar: Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Sulaiman, E. S. (2020). *Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas Edisi Revisi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Syafrudin. (2014). *Organisasi & Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Kebidanan*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.



## PROFIL PENULIS



### **Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.**

Penulis menyelesaikan pendidikan di SPK Bethesda Yogyakarta tahun 1997, PPB Akper Bethesda Yogyakarta lulus tahun 1998, D3 Kebidanan di Akbid Depkes Jember lulus tahun 2001, D4 Bidan Pendidik di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran lulus tahun 2004, Magister Kesehatan di Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2010. Riwayat pekerjaan sebagai Bidan Praktik Mandiri di Banyuwangi pada tahun 1998-2001, sebagai Bidan di RSUD Genteng Banyuwangi pada tahun 2001-2002, sebagai Dosen di Akbid Estu Utomo Boyolali pada tahun 2002-2016, sebagai Dosen Kebidanan di Stikes Banyuwangi dari tahun 2017 sampai sekarang. Tercatat sebagai Dosen Profesional bersertifikasi di bidang Ilmu Kebidanan sejak tahun 2014 sampai sekarang. Mata kuliah yang pernah diampu antara lain: Askeb Kehamilan, Askeb Persalinan, Askeb Nifas dan Menyusui, Pelayanan KB dan Kespro, Askeb Komunitas, dsb. Aktif sebagai anggota IBI sejak 2009 sampai sekarang. Aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, mengikuti pelatihan pengembangan diri, menulis di beberapa jurnal ilmiah penelitian dan pengabmas, serta menulis buku ajar dan beberapa *book chapter*.

E-mail Penulis: [nuruleko25@gmail.com](mailto:nuruleko25@gmail.com)

# **BAB 6 MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA DAN PRODUKTIVITAS BIDANG KESEHATAN**

**Eka Saudur Renaldi Sihombing, SKM., M.Kes.**  
Universitas Efarina

## **Pendahuluan**

Perkembangan zaman yang semakin cepat dan canggih ini, sangat dibutuhkan kemampuan sumber daya manusia yang mumpuni. Apalagi saat ini kondisi terjadinya masalah kesehatan sulit untuk diprediksi, di mana munculnya penyakit-penyakit yang baru, yang penanganannya masih perlu diteliti dan dianalisis. Penyakit-penyakit baru yang muncul, penularannya begitu cepat dan menyebabkan banyak korban bahkan kematian. Di samping itu penyakit lama muncul kembali. Oleh sebab itu sangat dibutuhkan kinerja yang baik dan profesional dalam mengatasi masalah ini.

Dalam kenyataan masih sering kita jumpai kendala-kendala dalam menyelesaikan masalah kesehatan tersebut karena keterbatasan sumber daya manusia. Keterbatasan sumber daya manusia ini bukan hanya kuantitas akan tetapi kualitas juga. Kita bisa melihat dari peristiwa terjadinya penyakit Pandemi Covid-19 yang sudah terjadi, dimana banyak penderita penyakit Covid-19 yang mengalami kematian akibat terlambat dalam penanganan dan kurangnya pengetahuan tenaga kesehatan dalam menangani pasien karena semua tenaga kesehatan masih perlu mempelajari jenis penyakit tersebut untuk menemukan jenis obat dan cara pencegahan penyakit tersebut.

Penyakit Covid-19 juga belum hilang, penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) juga muncul kembali dan banyak menyebabkan kematian. Kondisi ini sangat dibutuhkan pelayanan kesehatan yang maksimal oleh tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan merupakan sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam meningkatkan produktivitas pelayanan kesehatan. Untuk meningkatkan produktivitas dalam pelayanan kesehatan sangat diperlukan manajemen sumber daya manusia yang efektif dan efisien. Kita mungkin sudah mengerti bahwa dalam meningkatkan produktivitas pelayanan kesehatan dibutuhkan manajemen sumber daya manusia yang efektif dan efisien, akan tetapi dalam pelaksanaan kita masih kurang.

### **Pengertian Manajemen**

Ada beberapa ilmuwan mengatakan bahwa manajemen itu adalah ilmu dan seni, seperti yang diungkapkan George R. Terry mengungkapkan bahwa, Seorang manajer adalah seorang ilmuwan dan seorang seniman. Untuk situasi tertentu ilmu pengetahuan dapat mengurangi jumlah seni manajemen yang diperlukan, tetapi hal itu tidak pernah dapat mengeliminasi. Seni manajemen senantiasa ada bahwa manajemen itu adalah ilmu dan seni (Edison dkk, 2017).

Kita ketahui bahwa ilmu itu adalah bagian dari pengetahuan dan diperoleh dari belajar, baik secara formal maupun informal. Seni diperoleh dari bakat, pengalaman, lingkungan dan keyakinan yang tidak dapat dispesifikkan. Dari pengertian ini kita bisa melihat bahwa ilmu dan seni itu saling melengkapi, sehingga bisa kita katakan bahwa manajemen itu terbentuk dari pengetahuan baik secara formal dan informal yang disesuaikan berdasarkan bakat, pengalaman, lingkungan dan keyakinan. Meskipun ilmuwan seperti Peter Drucker yang adalah seorang pakar manajemen modern berpendapat bahwa manajemen adalah suatu praktik bukan ilmu, karena diharapkan dengan adanya manajemen menghasilkan sebuah prestasi sehingga pengertian manajemen belum ada kesatuan pengertian dari para ilmuwan, akan tetapi tidak menjadi hal yang prinsip karena tanpa ada ilmu maka praktik tidak akan terwujud (Edison dkk, 2017).

Pengertian manajemen menurut para ilmuwan kita bisa memberi kesimpulan bahwa manajemen adalah ilmu dan seni yang menjadi suatu tatanan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Manajemen diperlukan bukan hanya untuk sebuah perusahaan atau institusi akan tetapi manajemen juga diperlukan oleh setiap orang. Mengapa dikatakan demikian? Karena setiap orang harusnya memiliki tujuan dalam hidupnya. Jadi setiap tujuan pasti memiliki manajemen, yang membedakan adalah bagaimana pelaksanaan manajemennya. Manajemen setiap orang berbeda-beda sesuai dengan bakat, pengalaman, latar belakang dan keyakinannya. Jadi dengan adanya manajemen, berharap tujuan baik perorangan maupun dari organisasi tercapai.

Manajemen dapat membuat seseorang maupun komunitas/organisasi/institusi menjadi lebih maju dan berkembang jika dilaksanakan secara struktural dan sesuai prosedur. Dengan demikian proses dalam manajemen dapat membantu dalam membuat sebuah keputusan dan kebijakan yang baik. Jika pelaksanaan proses manajemen dilaksanakan dengan baik sesuai tujuan perorangan maupun kelompok maka hal tersebut dapat meminimalkan adanya masalah yang terjadi dalam diri seseorang maupun kelompok tersebut. Dalam hal ini kelompok yang dimaksud seperti institusi/perusahaan maupun organisasi. sehingga berjalan dengan efektif dan efisien. Jadi manajemen adalah hal pokok dalam seseorang maupun kelompok. Tanpa manajemen yang baik seseorang, institusi/perusahaan mendapatkan kendala dalam menjalankan kegiatannya.

### **Fungsi Manajemen**

Fungsi manajemen pertama kali didefinisikan secara khusus oleh Hendri Fayol. Hendri Fayol lahir pada tahun 1841 dan lulus sebagai insinyur pertambangan pada tahun 1860 dari Sekolah Pertambangan Nasional di St Etienne. Hendri Fayol dalam teorinya menyampaikan ada 5 fungsi manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, memerintah, koordinasi dan mengendalikan. Ada 14 prinsip yang disampaikan Hendri Fayol dalam manajemen, yaitu pembagian kerja, wewenang dan tanggung jawab, disiplin, kesatuan perintah, kesatuan

pengarahan, mengutamakan kepentingan umum di atas kepentingan individu, imbalan karyawan, pemusatan, rantai komando, ketertiban, keadilan dan kejujuran (*equity*), stabilitas kondisi karyawan, prakarsa, dan semangat kelompok. Selain Hendri Fayol, pendapat para ahli mengenai fungsi manajemen, yaitu (Edison, dkk 2017):

1. George R. Terry (1997), mengemukakan: “Manajemen adalah proses yang berbeda yang terdiri atas perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*), dan pengawasan (*controlling*), yang dilakukan untuk menentukan dan mencapai tujuan yang dinyatakan dengan menggunakan manusia dan sumber daya lainnya”
2. Schermerhorn (2011), mengemukakan jika produktivitas berupa tingginya tingkat efektivitas kinerja dan efisiensi adalah ukuran keberhasilan organisasi, manajer sebagian besar bertanggung jawab atas prestasinya. Untuk mencapai kinerja tinggi terbaik, dibutuhkan sumber daya manusia dan material. Hal yang dilakukan untuk mencapainya dengan menerapkan fungsi manajemen melalui proses perencanaan, pengorganisasian, memimpin dan mengendalikan.
3. Heizer dan Render (2007), menyatakan bahwa sumber manajer yang baik melakukan fungsi dasar dari proses manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, mengatur staf, memimpin, dan mengendalikan.
4. Robbins dan Coulter (2009), meringkas fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, memimpin dan mengendalikan.
5. Massie (1971), proses utama fungsi manajemen adalah perencanaan. Tujuh fungsi yang menggambarkan pekerjaan manajemen menurut pendapatnya adalah: pengambilan keputusan, pengorganisasian, staff, perencanaan, pengendalian, berkomunikasi, mengarahkan.

Dari pendapat para ahli kita dapat memberi kesimpulan bahwa fungsi manajemen yang pertama adalah perencanaan meski Massie menempatkan yang pertama adalah pengambilan keputusan dan pengorganisasian. Akan tetapi, menurut penulis meskipun pengambilan keputusan dan pengorganisasian yang menjadi yang pertama menjadi fungsi manajemen tidak membuat suatu perbedaan

dan pengaruh yang signifikan. Oleh sebab itu kita bisa mengatakan bahwa fungsi manajemen adalah perencanaan, pengorganisasian, pengaktualisasian (mengatur staff), pengendalian dan penulis menambahi satu lagi fungsi manajemen adalah adanya pengevaluasian karena pengendalian itu saat kegiatan berlangsung dan diperlukan pengevaluasian untuk perbaikan kegiatan secara keseluruhan ke depan.

## Manajemen Sumber Daya Manusia

### 1. Manusia

Sebelum membahas lebih lanjut mengenai manajemen sumber daya manusia, kita terlebih dahulu membahas mengenai manusia. Setiap manusia memiliki potensi dalam dirinya. Sebelum membahas lebih dalam tentang potensi, terlebih dahulu kita bahas pengertian potensi. Pengertian potensi berdasarkan KBBI adalah sebagai suatu kemampuan yang mempunyai berbagai kemungkinan atau harapan untuk dikembangkan lebih lanjut, baik itu berupa kekuatan, daya, ataupun kesanggupan yang diperoleh masyarakat secara langsung ataupun melalui proses yang panjang (KBBI Kemendikbud, 2022) dan menurut penulis, potensi adalah sesuatu yang bermanfaat dalam diri manusia sejak kecil.

Untuk melihat potensi dalam diri manusia, perlu digali dari manusia itu sendiri, orang lain dan lingkungan. Cara menggali potensi dari diri manusia yang bersangkutan, di antaranya:

- a. Mengisi pikiran dengan hal-hal yang bermanfaat bagi diri sendiri dan orang lain.
- b. Mengetahui pikiran-pikiran yang tidak bermanfaat dalam pikiran manusia setiap saat.
- c. Memunculkan dalam diri manusia sesuatu luar biasa (yang tidak pernah dilakukan sebelumnya) dari dirinya sendiri maupun dari orang lain.

Manusia pada kodratnya adalah makhluk sosial yang tidak bisa lepas dari manusia lain. Setiap manusia seharusnya memiliki pemikiran untuk dapat menolong diri sendiri dan orang lain. Untuk dapat menolong diri sendiri dapat dilakukan dengan meningkatkan

kapasitas secara terus menerus sehingga dapat menolong orang lain.

Kapasitas yang dimaksud di sini adalah meningkatkan nilai-nilai kemanusiaan. Adapun nilai-nilai kemanusiaan yang dimaksud adalah sikap peduli dan saling menolong. Penulis tertarik membahas terlebih dahulu mengenai manusia karena seperti yang dibahas di atas bahwa manajemen itu bukan hanya berlaku untuk institusi/perusahaan akan tetapi diawali oleh individu karena manajemen di institusi/perusahaan yang melaksanakannya adalah individu.

Menurut penulis, potensi yang telah dibahas di atas adalah sumber daya. Potensi dan sumber daya saling berhubungan. Potensi adalah daya/kemampuan sementara sumber daya itu adalah sumber dari kemampuan itu, boleh dari lingkungan maupun dalam diri manusia. Jadi sumber daya adalah sumber yang mengembangkan potensi yang ada dalam diri manusia tersebut, dan hal tersebut yang menjadi dasar dalam melaksanakan manajemen. Kita tadi sudah membahas di atas mengenai manusia dan manajemen.

## **2. Manajemen Sumber Daya Manusia**

Dari pembahasan di atas kita memahami bahwa pengertian manajemen sumber daya manusia adalah merencanakan, mengorganisasikan, mengatur atau mengaktualisasikan, mengendalikan dan mengevaluasi kemampuan yang dimiliki oleh manusia itu baik dari luar diri maupun dari dalam diri manusia itu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Untuk mewujudkan terlaksananya manajemen sumber daya manusia dengan baik, kita harus benar-benar mengenal, memahami dan menyadari sumber daya manusia itu. Dalam kenyataan memang kita terbatas dalam hal tersebut dan terkadang untuk membentuk manajemen sumber daya manusia butuh proses dan waktu. Hal ini berhubungan dengan sikap dan perilaku.

Terbentuknya sikap dan perilaku seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor berdasarkan teori Lawrence W Green yaitu:

a. Faktor *Predisposing*

Faktor *predisposing* adalah faktor yang mempermudah terbentuknya perilaku, yaitu pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan tradisi.

b. Faktor *Enabling*

Faktor *enabling* adalah faktor yang memungkinkan memfasilitasi perilaku atau tindakan, yaitu sarana dan prasarana untuk membentuk perilaku.

c. Faktor *reinforcing*

Faktor *reinforcing* adalah faktor yang memperkuat atau mendorong terjadinya perilaku, yaitu dukungan dan motivasi.

Ketiga faktor tersebut sangat mempengaruhi terbentuknya perilaku khususnya yang kita bahas di sini adalah perilaku dalam menerapkan manajemen sumber daya manusia untuk meningkatkan produktivitas bidang kesehatan (Priyoto, 2014).

Kita sudah memahami bagaimana manusia dan hal yang mempengaruhi pengembangan sumber daya yang ada pada manusia itu sendiri yang diawali oleh individu. Untuk menerapkan dalam sebuah institusi/perusahaan kita boleh bahas fungsi dari manajemen sumber daya manusia itu. yaitu:

a. Data Kepegawaian

Adapun data kepegawaian yang perlu diketahui dan disajikan adalah nama jabatan, pendidikan, tanggal masuk, status, jumlah keluarga, alamat, nomor telepon, pengalaman, pelatihan-pelatihan, kompetensi, catatan perilaku, prestasi, catatan sanksi, upah, penyakit yang pernah dialami, dan waktu masa pensiun.

b. Perencanaan dan Pengembangan

Dilihat dari hal yang perlu direncanakan adalah apa yang dibutuhkan pegawai/karyawan untuk pengembangan dan mencapai tujuan organisasi/institusi. Hal yang perlu dikembangkan adalah kompetensi dan potensi karyawan/pegawai bahkan jenjang pendidikan berdasarkan tujuan institusi/organisasi.



c. Rekrutmen

Pelaksanaan rekrutmen karyawan/pegawai memiliki standar yang baik sesuai tujuan institusi/perusahaan supaya tidak terjadi permasalahan kinerja karena rekrutmen menjadi hal mendasar dalam pengembangan sumber daya manusia.

d. Kompensasi dan Kesejahteraan

Kompensasi atau kemudahan/keringanan aturan yang diberikan kepada karyawan/pegawai diberikan secara adil dan baik. Tidak berdasarkan kesukaan antar pribadi akan tetapi berdasarkan kinerja dan pengabdianya. Begitu juga dalam hal kesejahteraan pegawai/karyawan diberikan secara keseluruhan dan merata sesuai tugas masing-masing.

e. Kedisiplinan dan Aturan

Manajemen sumber daya manusia dalam hal ini membuat kedisiplinan dan aturan kepada pegawai/karyawan sesuai budaya yang telah dibentuk dalam sebuah institusi/perusahaan berdasarkan undang-undang yang berlaku.

f. Penilaian dan Penghargaan

Manajemen sumber daya manusia berhak memberikan penilaian terhadap pegawai/karyawan berkaitan dengan kinerja mereka dan diberikan penghargaan kepada pegawai/karyawan yang memiliki kinerja dan prestasi kerja yang baik.

g. Memotivasi

Manajemen sumber daya manusia harus memiliki waktu untuk memberikan motivasi kepada setiap pegawai/karyawan agar tetap semangat dalam bekerja dalam hal ini pimpinan sangat berperan besar untuk pelaksanaannya.

h. Pemeliharaan

Pemeliharaan dalam hal ini adalah pemeliharaan pegawai/karyawan supaya tidak terjadi pengunduran diri secara sepihak dari pegawai/karyawan sendiri akibat ketidaknyamanan dari pegawai/karyawan itu sendiri. Hal ini menjadi gambaran bahwa sistem pemeliharaan yang salah. Jika karyawan yang kinerja dan potensinya yang baik yang mengundurkan diri, menyebabkan kerugian bagi

institusi/perusahaan karena harus mengulang dari awal berkaitan keahlian, pelatihan dan penyesuaian ulang yang membutuhkan waktu. Akan tetapi jika yang mengundurkan diri adalah pegawai/karyawan yang potensi dan kinerja yang kurang baik justru menguntungkan bagi institusi/perusahaan. Oleh sebab itu dibutuhkan pemeliharaan yang baik supaya tidak terjadi kesalahan yang menyebabkan banyak kerugian.

i. Pengintegrasian

Dalam hal ini perlunya integrasi fungsi-fungsi bagian dan membangun tim kerja yang solid supaya tercipta kerjasama yang baik dan harmonis sehingga dalam bekerja juga terjaga semangat dan kinerja yang baik pun terwujud.

j. Kesehatan Kerja

Perlu adanya memperhatikan kesehatan pegawai/karyawan dalam bekerja, dalam hal ini perlu diperhatikan jam kerja dan jam kerja lembur perlunya biaya tambahan bagi pegawai/karyawan. Pegawai/karyawan yang bekerja juga perlu adanya jaminan kesehatan yang diikutsertakan melalui program kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).

### 3. Pelaksanaan Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

Penerapan manajemen sumber daya manusia ditangani secara langsung oleh manajer bagian SDM/kepegawaian (*Human Resource Department/HRD*). Akan tetapi hal-hal yang berkaitan dengan MSDM harus diketahui oleh setiap level kebijakan. Ketika pelaksanaan MSDM mengalami kegagalan maka akan sangat mempengaruhi kinerja pegawai/karyawan sehingga proses pencapaian tujuan institusi/perusahaan pun terkendala. Oleh sebab itu diperlukan kemaksimalan dalam pelaksanaan dan penguasaan manajemen sumber daya manusia yang baik dan benar.

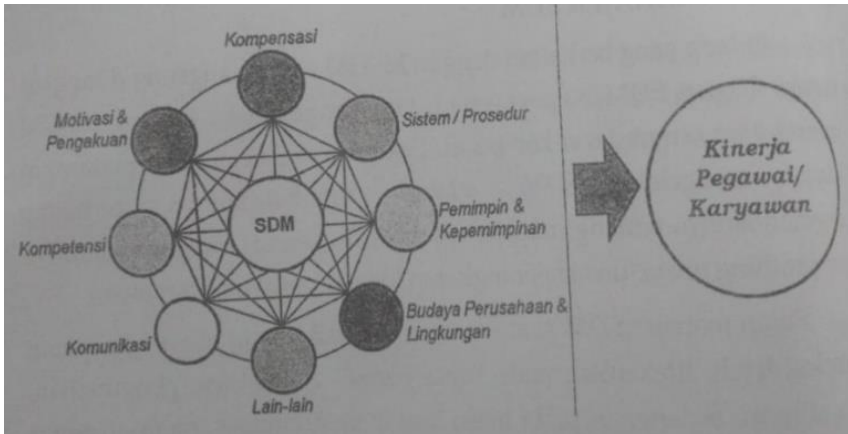
## **Produktivitas dalam Bidang Kesehatan**

Produktivitas berasal dari kata produk dan aktivitas. Produk adalah hasil dan aktivitas adalah kegiatan. Jadi produktivitas adalah hasil dan aktivitas (Wikipedia, 2023). Menurut penulis produktivitas adalah hasil dari kegiatan yang bisa produktivitas yang rendah dan tinggi. Hal ini bergantung kepada orang-orang yang mengerjakannya dalam hal ini dalam bidang kesehatan.

Seperti yang sudah disampaikan di atas bahwa orang-orang yang mengerjakan bidang kesehatan adalah tenaga kesehatan. Jadi jika tenaga kesehatan memiliki keterbatasan dalam produktivitas maka akan berdampak kepada masyarakat karena kesehatan itu tidak bisa lepas dari manusia/masyarakat. Hal utama supaya manusia boleh beraktivitas dan berkarya pastinya harus sehat.

Untuk menciptakan produktivitas yang baik dalam bidang kesehatan adalah dengan mewujudkan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan, pemerintah dan masyarakat. Hal ini tidak terlepas dari manajemen sumber daya manusia yang kita bahas di atas. Dengan pemahaman yang benar akan pengetahuan mengenai manajemen sumber daya manusia dan bidang kesehatan, pelaksanaan di lapangan maka akan sedikit mengurangi masalah yang terjadi dalam bidang kesehatan dan bisa menciptakan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Sebagai kesimpulan mengenai manajemen sumber daya manusia dan produktivitas bidang kesehatan adalah sumber daya manusia tidak bisa lepas dari sistem/prosedur, pemimpin dan kepemimpinan, budaya perusahaan dan lingkungan, komunikasi, kompetensi, motivasi, dan pengakuan, kompensasi dan lain-lain yang kadang muncul pada situasi yang tidak terduga, seperti terlihat dalam gambar 6.1 (Edison, 2017). Butuh komitmen dan konsisten yang kuat untuk dalam mewujudkannya demi tercapainya tujuan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang maksimal.



**Gambar 6.1** Berbagai Faktor yang Memiliki Hubungan dan Pengaruh terhadap Kinerja

Sumber: Edison (2017)

### Daftar Pustaka

- Edison, dkk. (2017). Manajemen Sumber Daya Manusia. Alfabeta: Bandung
- KBBI Daring. (2022). Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia. <https://kbbi.kemdikbud.go.id>
- Priyoto. (2014). Teori Sikap & Perilaku dalam Kesehatan. Medical Book: Yogyakarta
- PPM SoM. (2022). Fungsi Manajemen: Pengertian dan Contoh. <https://ppmschool.ac.id/fungsi-manajemen>
- Wikipedia. (2023). Produktivitas. <https://id.wikipedia.org>

## PROFIL PENULIS



**Eka Saudur Renaldi Sihombing, SKM.,  
M.Kes.**

Penulis tamat sekolah menengah atas tahun 2004 kemudian Penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara pada tahun 2008. Empat tahun kemudian, penulis melanjutkan studi dan dua tahun kemudian menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Sumatera Utara pada tahun 2014.

Sejak 2014, Penulis langsung bekerja sebagai dosen memiliki kepakaran di bidang Epidemiologi di S1 dan Promosi Kesehatan Masyarakat di S2. Dengan kedua peminatan tersebut memudahkan penulis memahami dan memberi pengajaran kepada mahasiswa dalam penerapan ilmu kesehatan masyarakat. Sebagai dosen yang mengerjakan tridarma perguruan tinggi, yaitu penelitian, Penulis juga aktif melakukannya dengan didanai oleh Kemenristek DIKTI dan dana perguruan tinggi. Penulis pernah menerima penghargaan sebagai presentasi terbaik dalam mempertanggungjawabkan hasil penelitian dan memperoleh sertifikat sebagai dosen profesional. Selain itu Penulis juga aktif dalam kegiatan pengabdian masyarakat dalam bidang kesehatan masyarakat. Pada tahun 2016 sampai 2018, Penulis pernah menjabat sebagai ketua program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Efarina dan saat ini menjabat sebagai Sekretaris Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Efarina.

Email Penulis: [eka\\_sihombing@rocketmail.com](mailto:eka_sihombing@rocketmail.com)

# BAB 7 MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

**Hodiri Adi Putra, S.K.M., M.M.R.**  
STIKES Surya Global Yogyakarta

## **Pendahuluan**

Rumah sakit semakin berkembang menjadi entitas ekonomi yang menghadapi persaingan ketat di samping berbagai dimensi. Sementara dalam dua dekade terakhir, efisiensi dan pengurangan biaya mendapat peringkat tinggi dalam agenda manajemen, para pemimpin rumah sakit semakin mengakui bahwa mereka tidak dapat menyusut menjadi kehebatan dan kemakmuran strategis (Rasche dan Braun von Reinersdorff, 2015 dan 2016). Selain itu, penciptaan nilai dalam sektor kesehatan dan rumah sakit berasal dari dimensi hasil dan biaya (Porter, 2010). Yang terakhir ini dapat diukur dengan mudah berbeda dengan dimensi nilai yang menggabungkan banyak isu dan memberikan keleluasaan untuk interpretasi. Biaya dan investasi mendasari logika moneter yang konkret dan dengan demikian berfungsi sebagai landasan untuk keputusan perubahan haluan yang radikal. *Cost dumping*, *law dumping*, dan *tax dumping* merupakan langkah-langkah manajemen yang penting dalam mencapai pencapaian jangka pendek dari hasil terukur di sektor rumah sakit. Statistik menggambarkan bahwa sejumlah besar rumah sakit Jerman akan menghadapi kebangkrutan pada waktunya, jika tidak dilakukan restrukturisasi fundamental (Braun von Reinersdorff dan Rasche, 2014).

Layanan seharusnya tidak hanya dimulai dan diakhiri dengan pasien tetapi juga menggabungkan aspek orientasi pelanggan internal. Pikirkan kegiatan medis pendukung seperti yang disediakan oleh

departemen darurat, anestesi, radiologi atau patologi yang harus dinilai dari layanan daripada perspektif pengobatan (Hogan et al., 2012). Secara bersama-sama, mereka mendefinisikan pasar internal untuk menawarkan layanan dan kompetensi yang direkrut dari disiplin 'pelanggan' seperti kardiologi, bedah, atau urologi. Terutama layanan infrastruktur manajerial dan administratif diperlukan untuk mengatasi masalah keselamatan dan keamanan secara profesional, karena rumah sakit tidak dapat direduksi hanya menjadi fungsi perawatan dan perawatan medis. Hasil yang terlihat ini adalah puncak dari batu es layanan yang sebagian besar tersembunyi di bawah permukaan air.

### **Paradigma Manajemen Pelayanan Kesehatan**

**Pertama**, mereka menganggap pasien tidak hanya sebagai kasus, tetapi juga pelanggan yang ingin menjadi pintar, bugar, dan menarik. Di luar penyembuhan, pencegahan, dan rehabilitasi, pasien generasi Y mendefinisikan diri mereka sebagai kepribadian yang dikelilingi dengan menampilkan gaya hidup sehat dan berkelanjutan, yang membuat mereka memenuhi syarat untuk semua jenis produk dan layanan yang sesuai dengan kesejahteraan dan kualitas hidup. Perangkat yang dapat dikenakan, asisten kesehatan digital, dan gerakan terkuantifikasi-diri termasuk dalam kategori keseluruhan pelacakan kehidupan waktu nyata di era data besar yang akan datang.

