

# PERENCANAAN DAN PROGRAM KEBIJAKAN KESEHATAN

PT Inkubator Penulis Indonesia

*Perencanaan dan Program Kebijakan Kesehatan*  
@2019 oleh Nilawati Uly

---

Penulis: Nilawati Uly  
Editor: Sofa Nurdiyanti  
Desainer isi: Ahmad Nashir  
Desainer sampul: Fachmy Casofa

---

Cetakan 1, Januari 2019  
ISBN: 978-602-53911-2-5  
Hlm: 228 hlm

---

Diterbitkan oleh  
PT Inkubator Penulis Indonesia  
Anggota Ikapi DKI Jakarta No. 541/DKI/2017  
Jalan Kramat Raya, Kompleks Ruko Maya Indah No.5H, Senen,  
Jakarta Pusat

# DAFTAR ISI

PRAKATA.....	vii
<b>BAB I</b>	
PERENCANAAN KESEHATAN.....	1
A. Pengertian Perencanaan Kesehatan.....	1
B. Fungsi Perencanaan.....	3
C. Manfaat Perencanaan.....	5
D. Istilah yang Identik dengan Perencanaan.....	5
E. Aspek Perencanaan.....	6
F. Ciri-Ciri Perencanaan.....	6
G. Unsur-Unsur Perencanaan.....	7
H. Cara Memastikan Suatu Perencanaan Bermanfaat dan Memberikan Kontribusi untuk Hasil yang Efektif.....	8
I. Jenis-Jenis Perencanaan Kesehatan.....	10
J. Proses Perencanaan.....	11
K. Sifat Suatu Rencana yang Baik.....	16
L. Aplikasi Perencanaan Tingkat Puskesmas.....	18
M. Perencanaan Tingkat Puskesmas.....	20
<b>BAB II</b>	
MUTU PELAYANAN MASYARAKAT.....	25
A. Mutu Pelayanan Masyarakat.....	25
B. Kepuasan Masyarakat.....	33
C. Pelayanan Publik.....	35
D. Kualitas Pelayanan Publik.....	42
E. Indikator Kesehatan Masyarakat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.....	51

### **BAB III**

<b>SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL .....</b>	<b>57</b>
A. Sejarah Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) .....	57
B. Definisi Jaminan Kesehatan .....	63
C. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional .....	64
D. Sistem Rujukan Kesehatan .....	72

### **BAB IV**

<b>EVALUASI PROGRAM KESEHATAN .....</b>	<b>77</b>
A. Pengertian Evaluasi .....	78
B. Tujuan Evaluasi Program .....	79
C. Jenis Evaluasi .....	82
D. Sasaran Evaluasi Program .....	82
E. Ruang Lingkup Evaluasi .....	84
F. Proses Evaluasi .....	84
G. Mekanisme Evaluasi .....	85
H. Pengukuran dan Analisis .....	87
I. Indikator Evaluasi Program Kesehatan .....	89

### **BAB V**

<b>SISTEM INFORMASI KESEHATAN .....</b>	<b>93</b>
A. Definisi Sistem .....	93
B. Definisi Informasi .....	99
C. Pengertian Sistem Informasi .....	103
D. Aspek Keamanan Sistem Informasi .....	114
E. Serangan terhadap Keamanan Sistem Informasi .....	117
F. Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan .....	122
G. Paradigma Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan .....	125
H. Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan .....	131
I. Tujuan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan .....	138
J. Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan untuk Puskesmas (Simpus) .....	141
K. Sistem Informasi Kesehatan dalam Manajemen Puskesmas .....	142
L. Aplikasi Sistem Informasi Geografis dalam Kesehatan .....	148

### **BAB VI**

<b>LEADERSHIP DALAM KESEHATAN MASYARAKAT .....</b>	<b>165</b>
A. Definisi Leadership .....	165
B. Model Gaya Leadership .....	167

C. Berbagai Gaya Leadership.....	169
D. Leadership dalam Kesehatan Masyarakat.....	178
E. Penerapan Leadership dalam Kesehatan Masyarakat.....	182
F. Hubungan Pengembangan Kebijakan dengan Leadership Kesehatan Masyarakat .....	185
G. Hubungan Kemampuan Berkomunikasi antara Leadership Kesehatan Masyarakat dan Orang Lain.....	194
H. Hubungan Proses Perencanaan dengan Leadership Kesehatan Masyarakat..	197
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>202</b>
<b>PROFIL PENULIS .....</b>	<b>217</b>



# PRAKATA

Alhamdulillah rabbil alamin, puji syukur ke hadirat Allah SWT. yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kami sehingga buku *Perencanaan dan Program Kebijakan Kesehatan* dapat kami selesaikan dan terbitkan. Buku ini ditujukan untuk memberikan tambahan ilmu pengetahuan bagi para mahasiswa, pengajar profesional, dan praktisi, khususnya di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan masyarakat atau bidang lain yang berhubungan dengan materi-materi *leadership*. Buku ini berisikan enam bab tentang “Program Perencanaan Kesehatan, Mutu Pelayanan Masyarakat, Sistem Jaminan Sosial Nasional, Evaluasi Program Kesehatan, Sistem Jaminan Kesehatan, dan *Leadership* dalam Kesehatan Masyarakat. Buku ini membantu pembaca menambah wawasan dan memahami lebih dalam program kebijakan kesehatan dalam aplikasinya di tingkat Puskesmas ataupun rumah sakit.

Semoga buku ini menjadi informasi tambahan yang bermanfaat bagi pembacanya. Kami menyadari bahwa buku ini masih belum sempurna, kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan buku ini. Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penulisan dan penyusunan buku dari awal sampai akhir. Semoga Allah Swt senantiasa meridai segala usaha kita. Amin.

Makassar, Oktober 2018

Nilawati Uly



# BAB I

## PERENCANAAN KESEHATAN

### **A. Pengertian Perencanaan Kesehatan**

Perencanaan adalah proses pengambilan keputusan yang berhubungan apa yang akan dilaksanakan di masa depan, kapan (*when*), bagaimana (*how*), dan siapa (*who*) yang akan melakukannya. Perencanaan adalah kemampuan untuk memilih satu kemungkinan dari berbagai kemungkinan yang tersedia dan dipandang paling tepat untuk mencapai tujuan (Billy E. Goetz). Perencanaan adalah pekerjaan yang menyangkut penyusunan konsep serta kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan demi masa depan yang lebih baik (Le Breton). Perencanaan adalah upaya menyusun berbagai keputusan bersifat pokok yang dipandang paling penting yang akan dilaksanakan menurut urutannya guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Maloch dan Deacon). Perencanaan adalah proses menetapkan berbagai hambatan yang diperkirakan ada dalam menjalankan suatu program guna dipakai sebagai pedoman dalam suatu organisasi (Ansoff dan Brendenbrg).

Perencanaan merupakan inti kegiatan manajemen karena semua kegiatan manajemen diatur dan diarahkan oleh perencanaan tersebut. Dengan perencanaan itu, memungkinkan para pengambil keputusan atau manajer untuk menggunakan sumber daya mereka secara berhasil guna dan berdaya guna (Notoatmodjo, 2003). Perencanaan merupakan suatu fungsi penganalisaan tujuan yang telah ditetapkan terlebih dahulu menjadi urutan tindakan yang sistematis. Perencanaan merupakan

suatu organisasi adalah suatu proses yang berkesinambungan, tidak akan pernah berhenti karena organisasi akan terus menghasilkan tujuan-tujuan yang ingin dicapai oleh unit-unit pelaksanaan (Muninjaya, 2004)

Dari batasan-batasan yang telah ada dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa perencanaan adalah suatu kegiatan atau proses penganalisaan dan pemahaman sistem, penyusunan konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan-tujuan demi masa depan yang baik. Dari batasan ini dapat ditarik kesimpulan-kesimpulan antara lain (Notoatmodjo, 2003).

1. Perencanaan harus didasarkan kepada analisis dan pemahaman sistem dengan baik.
2. Perencanaan pada hakikatnya menyusun konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan dan misi organisasi.
3. Perencanaan secara implisit mengemban misi organisasi untuk mencapai hari depan yang lebih baik.

Secara sederhana dan awam dapat dikatakan bahwa perencanaan adalah suatu proses yang menghasilkan suatu uraian yang terinci dan lengkap tentang suatu program atau kegiatan yang akan dilaksanakan. Oleh sebab itu, hasil proses perencanaan adalah “rencana” (*plan*) (Notoatmodjo, 2003).

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan, dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2004).

Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta dan bukan berdasarkan emosi atau angan-angan saja. Fakta-fakta diungkap dengan menggunakan data untuk menunjang perumusan masalah. Perencanaan juga merupakan proses pemilihan alternatif tindakan yang terbaik untuk mencapai tujuan. Perencanaan juga merupakan suatu keputusan untuk

mengerjakan sesuatu pada masa akan datang, yaitu suatu tindakan yang diproyeksikan pada masa yang akan datang. Salah satu tugas manajer yang terpenting di bidang perencanaan adalah menetapkan tujuan jangka panjang dan pendek organisasi berdasarkan analisis situasi di luar dan di dalam organisasi.

## **B. Fungsi Perencanaan**

Fungsi perencanaan adalah fungsi terpenting dalam manajemen. Fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi manajemen selanjutnya. Perencanaan merupakan landasan dasar dari fungsi manajemen. Tanpa perencanaan tidak mungkin fungsi manajemen lainnya dapat dilaksanakan dengan baik. Perencanaan manajerial terdiri dari perumusan strategi dan penerapan strategi. Dalam perumusan strategi, manajer kesehatan harus memiliki kemampuan ketrampilan konseptual, dan pada penerapan strategi, manajer kesehatan harus memiliki ketrampilan teknis.

Fungsi perencanaan dapat dilihat dari 4 aspek utama berikut ini:

### **1. Kontribusi pada Tujuan**

Tujuan semua perencanaan ialah memfasilitasi perusahaan dalam mencapai semua tujuannya. Merupakan prinsip utama dalam mencapai tujuan bersama perusahaan.

### **2. Keutamaan Perencanaan**

Perencanaan adalah perintah yang berfungsi untuk melakukan eksekusi berjalannya fungsi manajemen. Walaupun perencanaan juga bersifat aksi, tapi juga bisa menunjang tujuan bersama perusahaan. Selain itu, perencanaan harus dibuat sebelum fungsi manajemen yang lain. Tentu saja semua fungsi harus juga direncanakan agar berjalan secara efektif. Perencanaan dan pengawasan tidak bisa dipisahkan. Kegiatan yang tidak direncanakan, tidak dapat direncanakan, kontrol mengikuti jalur-jalur yang ada pada perencanaan.

### 3. Penembusan Rencana

Perencanaan merupakan fungsi dari manajer, meskipun karakter dan pelaksanaannya dari perencanaan bermacam-macam tergantung dengan otoritas dan kebijakan alami serta dibatasi oleh kekuatan. Hal tersebut secara virtual tidak mungkin untuk membatasi dari lingkup pilihan perencanaan.

Pengenalan terhadap penembusan perencanaan melangkah jauh dalam mengklarifikasi pada bagian dari sejumlah siswa yang mempelajari ilmu manajemen menuju perbedaan antara pembuatan kebijakan (penyiapan penuntun untuk berpikir dalam membuat keputusan) dan pekerja administrasi, atau antara manajer dan pekerja administrasi atau pengawas. Karena, delegasi otoritas atau posisinya dalam organisasi, mungkin membutuhkan lebih banyak perencanaan atau perencanaan yang lebih penting dibandingkan yang lain, atau perencanaannya mungkin lebih mendasar dan lebih aplikatif pada porsi yang luas terhadap perusahaan/swasta dibanding terhadap yang lain. Bagaimanapun juga, semua rencana manajer dari presiden hingga pengawas dibatasi oleh prosedur-prosedur garis pandu yang jelas dan tegas.

### 4. Efisiensi dari Rencana

Efisiensi terhadap rencana diukur menurut kontribusi sejumlah rencana terhadap beberapa tujuan dan obyektivitas sebagai hasil dari pengeluaran biaya dan kosekuensi lain yang diperlukan untuk merumuskan dan menjalankannya. Konsep efisiensi ini mempunyai implikasi terhadap rasio normal daripada pemasukan dan pengeluaran.

Banyak manajer memiliki berbagai rencana yang mungkin tidak efisien jika biaya yang dikeluarkan lebih besar dari pada hasil yang dicapai. Rencana mungkin juga tidak efisien dalam mencapai obyek bila membahayakan kepentingan/kepuasan kelompok.

## C. Manfaat Perencanaan

Manfaat perencanaan bagi organisasi kesehatan adalah manajer dan staf organisasi kesehatan tersebut dapat mengetahui

1. Tujuan yang ingin dicapai organisasi dan cara mencapainya.
2. Jenis dan struktur organisasi yang dibutuhkan.
3. Sejauh mana efektivitas kepemimpinan dan pengarahan yang diperlukan.
4. Bentuk dan standar pengawasan yang akan dilakukan.
5. Aktivitas organisasi dalam mencapai tujuan dapat dilaksanakan secara teratur.
6. Menghilangkan aktivitas yang tidak produktif.
7. Mengukur hasil kegiatan.
8. Sebagai dasar pelaksanaan fungsi manajemen lainnya.

## D. Istilah yang Identik dengan Perencanaan

### 1. Peramalan

Peramalan (*forecasting*) adalah suatu upaya menduga apa yang akan terjadi pada masa depan, yang juga merupakan ciri perencanaan. Akan tetapi, peramalan bukan perencanaan karena pada peramalan tidak ditemukan adanya unsur-unsur yang bersifat pasti dan dapat diperhitungkan.

### 2. Penyelesaian Masalah

Penyelesaian masalah (*problem solving*) adalah suatu upaya menghilangkan hambatan atau masalah yang juga merupakan ciri perencanaan. Akan tetapi, penyelesaian masalah bukan perencanaan karena pada penyelesaian masalah tidak terkandung uraian yang lengkap tentang bagaimana melaksanakan berbagai kegiatan.

### 3. Penyusunan Program (*programming*)

Penyusunan program adalah satu upaya menyusun rangkaian kegiatan yang akan dilaksanakan dan merupakan ciri perencanaan.

#### 4. Penyusunan Rancangan

Penyusunan rancangan (*designing*) adalah suatu upaya menghasilkan pedoman (bagan) kerja dan merupakan ciri perencanaan. Akan tetapi, penyusunan rancangan bukan perencanaan karena hasil akhir perencanaan tidak terbatas hanya pada penyusunan pedoman (bagan) kerja saja.

### E. Aspek Perencanaan

Ada 3 aspek pokok yang diperhatikan dalam perencanaan

#### 1. Hasil dari pekerjaan perencanaan.

Hasil perencanaan disebut *plan*, berbeda antara satu perencanaan kegiatan dan perencana kegiatan yang lain. Contoh, rencana kesehatan atau rencana pendidikan.

#### 2. Perangkat pelaksanaan

Perangkat pelaksanaan (*mechanic of planning*) adalah suatu organisasi yang ditugaskan/bertanggung jawab menyelenggarakan pekerjaan pelaksanaan.

#### 3. Proses perencanaan

Proses perencanaan (*process of planning*) adalah langkah-langkah yang harus dilaksanakan pada pekerjaan perencanaan.

### F. Ciri-Ciri Perencanaan

Adapun ciri-ciri perencanaan sebagai berikut:

1. bagian dari sistem administrasi;
2. dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan;
3. berorientasi pada masa depan;
4. mampu menyelesaikan masalah;
5. mempunyai tujuan; dan
6. bersifat mampu kelola.

## G. Unsur-Unsur Perencanaan

Menurut Manullang (2009:41), rencana yang baik pada umumnya memuat enam unsur yaitu *what, why, where, when, who, how*. Selanjutnya, menurut Hasibuan (2008: 112), pertanyaan-pertanyaan ini harus dijawab secara ilmiah. Artinya, atas hasil analisis data, informasi, dan fakta supaya rencana yang dibuat itu relatif baik, pelaksanaannya mudah, dan tujuan yang diinginkan akan tercapai. Pertanyaan itu secara rinci

1. *What* (apa)

Apa yang akan dicapai, tindakan yang harus dikerjakan untuk mencapai sasaran, sarana dan prasarana yang diperlukan harus memiliki penjelasan serta rinciannya.

2. *Why* (mengapa)

Mengapa hal itu menjadi sasaran, mengapa ia harus melakukan dengan memberikan penjelasan, mengapa ia harus mengerjakan, dan mengapa tujuan harus dicapai.

3. *Where* (di mana)

Di mana tempat setiap kegiatan, perlu menjelaskan dan diberikan alasan-alasannya berdasarkan pertimbangan ekonomis.

4. *When* (kapan)

Kapan rencana akan dilakukan. Penjelasan waktu dimulainya pekerjaan, baik tiap-tiap bagian, maupun untuk seluruh pekerjaan harus ditetapkan standar waktu untuk memilih pekerjaan-pekerjaan itu. Alasan-alasan memilih waktu itu harus diberikan sejelas-jelasnya.

5. *Who* (siapa)

Siapa yang akan melakukannya, jadi pemilihan dan penempatan karyawan, menetapkan persyaratan dan jumlah karyawan yang akan melakukan pekerjaan, luasnya wewenang dari masing-masing pekerja.

## 6. *How* (bagaimana)

Bagaimana mengerjakannya, perlu diberi penjelasan mengenai teknik-teknik pengerjaannya.

## **H. Cara Memastikan Suatu Perencanaan Bermanfaat dan Memberikan Kontribusi untuk Hasil yang Efektif**

Ada enam isu utama penting untuk diingat tentang melakukan perencanaan. Petujuk ini akan membantu memastikan suatu perencanaan, memenuhi tantangan, dan menghindari masalah-masalah umum serta rencana Anda agar berguna dan lebih efektif.

1. Perencanaan harus partisipatif. Setiap orang yang harus memberikan kontribusi kunci harus dilibatkan dalam suatu organisasi. Ada dua alasan, pertama, memungkinkan kita untuk menggabungkan ide-ide dan pengalaman berbeda agar dalam pengambilan keputusan menghasilkan sesuatu yang lebih baik. Kedua, memungkinkan kita membangun komitmen dengan memasukkan semua orang yang diperlukan untuk memberikan kontribusi pada keberhasilan sebuah perencanaan. Partisipasi akan memastikan bahwa setiap orang sepenuhnya memahami strategi, rencana, dan berkomitmen untuk mencapai keputusan yang telah dibuat. Tentunya diperlukan identifikasi dan analisis semua *stakeholder* untuk mencapai tujuan dan memutuskan keterlibatan mereka.
2. Perencanaan harus sistematis. Dalam perencanaan, kita harus memastikan semua permasalahan kunci sebelum pindah ke langkah berikutnya. Contoh, mengetahui dengan jelas hasil yang diperoleh sesuai dengan target yang diharapkan sebelum mengambil keputusan selanjutnya. Segala sesuatu yang kita lakukan harus relevan dengan hasil yang dicapai. Kadang-kadang kita perlu kembali ke langkah sebelumnya dalam proses perencanaan, jika perencanaan menyarankan Anda perlu memikirkan kembali beberapa keputusan sebelumnya. Seperti, Anda mungkin menyadari bahwa tindakan Anda tidak realistis. Hal ini dapat menyebabkan Anda mengubah keputusan dengan realistis sesuai dengan tujuan

yang akan dicapai. Perencanaan yang efektif jarang bergerak dalam satu garis lurus, tapi ini tidak berarti hal itu tidak harus sistematis.