**Kedua**, 'gaya kesehatan' muncul sebagai landasan gaya hidup postmodern yang mengarahkan pasien untuk membayar kebugaran, dan kesejahteraan. Banyak raksasa TIK dan internet tidak lagi memeriksa pasar kesehatan sehubungan dengan solusi aplikasi seluler, tetapi memindahkan garis produktivitas ke titik puncak layanan yang mengganggu dan model bisnis yang mendasarinya. Yang terakhir membahas tren perhatian yang menggabungkan keinginan untuk kehidupan yang berdedikasi yang berada di bawah kendali penuh individu.

**Ketiga**, berlawanan dengan pendatang baru dan inovator layanan kesehatan yang mengganggu, rumah sakit kota mengadopsi peran petahana yang menderita warisan usia, kendala organisasi, dan komitmen disfungsi. Visi rumah sakit yang diproklamirkan sering

kali berubah menjadi perubahan mikro sedikit demi sedikit karena kendala politik, hukum, infrastruktur, atau mental. Dengan demikian rumah sakit adalah ahli 'penyembuhan' sementara kapasitas inovasi 'freewheeling' berkembang sebagai kompetensi inti di pasar perawatan kesehatan. Perusahaan seperti Apple dan Google memikirkan model layanan *cross-over* yang tidak terpikirkan dan dirancang dengan mengandalkan teknologi, manfaat, harapan, dan gaya hidup yang menyatu.

**Keempat**, garis demarkasi sektor yang kabur memunculkan solusi perawatan kesehatan holistik, *interfacing*, dan jaringan yang memanfaatkan banyak konstelasi bisnis, seperti rumah sakit pasien, rumah sakit pelanggan, rumah sakit pembayar atau pasien-pasien, sejumlah peluang bisnis yang tak terduga. Dunia perawatan kesehatan nyata bertemu dengan dunia data besar virtual, karena medan pertempuran kompetitif berikutnya adalah pelacakan, pembuatan profil, inferensi, dan prediksi. Di luar intelijen bisnis dan analitik bisnis, perawatan calon pasien semakin bergantung pada kompetensi data besar dalam mengejar terapi yang 'disesuaikan' dan berfokus secara genetik. Masa depan akan menjadi bukti apakah ini domain baru rumah sakit atau untuk pengubah permainan yang mengganggu yang menjelajahi pasar perawatan kesehatan dari luar.

**Kelima**, meskipun belum diakui, pasar perawatan kesehatan berada di ambang gangguan karena angin perubahan berkembang menjadi badai persaingan ketika datang ke inovasi silang. Siklus inovasi terobosan yang sering dikutip mendapatkan momentum tambahan sejauh digitalisasi dan perawatan kesehatan tidak hanya menyatu, tetapi juga membuka jalan menuju model layanan baru sehubungan dengan olahraga, kebugaran dan vitalitas. *Augmented reality* dalam olahraga, pelatihan, serta segudang aplikasi pelacakan animasi menandakan *virtual augmented*, berbasis jarak, digerakkan oleh pengguna, dipersonalisasi, dan entah bagaimana gamifikasi era gaya kesehatan.

**Keenam**, perlu diingat bahwa pasar rumah sakit tidak ditakdirkan untuk menjadi pasar lokal atau lokal satu daerah. Saat ini gelombang besar merger dan akuisisi terjadi tempat di Jerman. Proses konsolidasi industri besar-besaran ini tidak hanya berkaitan ke rumah



sakit, tetapi juga untuk rawat jalan, panti jompo, dan asuransi kesehatan perusahaan. Di satu sisi, besar itu indah sehubungan dengan skala ekonomi dan efek penyatuan. Di sisi lain, spesialisasi juga indah pelanggan pasien elektif yang tertarik dengan operasi plastik, operasi mata, atau intervensi ortopedi. Selain itu, pengembangan usaha diversifikasi dan *cross-over* adalah fakta dalam perawatan kesehatan. Mantra integrasi dan jaringan perawatan kesehatan dapat dilihat sebagai seruan untuk menampilkan sistem nilai sektoral yang konvergen logika *hub-and-spokes*. Ekosistem mega kesehatan mungkin berkembang di mana tidak hanya pemain dan pembayar yang memainkan peran dominan, tetapi juga banyak pemangku kepentingan lainnya memiliki solusi perawatan terkelola atau waralaba perawatan kesehatan di jalurnya.

### **Tantangan Instansi Pelayanan Kesehatan**

Rumah sakit dan institusi kesehatan tidak kekurangan persaingan, tetapi kerjacsama di antara para ahli. Perilaku organisasi yang egois dan terkadang autis pada ahlinya organisasi dapat ditelusuri ke fenomena yang menyinggung fakta tersebut bahwa banyak ahli menolak koordinasi dan *interfacing* (Hogan et al. 2012). Banyak ahli memikirkan fungsi, spesialisasi, dan disiplin bukan klien, proses dan solusi masalah yang menyeluruh. Banyak masalah kesehatan tidak dipecahkan tetapi diperbaiki, karena mereka disematkan ke pola pikir toko tertutup dari ahli A, B atau C ketika datang dengan prosedur yang berdiri sendiri yang dibedah. Yang terakhir pendekatan mencerminkan belahan ahli, sedangkan proses harus sabar terpusat dan digerakkan oleh masalah. Terlalu sering prosedur, alat atau dipekerjakan teknologi bukanlah sarana, tetapi tujuan dari perawatan kesehatan yang didorong oleh ahli. Insentif dan sistem kompensasi mendukung teknologi daripada pasien yang disesuaikan terapi. Merujuk pada ekonomi kelembagaan, para ahli cenderung memanfaatkan informasi asimetri dan perilaku egois, oportunistik. Bantuan altruistik dan motif penyembuhan dimanjakan dengan agenda tersembunyi untuk menambah nilai bagi ahlinya berkontribusi terhadap nilai pasien. Yang terakhir dicapai melalui kerja sama, komunikasi, koordinasi, konsensus, pengendalian, dan

kepatuhan. Banyak organisasi ahli berkinerja lemah pada faktor-faktor kunci keberhasilan ini (Hogan et al. 2011).

Saat ini rumah sakit menghadapi banyak tantangan yang sebagian besar dapat disimpulkan dari kekuatan kompetitif yang bergejolak, mudah berubah, dan tak kenal ampun seperti hiperkompetisi dan berbagai risiko yang harus ditangani secara profesional. Layanan rumah sakit yang cerdas harus spesifik untuk tujuan hasil yang diinginkan dan berdampak pada kesejahteraan pasien

Secara prospektif rumah sakit harus menghadapi masalah keuangan, medis, politik, hukum, pergeseran sosial atau teknologi yang membuat mereka berada pada posisi berisiko yang tidak nyaman. Risiko memasuki arena klinik membutuhkan manajemen yang sesuai pendekatan yang memungkinkan organisasi untuk mengontrol mereka secara proaktif. Konsep dirancang atas dasar bahwa keamanan, keselamatan, pengawasan, pengawasan, kecerdasan, dan masalah layanan terletak di jantung manajemen risiko operasional. Ini berjalan tanpa mengatakan bahwa visi rumah sakit tanpa risiko tidak akan tercapai sejak saat itu biaya pemantauan dan pengendalian akan meledak.

Rumah sakit beroperasi untuk pencapaian indikator kinerja utama seperti kualitas, hasil atau kepuasan pasien, tunduk pada masalah pengukuran karena kompleksitas pelayanan kesehatan. Kemajuan medis dan kepatuhan masalah sangat bergantung pada metrik yang andal, valid, dan objektif untuk ditunjukkan tingkat pemenuhan. Sampai saat ini, akses data istimewa dianggap ahli hak istimewa. Hari ini dan besok gerakan diri terukur memungkinkan dan memberdayakan pasien untuk mengukur kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri. Tumbuh gaya hidup kesehatan dan keberlanjutan didorong oleh semangat untuk langkah-langkah tentang status kehidupan kelompok sasaran yang penuh perhatian. Mereka berkomitmen untuk bundel manfaat yang melayani tujuan dari kehidupan yang penuh perhatian, berharga, dan dihargai.

Organisasi layanan cerdas evolusi institusional menuju organisasi berkinerja tinggi. Berbeda dengan banyak organisasi lainnya format, organisasi layanan cerdas menjembatani sudut pandang profesional dengan perspektif pengguna, klien, atau pasien. Yang terakhir adalah

bagian dari ekosistem harus ditangani dengan hati-hati karena berbagai bidang kepentingan, kekuasaan, dan harapan. Kami meneliti lima format organisasi yang tersebar luas di sektor kesehatan dan rumah sakit dan menyimpulkan dengan pandangan belum sepenuhnya menerapkan organisasi layanan cerdas (lihat juga Rasche dan Braun von Reinersdorff, 2011 dan Rasche et al, 2012).

Organisasi dengan keandalan tinggi menekankan pada kepatuhan terhadap aturan dan standar. Organisasi layanan seperti mesin ini memanfaatkan ekonomi skala dan pelaksanaan rutin sesuai dengan praktik terbaik. Mereka harus menjamin pencapaian hasil yang telah ditentukan sebelumnya, mirip dengan maskapai penerbangan yang bekerja tepat waktu, keamanan, harga, layanan, dan cakupan tujuan. Banyak rumah sakit dasar fokus tentang penyimpangan dan pengendalian kesenjangan melalui pemantauan, pengawasan, dan pengawasan. Tapi kehandalan hanyalah panggilan untuk tugas, bukan keunggulan kinerja yang luar biasa, karena konsumen dikondisikan untuk mengharapkan pemenuhan hasil yang dijanjikan.

Organisasi berkinerja tinggi secara terpisah menggantikan diri mereka sendiri karena pasien mandiri tidak lagi tergantung pada mereka. Organisasi berkinerja tinggi adalah pengembangan kompetensi dan pengajaran mesin karena mereka memberkahi klien mereka dengan keahlian profesional untuk meninggalkan apa pun dukungan yang merendahkan. Terlalu sering pasien dikecewakan oleh layanan lengkap klasik dukungan termasuk operasi dan rehabilitasi sementara tidak memberikan mereka alat pencegahan progresif. Singkatnya, kinerja tinggi organisasi tidak merayakan profesional dan kompetensi mereka sendiri, tetapi bersedia mengilhami klien mereka dengan profesionalisme melalui pembelajaran, pelatihan, pembinaan, dan mendidik.

### **Manajemen Pelayanan Kesehatan Terintegrasi**

Model dokter terintegrasi sebagai rumah sakit yang inovatif model bisnis dalam konteks sistem kesehatan. Berikut unsur-unsurnya adalah

1. Model khusus organisasi dan kerja sama medis dokter yang membagi tugas dan mendefinisikan peran secara berbeda untuk

## Manajemen Pelayanan Kesehatan

medis dasar (Unit Layanan Medis) dan untuk layanan medis khusus (*Medical Unit Spesialis*) di dalam rumah sakit.

2. Manajemen Kinerja yang terpusat Unit pelaksana fungsi inti advokasi pasien, manajemen mutu dan manajemen produktivitas; serta
3. Unit Koordinasi Medis yang mengoordinasikan pengiriman perawatan medis khusus di sepanjang jalur klinis dan melakukan tugas administrasi untuk Unit Pelayanan Medis dan Medis Unit Spesialis. Model bisnis kami bertujuan untuk meningkatkan kolaborasi antara tim medis yang bersaing dalam rumah sakit yang sama (yaitu di tingkat perusahaan) dan antara rumah sakit yang bersaing (yaitu di tingkat industri) dengan membuat kerangka kerja untuk "kompetisi" yang inovatif. Dengan mencapai ini, model-dokter-terintegrasi tidak hanya menciptakan nilai bagi dokter dan rumah sakit, tetapi juga bagi pasien. Kita yakin bahwa hanya mereka dokter dan penyedia rumah sakit yang fokus terutama pada pasien akan muncul diperkuat dari meningkatnya persaingan di bidang perawatan kesehatan. Orientasi pasien akan menjadi kunci keberhasilan. Inovatif kami model bisnis menyediakan kerangka kerja untuk penyelarasan sukses yang berbeda penyedia perawatan di rumah sakit kami satu sama lain dan dengan kebutuhan target kami pelanggan, pasien kami.

Unit Manajemen Kinerja (UMK) terpusat memastikan produktivitas di seluruh rumah sakit manajemen, manajemen kualitas klinis, serta manajemen informasi, pada akhirnya mencari keselamatan pasien maksimum, kepuasan pasien dan efisiensi. Oleh melakukan ini Unit Manajemen Kinerja mengurangi unit layanan dan unit spesialis dari segi administrasi dan tugas lain yang tidak merupakan tugas inti dari dokter medis. Manajemen kinerja memegang kunci posisi dalam model dokter terintegrasi dan harus melapor langsung ke eksekutif dewan atau direktur rumah sakit untuk menjamin tingkat yang efektif otoritas manajerial unit pelayanan dan unit spesialis di wilayahnya.

Praktik semua rumah sakit telah melembagakan "manajemen kualitas umum" di tingkat perusahaan dan mempekerjakan manajer berkualitas yang meringankan dokter dari sejumlah besar pekerjaan,

seperti implementasi sistem kualitas, dengan kebersihan rumah sakit dan dengan pengukuran kualitas. Namun, banyak tugas manajemen mutu yang penting di tingkat medis disiplin ilmu (standar pengobatan, morbiditas & mortalitas konferensi, manajemen daftar, dll.) terus terfragmentasi. Setiap medis disiplin mengelola standar dan dewannya sendiri dan kolaborasi interdisipliner kompleks. Ada perbedaan yang mencolok di banyak rumah sakit antara terpusat, biasanya "manajemen kualitas umum" dengan staf yang baik dan beragam solusi terdesentralisasi, seringkali kekurangan staf di klinis "tingkat disiplin". manajemen mutu. Namun, itu menjadi semakin tidak berkelanjutan untuk diandalkan dokter yang harus fokus pada pasien mereka atau pada yang kurang memenuhi syarat administrasi atau asisten dokter untuk tugas penting manajemen mutu klinis ini. Dengan memusatkan manajemen kualitas klinis dan menyusunnya dengan kualifikasi spesialis, itu akan menjadi jauh lebih profesional dan efisien. Komunikasi dari hasilnya akan lebih objektif dan lebih transparan serta terjadi peningkatan kemungkinan bahwa langkah-langkah untuk meningkatkan kualitas diterapkan secara konsisten.

Penetapan standar mutu dan perlakuan disiplin khusus tetap menjadi tanggung jawab kepala unit pelayanan atau unit spesialis. Namun, manajemen mutu klinis pusat dapat meminta agar standar diselaraskan sehingga jalur klinis dijamin secara keseluruhan sesuai dengan "praktik terbaik". Sementara otonomi spesialis atas pengobatan dan standar mutu tetap dijamin, manajemen mutu klinis pusat akan sangat meningkatkan pengelolaan standar dan meningkatkan komitmen semua orang untuk mematuinya.

Unit Koordinasi Medis (UKM) menjalankan tugas koordinasi dan administrasi seperti perencanaan tugas, pelaporan, pengorganisasian pelatihan medis, koordinasi standar perawatan antar bidang spesialis, dll. untuk kelompok unit layanan dan unit spesialis yang terkait. Dengan cara ini, mereka memanfaatkan sinergi dan menghasilkan keuntungan efisiensi dalam layanan nonklinis, yang menghasilkan lebih banyak waktu untuk tugas medis inti.

Pengelolaan unit koordinasi harus selalu bersifat kooperatif/koordinatif, namun dapat diwujudkan dengan berbagai cara. Rumah sakit yang lebih kecil, misalnya, dokter kepala unit

## Manajemen Pelayanan Kesehatan

layanan dapat mengadopsi peran ini, namun tidak boleh menafsirkan tugas sebagai peran direktur rumah sakit klasik melainkan sebagai penyedia layanan untuk unit layanan dan unit spesialis terkait. Rumah sakit yang lebih besar, fungsinya dapat dipenuhi misalnya oleh seorang spesialis yang melapor langsung ke dewan eksekutif rumah sakit. Sistem ketua bergilir mewakili opsi lain yang bermanfaat. Kerja sama kolega yang erat dengan unit spesialis sangat menentukan penerimaan unit koordinasi.

Infrastruktur rumah sakit, teknologi medis, serta layanan perawatan harus memberikan nilai tambah yang nyata bagi pasien pribadi. Penawaran layanan ini sebanding dengan industri barang mewah. Merek, pemasaran, dan pengemasan layanan perawatan kesehatan swasta tambahan menciptakan nilai tambah bagi pasien, dan dengan demikian menghasilkan keunggulan kompetitif bagi rumah sakit.

Dengan fokus yang kuat pada pembagian tanggung jawab, penugasan peran yang jelas kepada Unit Spesialis dan Unit Layanan, serta pengelolaan proses produksi oleh Unit Manajemen Kinerja terpusat, model bisnis kami secara signifikan meningkatkan transparansi proses produksi dan menyediakan alat untuk meningkatkan efisiensi dan produktivitas secara permanen. Model bisnis kami dengan demikian meningkatkan kemampuan manajemen rumah sakit untuk mencapai keuntungan di segmen paket layanan dasar yang diatur secara ketat yang diatur oleh sistem dan didanai oleh asuransi kesehatan wajib area dimana sebagian besar rumah sakit benar-benar merugi saat ini.

Kualitas layanan dapat ditentukan oleh tingkat pemenuhan harapan pasien. Salah satu isu sentral bagi rumah sakit adalah kualitas dokter yang dirasakan oleh pasien. Untuk meningkatkan kualitas dan menjamin objektivitas, rumah sakit mengukur hasil dan membandingkannya dengan pedoman medis. Namun, dalam lingkungan perawatan kesehatan yang sangat kompleks saat ini, pasien seringkali tidak dapat menilai kualitas medis secara objektif. Oleh karena itu, pasien sangat bergantung pada reputasi penyedia layanan, saran dari kerabat, teman, dan penyedia layanan kesehatan lainnya, serta laporan media.

### Strategi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Tugas manajemen rumah sakit eksekutif adalah menciptakan budaya proses bisnis yang berorientasi pada pemangku kepentingan. Orang yang bertanggung jawab harus termotivasi untuk meningkatkan proses rumah sakit, membangun komunikasi yang diperlukan, dan memastikan kepercayaan, terutama pada saat perubahan. Selain manajemen, perubahan juga menuntut kepemimpinan. Bagian yang dimainkan oleh manajemen adalah merencanakan dan mengejar tujuan manajemen. Diantaranya adalah:

1. Memantau apakah tindakan sedang dilakukan.
2. Komunikasi di dalam rumah sakit dan dengan departemen dan staf yang terpisah.
3. Mengelola sumber daya operasional dan manusia.

Sebagai seorang pemimpin harus mampu menetapkan visi dan strategi untuk arah jangka panjang. Serta mampu memotivasi dan menginspirasi staf dan menentukan budaya rumah sakit dan memperkuat dengan menjalaninya secara aktif.

Model bisnis pelayanan kesehatan menciptakan nilai bagi pasien di bidang kualitas medis dengan bekerja sama dengan dokter terbaik, memungkinkan para dokter ini untuk berkonsentrasi pada tugas inti mereka, dan dengan mengelola parameter hasil, proses perawatan, keselamatan pasien, dan risiko medis secara ketat melalui sentralisasi dan spesialisasi. struktur Manajemen Kinerja, sekaligus mempublikasikan secara transparan indikator kinerja yang relevan. Karena tingkat subjektivitasnya yang tinggi, kepuasan pasien sulit untuk dipengaruhi. Kami mendefinisikan kepuasan sebagai harapan pasien yang bertentangan dengan pengalaman yang mereka rasakan. Untuk menjaga kepuasan pasien tetap tinggi, ambisi kami: Pertama, adalah menawarkan pengalaman terbaik dan kedua, adalah kami mencoba mengelola harapan pasien.

Instansi bertujuan untuk transparansi setinggi mungkin dalam layanan kami serta membedakan penawaran layanan untuk kelompok pelanggan kami yang berbeda, terutama dengan menyembuhkan penyakit untuk pelanggan target kami, serta menyediakan layanan tambahan untuk memenuhi kebutuhan fisik, mental dan emosional individu yang pergi. di luar perawatan medis dasar seperti janji kami

## Manajemen Pelayanan Kesehatan

untuk pelanggan target kami. Pasien swasta ini menuntut lebih dari sekadar kamar yang bagus dan layanan kamar yang lebih baik. Kemungkinan akses ke dan pilihan dokter terbaik, waktu tunggu yang singkat, perawatan pribadi tingkat tinggi yang diberikan oleh dokter-dokter ini, integrasi dokter dalam multidisiplin tim telah menjadi lebih penting dari sebelumnya untuk pasien swasta. Saat ini, sebagian besar rumah sakit tidak peduli apakah mereka menggunakan model kepala-dokter hierarkis atau model dokter jaga mengatur tenaga kerja terpenting mereka, para dokter, dengan cara yang menghalangi mereka untuk menanggapi tuntutan ini sebaik mungkin.

Model pelayanan kesehatan harus mampu meningkatkan kemampuan dokter untuk memenuhi kebutuhan individu pasien pribadi. Dikombinasikan dengan layanan superior (segmen barang mewah), penugasan peran khusus kami di antara para dokter (yang misalnya memungkinkan spesialis di unit spesialis untuk fokus secara unik pada perawatan pasien dan inovasi) model bisnis kami sangat meningkatkan keunggulan kompetitif rumah sakit kami untuk menarik pasien swasta, dan dokter terbaik untuk merawat mereka.

### Aktuasi Manajemen Pelayanan Kesehatan

Penggerakkan merupakan hubungan antara aspek individual yang ditimbulkan oleh adanya pengaturan terhadap bawahan untuk dapat dipahami dan pembagian pekerjaan yang efektif untuk tujuan perusahaan yang nyata.

Fungsi penggerak merupakan usaha untuk menciptakan iklim kerja sama di antara staf pelaksana program sehingga tujuan organisasi dapat tercapai secara efektif dan efisien. Fungsi penggerak tidak terlepas dari fungsi manajemen lainnya. Fungsi penggerak dan pelaksanaan dalam istilah lainnya yaitu *actuating* (memberi bimbingan), *motivating* (membangkitkan motivasi), *directing* (memberikan arah), *influencing* (mempengaruhi) dan *commanding* (memberikan komando atau perintah). Jadi, penggerak adalah kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan untuk membimbing, menggerakkan, mengatur segala kegiatan yang telah diberi tugas dalam melaksanakan sesuatu kegiatan usaha. Penggerak dapat dilakukan dengan cara persuasif atau bujukan



dan instruktif, tergantung bagaimana cara yang paling efektif. Penggerak dapat dikatakan efektif, jika dipersiapkan dan dikerjakan dengan baik serta benar oleh karyawan yang ditugasi untuk itu (Disman, 2013).

Pada dasarnya ruang lingkup pelaksanaan fungsi aktuasi berpusat pada pengelolaan sumber daya manusia. Tujuan utama dilakukannya aktuasi adalah untuk terciptanya kerjasama yang lebih efisien, berkembangnya kemampuan, dan keterampilan anggota serta timbulnya perasaan untuk menyukai pekerjaan yang dilakukan. Semua ini ditentukan dan sangat tergantung pada kemampuan dari para manajer. Seorang manajer harus menunjukkan dalam tingkah laku maupun melalui keputusan yang ditetapkan, bahwa manajer memberi perhatian yang besar terhadap anggotanya. Selain memperhatikan kepentingan anggotanya manajer dituntut mampu menumbuhkan kepercayaan dan keyakinan para anggota, menciptakan, dan memelihara suasana serta lingkungan kerja yang memuaskan dan menyadarkan para anggota mengenai pentingnya peranan mereka masing-masing dalam usaha mencapai tujuan. Untuk menggerakkan dan mengarahkan sumber daya manusia dalam organisasi, peranan kepemimpinan (*leadership*), motivasi staf, kerja sama dan komunikasi antar staf merupakan hal pokok yang perlu mendapat perhatian paramanager organisasi (Disman, 2013).

Fungsi *actuating* haruslah dimulai pada diri manajer selaku pimpinan organisasi. Manajer yang ingin berhasil menggerakkan karyawannya agar bekerja lebih produktif, harus memahami dan menerapkan ilmu psikologi, ilmu komunikasi, kepemimpinan dan sosiologi. Seorang manajer harus mampu bersikap yaitu objektif dalam menghadapi berbagai persoalan organisasi melalui pengamatan, objektif dalam menghadapi perbedaan dan persamaan karakter stafnya baik sebagai individu maupun kelompok manusia. Manajer mempunyai tekad untuk mencapai kemajuan, peka terhadap lingkungan dan adanya kemampuan bekerja sama dengan orang lain secara harmonis (Brantas, 2009). Tujuan fungsi aktuasi lainnya adalah:

1. Menciptakan kerja sama yang lebih efisien.
2. Mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf.

## Manajemen Pelayanan Kesehatan

3. Menumbuhkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan.
4. Mengusahakan suasana lingkungan kerja yang meningkatkan motivasi dan prestasi kerja staf.
5. Membuat organisasi berkembang secara dinamis.

Keberhasilan sebuah program dapat dilihat dari apa yang direncanakan dengan apa yang dilakukan, apakah hasil yang diperoleh berkesesuaian dengan hasil perencanaan yang dilakukan. Untuk dapat memperoleh implementasi rencana yang sesuai dengan apa yang direncanakan manajemen harus menyiapkan sebuah program yaitu *monitoring*, *monitoring* ditujukan untuk memperoleh fakta, data dan informasi tentang pelaksanaan program, apakah proses pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai dengan apa yang telah direncanakan (Soetisna, 2000). Selanjutnya temuan-temuan hasil *monitoring* adalah informasi untuk proses evaluasi sehingga hasilnya apakah program yang ditetapkan dan dilaksanakan memperoleh hasil yang bersesuaian atau tidak.

### Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Kesehatan

*Monitoring* dan Evaluasi (Monev) adalah dua kata yang memiliki aspek kegiatan yang berbeda yaitu kata *Monitoring* dan Evaluasi. *Monitoring* merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah program yang dibuat itu berjalan dengan baik sebagaimana mestinya sesuai dengan yang direncanakan, adakah hambatan yang terjadi dan bagaimana para pelaksana program itu mengatasi hambatan tersebut. *Monitoring* terhadap sebuah hasil perencanaan yang sedang berlangsung menjadi alat pengendalian yang baik dalam seluruh proses implementasi.

Pemerintah memengaruhi proses di rumah sakit di banyak bidang: peraturan baru dalam perlindungan konsumen, undang-undang baru tentang perlindungan privasi dalam kerangka kerja pemerintah yang baru, tindakan jaminan kualitas baru, dan pengenalan biaya praktik atau kartu medis elektronik. Seringkali peraturan baru ini dikaitkan dengan perubahan atau rekayasa bisnis, yang menghasilkan tindakan rekayasa bisnis. Pada gilirannya, ini memperkenalkan mode akuntansi baru yang memerlukan pengesahan modalitas pengobatan yang diubah. Pilihan pengobatan tertentu tidak lagi ditanggung oleh perusahaan asuransi/bantuan

medis. Rumah sakit kemudian harus mempertimbangkan untuk memulai kolaborasi dengan fasilitas perawatan lain untuk memastikan kesinambungan perawatan (rumah sakit sehari, kolega di praktik swasta, fasilitas *step-down*). Ini juga memerlukan perubahan dalam prosedur rumah sakit.

Efektivitas upaya organisasi kesehatan untuk meningkatkan kepuasan pasien dan pengalaman pasien memiliki hasil yang beragam. Meskipun dengan kepuasan tampaknya telah meningkat secara bertahap banyak oleh organisasi di seluruh dunia, masih ada banyak ruang untuk perbaikan. Namun demikian, telah ditetapkan bahwa melibatkan dokter garis depan dalam proses kepuasan pasien memiliki pengaruh yang kuat. Hasil studi telah mengungkapkan bahwa organisasi kesehatan harus mengambil peran lebih aktif dalam meningkatkan kesadaran klinisi dan keterlibatan dalam proses kepuasan pasien.

Beberapa temuan dalam hasil *research* mendukung dan memperluas temuan dalam yang berfokus pada sikap dan kinerja dokter sehubungan dengan harapan pasien. Dalam artikel sebelumnya, kami mengungkapkan bahwa sebagian besar dokter tidak secara rutin menanyakan tentang harapan pasien menangani harapan pasien dianggap sebagai elemen penting dari pemberian perawatan sehari-hari. Kami juga menemukan bahwa faktor penentu utama kurangnya dokter aktivitas untuk mengatasi harapan pasien dikaitkan dengan kesadaran yang tidak memadai dan tidak memadai pelatihan. Ini mungkin sebagian dijelaskan oleh arus kita temuan yang menunjukkan dukungan kelembagaan yang terbatas untuk dokter untuk mengelola dan meningkatkan kepuasan pasien.

Menjadikan perawatan yang berpusat pada pasien sebagai prioritas investasi strategis dalam organisasi perawatan kesehatan tampaknya berhasil ketika mencakup berbagai elemen, seperti penggunaan pengukuran dan umpan balik yang sistematis, membangun kapasitas staf dan lingkungan yang mendukung, memastikan akuntabilitas di semua tingkatan, membangun budaya organisasi yang mendukung pembelajaran dan perbaikan, dan melibatkan pasien dan staf dalam proses. Dengan demikian, organisasi layanan kesehatan disarankan untuk mengatasi hambatan ini,

terutama melalui penerapan kepemimpinan yang kuat dan strategi manajemen perubahan.

Untuk mendapatkan wawasan yang lebih dalam tentang proses peningkatan kepuasan pasien, kami menyelidiki lebih lanjut faktor-faktor utama yang terkait dengan penerimaan umpan balik dari manajemen rumah sakit. Dalam analisis multivariabel, kami menemukan bahwa menerima umpan balik adalah yang utama penentu kesadaran dokter tentang kepuasan pasien dan kinerja mereka. Temuan ini mengungkapkan bahwa dokter yang menerima umpan balik dari manajemen rumah sakit lebih cenderung memiliki kesadaran yang lebih tinggi tentang kepuasan pasien dan lebih cenderung bertanya kepada pasien tentang kepuasan mereka. Akibatnya, kami percaya bahwa rendahnya jumlah dokter yang menerima umpan balik dapat mempengaruhi kinerja mereka sehubungan dengan proses peningkatan kepuasan pasien (Rozenblum, 2013).

Terlepas dari keinginan penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan pengalaman pasien dan mencapai skor kepuasan pasien yang lebih tinggi, relatif sedikit perhatian yang diberikan pada kegiatan manajemen rumah sakit dan keterlibatan dokter garis depan dalam proses peningkatan kepuasan pasien. Oleh karena itu, kami melakukan studi untuk menguji sikap dokter terhadap kegiatan manajemen rumah sakit sehubungan dengan peningkatan kepuasan pasien dan keterlibatan mereka proses kualitas ini, dan melakukannya di banyak negara untuk menentukan apakah pendekatan berbeda antar budaya.

Tampaknya sementara manajemen rumah sakit menegaskan bahwa perawatan yang berpusat pada pasien itu penting dan berinvestasi dalam survei kepuasan pasien dan pengalaman pasien, mayoritas tidak memiliki rencana terstruktur untuk mempromosikan peningkatan kepuasan pasien yang menjangkau dokter garis depan. Secara konsisten, temuan kami menunjukkan dukungan institusional yang tidak memadai bagi dokter untuk mengelola dan meningkatkan dimensi kualitas layanan kesehatan ini. Dengan demikian, manajemen rumah sakit dapat memperoleh manfaat dari menggabungkan perawatan yang berpusat pada pasien sebagai prioritas investasi

strategis serta pengembangan dan implementasi rencana terstruktur proaktif yang melibatkan dokter garis depan dalam proses peningkatan kepuasan dan pengalaman pasien. Selain itu, manajemen rumah sakit harus mempertimbangkan untuk membuat mekanisme umpan balik pasien; memastikan dokter garis depan mendapatkan umpan balik rutin tentang kepuasan pasien.

### Daftar Pustaka

- Brantas. Dasar-dasar manajemen. Bandung: Alfabeta. 2009.
- Braun von Reinersdorff, A., & Rasche, C. (2014). Mobilisierung strategische und operativer Leistungsreserven im Krankenhaus – Gestaltungsfelder und Grenzen der Service-Industrialisierung, erscheint. In R. Bouncken, M. A. Pfannstiel, & A. J. Reuschl (Hrsg.) Dienstleistungs management im Krankenhaus (Band II) (S. 76–S. 85). Berlin.
- Disman MS. Pengantar manajemen. Universitas Gunadharma.2013.
- Hogan, B., Braun von Reinersdorff, A., & Rasche, C. (2012). Value creation in emergency departments: In search of sustainable management paradigms for medicine. Italian Journal of Emergency Medicine (Kohlhammer Verlag), 136–139.
- Hogan, B., Singh, M., & Rasche, C. (2011). Patientenzufriedenheit und Wartezeiten. In W. Von Eiff, C. Dodt, M. Brachmann, & T. Fleischmann (Hrsg.), Management der Notaufnahme – Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor (Vol. 1, No. 3, S. 298–307). Stuttgart.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? New England Journal of Medicine, 26, S.2477–S.2481.
- Rasche, C., & Braun von Reinersdorff, A. (2011). Krankenhaususer im Spannungsfeld von Markt und Versorgungsauftrag: Von der Medizinmanufaktur zur Hochleistungsorganisation. In G. R€uter, P. Da-Cruz, & P. Schwegel (Eds.), Gesundheits€okonomie und Wirtschaftspolitik.Festschrift

## Manajemen Pelayanan Kesehatan

zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender (pp. 473–502). Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag.

Rasche, C., & Braun von Reinersdorff, A. (2015). Gesundheitsmanagement. WISU, 44(8–9), 279–286.

Rasche, C., & Braun von Reinersdorff, A. (2016). Krankenhaususer als Expertenorganisationen – Wertschaffung und Produktivitätssteigerung durch innovative Geschäftsmodelle. In M. A. Pfannstiel, C. Rasche, & H. Mehling (Eds.), Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus - Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz (pp. 1–24). Wiesbaden: Springer-Gabler-Verlag.

Rasche, C., Braun von Reinersdorff, A., & Tiberius, V. (2012). Führung und Steuerung relationaler Expertenorganisationen – Strategien, Geschäftsmodelle und Positionierungsoptionen. In A. Seisreiner & S. Armutat (Eds.), Differentielles Management: Individualisierung und Organisation in systemischer Kongruenz (pp. 215–240). Wiesbaden: Springer Verlag.

Rozenblum R, Lisby M, Hockey P M, Korach O L, Salzberg C A, Efrati N, Lipsitz S, Bates D W (2013). The patient satisfaction chasm: the gap between hospital management and frontline clinicians.

Soetisna DA. Manajemen sumber daya manusia. Bandung: DAS-IDS Manajemen consultan. 2000.

## PROFIL PENULIS



### **Hodiri Adi Putra S.K.M., M.M.R.**

Lahir di Sumenep Madura Jawa Timur 12 Februari 1992, Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit Stikes Surya Global Yogyakarta pada tahun 2015. Pada tahun 2016 penulis melanjutkan studi pascasarjana

Magister Manajemen Rumah Sakit di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus S2 tahun 2018 Sampai sekarang menjadi dosen pengajar di Stikes Surya Global Yogyakarta. Sejak 2018 menjadi dosen pengajar di program studi kesehatan masyarakat Stikes Surya Global Yogyakarta, selain menjadi dosen pengajar menjabat sebagai koordinator uji kompetensi kesehatan masyarakat, keperawatan dan farmasi dan sampai sekarang diamanahi sebagai komite etik penelitian kesehatan di Stikes Surya Global Yogyakarta.

Email Penulis: [hodryadiputra@gmail.com](mailto:hodryadiputra@gmail.com)

# BAB 8 MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Wuri Ayu Wirdhani, S.Tr.Kep., M.Kes.  
SMK Negeri 11 Malang

## Definisi Manajemen

Secara harfiah, kata "manajemen" berasal dari kata kerja bahasa Inggris "*to manage*", yang berarti mengatur. Seorang manajer adalah istilah dalam bahasa kita yang menunjukkan sekelompok orang berpengaruh yang mengawasi organisasi atau bisnis. Sementara itu, definisi manajemen juga dipaparkan oleh beberapa ahli di antaranya adalah sebagai berikut:

1. Mary Parker Follet menjelaskan manajemen sebagai seni menyelesaikan tugas melalui orang lain.
2. Luther Gulick menjelaskan manajemen sebagai ilmu (*science*) yang memungkinkan orang untuk berkolaborasi secara metodis untuk kebaikan mereka sendiri.
3. Menurut G.R. Terry, manajemen adalah suatu proses yang melibatkan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian dalam rangka menetapkan dan mencapai tujuan dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya (G.R. Terry, 2010).

Definisi manajemen yang disebutkan di atas mengarah pada kesimpulan bahwa manajemen adalah perpaduan antara ilmu pengetahuan dan seni yang memerlukan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian kegiatan yang berusaha mencapai tujuan bersama.



## Unsur Pokok Manajemen

Operasi manajemen terdiri dari sejumlah komponen mendasar, termasuk: *Man, Money, Material, Machine, Method, dan Market*.

### 1. *Man*

Digunakan dalam manajemen dan produksi. Dapat diklaim bahwa komponen SDM memainkan peran yang sangat penting karena memungkinkan kegiatan manajemen dan produksi berfungsi.

### 2. *Money*

Aspek keuangan yang meliputi anggaran, kompensasi karyawan (gaji), dan pendapatan bisnis.

### 3. *Material*

Produk yang belum jadi yang akan diubah menjadi bahan mentah. Menciptakan produk berharga dari bahan mentah dapat membantu bisnis atau kelompok.

### 4. *Machine*

Alat pengolah atau bagian dari teknologi yang mengubah bahan mentah menjadi produk akhir. Kegiatan produksi akan lebih produktif dan efisien dengan adanya mesin pengolah.

### 5. *Method*

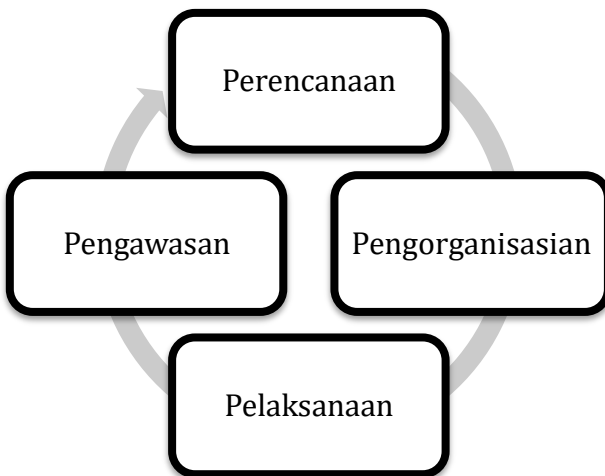
Proses untuk melaksanakan tugas-tugas manajemen yang efisien dengan memanfaatkan faktor yang ada.

### 6. *Market*

Tempat dimana barang-barang produksi dijual (Firmansyah & Mahardika, 2018).

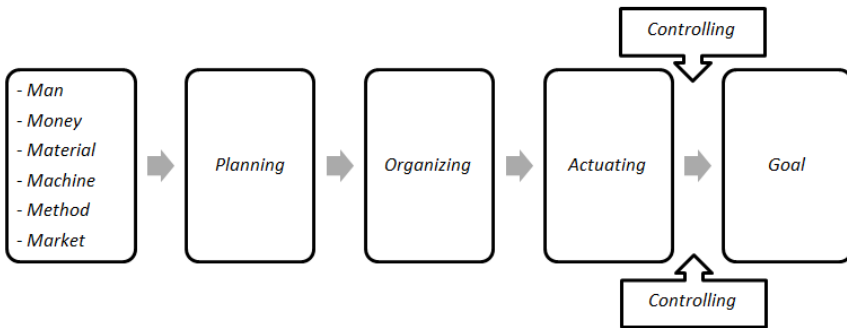
### Fungsi Manajemen

Proses manajemen merupakan kegiatan yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan. Serangkaian tindakan diambil selama perencanaan (*planning*) untuk membangun strategi terbaik untuk mencapai tujuan organisasi. Langkah selanjutnya adalah pengorganisasian (*organizing*), yaitu penetapan dan pengelompokan dengan maksud untuk mencapai suatu tujuan. Implementasi (*actuating*) merupakan langkah ketiga. Proses implementasi meliputi mendorong anggota kelompok untuk beroperasi secara efektif sambil menjalankan rencana dan strategi yang dikembangkan yang harus dilakukan secara bertanggung jawab oleh semua anggota organisasi. Langkah terakhir adalah pengawasan (*controlling*). Memastikan bahwa setiap orang bekerja sesuai dengan rencana yang dibuat dan mampu mencapai tujuan yang telah ditetapkan merupakan proses pengawasan (Sukarna, 2011). Penggunaan unsur-unsur manajemen dalam sebuah organisasi dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 8.1 Proses Manajemen**

Sumber: Sukarna (2011)



**Gambar 8.2 Pola Manajemen untuk Mencapai Tujuan**

Sumber: Herlambang & Murwani (2012)

Gambar di atas menggambarkan suatu pola dalam pengelolaan suatu organisasi, diawali dengan *input* dari sumber daya, kemudian dilakukan fungsi manajemen berupa perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan serta diakhiri dengan tujuan dalam suatu organisasi. Setiap komponen dari proses manajemen bergantung pada yang lain untuk mencapai tujuan karena adanya keterkaitan (Herlambang & Murwani, 2012).

### Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, meliputi rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2022, rumah sakit adalah salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan pasien secara menyeluruh, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut WHO, rumah sakit adalah fasilitas yang menawarkan perawatan medis jangka pendek dan jangka panjang, termasuk prosedur observasi, diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif (Rubbiana, 2015).

### Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tanggung jawab rumah sakit adalah untuk melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan, yang dilakukan secara selaras dan terpadu dengan upaya perbaikan, pencegahan, dan rujukan. Berikut kewajiban rumah sakit berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit:

1. Melaksanakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Menjaga dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis.
3. Mengkoordinasikan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kapasitas pelayanan kesehatan.
4. Penerapan penelitian dan pengembangan serta evaluasi teknologi dalam industri kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan memperhatikan standar etika ilmu pengetahuan.

### Jenis Rumah Sakit

Secara umum, Indonesia memiliki lima jenis rumah sakit: rumah sakit umum, rumah sakit khusus, rumah sakit pendidikan dan penelitian, rumah sakit perusahaan atau institusi, dan klinik (Haliman & Wulandari, 2012).

1. Rumah sakit umum mengobati semua penyakit umum dan memiliki fasilitas perawatan darurat yang tersedia sepanjang waktu (ruang gawat darurat) yang memberikan pertolongan pertama dan mengatasi bahaya sesegera mungkin. Rumah sakit umum juga terdiri dari unit rawat inap dan perawatan akut rumah sakit, ruang operasi, ruang persalinan dan persalinan, laboratorium, dan fasilitas lainnya.
2. Rumah sakit khusus atau spesialis, seperti rumah sakit trauma (*trauma center*), rumah sakit ibu dan bayi, panti jompo, rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, rumah sakit gigi dan mulut, rumah sakit mata, rumah sakit jiwa, rumah bersalin, dan yang lain, hanya menawarkan perawatan medis di bidang tertentu.

3. Rumah Sakit Pendidikan dan Penelitian adalah rumah sakit umum yang bekerja sama dalam upaya pembelajaran dan penelitian dengan fakultas kedokteran di universitas atau institusi pendidikan tinggi lainnya.
4. Rumah Sakit Lembaga atau Perusahaan adalah suatu institusi atau bisnis dapat mendirikan rumah sakit untuk merawat pasien yang menjadi anggota institusi atau bisnis tersebut.
5. Klinik menawarkan layanan kesehatan kuratif untuk jenis penyakit tertentu.

### **Definisi Manajemen Rumah Sakit**

Merencanakan, mengkoordinasikan, dan menilai berbagai sumber daya medis merupakan bagian dari manajemen rumah sakit, yang menghasilkan suatu sistem pelayanan medis rumah sakit (Badar, 2022).

### **Tujuan Manajemen Rumah Sakit**

Tindakan mengelola rumah sakit melibatkan koordinasi penggunaan berbagai sumber daya yang sudah tersedia melalui proses perencanaan, pengorganisasian, dan kemampuan menyelesaikan tugas. Tujuan manajemen rumah sakit adalah:

1. Memiliki kemampuan menyiapkan sumber daya secara lebih efektif, khususnya sumber daya manusia. Dalam hal ini, sumber daya manusia seperti tenaga perawat, tenaga medis, tenaga administrasi, tenaga keuangan, dan lain-lain sangat dibutuhkan di rumah sakit.
2. Mampu melakukan evaluasi pelayanan yang lebih efisien. Rumah sakit akan dapat menilai berbagai layanan pasien.
3. Mampu mengelola berbagai sistem pelayanan secara efektif dan strategis. Rumah sakit mampu merancang, menjalankan, atau mengelola fasilitas medis, mengumpulkan data administrasi dengan cepat, dan menyediakan layanan lainnya.
4. Mampu menyesuaikan perawatan kesehatan dengan kebutuhan pasien.
5. Mampu meningkatkan kualitas pelayanan (Arifin, 2016).

### Fungsi Manajemen Rumah Sakit

Peran manajemen dalam mencapai tujuan rumah sakit secara konseptual dapat dijelaskan sebagai berikut:

#### 1. Perencanaan (*Planning*)

Sasaran, target, dan standar adalah salah satu elemen penting dari perencanaan, bersama dengan hal-hal berikut:

- a. Dukungan direksi.
- b. Gaya perencanaan.
- c. Persiapan ramalan.
- d. Meningkatkan operasi.
- e. Mengoordinasikan upaya.
- f. Menyiapkan sumber daya.

#### 2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Rincian penting untuk diingat adalah:

- a. Tanda-tanda lingkungan yang tertata dengan baik.
- b. Tanda-tanda lingkungan yang tidak terorganisir dengan baik, seperti: (1) Perubahan rencana secara reguler, (2) Kehilangan kesuksesan karir, (3) Pengambilan keputusan lambat, (4) Informasi yang tidak akurat, (5) Akuntabilitas rendah, (6) Konferensi dan komunikasi yang berkepanjangan, (7) Gaji yang tidak adil, (8) Berharap terlalu banyak, (9) Mengabaikan hal yang tidak kompeten.

#### 3. Pelaksanaan (*Actuating*)

Saat memeriksa proses manajemen, penting untuk mempertimbangkan hal-hal berikut: (a) Kebijakan ketenagakerjaan, (b) Gaji dan honorarium lainnya, (c) Kepemimpinan, (d) Motivasi, (f) Komunikasi.

#### 4. Pengendalian (*Controlling*)

Ada unsur-unsur pengendalian yang harus diperhatikan, yaitu:

- a. Penilaian standar.
- b. Prosedur standar.
- c. Sistem informasi.
- d. Evaluasi.
- e. Tindakan korektif.

## 5. Evaluasi

Menentukan apakah rencana dapat disajikan dengan benar dan tujuan dapat dicapai, apakah ada penyimpangan, mengapa terjadi, dan bagaimana menghentikannya agar tidak terjadi lagi. (Sabarguna, 2008).

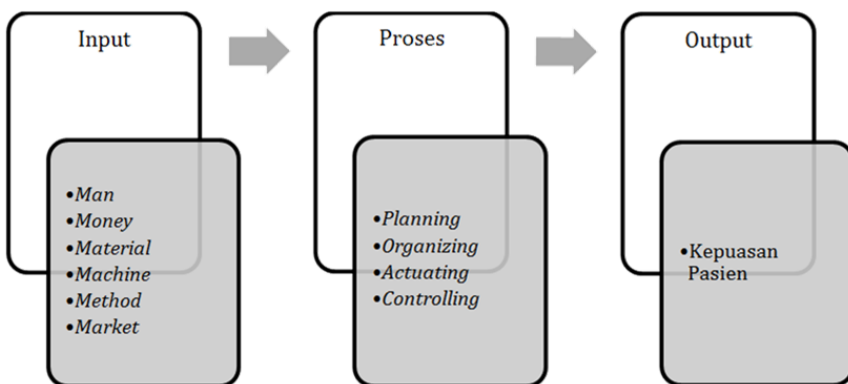
### Tugas Manajemen Rumah Sakit

Tugas manajemen rumah sakit adalah membantu direksi melaksanakan tugas sesuai bidang/bagian masing-masing dalam mencapai visi, misi, *renstra*, kebijakan lainnya. Tingkatan manajemen pada struktur organisasi terbagi menjadi 3, yaitu:

1. Manajemen puncak (*top management*) yaitu penentu kebijakan umum yang strategis.
2. Manajemen menengah (*middle management*) yaitu pengarah kegiatan praktis dan implementasi kebijakan organisasi.
3. Manajemen bawah (*first line management/lower manager*) yaitu operasionalisasi strategi, taktik, dan kebijakan teknik yang telah ditetapkan.

### Kerangka Konsep Manajemen Rumah Sakit

Dibawah ini merupakan gambar dari kerangka konsep manajemen rumah sakit, sebagai berikut:



**Gambar 8.3 Kerangka Konsep Manajemen Rumah Sakit**

Sumber: Erita (2021)

Sebelum merencanakan, terlebih dahulu harus menganalisis dan mempelajari sistem, strategi, dan tujuan, serta sumber daya yang tersedia, sehingga dapat memberikan pedoman dan memudahkan pelaksanaan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Perencanaan didefinisikan sebagai kegiatan yang mencakup pemikiran atau konsep tindakan tertulis dari seorang pemimpin. Fase perencanaan (*planning*) dalam proses manajemen sangat penting untuk mengarahkan semua fungsi lain. Pemimpin harus memiliki keterampilan yang baik dalam menentukan keberhasilan kegiatan dan pencapaian tujuan.

Untuk mencapai tujuan, pengorganisasian (*organizing*) merupakan tahapan yang melibatkan pemilihan, pengelompokan, dan pengendalian berbagai jenis kegiatan. Ini juga melibatkan memilih tanggung jawab seseorang dan mendelegasikan wewenang. Manajer membuat struktur organisasi, model penugasan staf, deskripsi pekerjaan, dan mereka mengenali dan menjalankan tingkat kekuasaan dan tanggung jawab yang tepat. Struktur organisasi, hubungan dengan tenaga kerja, identifikasi tugas yang harus diselesaikan dengan pembagian kerja yang jelas, penetapan standar, koordinasi, dan administrasi adalah semua faktor pengorganisasian. Prinsip untuk pengorganisasian pembagian kerja, rantai komando, kesatuan komando, delegasi, koordinasi, dan prinsip spesialisasi. Fungsi pengorganisasian adalah alat untuk mengintegrasikan (sinkronisasi) dan mengendalikan semua personel, keuangan, material, dan operasi prosedural untuk mencapai tujuan organisasi yang disepakati bersama.

Penerapan rencana manajemen untuk menggerakkan anggota kelompok ke arah yang berbeda untuk mencapai tujuan dikenal sebagai pengarahan (*actuating*). Komunikasi, kepemimpinan, dan motivasi timbal balik adalah komponen dan prinsip pengarahan. Peran pengarahan dapat dengan mudah dilakukan, tetapi beberapa prasyarat harus dipenuhi. Prasyarat ini termasuk keinginan untuk bekerja sama, semangat tim, semangat korps, dan perasaan saling menghormati. Pengarahan adalah mengejar berbagai macam tindakan agar semua kelompok berusaha untuk mencapai tujuan sesuai dengan



rencana yang telah dibuat dengan cara yang baik dan benar, itu adalah kegiatan utama dari semua fungsi manajemen.

Pengendalian (*controlling*) adalah proses memastikan bahwa segala sesuatu dilakukan sesuai dengan rencana, pedoman, dan petunjuk yang telah ditentukan guna mengatasi segala kekurangan atau kesalahan yang mungkin terjadi. Proses manajemen diakhiri dengan pengawasan dan pengendalian, dimana pelaksanaan fungsi tersebut dikaitkan dengan fungsi lainnya, khususnya fungsi perencanaan. Selama proses manajemen, standar dikembangkan yang akan berfungsi sebagai panduan untuk pelaksanaan fungsi tersebut (Erita, 2021).

### Daftar Pustaka

- Arifin (2016) *Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*. Banjarmasin: Pustaka Banua.
- Badar, M. (2022) 'Manajemen Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Batara Siang Kabupaten Pangkep', 1(1).
- Erita (2021) *Modul Bahan Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta.
- Firmansyah & Mahardika (2018) *Pengantar Manajemen*. Yogyakarta: DEEPUBLISH.
- G.R. Terry (2010) 'The Management Of Human Resource Development Based On The Action, Planning, Organizing, And Controlling', *Management Journal*.
- Haliman & Wulandari (2012) *Cerdas Memilih Rumah Sakit*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Herlambang & Murwani (2012) *Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Rubbiana (2015) 'Analisis Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga Perawat Pelaksana dengan Metode Workload Indicator Staff Need (WISN) di Instalasi Rawat Inap Tulip RSUD Kota Bekasi Tahun 2015'.
- Sabarguna (2008) *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Setyo.
- Sukarna (2011) *Dasar-Dasar Manajemen*. Bandung: CV. Mandar Maju.

## PROFIL PENULIS



### **Wuri Ayu Wirdhani, S.Tr.Kep., M.Kes.**

Wuri Ayu Wirdhani lahir di Surabaya, 27 Agustus 1995 dan sekarang menetap di Malang. Penulis menyelesaikan pendidikan D-IV Keperawatan Peminatan Perioperatif di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang pada Tahun 2017 kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Universitas Jember dan berhasil menyelesaikannya di tahun 2019. Penulis bekerja sebagai guru program keahlian Asisten Keperawatan di SMKN 11 Malang. Penulis memiliki pengalaman penulisan jurnal nasional dengan judul: *Work Posture and Musculoskeletal Disorders of Tempe Craftsmen in Sanan Tempe Industrial Center yang publish di Health Notions Volume 3 Number 3: Maret 2019.*

Email Penulis: wurieeayu27@gmail.com.

# BAB 9 MANAJEMEN PUSKESMAS

**Ns. Mochamad Robby Fajar Cahya, S.Kep., MSN.**  
Universitas Binawan Jakarta

## **Pendahuluan**

Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti bagaimana memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peran penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan. Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut, Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakan dengan pendekatan

## **Manajemen Puskesmas**

keluarga. Keberhasilan pelaksanaan tugas Puskesmas sangat tergantung kepada pengelolaan Puskesmas.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, disebutkan bahwa Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dan berfungsi menyelenggarakan UKM dan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota, merupakan bagian dari dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai UPTD dinas kesehatan kabupaten/kota. Oleh sebab itu, Puskesmas melaksanakan tugas dinas kesehatan kabupaten/kota yang dilimpahkan kepadanya, antara lain kegiatan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/kota dan upaya kesehatan yang secara spesifik dibutuhkan masyarakat setempat (*local specific*).

### **Pengertian Manajemen Puskesmas**

Sistem Manajemen Puskesmas terdiri dari dua kata yaitu Manajemen dan Puskesmas. Kata manajemen berasal dari bahasa Inggris dan berarti pengelolaan. Sedangkan Puskesmas adalah Pusat Kesehatan Masyarakat. Secara umum manajemen Puskesmas dapat diartikan sebagai kerja manajemen berupa langkah-langkah dan kegiatan tertentu yang sistematis agar hasil kerja menjadi efektif dan efisien.