3. Semua perencanaan harus strategis. berarti bahwa kita harus menggunakan proses perencanaan untuk menemukan cara terbaik dalam membuat perbedaan dan pendekatan terbaik untuk melakukan perencanaan. Semua alternatif yang mungkin akan terjadi harus diperiksa, bukan hanya pada zona aman, tetapi juga pada zona merugikan yang dapat mengganggu, baik dalam proses input, maupun *output*. Perencanaan yang efektif meletakkan dasar bagi pemikiran strategis yang sedang berlangsung dan tindakan dari setiap orang yang akan berkontribusi untuk mencapai tujuan organisasi. Semua keputusan, tindakan, dan penggunaan sumber daya perlu membuat kontribusi strategis untuk mencapai tujuan yang telah disepakati.
4. Perencanaan harus mencakup kesepakatan tentang bagaimana dan kapan kita akan mengevaluasi kemajuan serta prestasi. Suatu organisasi perlu membuat keputusan mengenai apa yang akan digunakan dalam membuat suatu kemajuan atau pencapaian berdasarkan tujuan. Anda juga akan perlu menyepakati di mana mendapatkan informasi, kapan akan mengevaluasi, bagaimana, dan siapa yang harus terlibat.
5. Perencanaan yang efektif memerlukan komitmen besar dari setiap orang dalam organisasi. Perencanaan dapat menggunakan waktu yang lama; bisa tampak berantakan, dan frustrasi. Akan tetapi, penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor kunci dalam perencanaan yang efektif adalah komitmen organisasi dan individu dalam proses perencanaan. Faktor kunci selanjutnya ialah waktu yang cukup harus diberikan untuk merencanakan secara efektif. Hal tersebut akan menghemat waktu di masa yang akan datang.
6. Perencanaan dan evaluasi harus dianggap sebagai siklus pembelajaran dan perbaikan, bukan garis lurus dari A ke B, harus terus-menerus mengevaluasi apa yang telah kita capai dan belajar mengembangkan cara yang lebih efektif untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

## I. Jenis-Jenis Perencanaan Kesehatan

Perencanaan atau rencana itu sendiri banyak macamnya sebagai berikut.

1. Dilihat dari jangka waktu berlakunya rencana
  - a) Rencana jangka panjang (*long term planning*) yang berlaku antara 10—25 tahun
  - b) Rencana jangka menengah (*medium range planning*) yang berlaku antara 5—7 tahun.
  - c) Rencana jangka pendek (*short range planning*) umumnya hanya berlaku untuk 1 tahun.
2. Dilihat dari tingkatannya
  - a) Rencana induk (*masterplan*), lebih menitikberatkan uraian kebijakan organisasi. Rencana ini mempunyai tujuan jangka panjang dan mempunyai ruang lingkup yang luas.
  - b) Rencana operasional (*operational planning*), lebih menitikberatkan pada pedoman atau petunjuk dalam melaksanakan suatu program.
  - c) Rencana harian (*day to day planning*) ialah rencana harian yang bersifat rutin.
3. Ditinjau dari ruang lingkungannya
  - a) Rencana strategis (*strategic planning*), berisikan uraian tentang kebijakan tujuan jangka panjang dan waktu pelaksanaan yang lama. Model rencana ini sulit untuk diubah.
  - b) Rencana taktis (*tactical planning*) ialah rencana yang berisi uraian bersifat jangka pendek, mudah menyesuaikan kegiatan-kegiatannya, asalkan tujuan tidak berubah.
  - c) Rencana menyeluruh (*comprehensive planning*) ialah rencana yang mengandung uraian secara menyeluruh dan lengkap.
  - d) Rencana terintegrasi (*integrated planning*) ialah rencana yang mengandung uraian yang menyeluruh bersifat terpadu, seperti dengan program lain di luar kesehatan.

Meskipun ada berbagai jenis perencanaan berdasarkan aspek-aspek tersebut di atas namun praktiknya sulit untuk dipisah-pisahkan seperti pembagian tersebut. Contoh, berdasarkan tingkatannya suatu rencana termasuk rencana induk, tetapi juga merupakan rencana strategis berdasarkan ruang lingkupnya dan rencana jangka panjang berdasarkan jangka waktunya.

## **J. Proses Perencanaan**

Perencanaan dalam suatu organisasi adalah suatu proses, dimulai dari identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah, perencanaan pemecahan masalah, implementasi (pelaksanaan pemecahan masalah), dan evaluasi. Dari hasil evaluasi tersebut, akan muncul masalah-masalah baru, kemudian dari masalah-masalah tersebut dipilih prioritas masalah dan kembali ke siklus semula.

Di bidang kesehatan khususnya, proses perencanaan ini pada umumnya menggunakan pendekatan pemecahan masalah (*problem solving*). Secara terinci, langkah-langkah perencanaan kesehatan adalah sebagai berikut:

### **1. Identifikasi Masalah**

Perencanaan pada hakikatnya adalah suatu bentuk rancangan pemecahan masalah. Oleh sebab itu, langkah awal dalam perencanaan kesehatan adalah mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan masyarakat di lingkungan unit organisasi yang bersangkutan. Sumber masalah kesehatan masyarakat dapat diperoleh dari berbagai cara berikut ini.

- a) Laporan kegiatan dari program kesehatan yang ada.
- b) *Surveillance* epidemiologi atau pemantauan penyebaran penyakit.
- c) Survei kesehatan yang khusus diadakan untuk memperoleh masukan perencanaan kesehatan.
- d) Hasil kunjungan lapangan supervisi dan sebagainya.

## 2. Menetapkan Prioritas Masalah

Kegiatan identifikasi masalah menghasilkan segudang masalah kesehatan yang menunggu untuk ditangani. Keterbatasan sumber daya baik biaya, tenaga, dan teknologi, tidak semua masalah tersebut dapat dipecahkan sekaligus (direncanakan pemecahannya). Untuk itu, harus dipilih masalah mana yang “*feasible*” untuk dipecahkan. Proses memilih masalah ini disebut memilih atau menetapkan prioritas masalah. Pemilihan prioritas dapat dilakukan melalui 2 cara, yaitu

## 3. Menetapkan Tujuan

Menetapkan tujuan perencanaan pada dasarnya adalah membuat ketetapan-ketetapan tertentu yang ingin dicapai oleh perencanaan tersebut. Penetapan tujuan yang baik apabila dirumuskan secara konkret dan dapat diukur. Pada umumnya dibagi dalam tujuan umum dan tujuan khusus.

### a) Tujuan Umum

Suatu tujuan masih bersifat umum dan masih dapat dijabarkan ke dalam tujuan-tujuan khusus dan pada umumnya masih abstrak. Contoh, meningkatnya status gizi anak balita di Kecamatan Cibadak.

### b) Tujuan Khusus

Tujuan-tujuan yang dijabarkan dari tujuan umum. Tujuan khusus merupakan jembatan untuk tujuan umum. Artinya, tujuan umum yang ditetapkan akan tercapai apabila tujuan-tujuan, khususnya tercapai. Contoh, apabila tujuan umum seperti contoh tersebut di atas dijabarkan ke dalam tujuan khusus menjadi sebagai berikut:

- Meningkatnya perilaku ibu dalam memberikan makanan bergizi kepada anak balita.
- Meningkatnya jumlah anak balita yang ditimbang di Posyandu.
- Meningkatnya jumlah anak yang berat badannya naik dan sebagainya.

#### 4. Menetapkan Rencana Kegiatan

Rencana kegiatan adalah uraian tentang kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan. Pada umumnya kegiatan mencakup 3 tahap pokok, yakni

- a) Kegiatan pada tahap persiapan, yakni kegiatan-kegiatan yang dilakukan sebelum kegiatan pokok dilaksanakan, misalnya rapat-rapat koordinasi, perizinan, dan sebagainya.
- b) Kegiatan pada tahap pelaksanaan yakni kegiatan pokok program yang bersangkutan.
- c) Kegiatan pada tahap penilaian, yakni kegiatan untuk mengevaluasi seluruh kegiatan dalam rangka pencapaian program tersebut.

#### 5. Menetapkan Sasaran (*Target Group*)

Sasaran (*target group*) adalah kelompok masyarakat tertentu yang akan digarap oleh program yang direncanakan tersebut. Sasaran program kesehatan biasanya dibagi dua, yakni

- a) Sasaran langsung, yaitu kelompok yang langsung dikenai oleh program tersebut. Contoh, tujuan umumnya meningkatkan status gizi anak balita maka sasaran langsungnya adalah anak balita.
- b) Sasaran tidak langsung adalah kelompok yang menjadi sasaran antara program tersebut, namun berpengaruh sekali terhadap sasaran langsung. Contoh, anak balita sebagai sasaran langsung, sedangkan ibu-anak balita sebagai sasaran tidak langsung. Ibu-anak balita, khususnya perilaku ibu dalam memberikan makanan bergizi kepada anak sangat menentukan status gizi anak balita tersebut.
- c) Waktu  
Waktu yang ditetapkan dalam perencanaan adalah sangat tergantung dengan jenis perencanaan yang dibuat serta kegiatan-kegiatan yang ditetapkan dalam rangka mencapai

tujuan. Oleh sebab itu, waktu dan kegiatan sebenarnya dapat dijadikan satu dan disajikan dalam bentuk matriks yang disebut *gant chart*.

d) Organisasi dan Staf

Dalam bagian ini digambarkan atau diuraikan organisasi sekaligus staf atau personel yang akan melaksanakan kegiatan-kegiatan atau program tersebut. Di samping itu, diuraikan tugas (*job description*) masing-masing staf pelaksana tersebut. Hal ini penting karena masing-masing orang yang terlibat dalam program tersebut mengetahui dan melaksanakan kewajiban.

e) Rencana Anggaran

Uraian tentang biaya-biaya yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, mulai dari persiapan sampai dengan evaluasi. Biasanya rincian rencana biaya ini dikelompokkan menjadi biaya personalia, biaya operasional, biaya sarana dan fasilitas, dan biaya penilaian.

f) Rencana Evaluasi

Rencana evaluasi sering dilupakan oleh para perencana padahal hal ini sangat penting. Rencana evaluasi adalah suatu uraian tentang kegiatan yang akan dilakukan untuk menilai sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tersebut telah tercapai.

Sesuai pendapat A.M. Williams, sebagaimana dalam buku Soewarno Handyaningrat (1996:135), proses perencanaan meliputi

- Menentukan dengan jelas maksud dan tujuan dan kebijaksanaan yang akan dilakukan.
- Menentukan alternatif, memperhatikan faktor-faktor yang dihadapi, yaitu kejadian-kejadian yang akan datang, termasuk waktu yang diperlukan, kondisi/situasi untuk menentukan pilihan dari alternatif yang ada.
- Mengatur sumber-sumber yang diperlukan, antara lain *man, money, equipment, materials, time will be need*.

- Menentukan organisasi, metode, dan prosedur
- Menentukan rencana itu sendiri.

Menurut Siagian (1996: 111-115), proses perencanaan dapat ditinjau dari atau fungsi perencanaan dapat dilaksanakan dengan baik melalui tiga cara, yaitu

1. Mengetahui sifat atau ciri-ciri suatu rencana yang baik, yaitu:

- Rencana harus mempermudah tercapainya tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.
- Rencana harus dibuat oleh orang yang sungguh-sungguh memahami tujuan organisasi.
- Rencana harus dibuat oleh orang yang sungguh-sungguh mendalami teknik perencanaan.
- Rencana harus disertai oleh suatu perincian yang teliti, artinya rencana harus diikuti oleh *programming*.
- Rencana tidak boleh terlepas sama sekali dari pemikiran pelaksana.
- Rencana harus bersifat sederhana, di mana rencana itu sistematis, prioritas jelas, dan bahasa mudah dipahami oleh semua kegiatan pokok yang akan dilaksanakan sudah tercakup.
- Rencana harus luwes, meskipun pola dasar harus bersifat permanen dan tidak berubah, tapi tergantung keadaan yang dihadapi untuk mengadakan perubahan dan penyesuaian.
- Di dalam rencana terdapat tempat pengambilan risiko.
- Rencana harus bersifat praktis (pragmatis), artinya suatu rencana harus dapat dicapai dengan memperhitungkan tujuan, kapasitas organisasi, faktor lingkungan, dan lain-lain.
- Rencana harus merupakan *forecasting*, rencana harus merupakan peramalan atas keadaan yang mungkin dicapai.

2. Memandang proses perencanaan sebagai suatu rangkaian perencanaan yang harus dijawab dengan memuaskan, yaitu

- Apakah kegiatan yang harus dijalankan dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

- Di mana kegiatan tertentu tersebut akan dilaksanakan.
  - Dalam perencanaan harus tergambar sistem prioritas yang akan digunakan, penjadwalan waktu, target fase-fase tertentu yang akan dicapai.
  - Bagaimana cara melaksanakan kegiatan-kegiatan ke arah tercapainya tujuan.
  - Dalam perencanaan harus tergambar tentang pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab.
3. Memandang proses perencanaan sebagai suatu masalah yang harus dipecahkan dengan menggunakan teknik-teknik ilmiah, yaitu
- Mengetahui sifat hakiki dari masalah yang dihadapi.
  - Kumpulkan data. Data adalah fakta relevan dengan tujuan yang hendak dicapai, informasi dari unit organisasi yang lebih rendah, saran dari anggota organisasi yang akan menjadi pelaksana, ide bawahan dan kritik dari dalam dan luar organisasi.
  - Analisis data.
  - Penentuan beberapa alternatif.
  - Memilih cara yang kelihatannya terbaik.
  - Pelaksanaan pembuatan rencana tersebut.
  - Penilaian hasil yang dicapai

## **K. Sifat Suatu Rencana yang Baik**

Menurut Manullang (2009: 44) rencana yang baik, haruslah mengandung sifat-sifat sebagai berikut:

1. Pemakaian kata-kata yang sederhana dan terang. Kata-kata dalam kalimat-kalimat yang dipergunakan oleh suatu rencana haruslah sederhana dan mudah dimengerti untuk meniadakan penafsiran yang berbeda.
2. Fleksibel, rencana tersebut harus dapat menyesuaikan diri dengan keadaan yang berubah yang tidak diduga sebelumnya.
3. Mempunyai stabilitas.

4. Ada dalam perimbangan, artinya pemberian waktu dan faktor-faktor produksi kepada setiap unsur organisasi seimbang dengan kebutuhannya.
5. Meliputi semua tindakan yang diperlukan, rencana harus meliputi segala-galanya hingga terjamin koordinasi dari tindakan seluruh unsur-unsur organisasi.
6. Menurut Hasibuan (2008 : 111), syarat rencana yang baik yaitu
  - a) Rencana harus mempunyai tujuan yang jelas, objektif, rasional, dan cukup menantang untuk diperjuangkan.
  - b) Rencana harus mudah dipahami dan penafsirannya hanya satu.
  - c) Rencana harus dapat dipakai sebagai pedoman untuk bertindak ekonomis rasional.
  - d) Rencana harus menjadi dasar dan alat untuk pengendalian semua tindakan.
  - e) Rencana harus dapat dikerjakan oleh sekelompok orang.
  - f) Rencana harus menunjukkan urutan-urutan dan waktu pekerjaan.
  - g) Rencana harus fleksibel, tetapi tidak mengubah tujuan.
  - h) Rencana harus berkesinambungan.
  - i) Rencana harus meliputi semua tindakan yang akan dilakukan.
  - j) Rencana harus berimbang artinya pemberian tugas harus seimbang dengan penyediaan fasilitas.
  - k) Dalam rencana tidak boleh ada pertentangan antardepartemen, hendaknya saling mendukung untuk tercapainya tujuan perusahaan.
  - l) Rencana harus sensitif terhadap situasi sehingga terbuka kemungkinan untuk mengubah teknik pelaksanaannya tanpa mengalami perubahan pada tujuannya.
  - m) Rencana harus ditetapkan dan diimplementasikan atas hasil analisis data, informasi, dan fakta.

## L. Aplikasi Perencanaan Tingkat Puskesmas

Puskesmas telah menghasilkan berbagai upaya kesehatan perorangan dan masyarakat yang sesuai dengan asas penyelenggaraan Puskesmas, namun hal ini perlu ditunjang oleh manajemen Puskesmas yang baik. Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan sistematis yang dilaksanakan oleh Puskesmas membentuk fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen tersebut yang menjadikan Puskesmas menjadi lebih baik dalam kebijakan, program, maupun konsepnya.

Kepmenkes RI No. 128 Tahun 2004 mengatakan bahwa fungsi Puskesmas dibagi menjadi tiga fungsi utama 1) sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) primer di tingkat pertama di wilayahnya; 2) sebagai pusat penyedia data dan informasi kesehatan di wilayah kerjanya sekaligus dikaitkan dengan perannya sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di wilayahnya, dan; 3) sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) primer/ tingkat pertama yang berkualitas dan berorientasi pada pengguna layanannya.

Usaha kesehatan di Puskesmas dibagi dalam dua kategori yakni, pertama, pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer yakni Puskesmas sebagai pemberi layanan promotif dan preventif dengan sasaran kelompok dan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit. Kedua, Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan perseorangan primer di mana peran Puskesmas dimaknai sebagai *gate keeper* atau kontak pertama pada pelayanan kesehatan formal dan penangkis rujukan sesuai dengan standar pelayanan medis.

Agar terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat sesuai dengan asas penyelenggaraan, Puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen Puskesmas yang baik. Berikut beberapa model manajemen dan fungsi penjabarannya

1. Model PIE (*planning, implementation, evaluation*)
2. Model POAC (*planning, organizing, actuating, controlling*)
3. Model P1-P2-P3 (perencanaan, pergerakan-pelaksanaan, pengawasan pengendalian-penilaian).
4. Model ARRIF (analisis, rumusan, rencana, implementasi, dan forum komunikasi)
5. Model ARRIME (analisis, rumusan, rencana, implementasi, *monitoring*, evaluasi)

Dari berbagai model manajemen tersebut sebenarnya mempunyai fungsi manajemen yang sama. Setiap Puskesmas bebas menentukan model manajemen yang ingin diterapkan, namun yang terpenting mempunyai hasil sebagai berikut:

1. Makin banyaknya fungsi penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, yang ditandai dengan tingginya nilai IPTS (indeks potensi tatanan sehat).
2. Makin baiknya fungsi pemberdayaan masyarakat dengan ditandai berkembangnya UKBM (upaya kesehatan berbasis masyarakat). Serta makin aktifnya BPP (badan penyantun Puskesmas) dan BPKM (badan peduli kesehatan masyarakat) dapat dijadikan indikator meningkatnya partisipasi masyarakat setempat.
3. Makin bagusnya pemberdayaan keluarga dengan ditandainya IPKS (indeks potensi keluarga sehat)
4. Makin bagusnya pelayanan kesehatan yang ditandai dengan tingginya cakupan program (baik program kesehatan dasar maupun program kesehatan pengembangan). Selain itu, kualitas pelayanan kesehatan yang ditandai dengan tingginya kepatuhan petugas kesehatan dan makin baiknya kepuasan pasien.

## **M. Perencanaan Tingkat Puskesmas**

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

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

Penyusunan rencana kegiatan Puskesmas dilakukan secara sistematis untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Hal ini meliputi upaya kesehatan wajib; upaya kesehatan pengembangan; dan upaya penunjang.

Adapun tahapan dalam penyusunan perencanaan tingkat Puskesmas adalah sebagai berikut:

### 1. Persiapan

Mempersiapkan data yang akan di analisis, sehingga untuk selanjutnya dapat mempermudah perencanaan yang akan dibuat. Langkah-langkah dalam persiapan sebagai berikut:

- Kepala Puskesmas membentuk Tim Perencanaan Tingkat Puskesmas.
- Kepala Puskesmas menjelaskan buku *PTP* kepada tim sehingga tim memahami langkah-langkah PTP.
- Tim Penyusun PTP mempelajari kebijakan dan mendengarkan arahan strategi dari Dinkes Kab/Kota, Dinkes Provinsi dan Kemkes.

### 2. Analisis Situasi

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

Analisis ini meliputi data umum dan data khusus. Data umum ini berupa peta wilayah dan data sumber daya (ketenagaan, obat, dan bahan habis pakai, peralatan, sumber pembiayaan, sarana-prasarana, data peran serta masyarakat, data penduduk, dan sasaran program, data sekolah, data kesling.

### 3. Rencana Usulan Kegiatan

Terdapat 2 tahap dalam penyusunan rencana usulan kegiatan (RUK), yaitu

#### a) Analisis masalah, meliputi

- Identifikasi masalah

Setiap hasil kegiatan dalam pelaksanaan tahun yang lalu ada beberapa yang kurang/tidak berhasil mencapai target. Identifikasi masalah diutamakan untuk kegiatan-kegiatan dengan hasil kesenjangan yang lebih besar, permasalahan dapat dicari dari hasil Penilaian Kinerja Puskesmas, hasil laporan SPM (Standar Pelayanan Minimal) atau dari Laporan Tahunan Puskesmas.

- Prioritas masalah

Prioritas masalah dapat dilakukan dengan cara penilaian scoring dengan menggunakan metode USG (Urgency, Seriousness, Growth )

- Urgency (urgensi), yaitu dilihat dari tersedianya waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.
- Seriousness (keseriusan), yaitu melihat dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, membahayakan sistem atau tidak, dan sebagainya.
- Growth (berkembangnya masalah), yaitu apakah masalah tersebut berkembang sedemikian rupa sehingga sulit dicegah.

- Merumuskan masalah,

Merumuskan masalah dengan memakai pertanyaan apa, bagaimana, berapa, di mana dan kapan masalah tersebut ada.

#### 4. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan

Setelah RUK disetujui, dengan alokasi biaya yang ditentukan, Puskesmas membuat rencana pelaksanaan kegiatan. Sumber pembiayaan Puskesmas selain dari anggaran daerah (DAU), adalah dari pusat dan pinjaman/bantuan luar negeri yang dialokasikan melalui dinas kesehatan kabupaten/kota.



# BAB II

## MUTU PELAYANAN MASYARAKAT

### **A. Mutu Pelayanan Masyarakat**

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan yang menyebutkan bahwa kesehatan rakyat adalah salah satu modal pokok dalam rangka pertumbuhan dan kehidupan bangsa dan mempunyai peranan penting dalam penyelesaian revolusi nasional dan penyusunan masyarakat sosialis Indonesia. Pemerintah harus mengusahakan bidang kesehatan dengan sebaik-baiknya, yaitu menyediakan pelayanan kesehatan yang memadai dan dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat umum.

Namun, harus diakui bahwa kualitas kesehatan masyarakat Indonesia selama ini tergolong rendah. Selama ini masyarakat, terutama masyarakat miskin, cenderung kurang memperhatikan kesehatan mereka. Hal ini dapat disebabkan karena rendahnya tingkat pemahaman mereka akan pentingnya kesehatan dalam kehidupan, padahal kesadaran rakyat tentang pemeliharaan dan perlindungan kesehatan sangatlah penting untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Di sisi lain, rendahnya derajat kesehatan masyarakat dapat pula disebabkan oleh ketidakmampuan mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena mahalnya biaya pelayanan yang harus dibayar. Tingkat kemiskinan yang tinggi menyebabkan masyarakat miskin tidak mampu memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang tergolong mahal. Banyak survei empiris yang menyatakan bahwa kesehatan berbanding terbalik dengan kemiskinan, di mana ada kemiskinan maka masalah kesehatan akan semakin nyata terjadi.

Biaya kesehatan yang mahal menjadi kendala bagi masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Ada beberapa faktor yang mendorong peningkatan biaya kesehatan, yaitu

1. Sifat layanan itu sendiri, sifat daripada suatu layanan kesehatan adalah padat modal, padat teknologi, dan padat karya sehingga modal yang harus ditanam semakin besar dan dibebankan pada biaya perawatan.
2. Bagaimana negara memandang masalah pelayanan kesehatan sebagai kebutuhan warga negaranya, menyelenggarakan, dan memenuhi pelayanan kesehatan yang diperlukan (Sulastomo, 2004).

Jika tidak segera diatasi, kondisi yang sedemikian rupa akan memperparah kondisi kesehatan masyarakat Indonesia karena krisis ekonomi telah meningkatkan jumlah masyarakat miskin dan mengakibatkan naiknya biaya pelayanan kesehatan. Dengan demikian, semakin menekan akses mereka terhadap sektor ini karena biayanya yang semakin tak terjangkau. Kemiskinan merupakan salah satu persoalan utama yang dihadapi oleh Indonesia dari tahun ke tahun. Masalah ini semakin lama semakin tidak dapat terselesaikan. Bahkan, angka kemiskinan di negara kita semakin lama semakin meninggi karena krisis ekonomi yang terus berkepanjangan memperbesar jumlah penduduk miskin di Indonesia.

Pelayanan kesehatan terhadap segenap warga negara adalah menjadi tanggung jawab pemerintah seperti yang diamanatkan dalam undang-undang. Namun, tidak dapat dimungkiri bila pelayanan kesehatan, khususnya dari sektor publik masih banyak kendala dan hambatan terutama dalam hal kualitas pelayanan. Tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan dari sektor publik masih cukup rendah. Hal ini dibuktikan dari beberapa survei empiris terhadap kualitas pelayanan di birokrasi pemerintahan daerah.

Berdasarkan beberapa penelitian yang dilakukan kalangan akademisi dan birokrat tentang pelayanan publik di Indonesia, ternyata kondisinya masih sering kali “dianggap” belum baik dan memuaskan.

Hal ini ditunjukkan dari kesimpulan yang dibuat oleh Agus Dwiyanto, dkk. dalam GDS (*Governance and Decentralization*) 2002 di 20 provinsi di Indonesia tentang kinerja pelayanan publik menyebutkan "... secara umum praktik penyelenggaraan pelayanan publik masih jauh dari prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik" (2003: 102). Kemudian, kinerja pelayanan birokrasi publik di Indonesia, berdasarkan laporan dari "*The World Competitiveness Yearbook Tahun 1999*" berada pada kelompok negara-negara yang memiliki indeks *competitiveness* paling rendah antara 100 negara paling kompetitif di dunia (Cullen dan Cushman, dalam Dwiyanto, dkk., 2002: 15).

Sementara itu, kondisi masyarakat saat ini telah terjadi suatu perkembangan yang sangat dinamis, tingkat kehidupan masyarakat yang semakin baik, merupakan indikasi dari *empowering* yang dialami oleh masyarakat (Thoha dalam Widodo, 2001). Hal ini berarti masyarakat semakin sadar akan apa yang menjadi hak dan kewajibannya sebagai warga negara dalam hidup bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Masyarakat semakin berani untuk mengajukan tuntutan, keinginan dan aspirasinya kepada pemerintah. Masyarakat semakin kritis dan semakin berani untuk melakukan kontrol terhadap apa yang dilakukan oleh pemerintahnya.

Kesadaran akan hak-hak sipil yang terjadi di masyarakat tidak lepas dari pendidikan politik yang terjadi selama ini. Selama ini masyarakat cenderung pasrah dan menerima terhadap apa yang mereka dapatkan dari pelayanan aparatur pemerintah. Hal ini lebih diakibatkan karena sikap dari aparatur pelayanan publik yang tidak berorientasi pada kepuasan masyarakat, pelayanan hanya bersifat sekadar melayani tanpa disertai rasa peduli dan empati terhadap pengguna layanan. Namun, kondisi yang terbuka seperti sekarang ini mengharuskan aparatur sebagai pelayan publik lebih peduli lagi terhadap hak-hak sipil khususnya dalam pelayanan publik.

Pemerintah di dalam menyelenggarakan pelayanan publik masih banyak dijumpai kekurangan sehingga jika dilihat dari segi kualitas masih jauh dari yang diharapkan masyarakat. Hal ini ditunjukkan

dengan masih munculnya berbagai keluhan masyarakat melalui media massa. Jika kondisi ini tidak direspon oleh pemerintah maka akan dapat menimbulkan citra yang kurang baik terhadap pemerintah sendiri. Mengingat fungsi utama pemerintah adalah melayani masyarakat maka pemerintah perlu terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan publik (Men PAN, 2004: 5)

Pelayanan merupakan tugas utama yang hakiki dari sosok aparatur, sebagai abdi negara dan abdi masyarakat. Tugas ini telah jelas digariskan dalam pembukaan UUD 1945 alinea keempat, yang meliputi 4 (empat) aspek pelayanan pokok aparatur terhadap masyarakat, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Dalam kondisi masyarakat seperti digambarkan di atas, birokrasi publik harus dapat memberikan layanan publik yang lebih profesional, efektif, sederhana, transparan, terbuka, tepat waktu, responsif dan adaptif serta sekaligus dapat membangun kualitas manusia dalam arti meningkatkan kapasitas individu dan masyarakat untuk secara aktif menentukan masa depannya sendiri (Effendi dalam Widodo, 2001). Arah pembangunan kualitas manusia tadi adalah memberdayakan kapasitas manusia dalam arti menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreativitasnya untuk mengatur dan menentukan masa depannya sendiri.

Selain itu, dalam kondisi masyarakat yang semakin kritis di atas, birokrasi publik dituntut harus dapat mengubah posisi dan peran (*revitalisasi*) dalam memberikan pelayanan publik. Dari yang suka mengatur dan memerintah berubah menjadi suka melayani, dari yang suka menggunakan pendekatan kekuasaan, berubah menjadi suka menolong menuju ke arah yang fleksibel kolaboratis dan dialogis dan dari cara-cara yang sloganis menuju cara-cara kerja yang realistik pragmatis (Thoha dalam Widodo, 2001). Dengan revitalitas birokrasi publik (terutama aparatur pemerintah daerah) ini, pelayanan publik

yang lebih baik dan profesional dalam menjalankan apa yang menjadi tugas dan kewenangan yang diberikan kepadanya dapat terwujud.

Secara teoretis sedikitnya ada tiga fungsi utama yang harus dijalankan oleh pemerintah tanpa memandang tingkatannya, yaitu fungsi pelayan masyarakat (*public service function*), fungsi pembangunan (*development function*) dan fungsi perlindungan (*protection function*).

Hal yang terpenting kemudian adalah sejauh mana pemerintah dapat mengelola fungsi-fungsi tersebut agar dapat menghasilkan barang dan jasa (pelayanan) yang ekonomis, efektif, efisien dan akuntabel kepada seluruh masyarakat yang membutuhkannya. Selain itu, pemerintah dituntut untuk menerapkan prinsip *equity* dalam menjalankan fungsi-fungsi tadi. Artinya pelayanan pemerintah tidak boleh diberikan secara diskriminatif. Pelayanan diberikan tanpa memandang status, pangkat, golongan dari masyarakat dan semua warga masyarakat mempunyai hak yang sama atas pelayanan-pelayanan tersebut sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat sebenarnya merupakan implikasi dari fungsi aparat negara sebagai pelayan masyarakat. Karena itu, kedudukan aparatur pemerintah dalam pelayanan umum (*public services*) sangat strategis karena akan sangat menentukan sejauh mana pemerintah mampu memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi masyarakat, yang dengan demikian akan menentukan sejauh mana negara telah menjalankan perannya dengan baik sesuai dengan tujuan pendiriannya.

Dipandang dari sudut ekonomi, pelayanan merupakan salah satu alat pemuas kebutuhan manusia sebagaimana halnya dengan barang. Namun pelayanan memiliki karakteristik tersendiri yang berbeda dari barang. Salah satu yang membedakannya dengan barang, sebagaimana dikemukakan oleh Gasperz (1994), adalah *outputnya* yang tidak berbentuk (*intangible output*), tidak standar, serta tidak dapat disimpan dalam *inventori* melainkan langsung dapat dikonsumsi pada saat produksi.

Karakteristik pelayanan sebagaimana yang dikemukakan Gasperz tadi secara jelas membedakan pelayanan dengan barang, meskipun sebenarnya kaduanya merupakan alat pemuas kebutuhan. Sebagai suatu produk yang *intangibile*, pelayanan memiliki dimensi yang berbeda dengan barang yang bersifat *tangible*. Produk akhir pelayanan tidak memiliki karakteristik fisik sebagaimana yang dimiliki oleh barang. Produk akhir pelayanan sangat tergantung dari proses interaksi yang terjadi antara layanan dengan konsumen.

Dalam konteks pelayanan publik, dikemukakan bahwa pelayanan umum adalah mendahulukan kepentingan umum, mempermudah urusan publik, mempersingkat waktu pelaksanaan urusan publik dan memberikan kepuasan kepada publik (publik/umum). Senada dengan itu, Moenir (1992) mengemukakan bahwa pelayanan publik adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor material melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya.

Berangkat dari persoalan mempertanyakan kepuasan masyarakat terhadap apa yang diberikan oleh pelayan dalam hal ini yaitu administrasi publik adalah pemerintah itu sendiri dengan apa yang mereka inginkan, maksudnya yaitu sejauhmana publik berharap apa yang akhirnya diterima mereka.

Penyelenggaraan pelayanan publik yang dilaksanakan oleh aparatur pemerintah dalam berbagai sektor pelayanan terutama yang menyangkut pemenuhan kebutuhan hak-hak sipil dan kebutuhan dasar masih dirasakan belum sesuai dengan tuntutan dan harapan masyarakat. Hal ini bisa diketahui antara lain dari banyaknya pengaduan, keluhan yang disampaikan oleh masyarakat melalui media masa maupun langsung kepada unit pelayanan, baik menyangkut sistem dan prosedur pelayanan yang masih berbelit-belit, tidak transparan, kurang informatif, kurang akomodatif dan kurang dan kurang konsisten sehingga tidak menjamin kepastian (hukum, waktu dan biaya) serta masih adanya praktik pungutan tidak resmi. Sejalan dengan meningkatnya kesadaran berbangsa, bernegara dan bermasyarakat serta adanya tuntutan

reformasi penyelenggaraan pemerintah dan pembangunan, pemenuhan untuk mendapatkan pelayanan yang baik merupakan hak masyarakat dan sebaliknya bagi aparatur berkewajiban memberikan pelayanan dan pengayoman kepada masyarakat.

Demi untuk menjamin terpenuhinya hak-hak masyarakat akan pelayanan publik maka diperlukan suatu standar penilaian mengenai analisis kinerja pelayanan publik yang telah dijalankan. Analisis terhadap kinerja birokrasi publik menjadi sangat penting atau dengan kata lain memiliki nilai yang amat strategis. Informasi mengenai kinerja aparatur dan faktor-faktor yang ikut berpengaruh terhadap kinerja aparatur sangat penting untuk diketahui, sehingga pengukuran kinerja aparat hendaknya dapat diterjemahkan sebagai suatu kegiatan evaluasi untuk menilai atau melihat keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan tugas dan fungsi yang dibebankan kepadanya. Oleh karena itu evaluasi kinerja merupakan analisis interpretasi keberhasilan dan kegagalan pencapaian kinerja.

Menurut pendapat Drucker dalam buku *Reinventing Government* karya David Osborne, bahwa dalam suatu organisasi perlu adanya pemisahan antara manajemen puncak dan operasional, sehingga memungkinkan manajemen puncak menfokuskan konsentrasi pada pengambilan keputusan dan pengarahan. Sedangkan kegiatan operasional sebaiknya dijalankan oleh staf sendiri, di mana masing-masing memiliki misi, sasaran, ruang lingkup, tindakan serta otonominya sendiri. Upaya mengarahkan, membutuhkan orang yang mampu melihat seluruh visi dan peluang serta mampu menyeimbangkan antar berbagai tuntutan yang saling bersaing untuk mendapatkan sumber daya. Hal tersebut membutuhkan personel yang bersungguh-sungguh fokus pada visi, misi, dan melaksanakannya dengan baik.

Pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat (publik) merupakan perwujudan dan fungsi aparatur negara sebagai pelayan masyarakat (abdi) di samping sebagai abdi negara. Dalam konteks ini masyarakatlah sebagai aktor utama (pelaku) pembangunan, sedangkan pemerintah berkewajiban untuk

mengarahkan, membimbing serta menciptakan suasana yang menunjang kegiatan-kegiatan dari masyarakat tersebut. Pada kondisi ini, aparatur negara dituntut untuk lebih mampu memperbaiki kinerjanya (pelayanan prima) dan diharapkan lebih mampu merumuskan konsep atau menciptakan iklim yang kondusif sehingga sumber daya pembangunan dapat menjadi pendorong percepatan terwujudnya masyarakat yang mandiri dan sejahtera.

Kemudian, bagaimana kegiatan masyarakat dan pemerintah itu dapat terjadi sinkronisasi yaitu saling bersentuhan, menunjang, dan melengkapi dalam satu kesatuan langkah menuju tercapainya tujuan pembangunan nasional. Suasana tersebut dapat diciptakan jika aparatur negara memiliki semangat pengabdian yang tinggi dan profesional dalam pemberian layanan publik. Pada sisi lain, perkembangan dan perubahan yang diakibatkan oleh globalisasi yang mempengaruhi seluruh aspek kehidupan seperti di sektor ekonomi, investasi, barang dan jasa, menjadikan para pelaku birokrasi (aparatur) semakin dituntut untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanannya kepada masyarakat. Pada tataran inilah, kinerja birokrasi pelayanan publik menjadi suatu isu yang semakin strategis karena perbaikan kinerja birokrasi memiliki implikasi yang luas dalam kehidupan masyarakat, terutama dalam memperbaiki tingkat kepercayaan masyarakat kepada pemerintah. Buruknya kinerja birokrasi selama ini menjadi salah satu faktor penting yang mendorong munculnya krisis kepercayaan masyarakat kepada pemerintah.