### **Tujuan Manajemen Puskesmas**

Manajemen Puskesmas tidak dijalankan tanpa adanya maksud tertentu. Sebagai sistem yang dapat menunjang tatalaksana Puskesmas, sistem ini memiliki dua tujuan, yaitu: Tujuan umum, sistem ini diharapkan mampu meningkatkan manajemen mutu pelayanan dan menjangkau masyarakat lebih luas. Tujuan khusus, agar Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) pada Puskesmas dapat ditentukan dengan baik.

Tujuan di atas tidak terlepas dari tugas Puskesmas itu sendiri sesuai Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014, yaitu melakukan pelayanan terhadap:

1. Promosi kesehatan.
2. Kesehatan lingkungan.
3. Kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana (KB).
4. Kesehatan gizi.
5. Pengendalian dan pencegahan penyakit.

### **Tiga Tahap Manajemen Puskesmas**

Beberapa upaya yang dilakukan untuk mencapai sistem manajemen Puskesmas yang berkualitas diantaranya membuat kegiatan yang direncanakan Puskesmas akan berjalan dengan lancar dan sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu, dibentuk tahapan-tahapan penyelenggaraan Puskesmas. Langkah-langkah ini melibatkan tiga tingkatan seperti yang dijelaskan di bawah ini:

#### **1. Perencanaan (P1)**

Perencanaan merupakan hal mendasar dalam pengelolaan Puskesmas. Puskesmas selama 5 tahun masa kerjanya harus menyusun rencana mengenai kemungkinan masalah kesehatan yang akan timbul di wilayah puskesmas.

Langkah pertama ini sering disebut sebagai langkah P1. Dalam sistem manajemen Puskesmas, ada dua jenis rencana, Rencana Usulan Kegiatan (RUK) dan Rencana Pelaksanaan kegiatan (RPK).

##### **a. Rencana Usulan Kegiatan (RUK)**

Rencana Usulan Kegiatan (RUK) merupakan rencana usaha yang disusun oleh puskesmas untuk tahun berikutnya. Tujuan penyusunan rencana ini adalah untuk mengusulkan anggaran untuk Puskesmas. RUK ini sering disebut sebagai rencana H+1 dalam hal pengelolaan Puskesmas.

Acuan dari perencanaan RUK didasarkan pada indikator kinerja Kecamatan Sehat. Dua kegiatan diusulkan, yaitu proposal aksi wajib dan proposal aksi pembangunan. RUK harus disusun sesuai dengan kebijakan yang berlaku secara global, di negara dan wilayah dimana Puskesmas berada. Penyusunan rencana juga berdasarkan data hasil penelitian dan informasi yang tersedia di Puskesmas. Data tersebut berupa informasi tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Pelayanan Strategis (Renstra). Perencanaan

strategis pusat medis dan kesehatan. RUK H+1 ini dibuat pada bulan Januari tahun berjalan (H), berdasarkan penilaian RUK tahun sebelumnya (H-1).

RUK yang telah disiapkan kemudian akan dibahas di dinas kesehatan kabupaten dan kemudian diserahkan ke pemerintah kabupaten. Selain itu, RUK tersebut telah diberi pengarahannya di Dinas Kesehatan Kabupaten dan diserahkan kepada DPRD untuk mendapatkan persetujuan pendanaan dan dukungan politik.

b. Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Rencana Pelaksanaan Kegiatan Tahun Depan masih disusun berdasarkan masukan tahun lalu dari RUK dan masyarakat setempat. Karena alokasi dana yang akan diperoleh tidak selalu sesuai dengan usulan. RPK disebut juga *Plan of Action* (POA).

Rencana implementasi ini meliputi rencana aksi, jenis kegiatan, tujuan, lokasi, pelaksana dan pihak yang bertanggung jawab untuk memantau proses implementasi. Rencana ini disusun dan ditata dalam matriks *Gantt chart* dan juga mencakup pemetaan wilayah Puskesmas dan fitur-fiturnya.



**Gambar 9.1: Siklus Perencanaan (P1)**

Sumber: Diolah Penulis

## **2. Pelaksanaan Pengendalian (P2)**

Tahap pengendalian pelaksanaan atau tahap P2 adalah suatu proses dimana berlangsung pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi kinerja Puskesmas.

Pada titik inilah Puskesmas bertindak dan berinteraksi langsung dengan masyarakat dan berupaya memecahkan masalah kesehatan yang muncul. Ada empat kegiatan berbeda dalam fase P2 ini, yaitu pengorganisasian, implementasi, pemantauan, dan evaluasi yang dijelaskan di bawah ini.

### **a. Pengorganisasian**

Tujuan dari kegiatan organisasi ini adalah untuk menentukan penjabaran tugas masing-masing petugas struktur Puskesmas. Puskesmas harus mempertimbangkan dua aspek organisasi. Pertama, penyelenggara tempat petugas atau penegak hukum dibuat dengan menggunakan RPK. Uraian program kerja karyawan harus jelas dan uraian tugas manajer harus sesuai dengan keahliannya. Kedua, pengorganisasian tim lintas sektoral yang meliputi: kerjasama dua pihak berpartisan dan kerja sama dengan berbagai macam pihak. Puskesmas dapat bekerja sama dengan dua pihak untuk melaksanakan programnya, misalnya dengan Program Kesehatan Lansia (USILA).

Dalam program ini, puskesmas dapat bermitra dengan bidang sosial dan kesejahteraan. Selain itu, Puskesmas harus mampu bekerja sama dengan berbagai sektor seperti sektor keagamaan dan sektor pendidikan. Kerjasama ini dapat dilakukan dalam memberikan penyuluhan tentang penyelenggaraan UKS (Unit Kesehatan Sekolah) di sekolah-sekolah tertentu. Contoh kegiatan kerja sama di atas dapat dilakukan secara langsung antar sektor terkait atau melalui koordinasi kecamatan.

### **b. Penyelenggaraan**

Setelah tugas dan wewenang sudah dibagikan sesuai dengan kemampuan pelaksana, maka langkah selanjutnya adalah melakukan pelaksanaan kegiatan tersebut. Tentunya Puskesmas tidak bisa sembarangan dalam melaksanakan

kegiatan ini. Terdapat beberapa pekerjaan yang harus diselesaikan, meliputi:

- 1) Pengkajian ulang rencana kerja, terutama mengenai masalah teknis seperti jadwal kegiatan, tempat dan tanggung jawab pelaksana serta target yang akan dicapai.
  - 2) Pembuatan rencana bulanan komprehensif yang mencakup semua area Puskesmas dan tanggung jawabnya. Melaksanakan kegiatan sesuai dengan rencana dan waktu yang telah disepakati. Puskesmas juga harus memperhatikan hal-hal berikut dalam proses pelaksanaannya.
  - 3) Prinsip Implementasi, Puskesmas memiliki empat prinsip, yaitu Tanggung Jawab Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, Inklusi, dan Rujukan. Pedoman standar atau biasa disebut dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) Puskesmas yang memberikan pedoman teknis, pedoman pengelolaan, dan administrasi.
  - 4) *Quality control*, artinya setiap pelaksana harus bekerja sesuai SOP yang ada Puskesmas, tanggung jawab bekerja dengan etika profesi diutamakan.
  - 5) Pengendalian biaya, artinya semua biaya yang dibebankan kepada pengguna jasa sudah sesuai SOP dan tidak mengikat.
- c. Pemantauan

Aspek yang juga perlu diperhatikan oleh Puskesmas dalam penyelenggaraan ini adalah melakukan pemantauan. Kegiatan tindak lanjut ini berupa penilaian ulang terhadap RPK dan hasil yang dicapai. Peninjauan ini dapat dilakukan secara internal maupun eksternal. Audit internal dapat dilakukan setiap bulan dengan membandingkan RPK dan hasil yang diperoleh puskesmas.

Data yang dihasilkan diperoleh dari SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas). Sistem penilaian internal ini dilakukan setiap bulan dalam forum Konferensi Mini Bulanan Puskesmas dengan perhatian khusus pada kinerja, relevansi, kualitas dan biaya. Tinjauan eksternal dapat



dilakukan setiap 3 bulan sekali, termasuk tinjauan di wilayah lain dalam operasional pelayanan Puskesmas. Penilaian ini dapat dilakukan selama lokakarya mini Puskesmas triwulanan. Setelah melakukan pengkajian, Puskesmas juga harus membuat rekomendasi untuk meningkatkan kualitas pelayanannya dalam mengatasi masalah kesehatan. Rekomendasi ini dapat diambil dari hasil seminar bulanan dan triwulanan yang telah dilakukan.

d. Penilaian

Kegiatan terakhir dari tahap P2 yaitu penilaian dapat dilakukan pada akhir tahun anggaran. Penilaian ini dilakukan dengan melihat data primer dan sekunder Puskesmas. Data primer yaitu data yang didapat dari Simpus dan data sekunder adalah data yang didapat dari hasil lokakarya bulanan dan triwulan Puskesmas. Penilaian wajib dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten.

**Tabel 9.1 Perbedaan Lokakarya Mini**

<b>Lokakarya Mini Bulanan dan Rutin</b>	<b>Lokakarya Mini Tribulanan</b>
Bertujuan untuk menilai pencapaian dan hambatan/kegiatan pada bulan atau periode yang lalu serta pemantauan terhadap pelaksanaan rencana kegiatan puskesmas.	Bertujuan menginformasikan dan mengidentifikasi capaian kegiatan, membahas dan memecahkan masalah dan hambatan yang dihadapi oleh Lintas Sektor dan menganalisa serta memutuskan Rencana Tindak Lanjut (RTL) dengan memasukan aspek umpan balik dari masyarakat dan sasaran program
Dilaksanakan setiap awal bulan di PUSKESMAS	Dilaksanakan pada Tingkat KECAMATAN. Puskesmas berperan mendiskusikan usulan yang membutuhkan

	kerjasama lintas sektor → program kesehatan tingkat kecamatan
Evaluasi keterpaduan lintas program (keterpaduan internal)	Evaluasi tingkat keterpaduan lintas sektoral (keterpaduan eksternal)
Luaran: Salah satunya adalah bahan musrenbangdes (Musyawarah Perencanaan Pembangunan Desa) bahan minilok tribulanan	Luaran: Kesepakatan bersama untuk menjalankan rencana

Sumber: Model Manajemen Puskesmas

### 3. Pengawasan Pertanggungjawaban (P3)

Pada tahap P3 ini, dilakukan *check and recheck* terhadap pencapaian Puskesmas. Dalam tahap ini terdapat beberapa kegiatan utama, yaitu:

#### a. Pengawasan

Ada dua jenis pengendalian, yaitu pengendalian internal dan pengendalian eksternal. Pengawasan internal dilakukan oleh atasan dan kepala Puskesmas. Sedangkan pemantauan eksternal dilakukan oleh pihak di luar Puskesmas, misalnya masyarakat, dinas kesehatan, dan pemerintah daerah.

Aspek yang dipantau meliputi pelayanan administrasi, teknis dan keuangan. Jika selama pemantauan ini terjadi penyimpangan dari SOP, rencana atau undang-undang, maka akan dilakukan konsultasi.

#### b. Pertanggung jawaban

Setiap Puskesmas diorganisir untuk menginterpretasikan melalui laporan yang disiapkan oleh Kepala Puskesmas. Laporan ini terangkum dalam LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah) Departemen Kesehatan.

Melalui kepala Puskesmas, laporan ini disampaikan kepada dinas kesehatan kabupaten setempat, pihak di luar Puskesmas seperti bidang pendidikan dan keagamaan serta masyarakat.

Pelaporan di luar Puskesmas dapat dilakukan dengan membuat forum bersama masyarakat. Apabila dalam penyusunan laporan ini terjadi pergantian pimpinan Puskesmas, maka pimpinan Puskesmas terdahulu akan mempertanggungjawabkan laporan tersebut sebagai laporan selama masa jabatannya.

### **Manajemen Kefarmasian**

Logistik farmasi juga harus diawasi secara ketat dan ditanggapi dengan serius, jika tidak, penyimpangan dapat terjadi. Administrasi obat ini mengatur sirkulasi masuk dan keluar obat di puskesmas. Selain itu, tata cara penyimpanan, pencatatan dan deklarasi juga diatur.

### **Manajemen Sarana, Prasarana, dan Peralatan**

Fasilitas dan peralatan Puskesmas yang ada dan digunakan harus juga dipertanggungjawabkan. Pemantauan harus dilakukan dengan bantuan manajemen yang tepat. Kelayakan peralatan yang ada di Puskesmas akan diverifikasi secara bertahap. Kalibrasi yang akurat dan sering juga diperlukan agar alat tidak menimbulkan kesalahan yang berarti dalam penggunaan.

### **Mutu Pelayanan**

Pelayanan puskesmas harus memenuhi standar kualitas tertentu. Dua jenis manajemen yang sangat penting untuk mencapai kualitas pelayanan yang baik, yaitu manajemen kasus dan manajemen kualitas. Dalam manajemen kasus, Puskesmas harus memberikan pengobatan secara rasional dan pelayanan medis di Puskesmas. Sedangkan dalam manajemen mutu, Puskesmas harus menjaga kualitas pelayanannya dengan metode: *Quality Assurance* (QA) dan Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMKK).

### **Manajemen Puskesmas Dengan Pendekatan Keluarga**

Pada tahapan penyelenggaraan Puskesmas yang lebih spesifik dan terkini, setiap Puskesmas harus lebih dekat dengan masyarakat. Hal ini juga sejalan dengan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan

## Manajemen Puskesmas

Keluarga (PIS-PK). Melalui pedoman manajemen Puskesmas pada Permenkes Nomor 44 Tahun 2016, maka dibentuk manajemen Puskesmas dengan pendekatan keluarga.

Manajemen ini sebenarnya sama dengan manajemen Puskesmas seperti biasanya, hanya saja Puskesmas diwajibkan untuk lebih mendekat kepada masyarakat. Tata laksananya pun masih menggunakan P1, P2 dan P3, namun ada sedikit perbedaan pada fungsi P2. Pada tahap penyelenggaraan atau P2 manajemen Puskesmas dengan pendekatan keluarga terdapat kegiatan mengunjungi langsung masyarakat.

Kegiatan ini adalah upaya pelaksanaan tugas Puskesmas yang berada pada Permenkes Nomor 43 Tahun 2019, yaitu mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat dengan masyarakat yang: Berperilaku sehat sesuai dengan kesadaran dan kemauan serta kemampuan untuk hidup sehat, Memiliki jangkauan terhadap mutu pelayanan kesehatan yang baik, Berada di lingkungan yang sehat, Berada dalam derajat kesehatan yang mumpuni baik perorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Terdapat 12 indikator yang juga harus dicapai, yaitu sebagai berikut:

1. Mengikuti KB.
2. Bersalin di faskes.
3. Imunisasi bayi lengkap.
4. Pemberian ASI eksklusif dalam kurun waktu 6 bulan.
5. Pemantauan pertumbuhan balita tiap bulan.
6. Pengobatan standar untuk penderita TB Paru.
7. Pengobatan teratur untuk penderita hipertensi.
8. Tidak menelantarkan pasien gangguan jiwa.
9. Memastikan keluarga tidak merokok.
10. Memastikan keluarga menggunakan air bersih.
11. Memastikan keluarga menggunakan WC yang sehat.
12. Seluruh anggota keluarga menjadi anggota JKN/Askes.

Kegiatan pelaksanaan program pendekatan keluarga tersebut diharapkan menjadi sebuah siklus yang terus berulang. Kegiatan tersebut dikenal dengan sebutan siklus SAJI yang dalam penerapannya dibutuhkan pelatihan terlebih dahulu.

SAJI adalah singkatan dari tata cara petugas dalam kunjungan keluarga, yaitu (1) Salam, (2) Ajak bicara, (3) Jelaskan dan bantu, dan (4) Ingatkan. Pada pelaksanaan kegiatan pertama yaitu salam, petugas mengetuk pintu dan mengucapkan salam. Misalnya “Selamat Pagi” atau “Assalamualaikum” atau dengan ucapan salam warga setempat. Salam ini harus diucapkan dengan ceria, suasana santai dan tersenyum yang lebar. Dilanjutkan dengan perkenalan petugas kepada anggota keluarga serta memberikan informasi tujuan kedatangan, mengkaji semua anggota keluarga yang sakit dan aktivitas seluruh anggota keluarga.

Dilanjutkan dengan berdiskusi dan berbincang-bincang bersama kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya. Menanyakan terkait masalah yang bersifat general sampai masalah kesehatan yang khusus dan semuanya bersifat rahasia.

Beberapa bahasan yang dibicarakan antara lain terkait masalah kesehatan yang dihadapi keluarga seperti kebersihan di tempat tinggal, kebersihan diri (*personal hygiene*), kesehatan bayi, pemberian imunisasi diberikan lengkap atau tidak. Dan apabila ditemukan tidak mendapatkan imunisasi lengkap di diskusikan apa hambatannya dan juga masalah tumbuh kembang anak. Di sinilah petugas kesehatan memberikan edukasi kepada keluarga dengan cara memberdayakan potensi kemampuan keluarga untuk berperan aktif.

Pada tahap ketiga yaitu memberikan informasi yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah keluarga. Dan tahap akhir mengingatkan terus kepada keluarga untuk selalu berperilaku hidup sehat dengan menjaga kesehatan diri dan lingkungan di tempat tinggal baik untuk individu maupun masyarakat. Dalam menjalankan tugasnya petugas kesehatan harus senantiasa menunjukkan sikap *caring*/peduli kepada warga yang dikunjungi.

Tahapan SAJI ini dapat dinilai baik jika: Berlangsung timbal balik, Pesan yang disampaikan ringkas dan jelas, Bahasa yang digunakan mudah dipahami, Cara penyampaian yang tepat, misal dengan alat peraga, Penyampaian secara tulus, Memperhatikan norma-norma adat setempat, Tujuan penyampaian informasi yang jelas, dan Adanya penambahan sedikit humor agar tidak kaku. Adapun komunikasi non-verbal dari petugas yang perlu diperhatikan adalah: Penampilan, Sikap tubuh dan cara berjalan, Ekspresi wajah, dan Sentuhan.

### Daftar Pustaka

- Febriawati, Hemmi & Yandrizal (2017). *Manajemen dan Peran Puskesmas Sebagai Gate Keeper*. Goysen Publishing.
- Heryawan. (2016). *Pedoman Manajemen Puskesmas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016). *Buku Pedomanan Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016). *Buku Petunjuk Tehnis Penguatan Manajemen Puskesmas Dengan Pendekatan Keluarga*.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 44. (2016). *Pedoman Manajemen Puskesmas*.

## PROFIL PENULIS



**Ns. Mochamad Robby Fajar Cahya,  
S.Kep., MSN.**

Kegiatan Penulis Saat ini Sebagai Dosen Keperawatan Pada Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan Jakarta dan Dosen Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada RS Meilia Cibubur. Penulis Lulusan dari Akademi Keperawatan Persada HUSada Indonesia Jakarta, S1 dan Ners di Fakultas Ilmu Universitas Indonesia, S2 Keperawatan dengan peminatan Critical care di Middle Easy University FZE Uni Emirate Arab, dan Saat ini Sedang melanjutkan Pendidikan S2 Magister Manajemen Kesehatan Keselamatan Kerja dan Lingkungan di Pasca Sarjana Universitas Sahid Jakarta. Pengalaman Kerja 12 tahun terakhir di *Ministry of Health Kuwait di Mubarak Alkabeer Hospital (Medical Ward)* dan *Sabah Al Ahmad Urology Center (Surgical Oncology Ward)* . Penulis juga aktif di berbagai Organisasi Profesi dan Organisasi Sosial Kemasyarakatan. Saat ini Penulis menjabat sebagai Wakil Sekretaris Pada Pengurus Pusat Himpunan Perawat *Critical Care Indonesia* (PP HIPERCCI) Periode 2023 – 2028. Dan Pada Tahun 2022 juga mendapatkan Penghargaan sebagai Dosen Berprestasi Tingkat Nasional dari LSP Optimal.

Email Penulis: [robby\\_alfajar@yahoo.com](mailto:robby_alfajar@yahoo.com)

# **BAB 10 MANAJEMEN MUTU JASA DI BIDANG KESEHATAN**

**Dr. Sondang Sidabutar, SKM., M.Kes.**

Universitas Efarina

## **Pendahuluan**

Pengguna jasa kesehatan harus mendapatkan standar yang jelas dan pasti terhadap keamanan serta kenyamanan dari penyedia jasa. Oleh sebab itu, sistem manajemen mutu yang diakui berdasarkan level internasional perlu ditetapkan di seluruh lingkungan instansi kesehatan. Rumah sakit serta Puskesmas sebagai penyedia jasa kesehatan semestinya tidak memberi layanan yang biasa-biasa saja karena mempengaruhi hidup mati seseorang. Persepsi terhadap mutu layanan yang terfokus pada jasa kesehatan tentunya berbeda-beda karena sifatnya sangat subjektif. Ketika berbicara mengenai jasa kesehatan, maka mutu layanan kesehatan relevan dengan kepuasan rata-rata pengguna jasa kesehatan yang pada prinsipnya sesuai pula terhadap kode etik profesi.

Peningkatan mutu layanan menggunakan prinsip dengan berdasar pada elemen utama layanan bermutu yang dilakukan integrasi ke seluruh sistem pendekatan. Prinsip ini fokus pada layanan mutu, prima dan bermutu. Layanan bermutu merupakan layanan dari organisasi demi capaian harapan pelanggannya. Layanan mutu yakni proses untuk menggerakkan organisasi agar tercapai layanan bermutu untuk capaian layanan prima. Sedangkan layanan prima merupakan hasil dari peningkatan layanan berkala secara terus menerus yang akhirnya menjadi sukses.



### Layanan Kesehatan sebagai Jasa

Saat ini penyedia jasa layanan yakni rumah sakit dikelola swasta ataupun rumah sakit yang dikelola swasta, condong mengarah kepada layanan ke arah industri kesehatan yang liberalis. Munculnya konflik antar profesi medis dengan profesi manajemen merupakan kecenderungan ke arah industri Kesehatan. Dalam hal ini, untuk satu pihak diperlukan pendekatan teknis medis dan pihak lain perlu aspek manajerial. Ini juga mempengaruhi layanan Kesehatan yang dialami konsumen berdasarkan *profit oriented* (orientasi terhadap *profit/keuntungan*). Berorientasi kepada keuntungan merupakan pendekatan untung-rugi. Selain itu, teknologi kedokteran yang kini sudah maju, tidak diikuti perilaku profesi yang akomodatif terhadap hak-hak untuk pasien. Pada umumnya pasien menerima saja apa yang dikatakan oleh perawat, dokter, bidan serta tenaga Kesehatan lainnya. Padahal, pasal 53 ayat 2 UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, mewajibkan tenaga Kesehatan agar menghormati hak terhadap pasien seperti hak atas rahasia kedokteran, hak terhadap informasi, serta hak *second opinion*.

### Aspek Hukum Layanan Kesehatan

Pasal 55 ayat 2 pada UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan memberi dasar hukum untuk menentukan ganti rugi berdasar pada KUH perdata karena pasal 1234 KUH perdata yaitu wanprestasi dan *de onrechmatige daad* (perbuatan melawan hukum). Hal ini bisa dilihat pada pasal 1365 KUHP perdata. Adapun unsur-unsur yang ada pada pasal tersebut adalah: 1) perbuatan harus melanggar hukum; 2) harus ada perbuatan; 3) terdapat kerugian; 4) antara pelanggaran hukum dengan kerugian merupakan hubungan kausal; 5) terdapat kesalahan.

Negara-negara maju juga menetapkan *System Common Law*, seperti yang diatur pada *The Consumer Protection Act 1987* (Inggris) yang berisi mengenai jenis *Consumer Goods* dan ajaran *Strict Liability*, apakah ini diterapkan begitu saja pada *civil law* atau tidak. Jika tidak, maka ditegaskan pada perundangan. Demikian halnya tentang masalah pelaku usaha yang mampu dipertanggungjawabkan pada mata rantai produksi hingga ke *retail*-nya.

### Perlindungan Hukum Pasien dan Konsumen

Adanya UU perlindungan konsumen karena ketidakseimbangan kedudukan terkait pelaku usaha dan konsumen, dimana konsumen ada di posisi lemah sehingga penting untuk melindungi kepentingan konsumen. Hal ini sebagai perwujudan keseimbangan konsumen dan pelaku usaha. UU perlindungan konsumen untuk jasa layanan Kesehatan tentunya memunculkan pendapat pro dan kontra. Pendapat pro mengatakan asas profesionalitas yaitu advokat dan dokter mempunyai kesamaan dengan para pelaku usaha seperti supermarket atau pedagang. Mereka sama-sama memperoleh bayaran, namun pembedanya adalah menjadi seorang profesional. Ini disebabkan karena advokat dan dokter menempuh jenjang Pendidikan serta bergabung pada anggota profesi melalui ucapan sumpah dan memiliki kode etik tertentu, serta memiliki mekanisme peradilan profesi (Yusuf Shofie, 2003).

Yang kontra terhadap pemberlakuan UU tersebut mengatakan pasien tidak identik dengan pasien. Dilihat dari sudut pandang kedokteran dimana dokter berbeda dengan pelaku usaha perekonomian. Pendapat ini didukung pula dengan departemen kehakiman yang menghendaki usaha layanan kesehatan tunduk pada UU Nomor 23 tahun 1992 dan bukan terhadap UU Nomor 18.

### Mutu Pelayanan Kesehatan

Faktor subjektivitas masyarakat dinas kesehatan, pasien, pemerintahan daerah, dan organisasi profesi melekat pada mutu pelayanan kesehatan.

#### 1. Mutu Layanan Kesehatan

Definisi Mutu pada *total quality* manajemen (manajemen mutu terpadu), dapat dilihat menurut para pakar:

- a. Daniel Hunt (1993), menyatakan mutu produk merupakan ketepatan *fitness for use* (penggunaan produk) demi capaian kebutuhan serta kepuasan pelanggan.
- b. Crosby (1979), menyatakan mutu sebagai *conformance to requirement* (sesuai standar dan diisyaratkan).
- c. Deming (1986) Mutu merupakan kesesuaian terhadap kebutuhan konsumen dan kebutuhan pasar.

- d. Kondisi dinamis terkait produk, manusia/tenaga kerja, proses dan tugas, serta lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.
- e. Wiyono (1999), menyatakan gambaran total sifat atau jasa layanan terkait kemampuan memberikan kebutuhan kepuasan pelanggan.

Berdasarkan definisi tersebut disimpulkan mutu pelayanan Kesehatan merupakan kesesuaian atau kelebihan terhadap pelayanan harapan atau kebutuhan konsumen. Konsep “*Trilogy*” kegiatan dalam mutu, menurut Yoseph M. Juran diidentifikasi terhadap 3 kegiatan:

- a. Perencanaan mutu: siapa pelanggan, apa kebutuhan pelanggan, kesesuaian peningkatan produk dengan yang dibutuhkan serta perencanaan proses produksi.
- b. Pengendalian mutu: Evaluasi kinerja untuk melakukan identifikasi perbedaan kinerja aktual dan tujuannya;
- c. Pembentukan tim dan infrastruktur untuk peningkatan mutu.

Tiap orang, tergantung dari latar belakang dan kepentingan masing-masing dapat saja melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda.

## 2. Persepsi Mutu Pelayanan Kesehatan

Profesi layanan kesehatan pada masyarakat memiliki persepsi yang berbeda, dimana perbedaan disebabkan faktor latar belakang pendidikan, pengalaman, pengetahuan, kepentingan, dan lingkungan.

- a. Pengguna Jasa Layanan Kesehatan seperti Pasien

Pandangan pasien adalah penting karena pasien yang merasa puas akan datang berobat kembali. Pemberi layanan harus paham status kesehatan dan kebutuhan. Dalam hal ini dibutuhkan hubungan yang saling percaya antar penyedia layanan kesehatan dengan masyarakat/pasien terhadap pelayanan kesehatan.

- b. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Dalam hal ini, pemberi layanan kesehatan yaitu layanan Kesehatan yang bermutu melalui ketersediaan prosedur kerja,

- peralatan, kebebasan profesi dalam melakukan tiap layanan kesehatan.
- c. Penyandang Dana Pelayanan Kesehatan  
Asuransi kesehatan berpendapat pelayanan kesehatan yang bermutu haruslah layanan Kesehatan yang efisien dan efektif.
  - d. Pemilik Sarana Pelayanan Kesehatan  
Pelayanan kesehatan mampu menghasilkan pendapatan yang dapat menutupi biaya operasional serta pemeliharaan dengan tarif yang terjangkau masyarakat.
  - e. Administrator layanan Kesehatan  
Menyusun prioritas dengan menyediakan apa yang menjadi kebutuhan dan harapan pasien dan pemberi layanan kesehatan.

### 3. Dimensi Mutu Layanan Kesehatan

Robert dan Prevost (1987) berpendapat perbedaan pada dimensi mutu layanan kesehatan:

- a. Terhadap Pemakai Jasa Pelayanan Kesehatan  
Tanggapnya petugas untuk memenuhi kebutuhan dan kelancaran pasien, kelancaran komunikasi, antara petugas dengan pasien, keprihatinan dan keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien merupakan bagian dari mutu layanan Kesehatan.
- b. Terhadap Penyelenggara Pelayanan Kesehatan.  
Mutu layanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian layanan yang diselenggarakan melalui IPTEK sesuai standar etika profesi.
- c. Terhadap Penyandang Dana Pelayanan Kesehatan  
Terkait dengan dimensi kemampuan dari layanan kesehatan yakni mengurangi kerugian efisiensi penggunaan sumber data, kewajaran pembiayaan, ataupun kemampuan layanan Kesehatan mengurangi kerugian.

Untuk optimalisasi layanan Kesehatan, maka yang harus dipenuhi: tersedia (*available*), berkesinambungan (*continue*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*acceptable*), dapat dicapai (*accessible*), dapat dijangkau (*affordable*), efisien (*efficient*), serta bermutu (*quality*). Parasuraman (1985), menjelaskan cara menilai

mutu layanan Kesehatan (Parasuraman dkk, 1985), yaitu: 1) *Reliability*; 2) *Emphaty*; 3) *Tangibles*; 4) Ketanggapan; 5) Jaminan Kesehatan.

#### 4. Manfaat Program Jaminan Mutu Layanan Kesehatan

Secara umum, beberapa manfaat program jaminan mutu layanan Kesehatan yakni:

a. Meningkatkan Efektivitas Pelayanan Kesehatan

Di sini erat hubungannya dengan kemampuan menyelesaikannya masalah dengan cara yang tepat.

b. Peningkatan Efisiensi Layanan Kesehatan

Dalam hal ini, erat hubungannya dengan dapat dicegahnya layanan yang berlebihan bahkan mungkin yang di bawah standar.

c. Dapat lebih meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap layanan kesehatan.

Penerimaan ini meningkat dengan kesesuaian layanan Kesehatan yang terselenggara kebutuhan dan tuntutan masyarakat sebagai pemakai jasa layanan kesehatan. Dengan diwujudkannnya penerimaan yang meningkat tersebut, tentunya berkontribusi besar untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

### Manajemen Mutu

Untuk menjaga kualitas, tindakan yang dilakukan oleh perusahaan merupakan pengertian manajemen mutu. Rangkaian aktivitas yang dilakukan seperti penentuan kualitas standar, peraturan yang diperlukan, dan aspek lain yang menentukan kualitas produk. Untuk jangka Panjang, tujuan manajemen mutu peningkatan kepuasan pelanggan dan *customer loyalty* stabil bahkan mungkin akan terus meningkat. Komponen manajemen mutu:

#### 1. *Quality Planning*

Merupakan proses perancangan standar kualitas serta cara pencapaiannya. Jika tidak ada *quality planning* dan tidak ada *benchmark* yang jelas, akan didapatkan hasil yang berbeda-beda.

## Manajemen Mutu Jasa Di Bidang Kesehatan

*Quality planning* akan membantu terlaksananya komponen yang lain secara optimal.

### 2. *Quality Improvement*

Tujuannya adalah untuk peningkatan kualitas jasa atau produk yang sedang proses produksi. *Quality improvement* lebih mengoptimalkan proses dan produk yang dihasilkan agar terpercaya kualitasnya.

### 3. *Quality Control*

Pengawasan proses guna menjaga kualitas produksi agar sesuai standar yang ditetapkan dari awal. *Quality control* fokusnya pada proses dan pengawasan. Tujuan dijalankannya *quality control* agar tidak banyak produk yang diperbaiki.

### 4. *Quality Assurance*

*Quality assurance* memastikan bahwa jasa atau produk sudah memenuhi standar.

## Proses Manajemen Mutu

Beberapa proses tahapan dalam manajemen mutu antara lain:

### 1. **Perencanaan dan Strategi Mutu**

Perlunya proses strategi perencanaan yang matang terhadap perencanaan dan strategi mutu supaya semua keputusan terarah dan sesuai. Di dalam dunia bisnis, dimulai dengan perencanaan yang baik. Pada tahap perencanaan strategi, perlu dilakukan analisis agar diketahui kebutuhan pelanggan atau konsumen sehingga kepuasan pelanggan dapat meningkat.

### 2. **Implementasi Perencanaan Mutu**

Yang perlu diperhatikan dalam proses implementasi mutu yakni standar pembuatan produk serta pengecekan kualitas mutu. Produk maupun jasa akan diberikan dan disebarluaskan jika sesuai standar mutu yang digunakan.

### **Analisa Sistem Pengembangan Mutu**

Ada 3 pendekatan penilaian mutu menurut Donabedian yang meliputi: aspek struktur seperti sarana fisik, peralatan dan perlengkapan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Hal ini merupakan masukan (*input*). Semua kegiatan yang dilakukan dengan profesional dari tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien adalah aspek proses. Kegiatan dari perawat, dokter, dan tenaga administrasi dapat merubah peningkatan kesehatan dan kepuasan yang dirasakan oleh pasien adalah aspek Keluaran. Mutu asuhan kesehatan organisasi layanan kesehatan diukur dengan memantau serta menilai kriteria, standard dan indikator yang dianggap sudah relevan dan sesuai untuk aspek proses, struktur, dan *outcome* organisasi pelayanan kesehatan.

Rendahnya mutu layanan, kenyataannya disebabkan faktor input yaitu kurangnya dokter ahli, peralatan, fasilitas, dana dan sebagainya. Faktor yang mendukung mutu layanan rendah di rumah sakit yakni kuantitas dan kualitas perawat. Kecilnya alokasi dana disertai tingginya target untuk pemasukan PAD merupakan alasan kecilnya dana untuk peningkatan mutu layanan.

### **Budaya Kerja dan Kepemimpinan**

Pada dasarnya seorang pemimpin memiliki kemampuan untuk menghancurkan atau meningkatkan organisasinya. Dengan mengatur, para pemimpin membentuk budaya yang ada di organisasinya. Tapi bagaimanakah keefektifan kepemimpinan untuk mencapai keberhasilan sebuah perusahaan? Rata-rata, kepemimpinan suatu organisasi yang tidak efektif berada pada ekuitas 19%. Di pihak lain adanya kepemimpinan dan perusahaan yang efektif, maka premi ekuitas bisa mencapai 15%.

Tiga serangkai yang diperlukan terkait hubungan kerja yang mengarahkan organisasi yang efektif menuju kesuksesan yaitu adanya budaya, strategi dan kepemimpinan. Budaya dan kepemimpinan mampu memberikan kompetitif yang unggul bagi organisasi yang tentunya terorganisasi dengan baik. Tapi sebaliknya jika kepemimpinan masih buruk, maka perlu penguatan terhadap nilai-nilai, perilaku, dan sikap yang salah. Karena dengan terciptanya

## Manajemen Mutu Jasa Di Bidang Kesehatan

perselisihan antara citra dan operasional organisasi dapat menciptakan gangguan.

Hal utama yang mencerminkan perpaduan antara budaya dan pemimpin dan merupakan hal yang penting:

1. Seorang pemimpin perlu menyelaraskan dirinya dengan model dan budaya perilaku sebagaimana yang diharapkan.
2. Seorang pemimpin penting untuk mengerti bagaimana budaya yang cocok dalam suatu organisasi dan menyadari bahwa budaya tersebut akan mendorong ke arah perubahan yang positif.
3. Untuk mencapai tujuan bersama terhubungannya hati serta pikiran karyawan dan keselarasan, maka seorang pemimpin harus mampu melakukannya.

Jika pemimpin sudah mampu membentuk budaya organisasi yang cocok dan selaras serta mampu menciptakan suasana kerja yang baik, maka layanan Kesehatan baik kepada pasien, *customer*, klien yang diberikan oleh karyawan dalam organisasi tersebut akan menjadi lebih bermutu dan bermanfaat untuk masyarakat yang menggunakan jasa tersebut.

Mempertahankan budaya yang sudah baik dalam suatu organisasi, khususnya yang memberikan layanan jasa khususnya di bidang kesehatan, akan menunjukkan layanan jasa yang bermutu dan bermanfaat. Disamping mempertahankan budaya di dalam organisasi tersebut, perlu juga ada peningkatan budaya kerja dalam rangka meningkatkan mutu jasa layanan kesehatan.



## Daftar Pustaka

- Crossby, Philip B. (1979), *Quality is free: The art of making quality certain*, New york: New American Library.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in Quality Assessment and Monitoring Volume I, The Definition of Quality and Approach to Its Assessment*. Health Administration Press, Michigan.
- Parasuraman, A., Valarie Zeithaml, and Leonard Berry (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and its implication for Future Research," *Journal marketing* (fall).
- Wijono Djoko. (1999). *Manajemen Kualitas Layanan Kesehatan*, Vol.1 .Surabaya, Airlangga, University Press
- Yusuf Shofie. (2003). *Potensi Pelanggaran dan Cara Penegakan Hak Konsumen*. Jakarta: CitraAdityabakti.

## **PROFIL PENULIS**



### **Dr. Sondang Sidabutar, SKM., M.Kes.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai tahun 1991. Hal tersebut menjadikan penulis memilih study ke Diploma III Keperawatan YBS Medan dan lulus tahun 1994. Selanjutnya Penulis melanjutkan pendidikan ke Diploma III Kebidanan Griya Husada Surabaya dan lulus tahun 2007. Selanjutnya Pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2005. Selanjutnya Pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2013. Selanjutnya Penulis melanjutkan Pendidikan S3 Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2018.

Penulis memiliki kepakaran di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi). Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti pada bidang kepakaran Epidemiologi. Beberapa penelitian telah dilakukan yang didanai dari internal perguruan tinggi serta Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis aktif menulis buku dengan harapan memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara.

Email Penulis: [sondang\\_sidabutar73@yahoo.com](mailto:sondang_sidabutar73@yahoo.com)

# BAB 11 SISTEM INFORMASI KESEHATAN

**Dwi Saputri Mayang Sari, S.Tr.Keb., M.Biomed.**  
Akademi Kebidanan Rangka Husada Prabumulih

## **Sistem Informasi Kesehatan (SIK)**

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) “sistem” dan “informasi” adalah dua kata yang membentuk frase “sistem informasi”. terdiri dari beberapa elemen yang saling berhubungan bekerja sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan setelah dihubungkan dengan data system informasi yang diubah seperti bentuk yang lebih berarti bagi pengguna dan membantu dalam menjelaskan cara mendapatkannya. Suatu sistem tunggal yang mengumpulkan informasi dari semua tingkat pemerintahan secara sistematis tentang cara mempromosikan kesehatan di antara penduduk dikenal sebagai sistem informasi kesehatan penduduk.

## **Dasar Hukum Sistem Informasi Kesehatan**

1. UUD 19945, ayat 28: Setiap orang bertanggung jawab memelihara keterbukaan komunikasi dan berbagi informasi untuk memajukan jaringan pribadi dan sosialnya. Mereka juga memiliki tanggung jawab untuk menemukan dan menggunakan segala jenis media penyimpanan informasi yang tersedia untuk mengumpulkan dan berbagi informasi.
2. Negara Republik Indonesia No. 36.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/2010 tentang Penyelenggaraan dan Pemanfaatan Teknologi Informasi

## Sistem Informasi Kesehatan

Sebagai Sarana Promosi Kesehatan dan Keselamatan dibidang Keamanan Data dan Informasi.

5. Kepmenkes Republik Indonesia No. 511 mulai Agustus 2002 tentang Sistem Informasi Nasional Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SIKNAS).
6. Kepmenkes RI No. 932/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.
7. RI No.837 Keputusan menkes republik indonesia tentang Signal Komputer (SIKNAS) *Online* Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

### Sejarah Sistem Informasi Kesehatan (SIK)

Jika Anda tidak mengetahui sejarah perkembangan sistem informasi kesehatan di Indonesia, akan sulit untuk menjelaskannya kepada orang lain. Pada awalnya, sistem manual atau pencatatan digunakan untuk pengumpulan kemudian administrasi data di RS dan jenis perawatan kesehatan lainnya, dengan kehilangan data menjadi risiko tunggal terbesar bagi nyawa dan anggota tubuh. Namun seiring dengan perkembangan dunia yang terus maju dan berkembang, teknologi menyebabkan sistem informasi untuk pelayanan kesehatan terus berkembang. Dengan tidak adanya informasi mengenai perjalanan SIK ke Indonesia, pengungkapan informasi mengenai sistem pengelolaan informasi kesehatan menjadi hal yang tabu. Sistem manual atau pencatatan yang digunakan untuk mengelola dan melacak pasien di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya seringkali gagal karena kurangnya data penting, yang dapat menimbulkan konsekuensi bencana. Namun sistem informasi kesehatan akan tetap berjalan normal selama manusia dan teknologi terus hidup dalam keadaan miskin. Ekspansi SIK di Indonesia dimulai dengan implementasi “sistem informasi berbasis komputer Sistem Rumah Sakit”. Empat tahapan SIK Indonesia saat ini adalah:

1. Panduan Era (Sebelum 2005).
2. Era Transisi 2 (Tahun 2005-2011).
3. Era Komputerisasi 3 (Mulai 2012 s.d Sekarang).

### **Konsep Kesehatan Sistem Informasi Sistemisasi**

Untuk mengatasi kekurangan atau ketidakpatuhan di antara kesehatan badan, perlu dikembangkan sistem informasi. Ada beberapa prinsip utama yang harus dipahami oleh siapa pun yang terlibat dalam pengembangan atau pembuatan sistem informasi saat sedang dibangun dari bawah ke atas (perancang). Berikut panduan selanjutnya: Sistem informasi tidak identik dengan sistem komputerisasi.

Sistem informasi tidak merugikan mereka yang menggunakan teknologi komputer. Sistem Informasi Berbasis Komputer adalah sebutan untuk sistem informasi yang dalam pelaksanaannya memanfaatkan komputer (*Computer Based Information System*). Masalah utama yang menghambat penerapan komputerisasi, teknologi dalam informasi organisasi manapun adalah:

1. Pengambilan keputusan yang tidak dilandasi dengan informasi.
2. Informasi yang tersedia tidak relevan.
3. Informasi yang tersedia, tetapi tidak digunakan oleh manajemen.
4. Informasi yang tersedia, tidak tepat waktu.
5. Terlalu banyak informasi.
6. Informasi yang tersedia, tidak akurat.
7. Adanya duplikasi data.
8. Adanya data yang cara pemanfaatannya tidak fleksibel.

Struktur organisasi sistem adalah komponen yang berbeda. Dinamika sistem informasi dalam suatu organisasi sangat dipahami dengan baik oleh dinamika pertumbuhan organisasi tersebut. Oleh karena itu perlu disadari bahwa pengembangan sistem informasi tidak pernah berhenti.

### **Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)**

Sistem yang berinteraksi dengan sistem informasi lainnya dengan cara yang menguntungkan, baik di tingkat nasional maupun internasional. Himpunan atau jaringan informasi kesehatan provinsi, bersama himpunan atau jaringan sistem informasi kesehatan kabupaten/kota, merupakan SIKNAS.

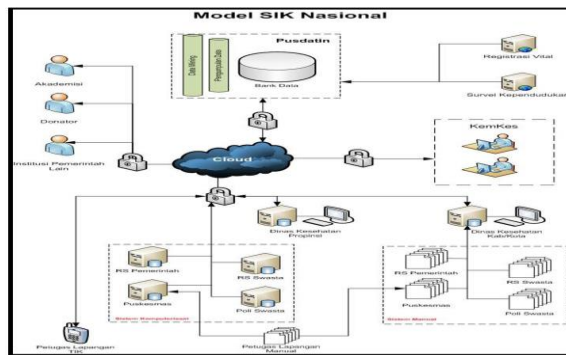


**Gambar 11.1 Pengembangan SIKNAS**

Sumber: Hartono, B. Depkes (2007)

SIKNAS adalah jaringan informasi virtual yang dikembangkan oleh departemen kesehatan dan hanya dapat diakses setelah koneksi dibuat. Infrastruktur komunikasi data yang terintegrasi meliputi jaringan seluler yang mencakup area yang luas, dan alat untuk mentransfer data melintasi *Local Area Network* (LAN) dari berbagai jenis. Karena desentralisasi sektor kesehatan di seluruh Indonesia, jaringan komputer (SIKNAS) online diterapkan. Tujuan dari program SIKNAS *online* adalah untuk memfasilitasi transmisi data antar pihak dengan memitigasi aliran data dari daerah ke Depkes dan memungkinkan untuk transmisi data di antara mereka.

## Alur Sistem Informasi Kesehatan Nasional



**Gambar 11.2 Model Sistem Informasi Kesehatan Nasional**

Sumber: Diolah Penulis

Terdapat 7 komponen yang saling terhubung dan saling terkait dengan adanya jaringan sistem informasi kesehatan nasional adalah:

### 1. Sumber Data Manual

Proses ini mengharuskan data ditarik dari ring yang sudah diproses secara manual atau diproses menggunakan komputer *offline*. Fasilitas kesehatan yang masih memiliki masalah infrastruktur mendasar, manual untuk alur sistem informasi memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi terkini dapat mendorong SIK. Penyimpanan, dan pelaporan berbasis kertas akan dilakukan oleh fasilitas pemeliharaan pelayanan kesehatan yang saat ini menggunakan sistem manual.

Data diagregasi/dirangkum dalam bentuk *hardcopy* (kertas) dan disampaikan ke dinas kesehatan kota atau kabupaten setempat. Kemampuan melakukan pemeliharaan kesehatan dengan menggunakan komputer *offline*; penyerahan catatan dalam format *softcopy* sebagai data individu ke dinkes setempat. Bagi petugas kesehatan yang misalnya bekerja di gedung tanpa komputer, laporan dibuat dengan bentuk data rekapitulasi atau agregat sesuai dengan timeline yang telah ditentukan. Sebaliknya, mereka yang sudah menyelesaikan komputerisasi.

### 2. Sumber Data Komputerisasi

Sumber Data Komputerisasi Pengumpulan Data dari data yang telah dilakukan melalui komputerisasi *Online*. Data individu ditransmisikan secara terus menerus. Data Kesehatan Nasional dalam format yang telah ditentukan selama menggunakan layanan kesehatan dengan layanan komputerisasi. Selain itu, program kesehatan seluler (*mHealth*) yang dapat terhubung ke perangkat secara nirkabel akan diluncurkan.

### 3. Sistem Informasi Dinas Kesehatan

Sistem informasi kesehatan yang disediakan oleh departemen kesehatan lokal dan provinsi. Laporan yang masuk ke dinas kesehatan kabupaten/kota dari semua fasilitas kesehatan (tidak termasuk yang diselenggarakan oleh Pemerintahan Provinsi dan Pemerintahan Pusat) dapat berupa dokumen *softcopy* maupun

## **Sistem Informasi Kesehatan**

*hardcopy*. *Hardcopy* di-entri ke aplikasi 'generik SIKDA'. Langkah terakhir adalah seluruh laporan diserahkan ke Bank Data Kesehatan Nasional. *softcopy* diimpor ke dalam aplikasi 'SIKDA Generik'. Untuk menerima laporan dari fasilitas kesehatan provinsi, departemen keamanan publik melakukan bisnis dengan cara yang sama dengan departemen keamanan publik di kota atau desa.

### **4. Sistem Informasi Pemangku Kepentingan**

Sistem informasi yang dikembangkan oleh seorang profesional kesehatan. Mekanisme pertukaran data kesehatan dengan pemangku kepentingan di semua tingkatan dilakukan dengan mekanisme yang disepakati.

### **5. Bank Data Kesehatan Nasional**

Karena program unit per unit tidak melakukan penyerapan data jarak jauh ke sumber data, maka penyimpanan akan segera menghapus seluruh data kesehatan dari sumber data (fasilitas kesehatan).

### **6. Pengguna Data oleh Kementerian Kesehatan**

Setiap kegiatan Kemenkes dan UPT-nya serta dinas kesehatan dan UPTP/D-nya dapat menggunakan data yang terakhir dimutakhirkan di Data Bank Kesehatan Nasional.

### **7. Pengguna Data**

Setiap orang tidak memiliki sistem informasi sendiri maupun masyarakat umum yang membutuhkan informasi kesehatan dapat mengakses data yang dibutuhkannya dari Bank Kesehatan Nasional melalui *website* Kementerian Kesehatan.

## **Jaringan Sistem Informasi Kesehatan (SIKNAS)**

Jaringan SIKNAS adalah sebuah koneksi/jaringan virtual sistem informasi kesehatan elektronik yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan dan hanya bisa diakses bila telah dihubungkan. Jaringan SIKNAS merupakan infrastruktur jaringan komunikasi data



terintegrasi dengan menggunakan *Wide Area Network (WAN)*, jaringan telekomunikasi mencakup area yang luas serta digunakan untuk mengirim data jarak jauh antara *Local Area Network (LAN)* yang berbeda, dan arsitektur jaringan lokal komputer lainnya. Pengembangan jaringan komputer (SIKNAS) online ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan (KEPMENKES) No. 837 Tahun 2007.

### **Masalah Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)**

Melihat Sistem Informasi Kesehatan Indonesia, kita dapat melihat bahwa tingkat represi cukup tinggi. Untuk tujuan surveilans, sangat penting untuk mengidentifikasi situasi yang ada, terutama yang melibatkan munculnya penyakit, agar berdampak pada kematian kesehatan setiap orang dalam populasi. perkembangan dan permasalahan sistem informasi kesehatan, antara lain: Upaya kesehatan akses pada pelayanan kesehatan secara nasional mengalami peningkatan. Namun pada daerah terpencil, tertinggal, perbatasan, serta pulau-pulau kecil terdepan dan terluar masih rendah.

#### **1. Pembiayaan Kesehatan**

Pembiayaan kesehatan secara bertahap membaik dari tahun ke tahun, namun sikap terhadap seluruh APBN belum membaik.

#### **2. Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan diakui. Berapa pun kuantitas, jenis, yang dibutuhkan. Kerjasama kesehatan masih belum merata tetapi dengan itu. Jumlah dokter di Indonesia masih sangat banyak.

#### **3. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan**

Penguasaan pasar Farmasi saat ini dipegang oleh produksi dalam negeri, sedangkan impor bahan baku mencapai lebih dari 85% kebutuhan. Di Indonesia hanya ada 300 varietas tumbuhan yang telah digunakan sebagai bahan baku, meskipun ada 9.600 varietas yang berpotensi memiliki efek penyembuhan. Banyak pengobatan yang dilakukan tidak sesuai dengan formularium, sehingga

## **Sistem Informasi Kesehatan**

penggunaan pengobatan nasional belum dilakukan di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

### **4. Manajemen dan Informasi Kesehatan**

Perencanaan kesehatan pembangunan di Pusat dan Daerah tidak akan sinkron. Penerapan kebijakan desentralisasi, sistem informasi kesehatan menjadi lebih rumit. berdasarkan fasilitas telah mencapai ambang kota atau kota tetapi belum dimanfaatkan. Hasil penelitian kesehatan seringkali tidak dijadikan dasar kebijakan dan perencanaan program. Operasi pengawasan belum dilakukan sepenuhnya.

### **Kendala Sistem Informasi Kesehatan Nasional**

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) Indonesia saat ini tidak beroperasi dengan baik. Sebagai komponen fungsional dari Sistem Kesehatan yang komprehensif, SIK belum terbukti efektif dalam menyediakan informasi yang dibutuhkan untuk memproses putusan di berbagai tingkatan, puskes di Tingkat Kecamatan hingga Kementerian Kesehatan di Tingkat Pusat. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa informasi kesehatan saat ini terfragmentasi, tidak dapat diakses secara andal setiap saat, dan kurang memiliki integritas dan validitas. Mengingat hal tersebut, informasi yang diberikan sangat penting dan diperlukan untuk melaksanakan proses perencanaan dan perencanaan strategis pembangunan kesehatan nasional.

1. Meningkatnya program dan kualitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, khususnya di daerah yang aksesnya cukup terbatas.
2. Komunitas kebersihan dan gizi terfokus pada orang tua, balita hingga usia dua tahun.
3. Berkembangnya penyakit keganasan, khususnya TB, malaria, HIV/AIDS, DBD, dan kanker, serta penyakit zoonosis seperti schistosomiasis, frambusia, dan filariasis.
4. Pengembangan jaminan kesehatan, serta penggunaan anggaran kesehatan yang efektif dan efisien.

5. Perluasan kuantitas, jenis, dan keluasan prinsip-prinsip pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan nasional maupun internasional dan mencegah meluasnya persaingan. Hal ini dimungkinkan oleh peraturan perundang-undangan.
6. Meningkatnya kesadaran akan tersedianya, jangkauan, pemakaian obat.
7. Pengelolaan dan pengembangan kesehatan di bidang hukum dan administrasi, penelitian dan pengembangan kesehatan, kemajuan teknologi kesehatan, dan pengembangan sistem informasi kesehatan.

Promosi kesehatan masyarakat dan keterlibatan warga. Mengembangkan sistem informasi kesehatan suatu negara adalah tanggung jawab pemerintah daerah. Namun, karena setiap pemerintah daerah memiliki kebijakan dan standar pelayanan kesehatan yang unik, sistem informasi kesehatan yang baru dikembangkan juga berbeda satu sama lain. Dalam proses penerapan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) antara lain terdapat perbedaan sebagai berikut:

1. Akurasi data tidak terjamin.
2. Pengendalian dan verifikasi data tidak dilakukan dengan baik.
3. Keandalan data dan informasi yang digunakan.
4. Adanya kelambanan dalam proses pengembangan laporan kegiatan puskesmas/rumah sakit/pelaksana kesehatan lainnya, baik di Kemenkes maupun Dinas Kesehatan, mengakibatkan informasi yang dilaporkan menjadi kadaluarsa.
5. Karena banyaknya jenis data dan format *file* yang digunakan, integrasi data dari berbagai puskesmas/rumah sakit/inisiatif kesehatan lainnya sulit dilakukan.
6. Informasi yang diberikan tidak lengkap dan tidak memenuhi kebutuhan manajemen di tingkat kabupaten/kota, provinsi, atau kemenkes terkait.
7. Berkas data tersimpan secara terpisah.
8. Pengolahan data dilakukan secara manual dan elektronik, yang mengakibatkan sulitnya akses dan pemberitahuan yang tidak lengkap, tidak akurat.