Menurut Dwiyanto (2001) menyatakan mengenai kinerja birokrasi pelayanan publik, "Rendahnya kinerja birokrasi publik sangat dipengaruhi oleh budaya paternalisme yang masih sangat kuat, yang cenderung mendorong pejabat birokrasi untuk lebih berorientasi pada kekuasaan daripada pelayanan, menempatkan dirinya sebagai penguasa dan memperlakukan para pengguna jasa sebagai obyek pelayanan yang membutuhkan bantuannya. Di samping itu, rendahnya kinerja juga disebabkan oleh sistem pembagian kekuasaan yang cenderung memusat pada pimpinan. Struktur birokrasi yang hierarkis mendorong

adanya pemusatan kekuasaan dan wewenang pada atasan sehingga pejabat birokrasi yang langsung berhubungan dengan para pengguna jasa sering tidak memiliki wewenang yang memadai untuk merespons dinamika yang berkembang dalam penyelenggaraan pelayanan.”

Buruknya kinerja pelayanan publik ini antara lain dikarenakan belum dilaksanakannya transparansi dan akuntabilitas dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Oleh karena itu, pelayanan publik harus dilaksanakan secara transparan dan akuntabel oleh setiap unit pelayanan instansi pemerintah karena kualitas kinerja birokrasi pelayanan publik memiliki implikasi yang luas dalam mencapai kesejahteraan masyarakat. Mengingat jenis pelayanan sangat beragam dengan sifat dan karakteristik yang berbeda, dalam memenuhi pelayanan diperlukan pedoman yang digunakan sebagai acuan bagi instansi di lingkungan instansi kesehatan.

## **B. Kepuasan Masyarakat**

Kepuasan masyarakat merupakan faktor yang sangat penting dan menentukan keberhasilan suatu badan usaha karena masyarakat adalah konsumen dari produk yang dihasilkannya. Hal ini didukung oleh pernyataan Hoffman dan Beteson (1997: 270), yaitu, “*without customers, the service firm has no reason to exist.*” Definisi kepuasan masyarakat menurut Mowen (1995: 511), “*Customer satisfaction is defined as the overall attitudes regarding goods or services after its acquisition and uses.*” Oleh karena itu, badan usaha harus dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan masyarakat sehingga mencapai kepuasan masyarakat dan lebih jauh lagi kedepannya dapat dicapai kesetiaan masyarakat. Sebab, bila tidak dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan masyarakat sehingga menyebabkan ketidakpuasan masyarakat mengakibatkan kesetiaan masyarakat akan suatu produk menjadi luntur dan beralih ke produk atau layanan yang disediakan oleh badan usaha yang lain.

Menurut Mendelsohn (1998: 42) ada 2 keuntungan bagi badan usaha dengan adanya kepuasan masyarakat, yaitu, “*First, retaining customers is less expensive than acquiring new ones. Second, increasing*

*competition in the form of product, organizations, and distributing outlets means fierce pressure for costumers. And costumners satisfaction is viable strategy to maintain market share against the competitions."*

Untuk mengukur kepuasan masyarakat digunakan atribut yang berisi tentang bagaimana masyarakat menilai suatu produk atau layanan yang ditinjau dari sudut pandang pelanggan. Menurut Dulka (1994: 41), "Kepuasan masyarakat dapat diukur melalui atribut-atribut pembentuk kepuasan yang terdiri atas:

1. *Value to price relationship*. Hubungan antara harga yang ditetapkan oleh badan usaha untuk dibayar dan nilai/manfaat yang diperoleh masyarakat.
2. *Product value* adalah penilaian dari kualitas produk atau layanan yang dihasilkan suatu badan usaha.
3. *Product benefit* adalah manfaat yang diperoleh masyarakat dari mengonsumsi produk yang dihasilkan oleh badan usaha.
4. *Product feature* adalah ciri-ciri atau karakteristik tertentu yang mendukung fungsi dasar dari suatu produk sehingga berbeda dan produk yang ditawarkan pesaing.
5. *Product design* adalah proses untuk merancang tampilan, fungsi produk.
6. *Product reliability and consistency* adalah keakuratan dan keandalan produk yang dihasilkan oleh suatu badan usaha.
7. *Range of product ar services* adalah macam dari produk atau layanan yang ditawarkan oleh suatu badan usaha.

Kemudian *attribute related to service* meliputi

1. *Guarantee or warranty* adalah jaminan atau garansi yang diberikan oleh badan usaha dan diharapkan dapat memuaskan masyarakat.
2. *Delivery communication* adalah pesan atau informasi yang disampaikan oleh badan usaha kepada masyarakatnya.
3. *Ccomplain handling* adalah sikap badan usaha dalam menangani keluhan-keluhan atau pengaduan.

4. *Resolution of problem* adalah tanggapan yang diberikan badan usaha dalam membantu memecahkan masalah masyarakat yang berkaitan dengan layanan yang diterimanya.

Selanjutnya *attributes related to the purchase* meliputi

1. *Courtesy* adalah kesopanan, perhatian, dan keramahan pegawai
2. *Communication* adalah kemampuan pegawai dalam melakukan komunikasi dengan masyarakat pelanggan.
3. *Ease or convinience of acquisition* adalah kemudahan yang diberikan oleh badan usaha untuk mendapatkan produk atau layanan yang ditawarkan.
4. *Ccompany reputation* adalah baik-tidaknya reputasi yang dimiliki oleh badan usaha dalam melayani masyarakat.
5. *Company competence* adalah baik-tidaknya kemampuan badan usaha dalam melayani masyarakat.

### **C. Pelayanan Publik**

Pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Sebagaimana telah dikemukakan terdahulu bahwa pemerintahan pada hakikatnya adalah pelayanan kepada masyarakat. Ia tidaklah diadakan untuk melayani dirinya sendiri, tetapi untuk melayani masyarakat serta menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreativitasnya demi mencapai tujuan bersama (Rasyid, 1998).

Karena, birokrasi publik berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memberikan layanan baik dan profesional. Pelayanan publik (*public services*) oleh birokrasi publik tadi adalah merupakan salah satu perwujudan dari fungsi aparatur negara sebagai abdi masyarakat di samping sebagai abdi negara. Pelayanan publik (*public services*) oleh birokrasi publik dimaksudkan untuk menyejahterakan masyarakat

(warga negara) dari suatu negara kesejahteraan (*welfare state*). Pelayanan umum oleh Lembaga Administrasi Negara (1998) diartikan sebagai segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara/Daerah dalam bentuk barang dan atau jasa baik dalam rangka upaya kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan publik dengan demikian dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Pelayanan publik yang profesional, artinya pelayanan publik yang dicirikan oleh adanya akuntabilitas dan responsibilitas dari pemberi layanan (aparatur pemerintah) dengan ciri sebagai berikut:

1. Efektif, lebih mengutamakan pada pencapaian apa yang menjadi tujuan dan sasaran;
2. Sederhana, mengandung arti prosedur/tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami, dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan;
3. Kejelasan dan kepastian (transparan), mengandung arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai:
  - a) prosedur/tata cara pelayanan;
  - b) persyaratan pelayanan, baik persyaratan teknis maupun persyaratan administratif;
  - c) unit kerja dan atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan;
  - d) rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya;
  - e) jadwal waktu penyelesaian pelayanan.
4. Keterbukaan, mengandung arti prosedur/tata cara persyaratan, satuan kerja/pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian waktu/tarif, serta hal-hal lain yang berkaitan

dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat, baik diminta maupun tidak diminta;

5. Efisiensi, mengandung arti;
  - a) Persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dan produk pelayanan yang berkaitan;
  - b) Dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan, dalam hal proses pelayanan masyarakat yang bersangkutan mempersyaratkan adanya kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah lain yang terkait;
6. Ketepatan waktu, kriteria ini mengandung arti pelaksanaan pelayanan masyarakat dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan;
7. Responsif, lebih mengarah pada daya tanggap dan cepat menanggapi apa yang menjadi masalah, kebutuhan, dan aspirasi masyarakat yang dilayani;
8. Adaptif, cepat menyesuaikan terhadap apa yang menjadi tuntutan, keinginan, dan aspirasi masyarakat yang dilayani yang senantiasa mengalami tumbuh kembang.

Secara teoretis, sedikitnya ada tiga fungsi utama yang harus dijalankan oleh pemerintah tanpa memandang tingkatannya, yaitu fungsi pelayan masyarakat (*public service function*), fungsi pembangunan (*development function*), dan fungsi perlindungan (*protection function*).

Hal yang terpenting kemudian adalah sejauh mana pemerintah dapat mengelola fungsi-fungsi tersebut agar dapat menghasilkan barang dan jasa (pelayanan) yang ekonomis, efektif, efisien, dan akuntabel kepada seluruh masyarakat yang membutuhkannya. Selain itu, pemerintah dituntut untuk menerapkan prinsip *equity* dalam menjalankan fungsi-fungsi tadi. Artinya, pelayanan pemerintah tidak boleh diberikan secara diskriminatif. Pelayanan diberikan tanpa memandang status, pangkat,

golongan dari masyarakat, dan semua warga masyarakat mempunyai hak yang sama atas pelayanan-pelayanan tersebut sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Meskipun pemerintah mempunyai fungsi-fungsi sebagaimana di atas, namun tidak berarti bahwa pemerintah harus berperan sebagai *monopolist* dalam pelaksanaan seluruh fungsi-fungsi tadi. Beberapa bagian dari fungsi tadi bisa menjadi bidang tugas yang pelaksanaannya dapat dilimpahkan kepada pihak swasta ataupun dengan menggunakan pola kemitraan (*partnership*) antara pemerintah dan swasta untuk mengadakannya. Pola kerja sama antara pemerintah dengan swasta dalam memberikan berbagai pelayanan kepada masyarakat tersebut sejalan dengan gagasan *reinventing government* yang dikembangkan (Osborne dan Gaebler, 1992).

Namun, dalam kaitannya dengan sifat barang privat dan barang publik murni, pemerintah adalah satu-satunya pihak yang berkewajiban menyediakan barang publik murni, khususnya barang publik yang bernama *rules* atau aturan (kebijakan publik). Barang publik murni yang berupa aturan tersebut tidak pernah dan tidak boleh diserahkan penyediaannya kepada swasta. Bila hal itu dilakukan maka di dalam aturan tersebut akan melekat kepentingan-kepentingan swasta yang membuat aturan sehingga aturan menjadi penuh dengan *vested interest* dan menjadi tidak adil (*unfair rule*). Karena itu, peran pemerintah yang akan tetap melekat di sepanjang keberadaannya adalah sebagai penyedia barang publik murni yang bernama aturan.

Pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat sebenarnya merupakan implikasi dari fungsi aparat negara sebagai pelayan masyarakat. Kedudukan aparatur pemerintah dalam pelayanan umum (*public services*) sangat strategis karena akan sangat menentukan sejauh mana pemerintah mampu memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi masyarakat. Dengan demikian, akan menentukan sejauh mana negara telah menjalankan perannya dengan baik sesuai dengan tujuan pendiriannya.

Dalam buku *Delivering Quality Services* karangan Zeithaml, Valarie A. et.al. (1990), yang membahas tentang bagaimana tanggapan dan harapan masyarakat pelanggan terhadap pelayanan yang mereka terima, baik berupa barang maupun jasa. Dalam hal ini, memang yang menjadi tujuan pelayanan publik pada umumnya adalah bagaimana mempersiapkan pelayanan publik tersebut yang dikehendaki atau dibutuhkan oleh publik, dan bagaimana menyatakan dengan tepat kepada publik mengenai pilihannya dan cara mengaksesnya yang direncanakan dan disediakan oleh pemerintah.

Kemudian, untuk tujuan tersebut dirinci sebagai berikut:

1. Menentukan pelayanan publik yang disediakan, apa saja macamnya;
2. Memperlakukan pengguna pelayanan, sebagai *customers*;
3. Berusaha memuaskan pengguna pelayanan, sesuai dengan yang diinginkannya;
4. Mencari cara penyampaian pelayanan yang paling baik dan berkualitas;
5. Menyediakan cara-cara, bila pengguna pelayanan tidak ada pilihan lain.

Berangkat dari persoalan mempertanyakan kepuasan masyarakat terhadap apa yang diberikan oleh pelayan dalam hal ini yaitu administrasi publik adalah pemerintah itu sendiri dengan apa yang mereka inginkan, maksudnya yaitu sejauhmana publik berharap apa yang akhirnya diterima mereka.

Dengan demikian dilakukan penilaian tentang sama tidaknya antara harapan dengan kenyataan, apabila tidak sama maka pemerintah diharapkan dapat mengoreksi keadaan agar lebih teliti untuk peningkatan kualitas pelayanan publik.

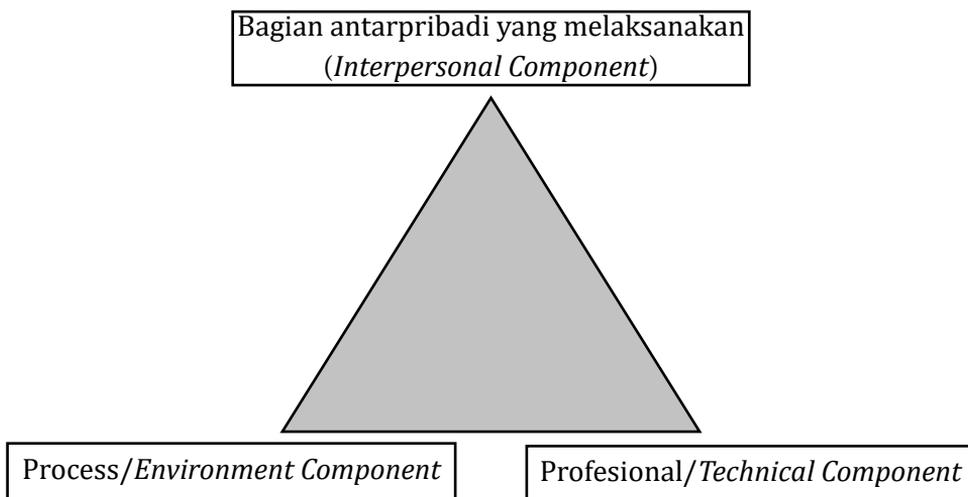
Selanjutnya dipertanyakan apakah terhadap kehendak masyarakat, seperti ketentuan biaya yang tepat, waktu yang diperhitungkan dan mutu yang dituntut masyarakat telah dapat terpenuhi. Andaikata tidak terpenuhi, pemerintah diharapkan mengoreksi keadaan, sedangkan apabila terpenuhi dilanjutkan pada pertanyaan berikutnya, tentang

berbagai informasi yang diterima masyarakat berkenaan dengan situasi dan kondisi, serta aturan yang melengkapinya.

Penilaian terhadap kualitas pelayanan tidak dapat lepas dari kemampuan pegawai dalam pemberian pelayanan serta penyediaan fasilitas fisik. Hal ini sesuai dengan teori "*The triangle of balance in service quality*": dari Morgan dan Murgatroyd, bahwa perlu dipertahankan keseimbangan dari ketiga komponen (*interpersonal component, procedures environment/process component, and technical/professional component*) guna menghasilkan pelayanan yang berkualitas. Memang pada dasarnya ada 3 (tiga) ketentuan pokok dalam melihat tinggi rendahnya suatu kualitas pelayanan publik, yaitu sebagaimana dalam gambar 2.1 tersebut menjelaskan bahwa dalam melihat tinggi rendahnya kualitas pelayanan publik perlu diperhatikan adanya keseimbangan antara

1. Bagian antarpribadi yang melaksanakan (*interpersonal component*);
2. Bagian proses dan lingkungan yang mempengaruhi (*Process and Environment*);
3. Bagian profesional dan teknik yang dipergunakan (*Professional and Technical*).

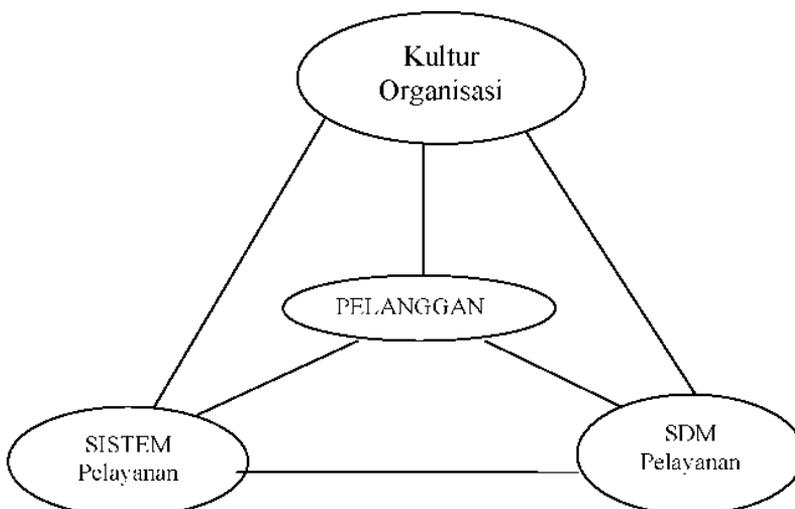
**Gambar 2.1** Segitiga Keseimbangan Kualits Pelayanan



Model tersebut merupakan suatu segitiga sama sisi di mana puncaknya adalah *interpersonal component* dari suatu pelayanan, sedangkan pada sisi sebelah kiri dari segitiga tersebut didapati konteks fisik dan prosedur serta komponen proses. Pada sisi sebelah kanan didapatkan komponen teknik atau profesionalitas dalam menyampaikan pelayanan. Asumsi dari model ini adalah perlu dipertahankan keseimbangan antara ketiga komponen tersebut di dalam menyediakan suatu pelayanan yang baik. Apabila terlalu menekankan pada proses atau prosedur, akan memberikan kesan pelayanan yang berbelit-belit. Apabila terlalu menekankan pada komponen interpersonal akan menimbulkan impresi bahwa penyedia jasa pelayanan kurang memperhatikan profesional pelayanan, dan apabila terlalu menekankan pada aspek profesional dan teknis pelayanan akan memberikan kesan bahwa pelayanan dilakukan secara profesional namun tidak ada perhatian khusus secara individual.

Di dalam *Total Quality Service* (TQS) dapat didefinisikan sebagai sistem manajerial strategik dan integratif yang melibatkan semua manajer dan karyawan, serta menggunakan metode-metode kualitatif dan kuantitatif untuk memperbaiki secara berkesinambungan proses-proses organisasi, agar dapat memenuhi dan melebihi kebutuhan, keinginan, dan harapan pelanggan (Ratminto, 2000: 54). Strategi ini dapat digambarkan sebagai berikut:

**Gambar 2.2** Model Manajemen Pelayanan



Dalam gambar di atas, manajemen pelayanan yang baik hanya akan dapat diwujudkan bila penguatan posisi tawar pengguna jasa pelayanan mendapatkan prioritas utama. Dengan demikian, pengguna jasa diletakkan dipusat yang mendapatkan dukungan dari (a) sistem pelayanan pelayanan yang mengutamakan kepentingan masyarakat pengguna jasa, (b) kultur pelayanan dalam organisasi penyelenggara pelayanan, dan (c) sumber daya manusia yang berorientasi pada kepentingan pengguna jasa. Penguatan posisi yang dimaksud untuk menyeimbangkan hubungan antara penyelenggara pelayanan dan pengguna jasa pelayanan ini juga harus diimbangi dengan berfungsinya mekanisme *voice* yang diperankan oleh media, LSM, organisasi profesi, dan Ombudsman atau lembaga banding (Ratminto, 2005 : 53).

## **D. Kualitas Pelayanan Publik**

Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Kata kualitas sendiri mengandung banyak pengertian, beberapa contoh pengertian kualitas menurut Fandy Tjiptono (1995) adalah

- 1) kesesuaian dengan persyaratan;
- 2) kecocokan untuk pemakaian;
- 3) perbaikan berkelanjutan;
- 4) bebas dari kerusakan/cacat;
- 5) pemenuhan kebutuhan pelanggan sejak awal dan setiap saat;
- 6) melakukan segala sesuatu secara benar; dan
- 7) sesuatu yang bisa membahagiakan pelanggan.

Pada prinsipnya, pengertian-pengertian tersebut di atas dapat diterima. Pertanyaannya adalah ciri-ciri atau atribut-atribut apakah yang ikut menentukan kualitas pelayanan publik tersebut. Ciri-ciri atau atribut-atribut tersebut sebagai berikut:

- 1) ketepatan waktu pelayanan, yang meliputi waktu tunggu dan waktu proses;

- 2) akurasi pelayanan, yang meliputi bebas dari kesalahan;
- 3) kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan;
- 4) kemudahan mendapatkan pelayanan, misalnya banyaknya petugas yang melayani dan banyaknya fasilitas pendukung seperti komputer;
- 5) kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruang tempat pelayanan, tempat parkir, ketersediaan informasi dan lain-lain;
- 6) atribut pendukung pelayanan lainnya seperti ruang tunggu ber-AC, kebersihan dan lain-lain.

Untuk dapat menilai sejauh mana kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh aparatur pemerintah, perlu ada kriteria yang menunjukkan apakah suatu pelayanan publik yang diberikan dapat dikatakan baik atau buruk. Zeithaml (1990) mengemukakan dalam mendukung hal tersebut, ada 10 (sepuluh) dimensi yang harus diperhatikan dalam melihat tolok ukur kualitas pelayanan publik, yaitu sebagai berikut:

1. *Tangible*, terdiri atas fasilitas fisik, peralatan, personel, dan komunikasi;
2. *Reliable*, terdiri dari kemampuan unit pelayanan dalam menciptakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat;
3. *Responsiveness*, kemauan untuk membantu konsumen bertanggung jawab terhadap kualitas pelayanan yang diberikan;
4. *Competence*, tuntutan yang dimilikinya, pengetahuan dan ketrampilan yang baik oleh aparatur dalam memberikan pelayanan;
5. *Courtesy*, sikap atau perilaku ramah, bersahabat, tanggap terhadap keinginan konsumen, dan mau melakukan kontak atau hubungan pribadi;
6. *Credibility*, sikap jujur dalam setiap upaya untuk menarik kepercayaan masyarakat;
7. *Security*, jasa pelayanan yang diberikan harus bebas dari berbagai bahaya dan risiko;

8. *Access*, terdapat kemudahan untuk mengadakan kontak dan pendekatan;
9. *Communication*, kemauan pemberi pelayanan untuk mendengarkan suara, keinginan atau aspirasi pelanggan, sekaligus kesediaan untuk selalu menyampaikan informasi baru kepada masyarakat;
10. *Understanding the customer*, melakukan segala usaha untuk mengetahui kebutuhan pelanggan.

Organisasi pelayanan publik mempunyai ciri *public accountability*, di mana setiap warga negara mempunyai hak untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang mereka terima. Sangat sulit untuk menilai kualitas suatu pelayanan tanpa mempertimbangkan peran masyarakat sebagai penerima pelayanan dan aparat pelaksana pelayanan itu. Evaluasi yang berasal dari pengguna pelayanan, merupakan elemen pertama dalam analisis kualitas pelayanan publik. Elemen kedua dalam analisis adalah kemudahan suatu pelayanan dikenali baik sebelum dalam proses atau setelah pelayanan itu diberikan.

Adapun dasar untuk menilai suatu kualitas pelayanan selalu berubah dan berbeda. Apa yang dianggap sebagai suatu pelayanan yang berkualitas saat ini tidak mustahil dianggap sebagai sesuatu yang tidak berkualitas pada saat yang lain. Kesepakatan terhadap kualitas sangat sulit untuk dicapai. Dalam hal ini yang dijadikan pertimbangan adalah kesulitan atau kemudahan konsumen dan produsen di dalam menilai kualitas pelayanan (lihat gambar 2.3).

**Gambar 2.3** Matrik Penilaian Pelayanan

Tingkat kesulitan produsen di dalam mengevaluasi kualitas	Tingkat kesulitan pengguna di dalam mengevaluasi kualitas	
	Rendah	Tinggi
Rendah	<i>Mutual Knowledge</i>	<i>Producer Knowledge</i>
Tinggi	<i>Consumer Knowledge</i>	<i>Mutual Ignorance</i>

Sumber: Kieron Walsh (1991)

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka kualitas dapat diberi pengertian sebagai totalitas dari karakteristik suatu produk (barang dan/atau jasa) yang menunjang kemampuan dalam memenuhi kebutuhan. Kualitas sering kali diartikan sebagai segala sesuatu yang memuaskan pelanggan atau sesuai dengan persyaratan atau kebutuhan. Menurut Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 1995 tentang Perbaikan dan Peningkatan Mutu Pelayanan, dinyatakan bahwa hakikat pelayanan umum adalah:

1. Meningkatkan mutu produktivitas pelaksanaan tugas dan fungsi instansi pemerintah di bidang pelayanan umum.
2. Mendorong upaya mengefektifkan sistem dan tata laksana pelayanan sehingga pelayanan umum dapat diselenggarakan secara berdaya guna dan berhasil guna.
3. Mendorong tumbuhnya kreativitas, prakarsa dan peran serta masyarakat dalam pembangunan serta dengan meningkatkan kesejahteraan masyarakat luas.

Oleh sebab itu, dalam pelayanan publik harus mengandung unsur-unsur dasar sebagai berikut:

1. Hak dan kewajiban bagi pemberi maupun pelayanan umum harus jelas dan diketahui secara pasti oleh masing-masing pihak.
2. Pengaturan setiap bentuk pelayanan umum harus sesuai dengan kondisi kebutuhan dan kemampuan masyarakat untuk membayar berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku dengan tetap berpegang teguh pada efisiensi dan efektivitas.
3. Kualitas, proses, dan hasil pelayanan umum harus diupayakan agar dapat memberi keamanan, kenyamanan, dan kepastian hukum yang dapat dipertanggungjawabkan;
4. Apabila pelayanan umum yang diselenggarakan oleh pemerintah terpaksa harus mahal, instansi pemerintah yang bersangkutan berkewajiban memberi peluang kepada masyarakat untuk ikut menyelenggarakannya.

5. Selain itu, Zeithaml, Valarie A., (et.al) (1990) mengatakan bahwa ada 4 (empat) jurang pemisah yang menjadi kendala dalam pelayanan publik sebagai berikut:

- a) Tidak tahu apa yang sebenarnya diharapkan oleh masyarakat.
- b) Pemberian ukuran yang salah dalam pelayanan masyarakat.
- c) Keliru penampilan diri dalam pelayanan publik itu sendiri.
- d) Ketika membuat perjanjian terlalu berlebihan atau pengobralan.

Beberapa peneliti pernah melakukan Survei bahwa ada 7 (tujuh) hal yang harus dihindari oleh pemerintah dalam melakukan pelayanan publik, ketidaktahuan pemerintah akan hal ini menyebabkan timbulnya jurang pemisah antara masyarakat dengan pemerintahnya, yaitu

- 1) apatis;
- 2) menolak berurusan;
- 3) bersikap dingin;
- 4) memandang rendah;
- 5) bekerja bagaikan robot;
- 6) terlalu ketat pada prosedur; dan
- 7) seringnya melempar urusan kepada pihak lain.

Sementara itu, peneliti lain pernah melakukan survei untuk mengetahui faktor buruknya kualitas pelayanan publik pada birokrasi pemerintah yang lebih banyak disebabkan

- 1) gaji rendah;
- 2) sikap mental aparat pemerintah; dan
- 3) kondisi ekonomi buruk pada umumnya.

Seperti telah dikemukakan sebelumnya *servqual* dari Zeithaml dkk. walaupun berasal dari dunia bisnis, tetapi dapat dipakai untuk pelayanan sektor publik. Tidak bisa dimungkiri *servqual* dari Zeithaml dkk. tersebut banyak dipakai dan menjadi inspirasi baik untuk kajian teoretis maupun kegiatan praktis. Meskipun demikian, konsep tersebut tidak sepenuhnya dapat diterapkan untuk pelayanan sektor publik. Ada beberapa item yang perlu disinkronkan dengan kondisi pelayanan sektor publik.

Kalau *servqual* berasal dari dunia bisnis dan dilakukan oleh dunia usaha pada para pelanggannya, maka pelayanan publik instansi pemerintah tentu saja adalah pelayanan yang diberikan oleh aparatur atau instansi atau unit pelayanan dari birokrasi pemerintah sesuai tata aturan dalam instansi atau unit pelayanan publik agar dapat dilaksanakan sesuai harapan, pemerintah lazimnya mengeluarkan kebijakan atau peraturan tentang pelayanan publik tersebut.

Menurut Zeithaml dkk., keputusan seseorang konsumen untuk mengonsumsi atau tidak mengonsumsi suatu barang atau jasa dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain adalah persepsinya terhadap kualitas pelayanan. Dengan kata lain, baik-buruknya kualitas pelayanan yang diberikan oleh *provider* tergantung dari persepsi konsumen atas pelayanan yang diberikan. Pernyataan ini menunjukkan adanya interaksi yang kuat antara “kepuasan konsumen” dengan “kualitas pelayanan”.

Zeithaml, Parasuraman dan Berry dalam bukunya “*Delivering Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectations*” (1990) menyebutkan bahwa kualitas pelayanan yang baik adalah pertemuan atau melebihi apa yang diharapkan konsumen dari pelayanan yang diberikan. Tinggi-rendahnya kualitas pelayanan tergantung pada kinerja yang diberikan dalam konteks apa yang mereka harapkan.

Berdasarkan persepsi konsumen, *servqual* dapat didefinisikan sebagai tingkat kesenjangan antara harapan-harapan atau keinginan-keinginan konsumen dengan kenyataan yang mereka alami (Zeithaml, et.al, 1990:19).

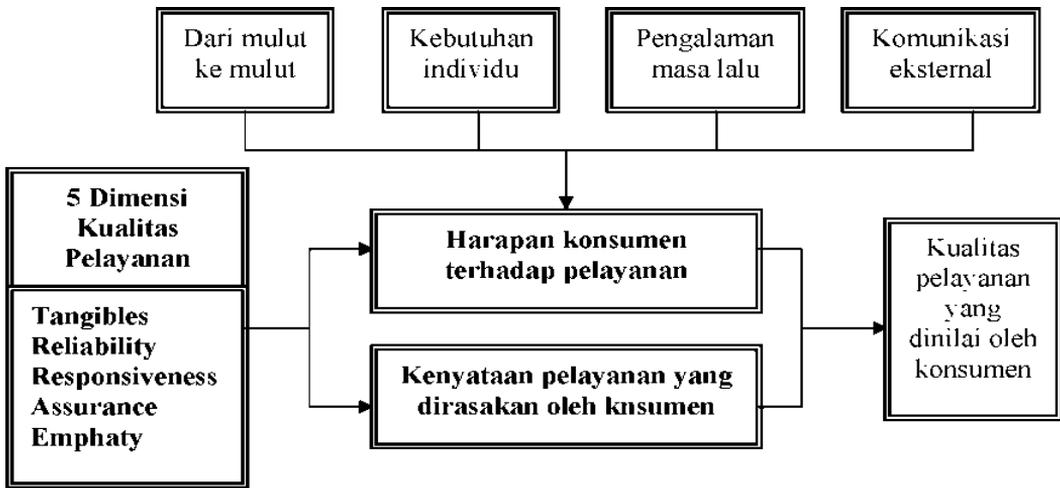
Disebutkan selanjutnya bahwa harapan konsumen terhadap kualitas pelayanan sangat dipengaruhi oleh informasi yang diperolehnya dari mulut ke mulut, kebutuhan-kebutuhan konsumen itu sendiri, pengalaman masa lalu dalam mengonsumsi suatu produk, dan komunikasi eksternal melalui media.

Menurut Zeithaml-Parasuraman-Berry untuk mengetahui kualitas pelayanan yang dirasakan secara nyata oleh konsumen, ada indikator

ukuran kepuasan konsumen yang terletak pada 5 dimensi kualitas pelayanan menurut apa yang dikatakan konsumen. Kelima dimensi *servqual* itu mencakup beberapa subdimensi sebagai berikut:

1. *Tangibles* (kualitas pelayanan yang berupa sarana fisik perkantoran, komputerisasi administrasi, ruang tunggu, dan tempat informasi). Dimensi ini berkaitan dengan kemodernan peralatan yang digunakan, daya tarik fasilitas yang digunakan, kerapian petugas serta kelengkapan peralatan penunjang (*pamlet* atau *flow chart*).
2. *Reliability* (kemampuan dan keandalan untuk menyediakan pelayanan yang terpercaya). Dimensi berkaitan dengan janji menyelesaikan sesuatu seperti diinginkan, penanganan keluhan konsumen, kinerja pelayanan yang tepat, dan menyediakan pelayanan sesuai waktu yang dijanjikan serta tuntutan pada kesalahan pencatatan.
3. *Responsiveness* (kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan secara cepat dan tepat, serta tanggap terhadap keinginan konsumen). Dimensi *responsiveness* mencakup antara lain pemberitahuan petugas kepada konsumen tentang pelayanan yang diberikan, pemberian pelayanan dengan cepat, kesediaan petugas memberi bantuan kepada konsumen, serta petugas tidak pernah merasa sibuk untuk melayani permintaan konsumen.
4. *Assurance* (kemampuan dan keramahan serta sopan sanun pegawai dalam meyakinkan kepercayaan konsumen). Dimensi *assurance* berkaitan dengan perilaku petugas yang tetap percaya diri pada konsumen, perasaan aman konsumen, dan kemampuan (ilmu pengetahuan) petugas untuk menjawab pertanyaan konsumen.
5. *Emphaty* (sikap tegas tetapi penuh perhatian dari pegawai terhadap konsumen). Dimensi *emphaty* memuat antara lain pemberian perhatian individual kepada konsumen, ketepatan waktu pelayanan bagi semua konsumen, perusahaan memiliki petugas yang memberikan perhatian khusus pada konsumen, pelayanan yang melekat di hati konsumen, dan petugas yang memahami kebutuhan spesifik dari pelanggannya.

Apabila digambarkan penilaian konsumen pada kualitas pelayanan (*servqual*) adalah sebagai berikut:



*Servqual* atau kualitas pelayanan mengkaitkan dua dimensi sekaligus, yaitu satu pihak penilaian *servqual* pada dimensi konsumen (*customer*). Sedangkan di pihak lain juga dapat dilakukan pada dimensi *provider* atau secara lebih dekat lagi adalah terletak pada kemampuan kualitas pelayanan yang diberikan oleh “orang-orang yang melayani” dari tingkat manajerial sampai ke tingkat *front line service*.

Kedua dimensi tersebut dapat saja terjadi kesenjangan atau gap antara harapan-harapan dan kenyataan-kenyataan yang dirasakan konsumen dengan persepsi manajemen terhadap harapan-harapan konsumen tersebut. Hasil Survei Zeithaml, dkk. menggambarkan adanya 4 kesenjangan atau gap tersebut.

*Gap 1* disebut juga “ketidaktahuan tentang apa yang konsumen harapkan” (*not knowing what customers expect*). Gap ini terjadi pada dimensi konsumen dengan dimensi manajemen tingkat atas. Faktor-faktor kunci yang menjadi penyebab adalah 1) perusahaan atau organisasi kurang orientasi pada riset pasar atau kurang menggunakan temuan-temuan riset yang berfungsi untuk pengambilan keputusan tentang keinginan ataupun keluhan konsumen, 2) ketidakcukupan komunikasi ke atas, yaitu arus informasi yang menghubungkan pelayanan di tingkat *front line service* dengan kemauan di tingkat atas (*miscommunication*),

3) terlalu banyaknya tingkatan atau hierarki manajemen.

Gap 2 disebut sebagai “kesalahan standardisasi kualitas pelayanan” (*the wrong quality service standars*). Faktor-faktor kunci yang menjadi penyebab pada gap ini adalah 1) komitmen pada manajemen belum memadai terhadap kualitas pelayanan, 2) persepsi mengenai ketidaklayakan, 3) tidak adanya standardisasi tugas, dan 4) tidak terdapatnya penentuan tujuan.

Gap 3 disebut sebagai kesenjangan kinerja pelayanan (*the service performance gap*). Tidak terdapatnya spesifikasi atau suatu citra pelayanan yang khas pada suatu organisasi akan menyebabkan kesenjangan pada penyampaian pelayanan pada konsumen. Faktor kunci yang menjadi penyebab utama antara lain 1) ketidakjelasan peran (*role ambiguity*) atau kecenderungan yang menimpa pegawai pemberi pelayanan terhadap kondisi bimbang dalam memberikan pelayanan karena tidak terdapatnya kepastian/standardisasi tugas-tugas mereka, 2) konflik peran (*role conflict*), kecenderungan pegawai merasa tidak memiliki kemampuan untuk memuaskan pelanggan, 3) ketidakcocokkan antara pegawai dan tugas yang dikerjakan, 4) ketidakcocokkan antara teknologi dan tugas yang dikerjakan, 5) ketidakcocokkan sistem pengendalian atasan, 6) kekurangan pengawasan, dan 7) kekurangan kerja tim.

Gap 4 disebut sebagai Ketidaksesuaian antara janji yang diberikan dan pelayanan yang diberikan (*when promises do not macth delivery*). Faktor-faktor kunci yang berperan sebagai penyebab gap ini adalah tidak memadainya komunikasi horizontal dan kecenderungan memberikan janji kepada konsumen secara berlebihan (muluk-muluk).