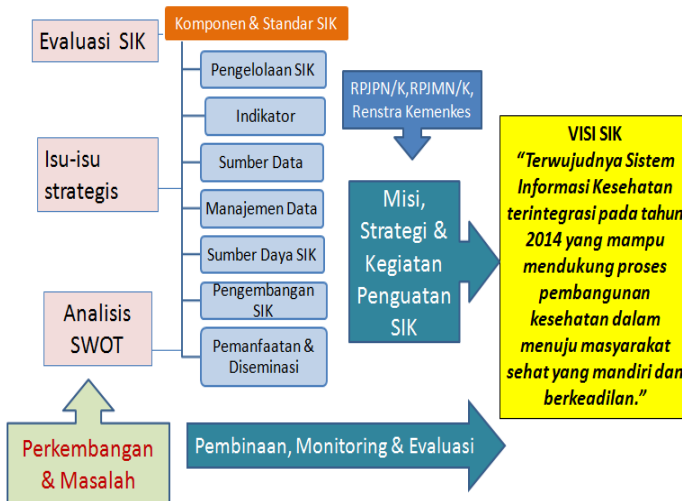
## Sistem Informasi Kesehatan

Selain itu, Puskesmas sebagai perwakilan dari *land-based health* mengalami kesulitan dalam membuat laporan karena banyaknya permintaan laporan yang harus dipenuhi oleh berbagai program dinas kesehatan, dan karena satu laporan dari satu program dengan program lainnya hampir sama. Kumpulan data identik sedangkan aplikasi untuk membuat berbagai laporan berbeda. Untuk mencegah tumpang tindih berkembang saat bekerja, banyak sumber daya dan jam dari penjaga hewan peliharaan puskesmas hilang.

Melihat kondisi yang beragam di sini, maka diperlukan sistem informasi kesehatan yang dapat digunakan di suatu wilayah (Puskesmas dan Dinas Kesehatan) yang tepat dan mampu memenuhi kebutuhan berbagai organisasi mulai dari Puskesmas hingga Kemenkes dengan minimal standar, atau yang dikenal dengan Sistem Informasi Kesehatan Generik (SIKDA Generik).

Sistem informasi pelayanan kesehatan yang dapat menyampaikan informasi dengan cepat, akurat, dan *real time* sesuai dengan tuntutan berbagai organisasi dalam pengelolaan permintaan administratif.

### Rancangan Kerangka Kerja SIK di Indonesia



Gambar 11.3 Rancangan Kerangka Kerja SIK di Indonesia

Sumber: Diolah Penulis

Akan selalu ada kelemahan yang terjadi, terlepas dari waktu kejadiannya. Pelaksanaan SIKNAS di era pasca desentralisasi belum tentu lebih baik, tapi justru lebih buruk. Hal ini disebabkan buruknya infrastruktur di daerah dan ketimpangan antara pencatatan yang ada dan pelaporan (sentralisasi produknya), yang menyebabkan banyak dicap sebagai beban oleh daerah.

Sejak saat itu hingga saat ini, beberapa Rumah Sakit dan Rumah Sanitasi telah mengadopsi sistem informasi kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan mereka. Kemajuan teknologi informasi harus dapat dimanfaatkan dalam pengembangan sistem informasi kesehatan yang menyeluruh. Hal ini terkait dengan peringatan yang diberikan kepada WNI yang tinggal di daerah yang sulit mendapatkan informasi baru dari negara lain yang dianggapnya asing. Di Indonesia, beberapa kelompok masyarakat telah menciptakan sistem yang sebagian besar belum teruji dan tabu.

### **Hambatan dalam Penerapan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)**

Melihat Sistem Informasi Kesehatan Indonesia, kita dapat melihat bahwa tingkat represi cukup tinggi. Untuk tujuan *surveilans*, sangat penting untuk mengidentifikasi situasi yang ada, terutama yang melibatkan munculnya penyakit, agar berdampak pada kematian kesehatan setiap orang dalam populasi.

Sebagai contoh, perhatikan tampilan sistem informasi di dinas kesehatan setempat di Kutai Timur, Kalimantan. Banyak keluhan tentang Sistem Informasi Kesehatan yang menunjukkan bahwa beberapa puskesmas yang digunakan tidak sesuai untuk proses pengumpulan dan analisis data. Saat ini baru ada 5 Puskesmas dari total 19 Puskesmas yang belum menggunakan komputer.

Tidak hanya masalah ini saja, implementasi (Sistem Informasi Kesehatan) di Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Timur, Provinsi Kalimantan juga menjadi perhatian. Selain banyak masalah yang sedang berlangsung, ada juga yang berikut:

1. Untuk mengakses data sulit karena terpisah antara program. Mungkin ada perbedaan data di berbagai kantong data, seperti

## Sistem Informasi Kesehatan

jumlah anak. Sulitnya menyatukan data karena format laporan yang berbeda-beda.

2. Mungkin ada data yang ditransmisikan dalam paket yang diformat secara identik dari masing-masing bagian.
3. Perlunya lebih banyak waktu untuk mengumpulkan data agar analisis dan penggalan data dapat berjalan tanpa gangguan.
4. Karena perbedaan data dan laporan yang tidak konsisten, pimpinan harus menyampaikan pesannya dengan cepat dan akurat.

Dapat disimpulkan dari penjabaran di atas bahwa faktor-faktor seperti geografi (lokasi dan waktu), sumber daya manusia medis atau kesehatan, infrastruktur teknologi informasi (komputer, perangkat lunak, dan perangkat lain), dan SIKDA (Sistem Pengetahuan terkait informasi seringkali bertanggung jawab atas kegagalan sistem SIK (Sistem Informasi Kesehatan) (Sistem Informasi Kesehatan Nasional).

### Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan. (2012). *Roadmap Sistem Informasi dan Kesehatan tahun 2011-2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Zhou, Rosalina. (2012). Hasil Diskusi SIKNAS dan SIKDA tahun 2013.

## PROFIL PENULIS



### **Dwi Saputri Mayang Sari, S.Tr.Keb., M.Biomed**

Penulis berasal dari dusun 1 Jirak, Kecamatan Jirak Jaya, Kabupaten Musi Banyu Asin, Ptovensi Sumatera Selatan, Lahir pada tanggal 16 februari 1992, anak kedua dari 3 bersaudara dari pasangan bapak sunyoto dan ibu kartini. penulis pertama kali mengikuti pendidikan di SD Negeri 1 Jirak lulus pada tahun 2006, SMP Muhammadiyah 07 Jirak lulus pada tahun 2007, SMA YKPP Pendopo lulus pada tahun 2010 kemudian melanjutkan ke perguruan tinggi D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Rangka Husada Prabumulih lulus pada tahun 2013.

D4 Bidan Pendidik di Stikes Mitra Adiguna Palembang lulus pada tahun 2015 dan dilanjutkan S2 di Universitas Sriwijaya Lulus Pada Tahun 2019. Penulis saat ini bekerja di Institusi Akademi Kebidanan Rangka Husada Prabumulih. Penulisan *book chapter* ini adalah pengalaman pertama penulis, semoga bermanfaat bagi semuanya.

Email Penulis: [dwisaputri028@gmail.com](mailto:dwisaputri028@gmail.com)

# BAB 12 TEKNIK DAN PIRANTI MANAJEMEN DI BIDANG KESEHATAN

**Moh. Adib, SKM., M.Kes.**  
Poltekkes Kemenkes Pontianak

## **Pengantar**

Manajemen bidang kesehatan adalah suatu proses perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian sumber daya (baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya) untuk mencapai tujuan organisasi dalam bidang kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya, manajemen bidang kesehatan harus memiliki teknik dan piranti yang tepat untuk memastikan bahwa tujuan organisasi dapat tercapai dengan efektif dan efisien (Arifin Syamsul dkk., 2016)

Teknik manajemen bidang kesehatan terdiri dari beberapa hal penting, seperti perencanaan strategis, pengembangan rencana aksi, pemantauan dan evaluasi, dan pengambilan keputusan yang bijaksana. Perencanaan strategis melibatkan identifikasi tujuan jangka panjang dan pemilihan strategi untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam hal ini, manajemen bidang kesehatan harus menentukan sumber daya yang dibutuhkan dan menetapkan prioritas untuk memastikan bahwa sumber daya tersebut digunakan secara efektif (Yunus Eddy, 2016).

Setelah perencanaan strategis selesai, manajemen bidang kesehatan harus membangun rencana aksi yang menjelaskan bagaimana tujuan organisasi akan dicapai. Rencana aksi harus mencakup tugas, tanggung jawab, dan jadwal untuk setiap aktivitas yang harus dilakukan. Ini memastikan bahwa semua sumber daya



yang tersedia digunakan dengan baik dan setiap tugas dilakukan tepat waktu (Taufiqurokhman, 2008).

Setelah rencana aksi diterapkan, manajemen bidang kesehatan harus memantau dan mengevaluasi hasil dari setiap aktivitas. Ini membantu manajemen bidang kesehatan menentukan apakah tujuan organisasi telah tercapai dan apakah ada masalah yang harus dikendalikan. Jika ada masalah, manajemen bidang kesehatan harus membuat *adjustment* dan memastikan bahwa masalah tersebut tidak terulang lagi.

Pengambilan keputusan yang bijaksana adalah komponen penting dari teknik manajemen bidang kesehatan. Manajemen bidang kesehatan harus memastikan bahwa setiap keputusan yang diambil berdasar pada informasi yang akurat dan menguntungkan bagi organisasi. Ini memastikan bahwa setiap keputusan yang diambil membantu mencapai tujuan organisasi dan memastikan bahwa organisasi tetap berada dalam jalur yang benar (Arifin Syamsul, dkk., 2016).

Bab ini memperkenalkan beberapa piranti dasar yang terkait dengan proses pemecahan masalah dalam manajemen kesehatan. Manajemen Kesehatan biasa diterapkan di pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit atau Puskesmas dan Kantor/Instansi Kesehatan dari Kementerian, Provinsi, sampai Kabupaten/Kota. Masalah timbul karena adanya perbedaan antara harapan (*target*) dengan kenyataan (*realisasi/hasil kerja*). Masalah yang sifatnya sederhana biasanya langsung bisa diatasi dan dipecahkan tanpa bantuan teknik dan piranti manajemen tertentu, Sedangkan masalah yang sifatnya kompleks dan skala besar, memerlukan bantuan teknik dan piranti manajemen. Pemecahan masalah kompleks dan skala besar seringkali diperlukan dalam waktu yang terbatas, sehingga untuk mencapai ketepatan dan kecepatan yang optimal, diperlukan teknik dan piranti yang sesuai.

Ada beberapa teknik pemecahan masalah, seperti teknik analisis diagram pareto, pohon keputusan (*decision trees*), teknik *causal-effect* (hubungan sebab-akibat) yang lebih dikenal diagram tulang ikan atau diagram *ishikawa*, analisis kekuatan lapangan, model *six thinking hats*, dan masih banyak yang lainnya. Ada yang bersifat kualitatif-deskriptif

maupun kualitatif-analisis. Namun di bagian ini akan kita mencoba membahas beberapa jenis teknik yang efektif dengan melihat kondisi permasalahan yang ada dan menggunakan metode yang sederhana (Sutarto Hp, 2015).

### **Analisis Diagram Pareto**

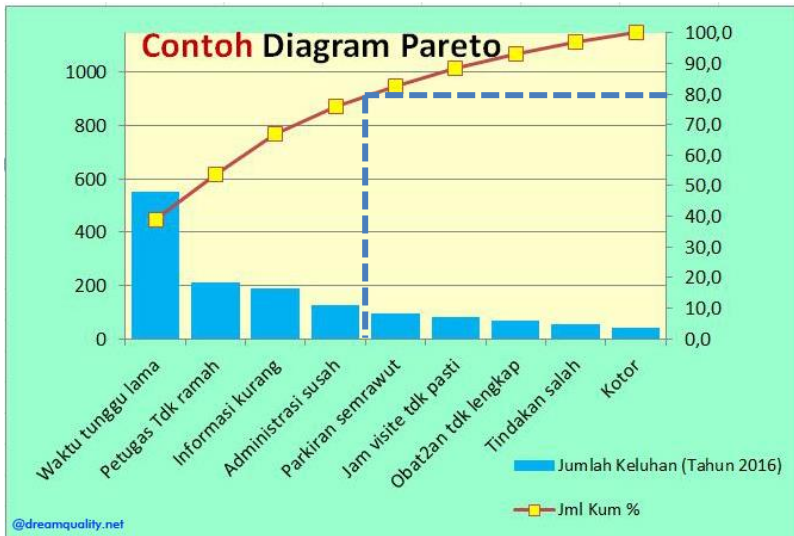
Analisis Diagram Pareto ini adalah teknik yang sederhana, dimana bisa membantu kita dalam memilih prioritas masalah yang akan kita ambil dengan tepat. Prinsip Pareto yaitu dengan memilih dan melakukan intervensi pemecahan masalah hanya sebanyak 20% dari keseluruhan tindakan, tetapi dapat mengatasi sebanyak 80% masalah yang ada. Tehnik ini berguna disaat terdapat sejumlah alternatif solusi dan tindakan intervensi yang memungkinkan dapat dipilih.

Diagram Pareto sangat bermanfaat dalam menentukan dan mengidentifikasi prioritas permasalahan yang akan diselesaikan. Permasalahan yang paling banyak dan sering terjadi adalah prioritas utama kita untuk melakukan intervensi.

Tujuh langkah menggunakan Analisis Diagram Pareto:

1. Membuat Formulir tabel daftar penyebab dan frekuensinya sebagai persentase.
2. Mengatur baris sesuai urutan penurunan pentingnya penyebab, yaitu penyebab paling penting ditaruh pertama.
3. Kolom persentase dibuat secara kumulatif.
4. Plot pada x-axis merupakan penyebab dan sumbu-y diisi persentase kumulatif.
5. Menghubungkan setiap poin kumulatif untuk membentuk kurva.
6. Membuat grafik batang, dimana x-axis sebagai penyebab pada dan sumbu-y diisi persen frekuensi.
7. Pada 80% pada y-axis sejajar, ditarik garis dengan sumbu-x. Kemudian pada sumbu-x diturunkan garis pada titik persimpangan dengan kurva (Delyani Gifa, 2021).

Berikut ini adalah gambar yang menunjukkan contoh diagram Pareto.



**Gambar 12.1 Contoh Diagram Pareto**

Sumber: Dreamfile (2017)

Dari contoh hasil analisis Diagram Pareto tersebut diatas, terlihat bahwa hanya diperlukan intervensi 4 buah penyebab masalah saja (Waktu tunggu lama, Petugas tidak ramah, Informasi kurang dan administrasi susah) sudah berdampak 80% besaran masalah (dalam hal ini jumlah keluhan pasien/keluarganya) terselesaikan.

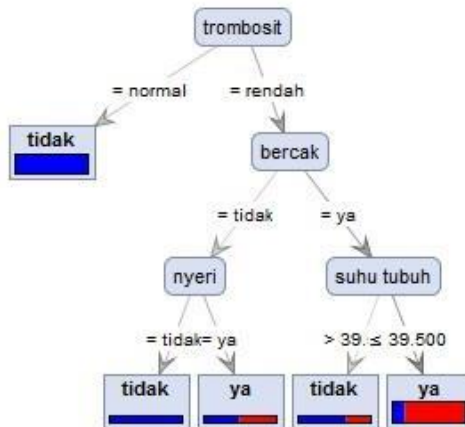
### Analisis Pohon Keputusan

Analisis Pohon Keputusan (*decision tree*) dapat dipakai sebagai salah satu sarana pendukung dalam pemecahan masalah agar tujuan yang diharapkan terwujud. Pemecahan masalah dengan menggunakan Pohon Keputusan biasanya digunakan oleh pimpinan untuk melihat masalah agar mempunyai kerangka pikir/kerangka kerja (*framework*) dan diharapkan bisa memetakan alternatif-alternatif pemecahan masalah yang memungkinkan dapat diambil dari masalah tersebut. Disamping itu Analisis Pohon Keputusan juga diharapkan bisa memudahkan proses dalam pemecahan masalah agar lebih komprehensif, lebih terang dan sederhana.

Pohon Keputusan ini bisa dibuat secara digital dan juga manual. Membuat Pohon Keputusan secara digital bisa menggunakan *software* dan juga *website* seperti: *Lucidchart, Miro, Smartdraw* dll. yang sejenis.

Pembuatan Pohon Keputusan dimulai dengan satu *node* atau simpul. Kemudian, simpul tersebut bercabang untuk menyatakan pilihan-pilihan yang ada. Setelah itu, setiap cabang akan dibuat cabang-cabang baru. Oleh karena itu, metode ini disebut 'pohon' karena bentuknya mirip pohon yang banyak cabangnya. Dalam Pohon Keputusan, bisa disusun berbagai pilihan dan menyelidiki kemungkinan hasil dari pilihan tersebut, selain itu, juga bisa melihat kemungkinan risiko dan kelebihan atas setiap pilihan yang ada. Ada tiga elemen dalam satu pohon keputusan: *root node* (akar) yang menyatakan tujuan akhir atau keputusan besar yang ingin diambil; *branches* (cabang) yang menyatakan berbagai pilihan tindakan; dan *leaf node* (daun) yang menyatakan kemungkinan hasil atas setiap tindakan. Biasanya, ada dua jenis 'daun', yakni yang berbentuk persegi dan lingkaran. 'Daun' persegi menyatakan keputusan yang diambil. Sementara itu, 'daun' lingkaran menyatakan hasil yang tidak pasti (Febriansah, R. E., Meiliza D.R., 2020).

Berikut contoh Analisis Pohon Keputusan dalam gambar:



**Gambar 12.2 Contoh Pohon Keputusan untuk Demam Berdarah**

Sumber: Farid Fadli, Belsana Butar Butar (2019)

Untuk mendeteksi pasien menderita Demam Berdarah yaitu melalui uji laboratorium dengan indikator jumlah trombosit, selanjutnya dilakukan diagnosis melalui gejala ada/tidak-nya bercak, kemudian gejala suhu tubuh dan rasa nyeri di ulu hati. Kesimpulan diambil jika trombosit rendah, ada gejala bercak merah di kulit, dan suhu tubuh tinggi atau jika tidak ada bercak merah di kulit tetapi ada rasa nyeri di ulu hati maka diputuskan 'Ya' menderita Demam Berdarah.

### Diagram Tulang Ikan

Diagram ini sering disebut sebagai Diagram Tulang Ikan (*fishbone diagram*) karena bentuknya seperti kerangka ikan. Biasa juga disebut sebagai Diagram Ishikawa sesuai nama pencetusnya. Analisis Diagram Tulang Ikan merupakan salah satu metode untuk menganalisa penyebab dari suatu masalah tertentu, sehingga sering disebut dengan Diagram Sebab-Akibat atau *cause effect diagram*. Diagram Tulang Ikan berkaitan dengan identifikasi penyebab masalah dari suatu proses yang di luar kendali. Artinya, Diagram Tulang Ikan ini dipergunakan untuk mencari faktor-faktor yang ada dalam sistem organisasi mana saja yang menjadi sebab (Faktor Manusia, Material, Mesin, Metode, Keuangan dan Lingkungan).

Pembuatan *fishbone diagram* dibuat bersama-sama oleh beberapa orang yang sangat mungkin mengerti dan memahami tentang masalah yang terjadi, dan salah satu orang pencatat untuk mengisi fishbone diagram. Alat-alat yang perlu disiapkan adalah: *flipchart*, *whiteboard* dan spidol.

#### 1. Langkah 1: Menyepakati Pernyataan Masalah

Sepakati sebuah masalah yang akan dicari akar penyebabnya. Tulis pernyataan masalah tersebut di kepala ikan. Misalnya "Rendahnya capaian Angka Bebas Jentik (ABJ) di wilayah Puskemas A".

#### 2. Langkah 2: Buat Kerangka Tulang Ikan

Kerangka tulang ikan dibuat sesuai dengan faktor yang terkait atau diduga sebagai penyebab dan masing-masing ujung kerangka ditulis penyebab seperti, jika melanjutkan masalah di langkah 1

## Teknik dan Piranti Manajemen Di Bidang Kesehatan

yaitu: Manusia, Material, Metode, Keuangan, dan Lingkungan. Sedangkan Mesin tidak terkait langsung dengan masalah.

### 3. Langkah 3: Diskusi Penggalian Penyebab

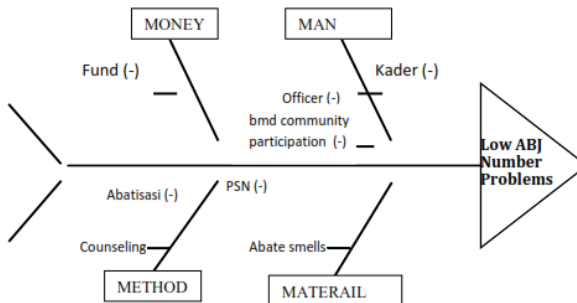
Diskusikan untuk menggali penyebab di masing-masing faktor dan diisi di 'duri-duri' dari tiap kerangka/faktor tersebut. Misal untuk faktor Manusia, disepakati ada penyebab yaitu kurangnya tenaga kader kesehatan lingkungan, pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat dalam 3M (Menguras, Menutup, Mengubur) tempat penampungan air masih rendah sehingga banyak dijumpai jentik.

### 4. Langkah 4: Menggali Penyebab

Lanjutkan langkah 3, sampai semua faktor digali dan dicari penyebab yang ada. Bahkan dimungkinkan ada juga cabang di 'duri-duri' tersebut, jika ada akar penyebabnya (Prastyawan Agus, Lestari Yuni, 2020).

Berikut ini gambar contoh Diagram Tulang Ikan:

Picture 1  
Fish Bone Diagram on Identification of Causes of Low ABJ Number Problems In UPTD  
Puskesmas Sub District Pontianak South Year 2016



Source: Primary Data

### Gambar 12.3 Contoh Pembuatan Diagram Tulang Ikan dengan masalah rendahnya angka ABJ

Sumber: Adib M, Amalia N, Kastari S (2017)

## Analisis Kekuatan Lapangan (*Force Field Analysis*)

Teknik Analisis Kekuatan Lapangan ini biasa dipakai untuk melihat seluruh kekuatan yang sifatnya mendukung dan melihat kekuatan

yang sifatnya menghambat terhadap suatu masalah yang akan dipecahkan dengan sebuah keputusan. Teknik ini secara khusus dilakukan dengan menimbang pandangan pro (kekuatan mendukung) dan pandangan kontra (kekuatan menghambat) atas sebuah pilihan dalam pemecahan masalah. Dengan menggunakan analisis berbagai faktor kekuatan, maka kita dapat menambah kekuatan yang mendukung, dan mengurangi dampak dari kekuatan yang menghalangi pemecahan masalah (Kurniasih Dewi dkk., 2021).

Langkah-langkah untuk menggunakan Teknik Analisis Kekuatan Lapangan ini adalah:

1. Semua kekuatan yang mendukung ditulis dalam satu kolom, dan kekuatan yang menghambat di kolom lainnya.
2. Nilai skor ditentukan, misalnya dalam rentang 1 (lemah) sampai 5 (kuat)
3. Poin 1 dan 2 tersebut disusun dalam tabel yang menunjukkan seluruh kekuatan, baik mendukung maupun menghalangi keputusan beserta skornya.

Berikut ini adalah contoh Tabel Analisis Kekuatan Lapangan:

**Tabel 12.1 Contoh Analisis Kekuatan Lapangan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro dalam Studi Kelayakan Pembangunan *Private Wings***

Variabel	Pendukung / Penghambat	Poin penting	Nilai Definisi	Nilai Penyelesaian	Total
<i>Product</i>	<b>Nilai Pendukung</b>	Penambahan Jam Praktek, Segmen pasar baru	5	5	5
		<i>People</i>	Dokter sekaligus dosen	5	5
<i>Place</i>		Jumlah dokter mumpuni	5	5	5
		Pelayanan SDM	5	5	5
		Lingkungan sejuk dan tidak bising	4	4	4
<i>Physical evidence</i>		Bangunan modern	5	5	5
		Parkir luas dan mudah	5	5	5
<i>Price</i>		Harga poli reguler relatif murah	5	4	4,5

## Teknik dan Piranti Manajemen Di Bidang Kesehatan

<b>Promotion</b>		Konsumen tetap dari Internal Undip	5	5	5
		Jejaring dengan FKTP	5	4	4,5
<b>Proses</b>		Memiliki sistem pendaftaran yang mumpuni	4	5	4,5
<b>Skor</b>			53	52	52,5
<b>Product</b>	<b>Nilai Penghambat</b>	<i>Supply chain</i> obat	3	3	3
		Formalorium Obat	4	4	4
<b>People</b>		Permintaan dokter terkait <i>guarantee fee</i> dan jasa medis, mempengaruhi kesediaan ketepatan waktu kedatangan dokter	5	5	5
			5	3	4
<b>Place</b>		Akses rumah sakit jauh dari keramaian	4	4	4
		Keamanan belum terjamin	4	4	4
<b>Physical evidence</b>		Permenkes No 11 tahun 2016 mengharuskan <i>one stop service</i>	3	4	3,5
		Pembaharuan alat	3	3	3
<b>Promotion</b>		Pasien 10% masih pembiayaan umum	5	3	4
		Belum terjalin kerjasama dengan asuransi swasta	4	3	3,5
		Kerja sama dengan perusahaan	4	3	3,5
		Rumah sakit <i>direct competitor</i>	4	4	4
<b>Proses</b>		Pelayanan yang lama	5	4	4,5
	<b>Skor</b>		53	47	50

Sumber: Perdana M.F.R dkk (2022)

Dari tabel diatas, memperlihatkan bahwa analisis studi kelayakan pembangunan *Private Wings* Lapangan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro disimpulkan: **'dapat dilaksanakan'** dengan catatan faktor penghambat dapat diatasi atau solusi dari faktor



penghambat ini dapat diselesaikan dengan cukup mudah berdasarkan *force field analysis*, hal tersebut ditunjukkan dengan lebih tingginya nilai penyelesaian pada nilai pendukung dibandingkan dengan nilai penyelesaian pada nilai penghambat, padahal keduanya memiliki nilai definisi yang sama.

### **Analisis Six Thinking Hats**

Kesehatan merupakan salah satu hal yang sangat penting bagi setiap individu. Setiap orang harus memperhatikan kesehatannya agar dapat menjalani hidup dengan sehat dan produktif. Dalam upaya memperbaiki kondisi kesehatan, banyak metode yang dapat digunakan. Salah satunya adalah melalui analisis *Six Thinking Hats*.

*Six Thinking Hats* adalah metode berpikir yang membantu individu untuk memandang suatu masalah dari berbagai sudut pandang. Metode ini dikembangkan oleh Edward de Bono dan pertama kali dipresentasikan pada tahun 1985. Dalam metode ini, setiap individu akan berpikir dengan memakai topi warna yang berbeda, masing-masing topi mewakili sudut pandang yang berbeda (AL-Khataybeh Majid, 2015).

Dalam konteks bidang kesehatan, analisis *Six Thinking Hats* sangat berguna untuk membantu memecahkan masalah kesehatan dan mencari solusi terbaik. Berikut adalah beberapa topi yang digunakan dalam analisis ini:

#### **1. Topi Putih**

Topi putih merupakan topi yang mewakili sudut pandang objektif dan tidak berpihak. Dalam konteks kesehatan, topi putih ini digunakan untuk mengumpulkan informasi dan fakta tentang masalah kesehatan. Ini bisa meliputi informasi tentang epidemiologi, prevalensi, dan faktor risiko penyakit tertentu.

#### **2. Topi Kuning**

Topi kuning mewakili sudut pandang positif dan optimis. Dalam konteks kesehatan, topi kuning ini digunakan untuk mengidentifikasi potensi manfaat dan peluang yang ada dalam memperbaiki kondisi kesehatan. Misalnya, potensi manfaat dari program pencegahan penyakit atau program deteksi dini.