## E. Indikator Kesehatan Masyarakat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara

Terdapat 14 indikator kesehatan masyarakat berdasarkan keputusan menteri pendayagunaan aparatur sebagai berikut:

1. Prosedur pelayanan, *yaitu* kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan. Sehubungan dengan hal di atas, dalam sendi-sendi pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain (1) kesederhanaan yaitu bahwa prosedur atau tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami, dan dilaksanakan oleh yang meminta pelayanan, (2) adanya kejelasan dan kepastian mengenai prosedur atau tata cara pelayanan, (3) adanya keterbukaan dalam prosedur pelayanan. Kemudian, menurut Carlson dan Schwartz (dalam denhardt, 2003: 61) menyatakan bahwa ukuran komprehensif untuk *servqual* sektor publik antara lain *convenience* (kemudahan) yaitu ukuran di mana pelayanan pemerintah adalah mudah diperoleh dan dilaksanakan masyarakat. Sementara itu, salah satu unsur pokok dalam menilai kualitas jasa yang dikembangkan Tjiptono (2002: 14) antara lain *accessibility and flexibility* dalam arti sistem operasional atau prosedur pelayanan mudah diakses dan dirancang fleksibel menyesuaikan permintaan dan keinginan pelanggan.
2. Persyaratan pelayanan, *yaitu* persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya. Sehubungan dengan hal di atas, dalam sendi-sendi pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain
  - a) Adanya kejelasan persyaratan pelayanan baik teknis maupun administrasi.

- b) Keterbukaan mengenai persyaratan pelayanan.
  - c) Efisiensi persyaratan dalam arti bahwa dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pelayanan serta dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan.
3. Kejelasan petugas pelayanan, *yaitu* keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan, kewenangan, dan tanggung jawab). Sehubungan dengan hal di atas, menurut Gaspersz (1997: 2), atribut atau dimensi yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan antara lain (1) kemudahan mendapatkan pelayanan yang berkaitan dengan kejelasan dan kemudahan petugas yang melayani, (2) tanggung jawab yang berkaitan dengan penerimaan pelayanan dan penanganan keluhan dari pelanggan eksternal. Kemudian, Morgan dan Murgatroyd (1994) mengemukakan beberapa kriteria persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan antara lain (1) *responsiveness* yaitu kesediaan untuk membantu pelanggan dengan menyediakan pelayanan yang cocok seperti yang mereka inginkan, (2) *access* yaitu mudah melakukan kontak dengan penyedia jasa.
4. Kedisiplinan petugas pelayanan, *yaitu* kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku. Sehubungan dengan hal di atas, menurut Morgan dan Murgatroyd (1994), beberapa kriteria persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan antara lain (1) *reliability* yaitu kemampuan untuk melaksanakan pelayanan yang telah dijanjikan dengan tepat waktu, (2) *credibility* yaitu dapat dipercaya, jujur, dan mengutamakan kepentingan pelanggan. Kemudian, menurut Carlson dan Schwarz (dalam Denhardt, 2003: 61) yang mengatakan bahwa ukuran yang komprehensif untuk *servqual* sektor publik antara lain (1) *reliability* (keandalan) yaitu menilai tingkat di mana pelayanan pemerintah disediakan secara benar dan tepat waktu, (2) *personal attention* (perhatian kepada orang) yaitu ukuran tingkat di mana aparat menyediakan informasi kepada masyarakat dan bekerja sungguh-sungguh dengan mereka untuk memenuhi kebutuhan mereka.

5. Tanggung jawab petugas pelayanan *yaitu* kejelasan wewenang dan tanggung jawab dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan. Sehubungan dengan hal di atas, dalam sendi-sendi pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain (1) kejelasan dan kepastian unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan, (2) keterbukaan mengenai satuan kerja/pejabat penanggungjawab pemberi pelayanan.
6. Kemampuan petugas pelayanan, *yaitu* tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat. Sehubungan dengan hal di atas, menurut Tjiptono (2002: 14) mengemukakan beberapa unsur untuk menilai kualitas jasa yang antara lain (1) *Professionalism and Skill*; yang berkaitan dengan pengetahuan dan keterampilan (intelektual, fisik, administrasi maupun konseptual) yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah pelanggan secara profesional. Kemudian Morgan dan Murgatroyd (1994) mengemukakan beberapa kriteria persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan antara lain *competence*, yaitu menyangkut pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakan pelayanan.
7. Kecepatan pelayanan, *yaitu* target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan. Sehubungan dengan hal di atas, menurut Gaspersz (1997: 2), atribut atau dimensi yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan antara lain (1) ketepatan waktu pelayanan, di mana hal yang perlu diperhatikan berkaitan dengan waktu tunggu dan waktu proses. Kemudian, dalam sendi-sendi pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain keterbukaan waktu penyelesaian dan ketepatan waktu yaitu bahwa

pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

8. Keadilan mendapatkan pelayanan, *yaitu* pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani. Sehubungan dengan hal di atas, menurut Carlson dan Schwartz (dalam Denhardt, 2003: 61) menyatakan bahwa ukuran komprehensif untuk *servqual* sektor publik antara lain *fairness* (keadilan) yaitu ukuran tingkat di mana masyarakat percaya bahwa pelayanan pemerintah disediakan sama untuk semua orang. Selanjutnya dalam sendi-sendi pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain keadilan yang merata yaitu bahwa cakupan/jangkauan pelayanan harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diberlakukan.
9. Kesopanan dan keramahan petugas, *yaitu* sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati. Sehubungan dengan hal di atas, menurut Gaspersz (1997: 2 ), atribut atau dimensi yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan antara lain kesopanan dan keramahan dalam memberikan khususnya interaksi langsung. Kemudian Morgan dan Murgatroyd (1994) mengemukakan kriteria persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan yaitu *Courtesy*, yaitu sikap sopan, menghargai orang lain, penuh pertimbangan dan persahabatan. Selain itu, menurut Zeithaml, dkk. salah satu dimensi untuk mengukur kepuasan pelanggan antara lain (1) *assurance* yaitu kemampuan dan keramahan serta sopan sanun pegawai dalam meyakinkan kepercayaan konsumen, (2) *emphaty* yaitu sikap tegas, tetapi penuh perhatian dari pegawai terhadap konsumen.
10. Kewajaran biaya pelayanan, *yaitu* keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan. Sehubungan dengan hal di atas, dalam pelayanan prima seperti

yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain (1) ekonomis yaitu biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan. Kemudian, Tjiptono (2002: 14) mengemukakan beberapa unsur untuk menilai kualitas jasa yang antara lain (1) *reputation and credibility* yaitu pelanggan menyakini bahwa operasi dari penyedia jasa dapat dipercaya dan memberikan nilai atau imbalan yang sesuai dengan pengorbanannya atau biayanya.

11. Kepastian biaya pelayanan, *yaitu* kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan. Sehubungan dengan hal di atas, dalam pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria- kriteria antara lain 1) kejelasan dan kepastian mengenai rincian biaya/tariff pelayanan dan tatacara pembayarannya, (2) Keterbukaan mengenai rincian biaya/tarif pelayanan.
12. Kepastian jadwal pelayanan, *yaitu* pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sehubungan dengan hal di atas, dalam pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain (1) Kejelasan dan kepastian yaitu yang menyangkut jadwal waktu penyelesaian pelayanan. Kemudian Carlson dan Schwartz (dalam Denhardt, 2003: 61) menyatakan bahwa ukuran komprehensif untuk *servqual* sektor publik antara lain *reability* (keandalan) yaitu menilai tingkat di mana pelayanan pemerintah disediakan secara benar dan tepat waktu.
13. Kenyamanan lingkungan, *yaitu* kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan. Sehubungan dengan hal di atas, menurut Gaspersz (1997: 2 ), atribut atau dimensi yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan antara

lain (1) kenyamanan dalam memperoleh pelayanan yang berkaitan dengan lokasi, ruang tempat pelayanan, kemudahan menjangkau, ketersediaan informasi dan lain-lain, (2) atribut pendukung pelayanan lainnya yang berkaitan dengan lingkungan, kebersihan, ruang tunggu, fasilitas musik, dan lain-lain. Kemudian, menurut Zeithaml dkk. salah satu dimensi untuk mengukur kepuasan pelanggan antara lain (1) *Tangibles* yaitu yang berupa sarana fisik perkantoran, komputerisasi administrasi, ruang tunggu, tempat informasi dan lain-lain. Selanjutnya di dalam pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain (1) penilaian fisik lainnya antara lain kebersihan dan kesejukan lingkungan.

14. Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap risiko-risiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan. Sehubungan dengan hal di atas, menurut Morgan dan Murgatroyd (1994) mengemukakan beberapa kriteria persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan antara lain *security* yaitu bebas dari risiko, bahaya, dan keragu-raguan. Kemudian, Carlson dan Schwartz (dalam Denhardt, 2003:61) menyatakan bahwa ukuran komprehensif untuk *servqual* sektor publik antara lain *security*, yaitu ukuran tingkat pelayanan yang disediakan membuat masyarakat merasa aman dan yakin ketika menerimanya. Selain itu, dalam pelayanan prima seperti yang dikutip Warella (1997: 31) menyebutkan bahwa untuk menilai pelayanan publik yang berkualitas dapat digunakan kriteria-kriteria antara lain keamanan yaitu proses serta hasil pelayanan dapat memberikan keamanan, kenyamanan, dan memberikan kepastian hukum bagi masyarakat.

# BAB III

## SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

### **A. Sejarah Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)**

Sistem Jaminan Sosial Nasional lahir pertama kali di masa kepemimpinan Presiden Megawati. Dengan disahkan UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada 19 Oktober 2004, banyak pihak berharap tudingan Indonesia sebagai “negara tanpa jaminan sosial” akan segera luntur dan menjawab permasalahan di atas.

Munculnya UU SJSN ini juga dipicu oleh UUD Tahun 1945 dan perubahannya Tahun 2002 dalam Pasal 5 ayat (1), Pasal 20, Pasal 28H ayat (1), ayat (2), ayat (3), dan Pasal 34 ayat (1), dan ayat (2) mengamanatkan untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional hingga disahkan dan diundangkan UU SJSN telah melalui proses yang panjang, dari tahun 2000 hingga tanggal 19 Oktober 2004.

Diawali dengan Sidang Tahunan MPR RI Tahun 2000, di mana Presiden Abdurrahman Wahid menyatakan tentang Pengembangan Konsep SJSN. Pernyataan Presiden tersebut direalisasikan melalui upaya penyusunan konsep tentang Undang-Undang Jaminan Sosial (UU JS) oleh Kantor Menko Kesra (Kep. Menko Kesra dan Taskin No. 25KEP/MENKO/KESRA/VIII/2000, Tanggal 3 Agustus 2000, tentang Pembentukan Tim Penyempurnaan Sistem Jaminan Sosial Nasional). Sejalan dengan pernyataan Presiden, DPA RI melalui Pertimbangan DPA RI No. 30/DPA/2000, tanggal 11 Oktober 2000, menyatakan perlu

segera dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional dalam rangka mewujudkan masyarakat sejahtera.

Tahun 2001, Wakil Presiden RI Megawati Soekarnoputri mengarahkan Sekretaris Wakil Presiden RI membentuk Kelompok Kerja Sistem Jaminan Sosial Nasional (Pokja SJSN-Kepreswapres, No. 7 Tahun 2001, 21 Maret 2001 jo. Kepreswapres, No. 8 Tahun 2001, 11 Juli 2001) yang diketuai Prof. Dr. Yaumil C. Agoes Achir dan pada Desember 2001 telah menghasilkan naskah awal dari Naskah Akademik SJSN (NA SJSN). Kemudian, pada perkembangannya Presiden RI yang pada saat itu Megawati Soekarnoputri meningkatkan status Pokja SJSN menjadi Tim Sistem Jaminan Sosial Nasional (Tim SJSN-Kepres No. 20 Tahun 2002, 10 April 2002).

“NA SJSN merupakan langkah awal dirintisnya penyusunan Rancangan Undang-undang (RUU) SJSN. Setelah mengalami perubahan dan penyempurnaan hingga 8 (delapan) kali, dihasilkan sebuah naskah terakhir NA SJSN pada tanggal 26 Januari 2004. NA SJSN selanjutnya dituangkan dalam RUU SJSN,” ujar Sulastomo, salah satu TIM Penyusun UU SJSN pada saat itu.

Konsep pertama RUU SJSN, 9 Februari 2003 hingga Konsep terakhir RUU SJSN, 14 Januari 2004, yang diserahkan oleh Tim SJSN kepada Pemerintah telah mengalami 52 (lima puluh dua) kali perubahan dan penyempurnaan. Kemudian, setelah dilakukan reformulasi beberapa pasal pada Konsep terakhir RUU SJSN tersebut, Pemerintah menyerahkan RUU SJSN kepada DPR RI pada tanggal 26 Januari 2004.

Selama pembahasan Tim Pemerintah dengan Pansus RUU SJSN DPR RI hingga diterbitkannya UU SJSN, RUU SJSN telah mengalami 3 (tiga) kali perubahan. Maka dalam perjalanannya, Konsep RUU SJSN hingga diterbitkan menjadi UU SJSN telah mengalami perubahan dan penyempurnaan sebanyak 56 (lima puluh enam) kali. UU SJSN tersebut secara resmi diterbitkan menjadi UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN pada tanggal 19 Oktober Tahun 2004. Dengan demikian, proses penyusunan UU SJSN memakan waktu 3 (tiga) tahun 7 (tujuh) bulan

dan 17 (tujuh belas) hari sejak Kepseswapres No. 7 Tahun 2001, 21 Maret 2001.

Setelah resmi menjadi undang-undang, 4 bulan berselang UU SJSN kembali terusik. Pada bulan Januari 2005, kebijakan ASKESKIN mengantar beberapa daerah ke MK untuk menguji UU SJSN terhadap UUD Negara RI Tahun 1945. Penetapan 4 BUMN sebagai BPJS dipahami sebagai monopoli dan menutup kesempatan daerah untuk menyelenggarakan jaminan sosial. 4 bulan kemudian, pada 31 Agustus 2005, MK menganulir 4 ayat dalam Pasal 5 yang mengatur penetapan 4 BUMN tersebut dan memberi peluang bagi daerah untuk membentuk BPJS Daerah (BPJSD).

Putusan MK semakin memperumit penyelenggaraan jaminan sosial di masa transisi. Pembangunan kelembagaan SJSN yang semula diatur dalam satu paket peraturan dalam UU SJSN, kini harus diatur dengan UU BPJS. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) pun akhirnya baru terbentuk. Pemerintah secara resmi membentuk DJSN lewat Keputusan Presiden (Keppres) Nomor 110 tahun 2008 tentang pengangkatan anggota DJSN tertanggal 24 September 2008.

Pembahasan RUU BPJS berjalan alot. Tim Kerja Menko Kesra dan Tim Kerja Meneg BUMN, yang notabene keduanya adalah Pembantu Presiden, tidak mencapai titik temu. RUU BPJS tidak selesai dirumuskan hingga tenggat peralihan UU SJSN pada 19 Oktober 2009 terlewati. Seluruh perhatian tercurah pada RUU BPJS sehingga perintah dari 21 pasal yang mendelegasikan peraturan pelaksanaan terabaikan. Hasilnya, penyelenggaraan jaminan sosial Indonesia gagal menaati semua ketentuan UU SJSN yaitu 5 tahun.

Tahun berganti, DPR mengambil alih perancangan RUU BPJS pada tahun 2010. Perdebatan konsep BPJS kembali mencuat ke permukaan sejak DPR mengajukan RUU BPJS inisiatif DPR kepada Pemerintah pada bulan Juli 2010. Bahkan area perdebatan bertambah, selain bentuk badan hukum, Pemerintah, dan DPR tengah berseteru menentukan siapa BPJS dan berapa jumlah BPJS. Dikotomi BPJS multi dan BPJS tunggal tengah diperdebatkan dengan sengit.

Pro dan kontra keberadaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) akhirnya berakhir pada 29 Oktober 2011, ketika DPR RI sepakat dan mengesahkannya menjadi Undang-Undang. Setelah melalui proses panjang yang melelahkan mulai dari puluhan kali rapat, setidaknya dilakukan tak kurang dari 50 kali pertemuan di tingkat Pansus, Panja hingga proses formal lainnya. Sementara di kalangan operator hal serupa dilakukan di lingkup empat BUMN penyelenggara program jaminan sosial meliputi PT Jamsostek, PT Taspen, Asabri, dan PT Askes.

Meski bukan sesuatu yang mudah, namun keberadaan BPJS mutlak ada sebagai implementasi Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang bahkan semestinya telah dapat dioperasionalkan sejak 9 Oktober 2009 dua tahun lampau. Perjalanan tak selesai sampai disahkannya BPJS menjadi UU formal, jalan terjal nan berliku menanti di depan. Segudang pekerjaan rumah menunggu untuk diselesaikan demi terpenuhinya hak rakyat atas jaminan sosial. Sebuah kajian menyebutkan bahwa saat ini, berdasarkan data yang dihimpun oleh DPR RI dari keempat Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang berstatus badan hukumnya adalah Persero tersebut, hanya terdapat sekitar 50 juta orang di Indonesia ini dilayani oleh Jaminan Sosial yang diselenggarakan oleh 4 BUMN penyelenggara jaminan sosial.

Pasca Sah UU BPJS.

Perubahan dari 4 PT (Persero) yang selama ini menyelenggarakan program jaminan sosial menjadi 2 BPJS sudah menjadi perintah undang-undang yang harus dilaksanakan. Perubahan yang multidimensi tersebut harus dipersiapkan dengan sebaik-baiknya agar berjalan sesuai dengan ketentuan UU BPJS.

Pasal 60 ayat (1) UU BPJS menentukan BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. Kemudian, Pasal 62 ayat (1) UU BPJS menentukan PT Jamsostek (Persero) berubah menjadi BPJS Ketenagakerjaan pada tanggal 1 Januari 2014 BPJS Ketenagakerjaan dan menurut Pasal 64 UU BPJS mulai beroperasi paling lambat tanggal 1 Juli 2015.

Pada saat mulai berlakunya UU BPJS, Dewan Komisaris, Direksi PT Askes (Persero), dan PT Jamsostek (Persero) ditugasi oleh UU BPJS untuk menyiapkan berbagai hal yang diperlukan untuk berjalannya proses transformasi atau perubahan dari persero menjadi BPJS dengan status badan hukum publik. Perubahan tersebut mencakup struktur, mekanisme kerja, dan kultur kelembagaan.

Mengubah struktur, mekanisme kerja, dan kultur kelembagaan yang lama sudah mengakar dan dirasakan nyaman, sering menjadi kendala bagi penerimaan struktur, mekanisme kerja, dan kultur kelembagaan yang baru, meskipun hal tersebut ditentukan dalam undang-undang.

Untuk itu, diperlukan komitmen yang kuat dari kedua BUMN ini, BUMN yang dipercaya mengemban tugas menyiapkan perubahan tersebut. Sebagai profesional tentu mereka paham caranya mengatasi berbagai persoalan yang timbul dalam proses perubahan tersebut, dan bertindak pada waktu yang tepat untuk membuat perubahan berjalan tertib efektif, efisien, dan lancar sesuai dengan rencana.

Tahun 2012 merupakan tahun untuk mempersiapkan perubahan yang ditentukan dalam UU BPJS. Perubahan yang dipersiapkan dengan cermat, fokus pada hasil, dan berorientasi pada proses implementasi peraturan perundang-undangan secara taat asas dan didukung oleh pemangku kepentingan akan membuat perubahan BPJS memberi harapan yang lebih baik untuk pemenuhan hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial.

PT Askes (Persero) “Berubah menjadi BPJS Kesehatan dan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 (Pasal 60 ayat (1) UU BPJS)”. PT Askes (Persero) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya, dan Badan Usaha lainnya. Sejarah singkat penyelenggaraan program Asuransi Kesehatan sebagai berikut.

Pada Tahun 1968, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), di mana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) dinyatakan sebagai embrio Asuransi Kesehatan Nasional.

Pada tahun 1984, untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti.

Pada tahun 2005, Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan

Pemerintah mengubah nama Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan Manajemen Kepesertaan Program Jamkesmas yang meliputi tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi dan manajemen.

Sebagai tindak lanjut atas diberlakukannya Undang-undang Nomor 40/2004 tentang SJSN PT Askes (Persero) pada 6 Oktober 2008 PT Askes (Persero) mendirikan anak perusahaan yang akan mengelola

Kepesertaan Askes Komersial. Berdasarkan Akta Notaris Nomor 2 Tahun 2008 berdiri anak perusahaan PT Askes (Persero) dengan nama PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia yang dikenal juga dengan sebutan PT AJII

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Nomor Kep-38/KM.10/2009 PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia selaku anak perusahaan dari PT Askes (Persero) telah memperoleh izin operasionalnya. Dengan dikeluarkannya izin operasional ini maka PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia dapat mulai menyelenggarakan asuransi kesehatan bagi masyarakat.

Terkait UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional di tahun 2011, PT Askes (Persero) resmi ditunjuk menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang menutupi jaminan kesehatan seluruh rakyat Indonesia yang tertuang dalam UU BPJS Nomor 24 tahun 2011.

## **B. Definisi Jaminan Kesehatan**

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan ini disebut Jaminan Kesehatan Nasional karena semua penduduk Indonesia wajib menjadi peserta jaminan kesehatan yang dikelola oleh BPJS termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan pola pembiayaan pra-upaya, artinya pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan sebelum atau tidak dalam kondisi sakit. Pola pembiayaan pra-upaya menganut hukum jumlah besar dan perangkuman risiko. Supaya risiko dapat disebarkan secara luas dan direduksi secara efektif, pola pembiayaan ini membutuhkan jumlah besar peserta. Oleh karena itu, pada

pelaksanaannya, Jaminan Kesehatan Nasional mewajibkan seluruh penduduk Indonesia menjadi peserta agar hukum jumlah besar tersebut dapat dipenuhi. Perangkuman risiko terjadi ketika sejumlah individu yang berisiko sepakat untuk menghimpun risiko kerugian dengan tujuan mengurangi beban (termasuk biaya kerugian/klaim) yang harus ditanggung masing-masing individu (Azwar, 1996; Murti, 2000).

### **C. Peserta Jaminan Kesehatan Nasional**

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu (1) penerima bantuan iuran, yang meliputi fakir miskin dan orang tidak mampu; dan (2) bukan penerima bantuan iuran, yang meliputi pekerja formal dan informal beserta keluarganya. Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan. Atas dasar iuran yang dibayarkan setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

1. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran.
2. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya.
3. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

4. Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah.
5. Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri.
6. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya.
7. Gaji atau upah adalah hak pekerja yang diterima dan dinyatakan dalam bentuk uang sebagai imbalan dari pemberi kerja kepada pekerja yang ditetapkan dan dibayar menurut suatu perjanjian kerja, kesepakatan, atau peraturan perundang-undangan, termasuk tunjangan bagi pekerja dan keluarganya atas suatu pekerjaan dan/atau jasa yang telah atau akan dilakukan.
8. Iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau pemerintah untuk program jaminan kesehatan.

#### Pasal 2

1. Peserta Jaminan Kesehatan meliputi
  - a) PBI Jaminan Kesehatan; dan
  - b) Bukan PBI Jaminan Kesehatan.

#### Pasal 3

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 huruf a meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
2. Penetapan peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 4

1. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b merupakan peserta yang tidak tergolong

fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

- a) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya;
  - b) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya; dan
  - c) Bukan pekerja dan anggota keluarganya.
2. Pekerja Penerima Upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
- a) Pegawai Negeri Sipil;
  - b) Anggota TNI;
  - c) Anggota Polri;
  - d) Pejabat Negara;
  - e) Pegawai Pemerintah Non-PNS;
  - f) Pegawai swasta; dan
  - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
3. Pekerja Bukan Penerima Upah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas:
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan
  - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
4. Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
- a) Investor;
  - b) Pemberi kerja;
  - c) Penerima pensiun;
  - d) Veteran;
  - e) Perintis kemerdekaan; dan
  - f) Bukan pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.
5. Penerima Pensiun sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c terdiri atas:
- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;

- b) Anggota TNI dan anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
  - c) Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun;
  - d) Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
  - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
6. Pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
  7. Jaminan Kesehatan bagi Pekerja warga negara Indonesia yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

#### Pasal 5

1. Anggota keluarga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a meliputi:
  - a) Istri atau suami yang sah dari peserta; dan
  - b) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria:
    - 1) tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan
    - 2) belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.
2. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

#### Pasal 6

1. Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk.
  - a) Tahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sebagai berikut:

- 1) Tahap pertama mulai tanggal 1 Januari 2014, paling sedikit meliputi
  - a) PBI Jaminan Kesehatan;
  - b) Anggota TNI/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya;
  - c) Anggota Polri/Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Polri dan anggota keluarganya;
  - d) Peserta asuransi kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (Askes) dan anggota keluarganya; dan
  - e) Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Perusahaan Persero (Persero) Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) dan anggota keluarganya;
- 2) Tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

#### Pasal 7

1. Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a yang mengalami PHK tetap memperoleh hak Manfaat Jaminan Kesehatan paling lama 6 (enam) bulan sejak di-PHK tanpa membayar iuran.
2. Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang telah bekerja kembali wajib memperpanjang status kepesertaannya dengan membayar iuran.
3. Dalam hal peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) tidak bekerja kembali dan tidak mampu, berhak menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.

#### Pasal 8

1. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu, berhak menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan.
2. Penetapan CACAT TOTAL TETAP sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh dokter yang berwenang.

## Pasal 9

1. Perubahan status kepesertaan dari Peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi bukan Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan melalui pendaftaran ke BPJS Kesehatan dengan membayar iuran pertama.
2. Perubahan status kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak mengakibatkan terputusnya Manfaat Jaminan Kesehatan.
3. Perubahan status kepesertaan dari bukan Peserta PBI Jaminan Kesehatan menjadi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Pasal 10

1. Pemerintah mendaftarkan PBI Jaminan Kesehatan sebagai Peserta kepada BPJS Kesehatan.
2. Pendaftaran Peserta PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Pasal 12

1. Setiap Peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas Peserta.
2. Identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit memuat nama dan nomor identitas Peserta.
3. Nomor identitas Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan nomor identitas tunggal yang berlaku untuk semua program jaminan sosial.

## Pasal 13

1. Peserta Pekerja Penerima Upah wajib menyampaikan perubahan data kepesertaan kepada Pemberi Kerja.
2. Pemberi Kerja wajib melaporkan perubahan data kepesertaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada BPJS Kesehatan.
3. Dalam hal Pemberi Kerja secara nyata-nyata tidak melaporkan perubahan data kepesertaan kepada BPJS Kesehatan, Pekerja yang bersangkutan dapat melaporkan perubahan data kepesertaan secara langsung kepada BPJS Kesehatan.

4. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan bukan Pekerja wajib menyampaikan perubahan data kepesertaan kepada BPJS Kesehatan.
5. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan bukan Pekerja wajib menyampaikan perubahan data kepesertaan kepada BPJS Kesehatan.

#### Pasal 15

1. Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pendaftaran, verifikasi kepesertaan, perubahan data kepesertaan, dan identitas Peserta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, Pasal 12, Pasal 13, dan Pasal 14 diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

#### Pasal 16

1. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dibayar oleh Pemerintah.
2. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Penerima Upah dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
3. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan peserta bukan Pekerja dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
4. Ketentuan lebih lanjut mengenai besaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Presiden.

#### Pasal 17

1. Pemberi Kerja wajib membayar Iuran Jaminan Kesehatan seluruh Peserta yang menjadi tanggung jawabnya pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.
2. Apabila tanggal 10 (sepuluh) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya.

3. Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sudah termasuk iuran yang menjadi tanggung jawab Peserta.
4. Keterlambatan pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.
5. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar Iuran Jaminan Kesehatan pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan.
6. Pembayaran Iuran Jaminan Kesehatan dapat dilakukan diawal untuk lebih dari 1 (satu) bulan.
7. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan denda administratif diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan.

#### Pasal 18

1. BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan Iuran Jaminan Kesehatan sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta.
2. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran.

Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya.

#### Pasal 19

1. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pembayaran iuran diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

## Pasal 20

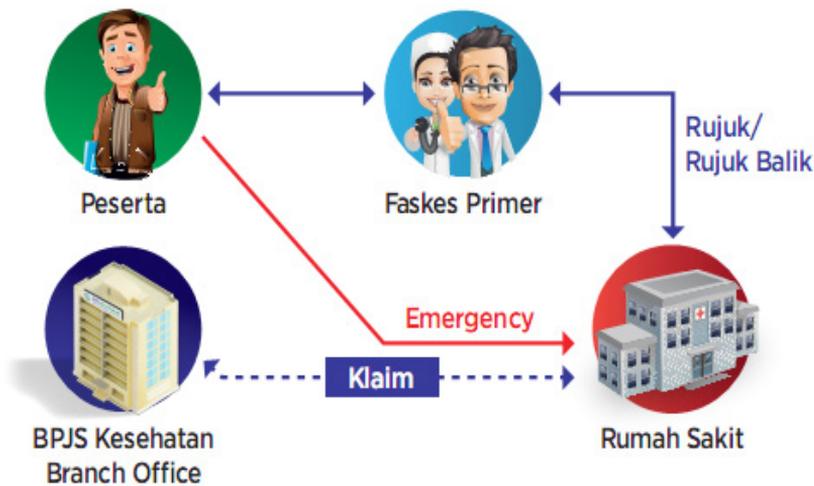
1. Setiap Peserta berhak memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.
2. Manfaat Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Manfaat medis dan Manfaat non medis.
3. Manfaat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan.
4. Manfaat nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi Manfaat akomodasi dan ambulans.
5. Manfaat akomodasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditentukan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan.
6. Ambulans sebagaimana dimaksud pada ayat (4) hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

## **D. Sistem Rujukan Kesehatan**

1. Pengertian Sistem Rujukan Kesehatan

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan.

## Alur Pelayanan Kesehatan



**Gambar 3.1** Alur Pelayanan Kesehatan

2. Ketentuan Umum dalam system rujukan kesehatan dijabarkan sebagai berikut:
  - a) Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu
    - 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama;
    - 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan
    - 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga.
  - b) Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.
  - c) Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialis yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik.

- d) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub-spesialis yang dilakukan oleh dokter sub-spesialis atau dokter gigi sub-spesialis menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub-spesialis.
- e) Dalam menjalankan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku
- f) Peserta yang ingin mendapatkan pelayanan tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.
- g) Fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS Kesehatan akan melakukan *recredentialing* terhadap kinerja fasilitas kesehatan tersebut dan berdampak pada kelanjutan kerjasama
- h) Pelayanan rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal.
- i) Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antarpelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/ atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.
- j) Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antarpelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.
- k) Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila
  - 1) pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik;
  - 2) perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/ atau ketenagaan.

- l) Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila
  - 1) permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
  - 2) kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut
  - 3) pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau
  - 4) perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

### 3. Tata Cara Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang

- a) Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis, yaitu
  - 1) Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.
  - 2) Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua.
  - 3) Pelayanan kesehatan tingkat kedua di Faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari Faskes primer.
  - 4) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di Faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari Faskes sekunder dan Faskes primer.
- b) Pelayanan kesehatan di Faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke Faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di Faskes tersier.
- c) Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi
  - 1) terjadi keadaan gawat darurat; kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku;

- 2) bencana; kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan;
  - 3) pertimbangan geografis; dan
  - 4) pertimbangan ketersediaan fasilitas.
- d) Pelayanan oleh bidan dan perawat
- 1) Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - 2) Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberipelayanan kesehatan tingkat pertama
- e) Rujukan Parsial
- 1) Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Faskes tersebut.
  - 2) Rujukan parsial dapat berupa
    - a) pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan;
    - b) pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang.
  - 3) Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.

# BAB IV

## EVALUASI PROGRAM KESEHATAN

Secara umum organisasi dibangun dengan tujuan untuk mencapai suatu target tertentu, kondisi ini berlaku umum pada semua bentuk organisasi termasuk di bidang kesehatan. Untuk mencapai target yang telah ditentukan tersebut, manajemen organisasi akan melakukan berbagai langkah perencanaan (*planning*) sesuai dengan analisis situasi yang sudah dilaksanakan sebelumnya.

Perencanaan dilaksanakan untuk menghasilkan capaian-capaian tertentu dari masing-masing program dan unit organisasi. Untuk mencapai hal tersebut, organisasi harus mengukur sejauh mana capaian dari masing-masing program dibandingkan dengan perencanaan yang sudah ditetapkan pada awal kegiatan organisasi. Dari keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja inilah, evaluasi dilaksanakan, baik terhadap program itu sendiri maupun terhadap langkah-langkah dalam pelaksanaan program.

Evaluasi program merupakan istilah dalam manajemen yang sangat dikenal luas pada beberapa tahun terakhir ini, tetapi bukanlah suatu hal yang baru. Secara historis evaluasi program berkembang dan muncul dalam administrasi secara *independen*. Evaluasi atau kegiatan penilaian merupakan bagian penting dari proses manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi dilaksanakan karena adanya dorongan atau keinginan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan program terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (*feed*

*back*) terhadap program atau pelaksanaan suatu kegiatan. Tanpa adanya evaluasi, sulit rasanya mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang sudah direncanakan oleh sebuah organisasi telah tercapai atau belum.

Banyak batasan tentang evaluasi, namun secara umum dapat dikatakan bahwa evaluasi adalah suatu proses untuk menilai atau menetapkan sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Dalam kegiatan evaluasi, sebuah organisasi akan membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu program dan tujuan yang direncanakan.

## **A. Pengertian Evaluasi**

Menurut American Public Health Association (Azwar, 1996) evaluasi adalah suatu proses menentukan nilai atau besarnya sukses dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Proses ini mencakup langkah-langkah memformulasikan tujuan dan mengidentifikasi kriteria secara tepat yang akan dipakai mengukur sukses.

Sementara menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kata evaluasi berarti penilaian hasil. Evaluasi juga merupakan upaya untuk mendokumentasikan dan melakukan penilaian tentang apa yang terjadi dan juga mengapa hal itu terjadi atau dengan kata lain evaluasi adalah upaya mengetahui apakah ada hubungan antara program yang dilaksanakan dan hasil yang dicapai. Lebih jauh dikatakan bahwa evaluasi yang sederhana adalah mengumpulkan informasi tentang keadaan sebelum dan sesudah pelaksanaan suatu program.

Beberapa ahli telah mendefinisikan evaluasi menurut Brovus *Evaluation is comparing performance against standards to determine whether to improve, maintain or terminate programs.* Morris Schaefer *is evaluation that part of the decision making process, in which information about actions and their result are systematically assessed against norms and their criteria, in order to select among alternatives for the future.* Sedangkan WHO (1981) *evaluation is as systematic way of learning from experience and using the lesson learned to improve current activities and promote better planning by careful selection of alternatives for future*

*action. This involve a critical analysis of different aspects of development and implementation of a programme, its relevance, its formulation, its efficiency and effectiveness, its costs and its acceptance by all parties involved.*

Menurut definisi dan pandangan yang telah dikemukakan terdapat beberapa pokok pikiran yang dapat disimpulkan, antara lain sebagai berikut:

- Evaluasi merupakan prosedur atau cara membandingkan informasi tentang kegiatan pelaksanaan program atau hasil kerja dengan suatu kriteria atau tujuan yang telah ditetapkan.
- Hasil evaluasi dapat digunakan untuk memperbaiki, mempertahankan, ataupun mengakhiri program.
- Dalam kaitannya dengan pengambilan keputusan, evaluasi merupakan sumber informasi yang digunakan untuk memperbaiki kegiatan program yang sedang dilaksanakan atau untuk perencanaan yang lebih baik pada masa yang akan datang.
- Evaluasi bidang kesehatan (WHO) termasuk kegiatan analisis berbagai macam aspek perkembangan dan pelaksanaan program dengan mempelajari relevansi, adekuasi, progres, efektivitas, efisiensi, dan dampak dari program.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa evaluasi adalah prosedur penilaian pelaksanaan kerja dan hasil kerja secara menyeluruh dengan cara sistematis dengan membandingkan kriteria atau tujuan yang telah ditetapkan guna pengambilan keputusan.

## **B. Tujuan Evaluasi Program**

Menurut Supriyanto (1988) tujuan evaluasi adalah

1. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain memeriksa kembali kesesuaian dari program dalam hal perubahan-perubahan kecil yang terus-

menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab, dan faktor di dalam maupun di luar yang mempengaruhi pelaksanaan suatu program.

2. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dari pelaksanaan program yang lalu. Selanjutnya, dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
3. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta pada masa mendatang.

Tujuan dari evaluasi program kesehatan adalah memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya yang dapat mengantarkan serta mengarahkan alokasi tenaga dan dana untuk program yang sedang berjalan maupun akan datang. Evaluasi harus digunakan secara konstruktif dan bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lalu atau sekadar mencari kekurangan-kekurangan saja. Terdapat berbagai kesulitan dalam melaksanakan evaluasi kesehatan, antara lain bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan melebihi dari yang diterapkan. Pendekatan sistematis dalam evaluasi dapat dilakukan untuk menilai suatu program kesehatan. Penilaian secara menyeluruh terhadap program kesehatan dapat dilakukan dengan menilai input, proses dan *output*. Pendekatan sistem pada manajemen memandang organisasi sebagai suatu kesatuan yang terdiri dari bagian-bagian (sumber daya, masukan, proses, keluaran, umpan-balik, dampak dan lingkungan). Praktiknya, terdapat berbagai kendala dalam pelaksanaan evaluasi. Dalam melakukan evaluasi suatu perencanaan program dan implementasinya, terdapat beberapa kendala, antara lain (a) Kendala psikologis, yaitu evaluasi dapat menjadi ancaman dan orang melihat bahwa evaluasi itu merupakan sarana untuk mengkritik orang lain; (b) Kendala ekonomis, yaitu untuk melaksanakan evaluasi yang baik itu mahal dalam segi waktu dan uang, serta tidak selalu sepadan antara ketersediaan data dan biaya; (c) Kendala teknis, yaitu kendala

yang berupa keterbatasan kemampuan sumber daya manusia dalam pengolahan data dan informasi yang tidak dapat disediakan tepat pada waktu dibutuhkan. Kejadian ini biasanya timbul ketika informasi dan data itu belum dibutuhkan, biasanya hanya akan ditumpuk begitu saja tanpa diolah; (d) Kendala politis, yaitu hasil-hasil evaluasi mungkin bukan dirasakan sebagai ancaman oleh para administrator saja, melainkan secara politis juga memalukan jika diungkapkan.