### 3. Topi Merah

Topi merah mewakili sudut pandang emosional dan instingtif. Dalam konteks kesehatan, topi merah ini digunakan untuk mengidentifikasi perasaan dan reaksi terhadap masalah kesehatan. Misalnya, perasaan cemas atau khawatir tentang kondisi kesehatan seseorang.

### 4. Topi Hijau

Topi hijau mewakili sudut pandang kreatif dan inovatif. Dalam konteks kesehatan, topi hijau ini digunakan untuk mengidentifikasi ide-ide baru dan solusi yang dapat memperbaiki kondisi kesehatan.

### 5. Topi Hitam

Topi hitam merupakan kebalikannya dari topi kuning, dimana topi hitam melambangkan pendekatan yang akan dilakukan dalam memecahkan masalah dengan rasa pesimisme. Dengan melihat dari sudut pandang pesimisme dan negative, maka bisa merencanakan sesuatu dengan baik agar bisa menangkal risiko fatal sebelum melangkah maju atau disebut analisis risiko.

### 6. Topi Biru

Topi biru melambangkan langit, yang artinya mempunyai sifat pemimpin dan mengontrol proses pemecahan masalah. Dalam pandangan topi biru, maka diharapkan dapat menjalankan sebuah diskusi dengan baik agar bisa menemukan solusinya bersama. Terutama masalah bidang pelayanan kesehatan, dimana ada beberapa peran individu yang berpengaruh dalam organisasi kesehatan sehingga menjadi penting untuk dilakukan diskusi mencari pemecahan masalah (Wicaksono Punto, 2021).

Contoh Penerapan Analisis *Six Thinking Hats* dalam Bidang Kesehatan: **Permasalahan Obesitas** pada masyarakat dan mengaplikasikan analisis *Six Thinking Hats*.

Topi Putih (Berpikir tentang fakta dan data): Melakukan penelitian dan mengumpulkan data tentang tingkat obesitas pada

masyarakat; Meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat obesitas, seperti pola makan, aktivitas fisik, dan lingkungan.

Topi Merah (Berpikir tentang emosi dan intuisi): Mengevaluasi perasaan dan intuisi tentang tingkat obesitas pada masyarakat; Mengevaluasi perasaan dan intuisi tentang dampak obesitas pada kesehatan.

Topi Hitam (Berpikir tentang kekhawatiran dan hambatan): Menganalisis kekhawatiran dan hambatan yang mungkin terjadi dalam mengatasi masalah obesitas pada masyarakat; Menganalisis kekhawatiran dan hambatan dalam mengubah pola makan dan gaya hidup masyarakat.

Topi Kuning (Berpikir tentang kelebihan dan manfaat): Menganalisis kelebihan dan manfaat dari solusi-solusi yang dicari untuk mengatasi masalah obesitas pada masyarakat; Menganalisis manfaat jangka panjang dari solusi-solusi tersebut bagi kesehatan masyarakat.

Topi hijau (Berpikir tentang kreativitas dan inovasi): Berpikir kreatif dan inovatif untuk menemukan solusi baru untuk mengatasi masalah obesitas pada masyarakat; Mengembangkan program-program baru yang mempromosikan gaya hidup sehat dan aktivitas fisik.

Topi Biru (Berpikir tentang manajemen dan pengambilan keputusan): Merencanakan dan memimpin diskusi tentang solusi-solusi untuk mengatasi masalah obesitas pada masyarakat; Menentukan prioritas dan langkah-langkah yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut.

Dengan menerapkan analisis *Six Thinking Hats*, kita bisa memperoleh pandangan yang lebih luas dan menyeluruh tentang permasalahan obesitas pada masyarakat. Ini membantu kita untuk memahami permasalahan secara menyeluruh dan menemukan solusi yang lebih baik dan inovatif.

### Daftar Pustaka

- Arifin Syamsul, dkk., (2016). Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan. Pustaka Banua. Banjarmasin.
- Yunus Eddy, (2016). Manajemen strategis. Andi Offset. Yogyakarta.
- Taufiqurokhman, (2008). Konsep dan kajian Ilmu Perencanaan. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Prof. Dr. Moestopo Beragama. Jakarta.
- Sutarto Hp, (2015). Manajemen Mutu Terpadu (MMT-TQM) Teori dan Penerapan di Lembaga Pendidikan. UNY Press. Yogyakarta.
- Delyani Gifa, (2021). Pengolahan Data Statistik dengan Diagram Pareto, Kenali Manfaat dan Contohnya. <https://www.dqlab.id/pengolahan-data-statistik-dengan-diagram-paret>
- Dreamfile, (2017). Diagram Pareto, Prinsip dan Cara Membuatnya. <https://dreamfile.wordpress.com/2017/06/06/diagram-pareto-prinsip-dan-cara-membuatnya/>
- Febriansah, R. E., Meiliza D.R., (2020). Buku Ajar Teori Pengambilan keputusan. UMSIDA Press. Sidoarjo.
- Farid Fadli, Belsana Butar Butar (2019). Penerapan Decision Tree Menggunakan Algoritma C4.5 Untuk Deteksi Demam Berdarah Pada RS. IMC Bintaro. Indonesian Journal on Software Engineering (IJSE). Vol 5, No 1. Hal.75-86
- Prastyawan Agus, Lestari Yuni, (2020). Pengambilan Keputusan. Unesa University Press. Surabaya.
- Adib M, Amalia N, Kastari S (2017). Improving Free Rate of Larva (ABJ) in UPTD Puskesmas Sub District South Pontianak, Pontianak City in 2016. Pontianak International Health Conference. Poltekkes Kemenkes Pontianak. Pontianak.
- Kurniasih Dewi, dkk., (2021). Teknik Analisa. Alfabeta. Bandung.
- Perdana M.F.R dkk, (2022). Force Field Analysis dalam Feasibility Study terhadap Pembangunan Private Wing Rumah Sakit

Nasional Diponegoro. Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus. Vol. 10. No. 1. Agustus 2022.

AL-Khataybeh Majid, (2015). The Effect of Using the Six Thinking Hats Method on the Development of EFL Female. International Journal of Arts and Humanities. Vol. 1 No. 4. Hal. 24 – 37. Desember 2015.

Wicaksono Punto, (2021). Mengenal Six Thinking Hats. <https://www.qubisa.com/article/mengenal-six-thinking-hats>

## PROFIL PENULIS



### **Moh Adib, SKM., M. Kes.**

Sejak tahun 1991 penulis diangkat jadi PNS. Selama 22 Tahun dipercaya di berbagai bidang di Instansi Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat. Sejak tahun 2013 diberi Amanah untuk menjadi dosen di jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Pontianak, sampai saat ini, dimana mengampu salah satu Mata Kuliah Sanitasi Tempat-Tempat Umum. Prestasi tertinggi yaitu menulis artikel di Jurnal Internasional Q4 tahun 2020 dengan judul “effect of exhaust fan to microorganism concentration in the air-conditioned room” pada jurnal: *Malaysian Journal of Public Health Medicine*: (<http://www.mjphm.org/index.php/mjphm/article/view/445>). Penulis juga membuat buku Monograf Tahun 2021 dengan judul: “Pemetaan wilayah beresiko sanitasi di puskesmas perkotaan: mengambil contoh di Puskesmas Siantan Hulu Kota Pontianak”). Lalu pada tahun 2022 sudah rilis 3 *book chapter* dengan judul “Komunikasi Kesehatan” dan “Kesehatan Lingkungan” serta “Sanitasi Tempat-Tempat Umum”. Dalam Bidang Pengabdian Masyarakat, pada tahun 2021-2022 penulis berhasil membina RW 27 Kelurahan Siantan Hulu meraih Juara 1 Lomba PHBS dan Juara 1 Lomba Lingkungan Sehat Tingkat Provinsi Kalimantan Barat.

Email Penulis: [adibpoltekesptk@gmail.com](mailto:adibpoltekesptk@gmail.com)

# BAB 13 KEWIRAUSAHAAN DI BIDANG KESEHATAN

**Riska Melanie, S.T., M.Si.**  
PT IAPMO Group Indonesia

## **Definisi Kewirausahaan di Bidang Kesehatan**

Terdapat beberapa definisi kewirausahaan yang dikenal luas, diantaranya sebagai berikut:

1. Kewirausahaan adalah proses mengubah gagasan menjadi kesempatan komersial yang melibatkan pengembangan kesempatan, membangun dan mengatur kegiatan operasional dan menciptakan kesempatan baru dengan tujuan utamanya adalah menciptakan nilai untuk pelanggan dan pihak terkait (Leach & Melicher, 2022).
2. Kewirausahaan berasal dari kata wirausaha yang merupakan sinonim dari kata wiraswasta adalah orang yang pandai atau berbakat mengenali produk baru, menentukan cara produksi baru, menyusun operasi untuk pengadaan produk baru, memasarkannya, serta mengatur permodalan operasinya (KBBI, 2016).
3. Kewirausahaan adalah semangat, sikap, perilaku dan kemampuan seseorang dalam menangani usaha dan atau kegiatan yang mengarah pada upaya mencari, menciptakan, menerapkan cara kerja, teknologi dan produk baru dengan meningkatkan efisiensi dalam rangka memberikan pelayanan yang lebih baik dan atau memperoleh keuntungan yang lebih besar (Instruksi Presiden No. 4, 1995).

Secara umum kewirausahaan di bidang kesehatan dapat didefinisikan sebagai upaya yang dilakukan untuk mengubah gagasan

## Kewirausahaan Di Bidang Kesehatan

menjadi suatu keluaran berupa produk atau jasa yang memiliki nilai dan manfaat di bidang kesehatan. Nilai yang dihasilkan berkorelasi dengan harga, sedangkan manfaat yang dihasilkan berkorelasi dengan fungsi atau dampak penggunaan keluaran.

Di era modern ini banyak jenis kewirausahaan di bidang kesehatan yang dapat dilakukan sebagai sumber penghasilan dan dapat dikelompokkan menjadi 3 kelompok jenis kewirausahaan di bidang kesehatan, yaitu:

1. Penjualan obat: obat medis dan obat herbal.
2. Penjualan alat kesehatan: alat kesehatan yang digunakan untuk mengobati penyakit dan alat kesehatan yang digunakan untuk mencegah penyakit.
3. Penjualan jasa kesehatan, mulai dari buka praktik dokter, jasa konsultasi kesehatan, jasa pengujian laboratorium kesehatan, jasa pelatihan olahraga sampai jasa penyediaan fasilitas kegiatan olahraga seperti penyewaan lapangan bulu tangkis, penyewaan peralatan olahraga dan keanggotaan pusat kebugaran.

Kewirausahaan di bidang kesehatan menjadi bisnis yang menarik untuk ditekuni karena pangsa pasarnya luas, produk dan jasa yang ditawarkan selalu dibutuhkan masyarakat dan perkembangan teknologi selalu mendorong terciptanya inovasi pengembangan produk dan jasa di bidang kesehatan.

Selain daya tarik yang ditawarkan, kewirausahaan di bidang kesehatan juga memiliki tantangan berupa kompetisi bisnis yang cukup ketat diantara pelaku usaha. Jika kompetisi bisnis dilakukan secara objektif, taat peraturan dan beretika, maka akan tercipta suasana kompetisi yang sehat yang berdasarkan pada kompetensi pelaku usaha, inovasi dan peningkatan mutu produk dan jasa yang ditawarkan baik dari sisi nilai maupun manfaatnya. Namun jika kompetisi bisnis dilakukan secara ugal-ugalan, melanggar peraturan dan etika, maka yang tercipta adalah kompetisi yang tidak sehat hanya berpusat pada jumlah penjualan untuk mendapatkan untung sebesar-besarnya tanpa mengindahkan nilai dan manfaat produk dan jasa yang ditawarkan.

Dari pemaparan tantangan kewirausahaan di bidang kesehatan, maka jelas diperlukan kehadiran pemerintah sebagai pembuat



kebijakan yang mengeluarkan peraturan terkait kewirausahaan di bidang kesehatan dan sebagai pengawas yang memantau pelaksanaan peraturan tersebut sehingga kompetisi bisnis yang tidak sehat dapat dihilangkan atau dikurangi. Pemerintah juga harus secara berkala meninjau ulang keefektifan peraturan yang dibuat dan melakukan perubahan yang diperlukan agar peraturan yang berlaku dapat mampu laksana, efektif serta mendorong pelaku usaha untuk meningkatkan mutu kewirausahaan di bidang kesehatan.

### **Persiapan untuk Memulai Kewirausahaan di Bidang Kesehatan**

Orang atau perusahaan yang melakukan kewirausahaan di bidang kesehatan disebut sebagai pelaku usaha atau pengusaha di bidang kesehatan. Siapapun dapat menjadi pelaku usaha di bidang kesehatan selama ia memiliki sumber daya yang dibutuhkan dan memenuhi peraturan terkait usaha yang akan ditekuninya. Persiapan untuk memulai kewirausahaan di bidang kesehatan adalah:

1. Memiliki sumber daya yang cukup terdiri dari sumber daya manusia (SDM), peralatan, lingkungan kerja yang memadai. SDM yang dibutuhkan adalah terkait jumlah orang yang bekerja/pegawai dan kompetensi pegawai.
2. Memiliki izin yang diterbitkan secara *Online Single Submission* (OSS) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan.
3. Memiliki produk atau jasa di bidang kesehatan yang akan dilakukan. Perlunya suatu usaha direncanakan dengan baik dan digambarkan dalam proses bisnis, sehingga terlihat jelas masing-masing fungsi, aktivitas yang terlibat, produk atau jasa yang dihasilkan dan pelanggan atau pasar yang dilayani.

Kompetensi adalah kemampuan yang dimiliki sumber daya manusia (SDM) yang sesuai dengan jenis usahanya berdasarkan latar belakang pendidikan, pengalaman bekerja, keterampilan dan pengetahuan tambahan yang didapatnya dari pelatihan yang telah diikuti. SDM yang dimiliki pelaku usaha di bidang kesehatan

## Kewirausahaan Di Bidang Kesehatan

dibedakan menjadi SDM utama yang menjalankan tugas dan kegiatan inti usaha di bidang kesehatan, (misalnya: dokter dan suster di usaha praktik dokter) dan SDM pendukung yang membantu kelancaran penerapan kegiatan usaha di bidang kesehatan (misalnya: pegawai bagian pembayaran, pegawai bagian kebersihan di usaha praktik dokter).

Selain kemampuan yang berupa pengetahuan dan keterampilan, kemampuan yang berupa perilaku dan sifat positif (*soft skill*) juga termasuk ke dalam kompetensi. Beberapa *soft skills* diantaranya: teliti, bertanggung jawab, cekatan, jujur, observatif, ramah, mampu mengambil keputusan, sifat kepemimpinan.

Contoh kompetensi yang dibutuhkan SDM utama di usaha praktik dokter adalah dokter yang bertugas dan yang bertanggung jawab telah lulus sarjana kedokteran, lulus pendidikan profesi kedokteran (mendapatkan gelar dokter), memiliki pengalaman praktik dokter secara profesional maupun penugasan, memiliki keterampilan dan pengetahuan tambahan sesuai spesialisasinya, telah teregistrasi di Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan memiliki nomor registrasi dokter yang masih berlaku, teliti, cekatan, jujur, mampu mengambil keputusan. Contoh kompetensi yang dibutuhkan oleh SDM pendukung yaitu pegawai bagian pembayaran di usaha praktik dokter adalah pegawai yang memiliki latar belakang pendidikan administrasi atau keuangan, memiliki pengalaman bekerja di bagian pembayaran, teliti, jujur dan cekatan.

Peralatan dan lingkungan kerja yang memadai harus dimiliki pelaku usaha di bidang kesehatan sesuai dengan persyaratan perizinan yang diurus secara *Online Single Submission* (OSS) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan yang disahkan pada tanggal 12 Juli 2018.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2018 berlaku sejak ditetapkan dan menggantikan peraturan-peraturan berikut ini terkait hal yang mengatur persyaratan, cara memenuhi persyaratan dan masa berlaku perizinan:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 93 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Bidang Kesehatan di

- Badan Koordinasi Penanaman Modal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1955).
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 167/KAB/B.VIII/1972 tentang Pedagang Eceran Obat.
  3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1331/MENKES/SK/X/2002 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 167/KAB/B.VIII/1972 tentang Pedagang Eceran Obat.
  4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/Menkes/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik.
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1175/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Izin Produksi Kosmetika;
  6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1189/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Produksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 399).
  7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1191/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 401).
  8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1799/MENKES/PER/XII/2010 tentang Industri Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 721).
  9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/PER/VI/2011 tentang Pedagang Besar Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 370).
  10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 006 Tahun 2012 tentang Industri dan Usaha Obat Tradisional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 225).
  11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 48 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Bank Sel Punca Darah Tali Pusat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 1158).
  12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pengolahan Sel Punca Untuk Aplikasi Klinis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 1249).

## Kewirausahaan Di Bidang Kesehatan

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2013 tentang Impor dan Ekspor Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 178).
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1799/MENKES/PER/XII/2010 tentang Industri Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 442).
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 62 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Bank Jaringan dan/atau Sel (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1295).
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1175/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Izin Produksi Kosmetika (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1317).
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232).
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 751).
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/PER/VI/2011 tentang Pedagang Besar Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1097).
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221).
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 70 Tahun 2014 tentang Perusahaan Rumah Tangga Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1583).
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1197).
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 276).

24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1148/MENKES/PER/VI/2011 tentang Pedagang Besar Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 803).
25. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan untuk Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit serta Pengendaliannya (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 592).
26. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 62 Tahun 2017 tentang Izin Edar Alat Kesehatan, Alat Kesehatan Diagnostik In Vitro, dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (Berita Negara Tahun 2018 Nomor 82).

Selain Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2018, ada beberapa peraturan pemerintah lainnya yang perlu dipenuhi terkait hal-hal teknis, misalnya Peraturan BPOM No. 26 Tahun 2018 Industri Farmasi untuk memperoleh Izin Edar Obat.

Produk atau jasa yang dihasilkan dan dijual ke pelanggan harus disediakan oleh pelaku usaha. Produk atau jasa kesehatan yang disediakan harus dipastikan bermutu dan aman untuk dikonsumsi atau digunakan oleh pelanggan. Oleh sebab itu pelaku usaha harus memastikan setiap kegiatan dalam proses pengadaan produk dan jasa kesehatan terkendali dan memenuhi persyaratan yang ditetapkan. Persyaratan terkait produk atau jasa kesehatan bukan hanya yang diatur dalam peraturan pemerintah, termasuk yang ditetapkan oleh pelanggan.

Ketidakmampuan memenuhi persyaratan pelanggan dapat mengakibatkan menurunnya kepuasan pelanggan dan berkurangnya kepercayaan pelanggan, yang dapat berujung kepada berpindahkannya pelanggan ke pelaku usaha lain yang bergerak di bidang kesehatan sejenis. Ketidakmampuan memenuhi peraturan pemerintah dapat mengakibatkan dicabutnya izin berusaha yang dimiliki, mendapatkan denda atau bahkan sanksi hukum.

Berikut adalah dua contoh berita daring yang diperoleh dari portal berita yang berbeda tentang kasus ditemukannya penjualan obat dan alat kesehatan tanpa memiliki izin edar (ilegal):

## **Kewirausahaan Di Bidang Kesehatan**

1. Ditangkapnya seorang penjual alat *rapid test* antigen ilegal di wilayah Genuk, Semarang yang telah beroperasi selama 5 bulan dan telah meraup omzet penjualan sebesar 2,8 miliar rupiah.
2. Hasil investigasi media berita daring menemukan beredarnya obat-obatan ilegal yang termasuk dalam obat daftar G (daftar obat keras yang memerlukan resep dokter) seperti Tramadol dan Hexymer di wilayah Tangerang Raya.

Berita pertama menunjukkan masih adanya pelanggaran peraturan pemerintah oleh pelaku usaha di bidang kesehatan, sedangkan berita kedua menunjukkan adanya indikasi pengawasan penegakan peraturan di lingkungan usaha di bidang kesehatan yang masih lemah.

### **Kunci Sukses Kewirausahaan di Bidang Kesehatan**

Setiap pelaku usaha memiliki tujuan yang ingin dicapai dari usaha yang dijalankannya, dalam konteks usaha komersial maka mendapatkan keuntungan adalah tujuan akhirnya. Tujuan ini dijabarkan lebih lanjut dalam sasaran perusahaan dan perencanaan untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan tersebut.

Namun sebelum pelaku usaha membuat sasaran dan membuat rencana untuk mencapainya, komitmen dari pelaku usaha adalah hal awal yang harus diberikan dan direalisasikan dalam kegiatan usaha sehari-hari. Komitmen yang kuat dari pelaku usaha, terlebih dari pimpinan puncak akan memberikan arahan yang jelas, terukur dan menciptakan kesempatan untuk terus bertumbuh dan melakukan peningkatan usaha yang dilakukan.

Komitmen ini menjadi cikal bakal pembangunan dan penerapan sistem kerja yang baik, terstruktur, efektif, dan efisien sesuai dengan tujuan usahanya. Penjaminan mutu produk dan jasa serta memastikan tercapainya kepuasan pelanggan adalah bagian dari sasaran yang harus dicapai. Praktik usaha yang mempertimbangan kode etik dan nilai moral di masyarakat juga dapat menjadi faktor penting untuk meningkatkan kepercayaan pelanggan.

Berikut ini beberapa faktor yang menjadi kunci sukses kewirausahaan di bidang kesehatan:

1. Komitmen pelaku usaha untuk menerapkan sistem kerja yang efektif, efisien, berorientasi pada pencapaian sasaran usaha dan memenuhi persyaratan produk atau jasa yang diberikan.
2. Memiliki proses bisnis yang jelas sesuai jenis usahanya.
3. Menyediakan sumberdaya yang diperlukan sesuai jenis usahanya.
4. Menyediakan prosedur kerja yang efektif, mudah dipahami, dan mampu diterapkan.
5. Beradaptasi dengan perkembangan teknologi, tanggap terhadap kebutuhan pasar dan selalu berinovasi dalam penciptaan dan peningkatan produk atau jasa yang dihasilkan.
6. Terus menerus melakukan peningkatan sistem kerja dan layanan kepada pelanggan.

### Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan*.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. (2016). Website Kamus Besar Bahasa Indonesia. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/wiraswasta>.
- Leach, C. J. & Melicher, R. W. (2020). *Entrepreneurial Finance 7<sup>th</sup> edition*. Cengage Learning Asia Pte Ltd.
- Presiden Republik Indonesia. (1995). *Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1995 Tentang Gerakan Nasional Memasyarakatkan Dan Membudayakan Kewirausahaan*.
- Rahajeng, KH. (2021). Website CNBC Indonesia. <https://www.cnbcindonesia.com/news/20210506140128-4-243761/polisi-tangkapi-penjual-tes-antigen-yang-tak-punya-izin-edar>.
- Tim Redaksi. (2022). Website Media Banten Cyber. <https://mediabantencyber.co.id/toko-obat-ilegal-tanpa-izin-bpom-menjamur-di-wilayah-hukum-tangerang-raya>.

## PROFIL PENULIS



### **Riska Melanie, S.T., M.Si.**

Penulis menyelesaikan pendidikan menengah atas di Sekolah Menengah Kejuruan yang berada di bawah Kementerian Perindustrian yaitu Sekolah Menengah Analis Kimia Bogor (SMAK Bogor) pada tahun 1999. Penulis kemudian bekerja di sebuah perusahaan manufaktur kabel optik sebagai staf Sistem Manajemen Mutu sambil melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Teknik Kimia Universitas Jayabaya di Jakarta pada tahun 2005 dengan predikat *cum laude*. Setelah menyelesaikan studi S1 penulis bekerja di berbagai perusahaan multinasional yang bergerak di bidang manufaktur maupun bidang jasa, pada tahun 2010 penulis melanjutkan studi S2 di prodi Ilmu Lingkungan Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia dan berhasil lulus dengan predikat *cum laude* pada tahun 2012.

Penulis memiliki kepakaran di bidang sistem manajemen mutu, sistem manajemen lingkungan, sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja. Penulis memiliki 15 tahun pengalaman bekerja dan sejak tahun 2008 penulis bekerja di Lembaga Sertifikasi. Selain bekerja di industri, penulis pernah menjadi dosen tamu di prodi Teknik Lingkungan dan prodi Teknik Industri Universitas Sahid Jakarta pada semester genap tahun 2013. Penulis juga aktif menulis untuk memberikan kontribusi positif bagi masyarakat luas, salah satu kontribusinya adalah menjadi penulis *blog* untuk PT TUV Rheinland Indonesia yang diterbitkan di *website* [insights.tuv.com](http://insights.tuv.com).

Email Penulis: [ris.melanie@gmail.com](mailto:ris.melanie@gmail.com).



# BAB 14 PERENCANAAN DAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Luthva Luviandani Pratiwi, S.KM., M.P.H.  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan YPSDMI

## Pendahuluan

Program kesehatan bertujuan untuk melakukan pengendalian suatu atau beberapa masalah kesehatan. Perencanaan program kesehatan merupakan proses yang sangat penting dan krusial, sehingga memerlukan *tool* dan keahlian dalam menyusun program kesehatan (Mahendradhata et al., 2019). Dalam menyusun suatu program kesehatan diperlukan suatu perencanaan yang sedemikian rupa yang mampu untuk mendukung terwujudnya keberhasilan program kesehatan itu sendiri.

Pelaksanaan program kesehatan akan berjalan secara sempurna jika selalu berpedoman pada perencanaan yang telah dilakukan sebelumnya, sehingga kedudukan perencanaan memang sangat penting peranannya dan perlu disusun dengan sebaik-baiknya. Oleh karena itu, pihak-pihak yang bergerak dalam bidang kesehatan sudah seharusnya memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik tentang perencanaan khususnya perencanaan kesehatan (*Health Planning*) karena dalam melakukan upaya-upaya kesehatan membutuhkan perencanaan yang matang dan sesuai dengan kebutuhan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki (Azwar, 1996).

### Perencanaan Program Kesehatan

Pada bab ini dipelajari metode *Logical Framework (Logframe)* merupakan salah satu metode yang biasa digunakan dalam perencanaan kesehatan.

#### 1. Definisi Perencanaan

Definisi terkait perencanaan banyak dikemukakan oleh para pakar. Berikut beberapa definisi perencanaan:

- a. Menurut Le Breton, Perencanaan adalah penyusunan konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996)
- b. Perencanaan adalah suatu kombinasi yang terdiri dari menyusun dan menganalisis informasi, mencetuskan ide-ide, menggunakan logika dan penilaian untuk mengambil keputusan tentang apa yang harus dilakukan (Jira et al., 2004).
- c. Perencanaan adalah proses yang sistematis mengenai pengambilan keputusan terkait tujuan, target, strategi, kebijakan, bentuk program, dan penilaian keberhasilan untuk mencapai tujuan yang efektif dan efisien yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat (Hasibuan, 2021).

Sedangkan dalam perencanaan kesehatan pengambilan keputusan berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan dalam melakukan upaya-upaya kesehatan. Menurut Muninjaya (2004) perencanaan kesehatan adalah sebuah proses yang terdiri dari merumuskan masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Yunita, 2012).

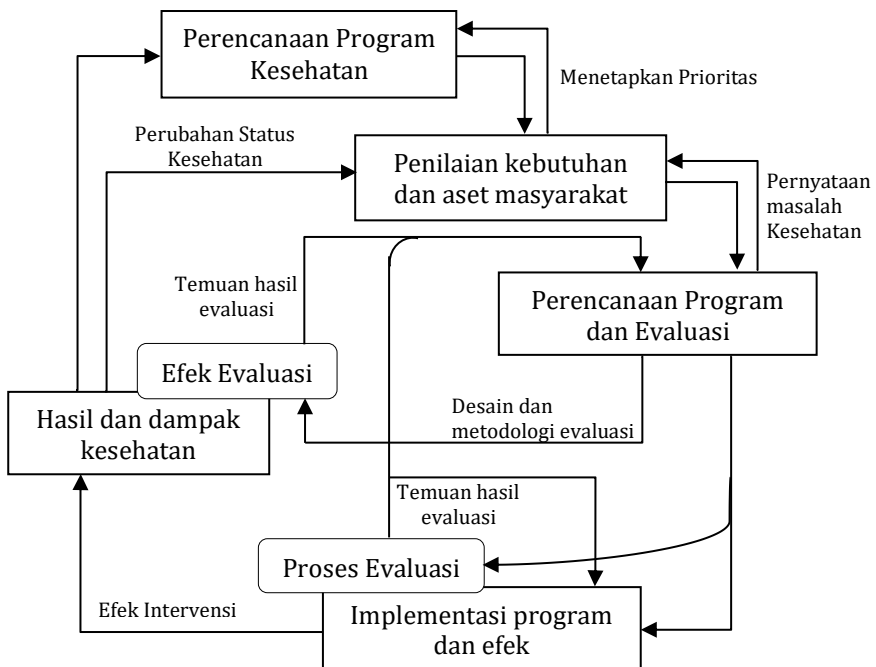
Perencanaan kesehatan adalah proses sistematis yang terdiri dari mendefinisikan masalah kesehatan, mengidentifikasi kebutuhan masyarakat, mengidentifikasi kebutuhan sumber daya, menetapkan tujuan prioritas, dan menetapkan tindakan administratif untuk mencapai tujuan program. Dalam perencanaan kesehatan, organisasi memutuskan terlebih dahulu apa yang harus dilakukan, bagaimana melakukannya, siapa yang melakukannya,

dan bagaimana hasil dari kegiatan tersebut (Oladimeji Akeem & Hanafiah Juni, 2015).

Tujuan perencanaan kesehatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan masyarakat tertentu. Hal ini dapat dicapai melalui penyediaan pelayanan kesehatan yang dapat diakses secara efektif, merata dan berkualitas guna menghasilkan pemanfaatan yang tepat (Ali, 2012).

### 2. Siklus Perencanaan

Perencanaan program dan evaluasi program merupakan kegiatan yang bersifat siklis dan saling bergantung, di mana aktivitas tersebut terjadi kurang lebih dalam tahapan atau serangkaian aktivitas. Tahapan-tahapan tersebut bersifat siklis sehingga akhir dari satu program mengarah pada program atau kegiatan perencanaan selanjutnya (Gambar 14.1).



**Gambar 14.1 Siklus Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan**

Sumber: Issel & Wells (2018)

Siklus dimulai dengan adanya masalah kesehatan sehingga untuk menyusun perencanaan program kesehatan perlu melakukan penilaian terhadap kebutuhan masyarakat untuk menetapkan prioritas masalah, yang selanjutnya dilakukan perencanaan dan evaluasi program dari masalah prioritas yang sudah ditentukan. Tahap berikutnya dilakukan implementasi dan melihat efek dari program (memungkinkan untuk dilakukan evaluasi selama proses pelaksanaan), kemudian setelah program di implementasikan perlu adanya evaluasi terhadap hasil dan dampak dari program kesehatan, yang nantinya dilakukan penilaian kembali apakah terdapat perubahan status kesehatan pada masyarakat kearah yang lebih baik setelah dilakukan intervensi.

### 3. *Logical Framework (Logframe)*

*Logical Framework* merupakan metode yang digunakan untuk membantu merencanakan suatu program, yang terdiri dari beberapa tahap yaitu 1) analisis situasi; 2) analisis *stakeholder*; 3) analisis masalah; 4) analisis tujuan; 5) matriks perencanaan; dan 6) menyusun rencana aksi. *Logframe* sebuah metode untuk menilai, menindaklanjuti, dan mengevaluasi program (Mahendradhata et al., 2019). *Logical Framework* digunakan untuk identifikasi masalah dan kebutuhan sektor atau komunitas, membantu menentukan prioritas program, mengembangkan perencanaan dan implementasi program serta tindak lanjut dan evaluasi terhadap suatu pengembangan program (Örtengren, 2004).

#### a. Analisis Situasi

Analisis situasi bertujuan untuk mengetahui masalah kesehatan yang terdapat pada kelompok masyarakat termasuk faktor yang memengaruhi permasalahan tersebut, upaya yang telah dilakukan, sumber daya yang tersedia, faktor pendukung dan penghambat yang dihadapi (Hasibuan, 2021). Analisis situasi dapat dilakukan dengan menggunakan data atau sumber berikut (Hasibuan, 2021) dan (Mahendradhata et al., 2019):

- 1) Determinan sosial dan kebutuhan kesehatan.

- 2) Kapasitas sektor kesehatan atau potensi organisasi.
  - 3) Sumber daya yang dimiliki (manusia, infrastruktur, keuangan, informasi, dan lain-lain).
  - 4) Data penyakit dan kejadian sakit.
  - 5) Data Kependudukan, lingkungan dan geografi.
- b. Analisis Pemangku Kepentingan
- Stakeholder* atau pemangku kepentingan berperan sebagai orang yang dapat memengaruhi dampak atau orang yang terdampak dari suatu program, bisa berupa orang atau kelompok, institusi/organisasi pemerintah atau non pemerintah. Untuk menganalisis pemangku kepentingan dapat dilihat pada Tabel 14.1.
- 1) Siapa yang akan dilibatkan?
  - 2) Siapa yang memperoleh manfaat intervensi?
  - 3) Siapa yang dirugikan dari intervensi?
  - 4) Siapa yang dibutuhkan untuk menjalankan strategi?
  - 5) Siapa yang dapat melengkapi intervensi?
  - 6) Siapa yang berpotensi menjadi penghambat?

**Tabel 14.1 Analisis Stakeholder**

Pemangku Kepentingan	Minat Utama
Pemangku Kepentingan 1	
Pemangku Kepentingan 2	
.....	

Sumber: Mahendradhata et al (2019)

Minat utama dianalisis berdasarkan tinggi rendahnya minat *stakeholder* terhadap program kesehatan. Selain itu, *stakeholder* yang berbeda akan memberikan pengaruh yang berbeda terhadap program, sehingga menentukan *stakeholder* program dan hubungannya terhadap program merupakan bagian penting dari proses perencanaan (Örtengren, 2004).

Setelah menyusun *stakeholder*, menentukan minat dan pengaruh *stakeholder*, maka langkah selanjutnya yaitu melakukan pemetaan keterlibatan *stakeholder* dari daftar *stakeholder* yang telah disusun sebelumnya untuk kemudian

dilakukan identifikasi pada setiap *stakeholder* yang nantinya akan dilibatkan dalam langkah pengelolaan program kesehatan (identifikasi masalah, perencanaan, implementasi, *monitoring* dan evaluasi), di mana pada langkah-langkah tersebut setiap *stakeholder* akan dilibatkan berdasarkan peran informasi, konsultasi, mitra dan kontrol/pengawasan (Tabel 14.2).

**Tabel 14.2: Pemetaan Keterlibatan *Stakeholder***

	Informasi	Konsultasi	Mitra	Kontrol
Identifikasi Masalah				
Perencanaan				
Implementasi				
<i>Monitoring</i> dan Evaluasi				

Sumber: Mahendradhata et al (2019)

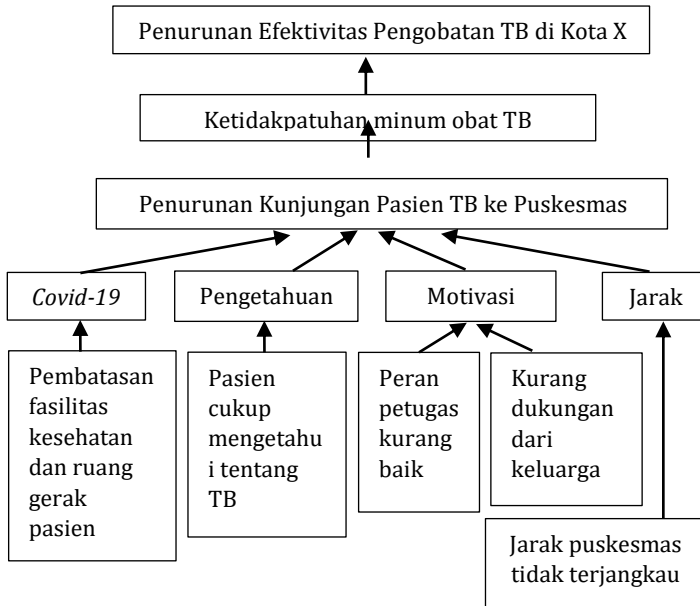
c. Analisis Masalah

Analisis suatu masalah dapat dilihat berdasarkan besarnya masalah, penyebab, konsekuensi dari keadaan kesehatan suatu daerah (Idris et al., 2020), dan dapat ditinjau dari hasil analisis situasi dengan melihat kembali *gap* yang terdapat dalam suatu pelayanan kesehatan, yang dapat dibuat menjadi pohon masalah (Gambar 14.2) mulai dari penyebab sampai efek yang ditimbulkan (Mahendradhata et al., 2019).

d. Analisis Tujuan

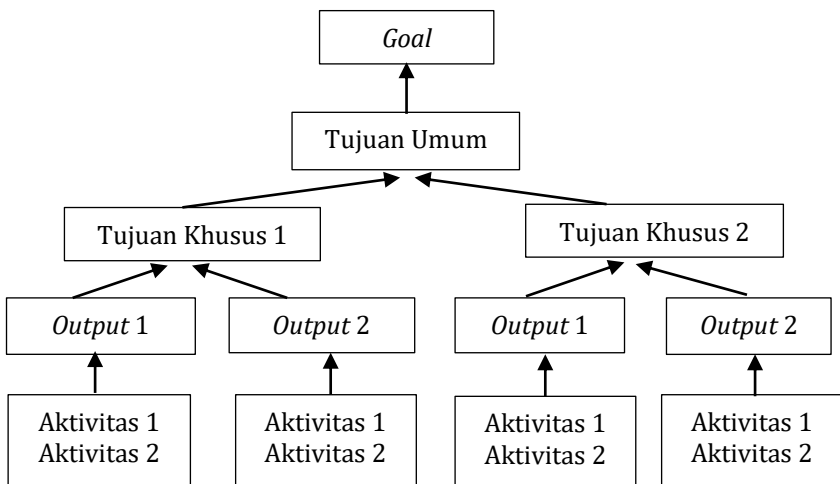
Suatu perencanaan yang baik harus memiliki tujuan yang ingin dicapai yang terdiri dari tujuan akhir (*goal*), tujuan program (*purpose* dan *objective*), dan hasil yang diharapkan (*output*). Analisis tujuan dapat digambarkan ke dalam pohon tujuan (Gambar 14.3) dan kemudian dianalisis bagaimana strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Mahendradhata et al., 2019). Dalam membuat pohon tujuan harus disesuaikan dengan masalah yang digambarkan dalam pohon masalah, sehingga nantinya setiap tujuan yang ditetapkan akan menjawab dan menyelesaikan permasalahan

yang ada. Contoh adanya penurunan efektivitas pengobatan TB di Kota X, sehingga *goal* yang diinginkan adalah peningkatan efektivitas pengobatan TB di Kota X.



**Gambar 14.2 Contoh Pohon Masalah**

Sumber: Mujamil et al (2021)



**Gambar 14.3 Gambaran Pohon Tujuan**

Sumber: Mahendradhata et al (2019)

e. Matriks Perencanaan

Matriks perencanaan berisi ringkasan tujuan dan cara pelaksanaannya yang diperlukan untuk mencapai tujuan program, sehingga membantu dalam menyajikan dan menjelaskan aktivitas, capaian, dan tujuan program dalam format yang telah terstandar kepada perencana, pengelola dan pengambil kebijakan. Matriks perencanaan dimulai dengan menyusun logika intervensi dari *goal* sampai aktivitas, kemudian menuliskan asumsi berupa faktor pendukung yang dapat berdampak positif untuk mencapai tujuan pada tahap selanjutnya, terakhir menuliskan indikator dan sumber data.

**Tabel 14.3 Penyusunan Matriks Perencanaan**

	<b>Logika Intervensi</b>	<b>Indikator</b>	<b>Sumber Data</b>	<b>Asumsi</b>
<b>Goal</b>	Dampak akhir program (1)	Indikator capaian akhir program (9)	Informasi untuk menilai capaian (10)	-
<b>Tujuan Umum</b>	Tujuan umum yang akan dicapai (2)	Indikator kunci tujuan umum (11)	Informasi untuk menilai capaian (12)	Pengaruh faktor yang positif (8)
<b>Tujuan Khusus</b>	Tujuan khusus yang akan dicapai (3)	Indikator kunci tujuan khusus (13)	Informasi untuk menilai capaian (14)	Pengaruh faktor yang positif (7)
<b>Hasil</b>	Hasil yang diharapkan (4)	Indikator kunci hasil yang diharapkan (15)	Informasi untuk menilai capaian (16)	Pengaruh faktor yang positif (6)
<b>Aktivitas</b>	Aktivitas-aktivitas kunci (5)	Capaian utama aktivitas	Informasi untuk menilai capaian	-

Sumber: Mahendradhata et al (2019)



f. Menyusun Rencana Aksi

Suatu program kesehatan harus memiliki rencana aksi untuk menjabarkan secara detail terkait sumber daya yang dibutuhkan dalam menjalankan program. Kebutuhan sumber daya akan disesuaikan dengan aktivitas yang telah direncanakan sebelumnya, sehingga penjabaran aktivitas di dalam matriks perencanaan akan dijelaskan secara detail dalam rencana aksi.

**Tabel 14.4 Rencana Aksi**

<b>Goal</b>	Peningkatan Efektivitas Pengobatan TB di Kota X			
<b>Tujuan Umum</b>	Menurunkan ketidakpatuhan minum obat pada pasien TB			
<b>Tujuan Khusus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kunjungan pengobatan rutin pasien TB</li> <li>2. Pasien TB rutin minum obat</li> </ol>			
<b>Hasil</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Meningkatnya pengetahuan pasien TB mengenai TB khususnya TB MDR</li> <li>1.2 Petugas TB menjadikan isu prioritas bagi pasien TB yang jarang melakukan pengobatan rutin</li> <li>2.1 Meningkatnya peran keluarga sebagai PMO</li> </ol>			
<b>Aktivitas</b>	<b>Indikator</b>	<b>PJ</b>	<b>Waktu</b>	<b>Dana</b>
1.1.1 Penyuluhan tentang TB dan TB MDR kepada pasien TB	Sebanyak 90% pengetahuan pasien TB meningkat	Tim TB Puskesmas	Bisa gunakan model <i>Gantt Chart</i>	Rp XXXX Sumber:
1.2.1 Pelatihan kepada petugas TB puskesmas	Sebanyak 100% petugas TB mendapatkan pelatihan	Tim TB Dinkes Kab/Kota	Bisa gunakan model <i>Gantt Chart</i>	Rp XXXX Sumber:
1.2.2 Petugas TB melakukan <i>monitoring</i>	Peningkatan pasien TB melakukan pengobatan	Petugas TB Puskesmas	Bisa gunakan model	Rp XXXX Sumber:

## Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan

ke rumah pasien TB	rutin ke puskesmas		<i>Gantt Chart</i>	
2.1.1 Pelatihan mengenai PMO kepada keluarga	Sebanyak 90% pasien TB rutin minum obat	Petugas TB Puskesmas	Bisa gunakan model <i>Gantt Chart</i>	Rp XXXX Sumber:

Sumber: Mahendradhata et al (2019)

## Evaluasi Program Kesehatan

### 1. Pengertian Evaluasi

Menurut *WHO* untuk menilai efektivitas suatu program melalui *monitoring* dan evaluasi yang dilakukan secara terus menerus (Hasibuan, 2021). *Monitoring* adalah fungsi berkelanjutan untuk menyediakan informasi bagi manajemen dan *stakeholder* dari intervensi yang sedang berlangsung dengan indikasi sejauh mana perkembangan dan pencapaian tujuan dilakukan. Evaluasi adalah penilaian sistematis dan objektif dari proyek, program, atau kebijakan yang sedang berlangsung atau sudah selesai, termasuk desain, implementasi, dan hasilnya yang memberikan informasi yang kredibel dan berguna dalam proses pengambilan keputusan (Kusek & Rist, 2004). Tujuan evaluasi adalah mengukur efek dari program terhadap tujuan yang ditetapkan dan dapat memberikan kontribusi untuk pengambilan keputusan selanjutnya tentang program tersebut (Issel & Wells, 2018).

**Tabel 14.5 Perbedaan *Monitoring* dan Evaluasi**

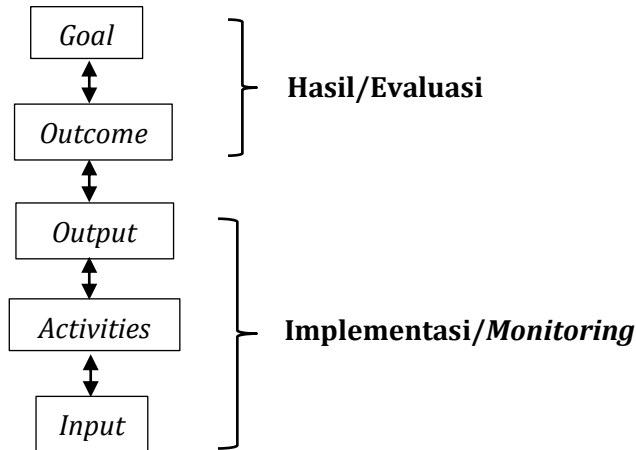
Dimensi	<i>Monitoring</i>	Evaluasi
Frekuensi	Setiap 2 minggu sampai 1 bulan sekali (periodik)	Setiap 6 bulan sampai 1 tahun sekali (episodik)
Pelaksana	Pihak <i>internal</i>	Pihak <i>internal</i> dan <i>eksternal</i>
Tujuan	Bersifat terbatas, memperbaiki beberapa penyimpangan	Bersifat lebih luas, dapat mengubah program keseluruhan
Fokus	<i>Input</i> , proses, <i>output</i> , dan rencana kerja	Efektivitas, relevansi, dampak, dan biaya

Fungsi	Mengukur capaian indikator	Menilai
--------	----------------------------	---------

Sumber: Azwar (1996); Mahendradhata et al (2019)

## 2. Ruang Lingkup Evaluasi

Untuk melakukan *monitoring* dan evaluasi program diperlukan pedoman yang dapat dilakukan dengan menggunakan *logic model*.



**Gambar 14.4 Kerangka *Monitoring* dan Evaluasi**

Sumber: Kusek & Rist (2004)

## 3. Langkah-langkah Evaluasi

Menurut Kusek dan Rist (2004) terdapat 10 langkah pengembangan sistem *monitoring* dan evaluasi dalam sebuah program yaitu sebagai berikut (Mahendradhata et al., 2019):

### a. Penilaian Kesiapan

Tahapan yang memberikan informasi terkait kerangka kerja untuk memantau dan mengevaluasi perkembangan dalam mencapai tujuan, termasuk berperan dalam memberikan pengertian tentang peran, tanggung jawab, dan kemampuan individu serta organisasi terkait *monev* program. Contoh menilai kesiapan berdasarkan tugas, fungsi, dana, kapasitas organisasi dan hambatan.

### b. Menyepakati Luaran (*Outcome*)

Luaran dan dampak harus terukur sehingga diperlukan indikator yang *valid* dan reliabel yang harus disepakati bersama dengan para *stakeholder*. Luaran dan dampak dapat dibuat dari masalah yang terdapat dalam analisis situasi. Contoh permasalahan “Tingginya kematian bayi akibat persalinan oleh dukun bayi di Wilayah X”, maka luarannya adalah “Persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat”.

c. Memilih Indikator Kunci untuk *Monitoring* Luaran

Indikator memberikan informasi terkait capaian hasil. Indikator yang baik harus memenuhi kriteria CREAM yaitu *Clear* (jelas), *Relevant* (sesuai dengan subjek), *Economics* (biaya terjangkau), *Appropriate* (memadai), *Monitorable* (dapat diukur). Contoh luaran “Persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat di Wilayah X”, maka indikatornya “Persentase persalinan ibu ditolong oleh tenaga kesehatan”.

d. Menetapkan Indikator Awal (*Baseline*)

Penetapan *baseline* bertujuan untuk mengetahui situasi yang terjadi saat ini dibandingkan dengan tujuan yang ingin dicapai, sehingga diperlukan data dan informasi yang berkaitan dengan indikator yang akan ditetapkan. Contoh data *baseline* “Tahun 2021 di Wilayah X sebesar 65% persalinan ibu ditolong oleh tenaga kesehatan”.

e. Perencanaan Target

Penetapan target berdasarkan data *baseline* yang sudah ada sebelumnya. Penentuan target harus objektif dan rasional sehingga target tersebut dapat dipilih untuk mengidentifikasi hasil dari program kesehatan yang diharapkan, serta perlu mempertimbangkan data awal, sumber daya, waktu, dan kemungkinan hambatan lainnya. Contoh target “Pada tahun 2022 di Wilayah X sebesar 95% persalinan ibu ditolong oleh tenaga kesehatan”.

f. Pemantauan Hasil

*Monitoring* dapat dilakukan pada tahap *monitoring* implementasi (*input*, aktivitas, *output*) dan *monitoring* hasil (*input*, aktivitas/proses, *output*, *outcome*, *goal*) (Gambar 14.4).

Untuk melakukan *monitoring* diperlukan penanggung jawab, pengelolaan, pemeliharaan, dan kredibilitas.

g. Penggunaan Informasi Evaluasi

Evaluasi harus dapat memberikan manfaat sebagai informasi dalam mengambil keputusan, mengidentifikasi sebab suatu masalah, mengidentifikasi isu dari masalah yang ada, memberikan alternatif terbaik, dan membantu *stakeholder* membangun konsensus untuk merespon masalah.

h. Melaporkan Temuan

Pelaporan hasil temuan dibuat dalam bentuk perbandingan antara data luaran dengan data *baseline*. Contoh pada tabel 14.6:

**Tabel 14.6 Contoh Hasil laporan Temuan**

Indikator Luaran	Data Awal (%)	Capaian (%)	Target (%)	Selisih (%)
Persentase persalinan ibu ditolong oleh nakes	Tahun 2021 sebesar 65% persalinan ibu ditolong oleh nakes	90	95	-5

Sumber: Mahendradhata et al (2019)

i. Menggunakan Hasil Temuan

Hasil temuan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk perencanaan selanjutnya yaitu memenuhi kebutuhan pengelola program, membantu mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan memberikan dasar atas perencanaan serta penganggaran, memeriksa dan mengawasi masalah kinerja, memotivasi pengelola program untuk perbaikan program, dan sebagainya.

j. Menjaga Kelangsungan Sistem *Monitoring* dan Evaluasi

Komponen penting untuk mempertahankan sistem monev yaitu terdapat permintaan hasil monev untuk merumuskan kebijakan & program, pembagian tugas dan tanggung jawab jelas, adanya informasi kredibel & bermanfaat, akuntabilitas, kapasitas, dan insentif untuk mendorong kinerja.

### Daftar Pustaka

- Ali, M. (2012). *Health Planning Cycle*. Geneva: WHO.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan (Ketiga)*. Tangerang: Bina Rupa Aksara.
- Hasibuan, R. (2021). *Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan Masyarakat*. Pekalongan: Nasya Expanding Management.
- Idris, H., Budi, I. S., Hasyim, H., Purba, I. G., & Ermi, N. (2020). *Modul Perencanaan Kesehatan Di Tingkat Dinas Kesehatan*. Palembang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya.
- Issel, L. M., & Wells, R. (2018). *Program planning and evaluation (Fourth)*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Jira, C., Feleke, A., & Mitike, G. (2004). *Health Planning and Management*. Ethiopia: USAID.
- Kusek, J. Z., & Rist, R. C. (2004). *Ten Steps to Result-Based Monitoring and Evaluation*. Washington, DC: World Bank.
- Mahendradhata, Y., Probandari, A. N., R, S. S.-D., Wilastonegoro, N. N., & Sebong, P. H. (2019). *Manajemen Program Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mujamil, Sety, L. O. M., Zainuddin, A., & Kusnan, A. (2021). Analisis Faktor Yang Berhubungan Terkait Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru BTA+ di Masa Pandemi Covid 19 di Puskesmas Wilayah Kota Kendari. *Jurnal Nursing Update*, 12(2), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.36089/nu.v12i2.348>
- Oladimeji Akeem, B., & Hanafiah Juni, M. (2015). Health Economics Evaluation in Health Planning. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 2(2), 933–103.
- Örtengren, K. (2004). The Logical Framework Approach. In *Agriculture and Rural Development Planning*. Swedia: Sida. <https://doi.org/10.4324/9781315263120-3>
- Yunita, J. (2012). Proses Perencanaan Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 1(4), 210–215. <https://doi.org/10.25311/jkk.vol1.iss4.31>

## PROFIL PENULIS



### **Luthva Luviandani Pratiwi, S.KM., M.P.H.**

Penulis memiliki ketertarikan pada bidang ilmu kesehatan masyarakat dengan minat utama pada bidang epidemiologi dan kebijakan manajemen kesehatan. Penulis merupakan seorang ahli kesehatan masyarakat yang berhasil menempuh pendidikan S1 di Prodi Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Epidemiologi di Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta pada tahun 2018. Setelah lulus penulis melanjutkan pendidikan program pascasarjana dan berhasil menempuh pendidikan pada Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2021.

Penulis saat ini mengajar di Prodi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan YPSDMI Garut. Sebelumnya penulis pernah mengajar di Politeknik Piksi Ganesha Bandung pada Prodi Manajemen Pelayanan Rumah Sakit, dan Politeknik Kesehatan Ummi Khasanah Yogyakarta pada Prodi Promosi Kesehatan. Untuk mewujudkan karier sebagai dosen maka penulis sudah melakukan publikasi jurnal ilmiah terkait bidang kesehatan masyarakat, dan penulis juga mulai aktif menulis buku-buku yang sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.

Email Penulis: [luthvaluvian@gmail.com](mailto:luthvaluvian@gmail.com)

# MANAJEMEN KESEHATAN

Manajemen kesehatan merupakan segala kegiatan dalam mengatur, baik para petugas kesehatan maupun non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Manajemen kesehatan ialah segala bentuk proses dalam menggerakkan sumber daya manusia untuk merencanakan, mengorganisasikan, melaksanakan, dan mengawasi semua kegiatan pelayanan kesehatan dalam upaya untuk: (1) Mengetahui terkait persoalan dalam pelayanan kesehatan, (2) Mendefinisikan persoalan pelayanan kesehatan, (3) Pengumpulan fakta yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, (4) Data beserta informasi yang muncul dalam pelayanan kesehatan, (5) Melakukan penyusunan terkait alternatif penyelesaian persoalan pelayanan kesehatan, (6) Mengambil keputusan pelayanan kesehatan dengan memilih salah satu alternatif penyelesaian dan melaksanakan keputusan serta tindak lanjut untuk menggapai tujuan yang hendak dicapai.

Pokok bahasan dalam buku “Manajemen Kesehatan” ini mencakup: Konsep pembangunan kesehatan, Kebijakan Kesehatan, Ilmu kesehatan, manajemen kesehatan, administrasi dan organisasi manajemen kesehatan, MSDM dan produktivitas bidang kesehatan, manajemen pelayanan kesehatan, manajemen rumah sakit, manajemen puskesmas, manajemen mutu jasa bidang kesehatan, sistem informasi kesehatan, teknik dan piranti manajemen di bidang kesehatan, kewirausahaan di bidang kesehatan, perencanaan dan evaluasi program kesehatan. Semoga dengan adanya buku ini, dapat memberikan pengetahuan dan wawasan serta manfaat yang besar bagi para pembaca mengenai manajemen kesehatan.