Berbicara tentang evaluasi sering juga dikaitkan dengan supervisi. Supervisi merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan secara berkala dan berkesinambungan meliputi pemantauan, pembinaan, dan pemecahan masalah serta tindak lanjut. Kegiatan ini sangat berguna untuk melihat bagaimana program atau kegiatan dilaksanakan sesuai dengan standar dalam rangka menjamin tercapainya tujuan program.

Supervisi merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan secara berkala dan berkesinambungan meliputi pemantauan, pembinaan, dan pemecahan masalah serta tindak lanjut. Kegiatan ini sangat berguna untuk melihat program atau kegiatan dilaksanakan sesuai dengan standar dalam rangka menjamin tercapainya tujuan program. Tujuan diadakannya supervisi adalah untuk meningkatkan cakupan secara merata dan berkesinambungan serta kualitas pelaksanaan program imunisasi. Sasaran supervisi adalah seluruh petugas yang terlibat dengan program imunisasi disesuaikan dengan jenjang supervisi.

Evaluasi dari sisi manfaat, mempunyai beberapa manfaat antara lain menetapkan kesulitan-kesulitan yang ditemui dalam program yang sedang berjalan, meramalkan kegunaan dari pengembangan usaha-usaha dan memperbaikinya, mengukur kegunaan program-program yang inovatif, meningkatkan efektivitas program, manajemen dan administrasi, dan kesesuaian tuntutan tanggung jawab.

## C. Jenis Evaluasi

Evaluasi sering dibedakan sebagai suatu pemisah atau bagian kegiatan integral dari proses perencanaan. Secara umum, evaluasi dibedakan menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

### 1. Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan pada tahap pelaksanaan program dengan tujuan memperbaiki program yang sedang berjalan didasarkan atas kegiatan sehari-hari, minggu, bulan, tahun, atau dalam waktu pendek. Manfaat evaluasi ini adalah memberikan umpan balik kepada manajer program tentang kemajuan hasil yang dicapai beserta hambatan yang dihadapi.

### 2. Evaluasi Summatif

Evaluasi yang dilakukan untuk melihat hasil keseluruhan program yang telah selesai dilaksanakan. Evaluasi ini dilakukan pada akhir program untuk menilai keberhasilan yang telah dicapai. Hasil evaluasi dapat memberikan jawaban atas kesesuaian yang dicapai dengan tujuan program beserta alasannya.

## D. Sasaran Evaluasi Program

Evaluasi program merupakan kebutuhan banyak pihak, menjadi penting dan kompleks. Seperti telah disampaikan, evaluasi suatu proses penilaian suatu kinerja dari suatu proses kegiatan; dalam arti sempit biasanya evaluasi program dibatasi atau berfokus pada evaluasi hasil (*output*) yang berhubungan dengan pencapaian sasaran program. Sedang evaluasi *outcome* atau *impact* dibatasi terhadap “apa dampak yang secara nyata diterima akibat program yang diberikan (ditunjukkan) dan manfaatnya (*benefit*) bagi masyarakat yang menerima pelayanan”. Dalam pengertian tersebut mencakup evaluasi terhadap input, proses, *output*, *outcome*, dan *impact*. Evaluasi program adalah suatu bentuk khusus dari evaluasi. Sesuai namanya evaluasi ini dilakukan terhadap program. Sebagaimana diketahui program adalah suatu rencana yang telah nyata, konkret, telah mencantumkan tujuan, sasaran, atau

targetnya, penyediaan anggaran, SDM, sarana prasarana lainnya, dan waktu yang dijadwalkan. Masing-masing elemen program tersebut telah ditetapkan atau telah dibuat standar sebelumnya yang dapat diukur dalam perkembangan pelaksanaannya. Seiring dengan penjelasan tersebut, evaluasi program mencakup

- evaluasi terhadap tujuan program yang telah ditentukan;
- evaluasi terhadap sasaran program yang dituju;
- evaluasi terhadap target (hasil) program yang ditetapkan;
- evaluasi terhadap kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan, sasaran dan target;
- evaluasi terhadap sumber daya yang digunakan; dan
- evaluasi terhadap waktu yang diperlukan dalam pelaksanaan.

Dengan demikian, evaluasi program berhubungan dengan nilai atau harga dari elemen-elemen, tujuan, sasaran, target, sumber daya, dan waktu penyelesaian suatu proyek atau program.

Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa

1. Evaluasi program bukanlah suatu keputusan, namun suatu penetapan penilaian, yang dikendalikan oleh aturan-aturan. Berdasarkan evaluasi yang dilakukan barulah dibuat suatu keputusan, seperti sukses atau tidak sukses, gagal, atau berhasil
2. Evaluasi program difokuskan pada penilaian terhadap kinerja (*performance*) program bukan terhadap orangnya.
3. Evaluasi berdasarkan standar dan perbandingannya yaitu perbandingan antara hasil yang direncanakan atau dikerjakan dengan hasil yang dicapai. Untuk itu diperlukan indikator-indikator, yang sejak awal perencanaan (atau sebelum pelaksanaan) program telah ditetapkan.

Dengan demikian, data dikatakan bahwa evaluasi merujuk pada tiga hal

- 1) Suatu nilai harga;
- 2) Apakah program dilaksanakan sebagaimana direncanakan; dan
- 3) Penetapan penilaian.

## **E. Ruang Lingkup Evaluasi**

Evaluasi bersangkutan secara langsung dengan sistem di luar organisasi baik suprasistem, sub-sistem, maupun sistem-sistem lain yang berkaitan. Terdapat dua pandangan tentang kedudukan evaluasi, apakah seharusnya evaluasi dilakukan oleh pihak luar atau dari dalam organisasi sendiri. Evaluasi eksternal diperlukan agar lebih objektif, namun juga dipertimbangkan apakah itu pantas dilakukan, timbul perasaan khawatir dirugikan, faktor keamanan dan tentu memerlukan anggaran tambahan serta kelengkapannya. Sedang evaluasi internal, secara nyata jelas menjadi tanggung jawab manajer dan manajerlah yang memberikan penugasan kepada evaluator sehingga tidak ada masalah tentang keputusan. Mengenai apa yang dimaksud dengan objektif sendiri banyak diartikan secara subjektif. Pada umumnya dimaksud dengan objektif adalah berdasarkan data atau fakta yang tidak dapat dibantah, yang dilandasi dengan pengetahuan ilmiah. Dengan demikian, seharusnya baik evaluasi internal maupun eksternal didasari kerangka logis ilmiah dan tidak memihak, untuk membantu kelancaran tugas manajer dalam mencapai tujuan dan sasarannya dengan berhasil.

## **F. Proses Evaluasi**

Ada empat dimensi atau langkah kegiatan

1. Dimensi kegiatan berpikir secara konseptual

Terdiri dari formulasi tujuan, sasaran, dan manfaat evaluasi. Formulasi sumber dan informasi yang dibutuhkan. Formulasi kriteria yang akan digunakan. Formulasi model atau kerangka kerja.

2. Dimensi kegiatan operasional

Meliputi kegiatan mengumpulkan informasi baik melalui kegiatan wawancara, observasi, nominal *group technique*, dan lain-lain. Jenis informasi bisa primer maupun sekunder.

### 3. Dimensi kegiatan penilaian

Meliputi formulasi derajat keberhasilan, formulasi, identifikasi masalah, formulasi faktor-faktor penunjang, dan penghambat program, formulasi sebab ketidakberhasilan program.

### 4. Dimensi kegiatan tindak lanjut

Meliputi formulasi atau rekomendasi tindak pemecahan masalah, *feedback* mekanisme kebutuhan informasi tambahan, *feedback* hasil evaluasi kepada institusi yang membutuhkan, *follow up* atau *monitoring* dari pelaksanaan tindak koreksi atau pemecahan masalah.

## G. Mekanisme Evaluasi

Langkah mendasar yang esensial diperlukan untuk evaluasi program dan hubungannya satu dengan lainnya adalah sebagai berikut:

### 1. Deskripsi Program, Tujuan, dan Sasaran Spesifik

Langkah pertama dalam melaksanakan evaluasi program adalah menghasilkan detail deskripsi program yang dimaksud, termasuk tujuan dan sasaran program. Evaluasi selalu meramalkan tentang sasaran program, sasaran tersebut harus dispesifikasi sebelum dilanjutkan dengan banyak aktivitas-aktivitas evaluasi lainnya. Di sini jelas bahwa evaluasi tidak akan berharga apabila program tak mempunyai tujuan atau sasaran dengan kriteria yang jelas atau kabur sehingga evaluasi tidak bermanfaat; evaluasi akan menilai apakah tujuan dan sasaran tercapai atau tidak (berdasarkan kriteria).

### 2. Penetapan Kriteria untuk Evaluasi

Setelah tujuan dan sasaran ditetapkan dan program telah dideskripsikan cukup detail dan seluruhnya, kriteria evaluasi bisa ditetapkan berdasarkan.

- a. Kriteria yang melekat pada rencana program sebelumnya, di sini evaluasi akan lebih mudah.
- b. Jika sasaran untuk program berdasar kriteria dari referensi ilmiah atau profesional tertentu, kriteria evaluasi perlu disesuaikan.

- c. Jika sasaran tidak tertulis dengan kriteria implisit untuk evaluasi, kriteria harus dikembangkan. Kunci untuk mengembangkan kriteria evaluasi bermanfaat untuk mendesain sehingga ukuran data yang diperlukan dan intepretasinya jelas.

### **3. Pemilihan Desain Evaluasi**

Desain evaluasi menyesuaikan program yang bersangkutan. Berbagai desain berbeda bisa diterapkan untuk evaluasi program. Dalam mengembangkan prosedur evaluasi, desain evaluasi harus diseleksi dan dipilih, termasuk semua tugas dan isu yang berkaitan dengan evaluasi. Seleksi desain evaluasi dimaksudkan untuk meramal banyak tugas yang berhubungan dengan prosedur yang digunakan. Selain itu, banyak pertanyaan dan isu yang muncul dengan prospek evaluasi akan dijawab melalui desain yang diseleksi.

### **4. Pengumpulan Data untuk Penilaian**

Langkah keempat dalam evaluasi program adalah mengumpulkan data untuk menilai perkembangan program berkaitan dengan kriteria evaluasi dan desain evaluasi yang telah ditetapkan. Kunci keberhasilan dalam menyelesaikan fase evaluasi ini adalah adanya kumpulan data yang jujur, sistematis, dan sesuai dengan evaluasi keperluan. Penyimpangan dalam cara pengumpulan data, atau cara penetapan kriteria untuk evaluasi, bisa merusak seluruh usaha evaluasi. Jadi konsistensi itu penting.

### **5. Analisis Data**

Analisis terhadap data yang dikumpulkan dibandingkan dengan kriteria evaluasi. Dapat dilakukan analisis deskriptif atau analisis inferensial sesuai maksud dan tujuan serta desain evaluasinya. Analisis harus menunjukkan program yang memenuhi kriteria untuk keberhasilan, dan harus juga mengidentifikasi komponen yang butuh peningkatan.

### **6. Laporan Hasil Evaluasi**

Laporan evaluasi program harus dibuat untuk menjelaskan bagaimana program dievaluasi, apakah pertanyaan yang ditujukan, apakah hasil

akhir, dan SWOT-nya. Ketika menulis laporan, apa yang sekiranya dipikirkan dan diharapkan berkaitan dengan tujuan dan sasaran program oleh pembaca laporan harus dipertimbangkan. Penggunaan jargon teknis mungkin sulit bagi beberapa pembaca, namun laporan yang tidak cerdas akan menimbulkan pertanyaan bagi pembaca yang lain. Sebagai contoh, laporan yang menekankan pada satu aspek suatu program seperti performa personel adalah mungkin bisa jadi penting untuk beberapa pembaca. Namun, pembaca lainnya masih mencari isi laporan tentang hasil akhir adanya perubahan perilaku (*outcome*). Hal ini umumnya penting untuk membahas efek program yang mempunyai target populasi dan rencana kelanjutannya, berkaitan dengan pencapaian tujuan dan sasaran program. Laporan hasil evaluasi dapat berupa laporan menyeluruh, laporan eksekutif, atau laporan ringkasan.

## H. Pengukuran dan Analisis

Beberapa yang diperlukan dalam evaluasi program antara lain

1. Kriteria dan indikator keberhasilan dan cara mengukurnya.

Sebagian program sosial masyarakat keberhasilannya diukur secara kualitatif (kesehatan, kesejahteraan, pendidikan, pekerjaan, atau tenaga kerja, lingkungan hidup, pemukiman). Tanpa kecuali, penilaian secara kualitatif tersebut dapat dikuantitatifkan dalam angka-angka atau data dasar yang dapat dipertanggungjawabkan dengan benar termasuk efektivitas dan efisiensi program.

2. *Cost benefit analysis*.

*Cost benefit analysis* saat ini merupakan alat evaluasi yang dapat diperhatikan, di mana seorang manajer harus memperhitungkan *cost* dan *benefit*-nya dalam program-programnya. Demikian pula dalam menentukan atau memilih program alternatif atau program baru. CBA sering digunakan untuk membandingkan efisiensi dari program alternatif dengan tujuan berbeda. Informasi yang diperlukan adalah informasi tentang manfaat (*benefit*) dan biaya (*cost*) dari pelayanan. *Benefit* adalah nilai keuntungan yang diperoleh baik individu, pemerintah (pembeli jasa), maupun masyarakat dari

suatu kegiatan atau program pelayanan kesehatan. *Cost* adalah biaya untuk satu jenis program atau kegiatan pelayanan, ditambah biaya pelayanan efek samping dan komplikasi.

### 3. Model organisasi dan kepemimpinan

Seorang evaluator sebelum melakukan kegiatannya diharapkan memahami berbagai model struktur organisasi dan kepemimpinan dalam organisasi yang hendak dilakukan evaluasi. Pengetahuan evaluator tentang organisasi dapat berdasarkan

- Pengalaman, pengalaman empiris mungkin sangat diperlukan, atau mungkin tidak diperlukan.
- Studi tentang teori organisasi, suatu organisasi berdasarkan model atau pendekatan struktural dalam pendekatan hubungan antarmanusia (*human relationship model*).
- *General system theory*, suatu organisasi memiliki sistem sendiri, berhubungan dengan sistem lain di luar dirinya, menyusun suprasistem dan ordinat yang mempunyai tata kerja dan tata hubungan masing-masing dalam mencapai tujuannya.
- Model psikologi dan perilaku organisasi, di dalam suatu organisasi dilihat dari orang yang berinteraksi sebagai anggota organisasi, perilaku manusia di dalam organisasi dalam kedudukan (posisinya) di dalam organisasi, bagaimana komunikasi saluran komunikasi yang ada dan perlu dipahami.

### 4. *Control groups*

Kontrol dalam evaluasi adalah suatu hal yang vital. *Outcome* dari suatu pelayanan mungkin tidak bisa diukur, tetapi menetapkan suatu keputusan penilaian, dengan membandingkannya dengan model alternatif yang lain, atau pelayanan lain tidak selalu bisa dilakukan. *Control groups* dalam pelayanan publik sulit diwujudkan karena mahal, dianggap tidak etis, dan ada keterbatasan waktu.

### 5. Studi epidemiologi di bidang kesehatan

Evaluasi program kesehatan sering berkaitan dengan estimasi tentang frekuensi dan distribusi suatu penyakit di suatu wilayah

dalam suatu waktu. Estimasi kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan berdasarkan data-data dan informasi tentang masalah-masalah kesehatan yang berkaitan, seperti berapa persen kejadian prevalensi sakit, berkaitan dengan umur, *sex*, pekerjaan, penghasilan, daerah, dan suku bangsa.

## **I. Indikator Evaluasi Program Kesehatan**

Dalam WHO, indikator didefinisikan sebagai variabel yang membantu untuk mengukur perubahan. Indikator adalah variabel yang dapat membantu mengukur perubahan-perubahan. Variabel adalah alat bantu evaluasi yang dapat mengukur perubahan secara langsung atau tak langsung. Contoh, tujuan dari program adalah melatih sejumlah tertentu tenaga kesehatan tiap tahun, suatu indikator langsung untuk mengevaluasi boleh jadi berupa jumlah tenaga kesehatan yang betul-betul dilatih setiap tahunnya. Jika uang dievaluasi adalah hasil suatu program untuk memperbaiki tingkat kesehatan golongan anak-anak, mungkin perlu untuk mengukur setiap perbaikan dengan menggunakan beberapa indikator yang secara tak langsung dapat mengukur adanya perubahan pada tingkat kesehatan mereka. Contoh, status gizi yang digambarkan dengan berat badan terhadap tinggi badan, angka kecukupan imunisasi, kesanggupan belajar, angka kematian menurut golongan umur, angka kesakitan, jenis penyakit tertentu, dan angka penderita cacat golongan anak-anak.

Indikator harus valid, objektif, sensitif, dan spesifik. Dalam memilih indikator harus diperhitungkan sejauh mana indikator tersebut sah, bisa dipercaya, sensitif, dan spesifik. Validitas atau keabsahan mempunyai arti bahwa indikator tersebut betul-betul mengukur hal-hal yang ingin diukur. Indikator ini dapat digunakan untuk menggambarkan keadaan kondisi atau status kesehatan yang sebenarnya. Reliabilitas atau dapat dipercaya mempunyai arti bahwa biarpun indikator digunakan oleh orang yang berlainan, pada waktu yang berlainan, hasilnya akan tetap sama. Kepekaan atau sensitif berarti bahwa indikator tersebut harus peka terhadap setiap perubahan mengenai keadaan atau fenomena yang

dimaksud. Akan tetapi, suatu indikator dapat juga sensitif terhadap lebih dari satu keadaan atau fenomena. Kekhususan atau spesifikasi berarti bahwa indikator tersebut dapat menunjukkan perubahan-perubahan hanya mengenai keadaan atau fenomena yang dikhususkan baginya.

Macam Indikator kesehatan:

1. Indikator yang berkaitan dengan status kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup dan itu berarti mengukur pelayanan kesehatan. Sebagai indikator survival yang utama untuk mengukur sistem kesehatan masyarakat seperti ditetapkan WHO 1981. Untuk mencapai *health for all by year 2000* adalah angka kematian bayi maksimum 50 per 1000 bayi lahir hidup dan angka harapan hidup waktu lahir minimal adalah 60 tahun atau lebih. Selain itu, indikator survival adalah indikator kualitas hidup. Di sini tentu saja tidak hanya indikator kesehatan, namun juga indikator kesehatan lainnya berupa indikator pertumbuhan badan, indikator status gizi, dan spesifik adalah angka kesakitan dan kematian bayi-anak.
2. Indikator nonkesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup seperti indikator sosial ekonomi, pendidikan, budaya, lingkungan hidup dan perumahan, dan status kesehatan wanita. Kualitas hidup bersifat multisektoral dan menjadi masalah serta diselesaikan secara multisektoral. Dengan demikian evaluasi, juga multisektoral.  
Contoh indikator program kesehatan

a. Indikator kebijakan kesehatan

- Komitmen politis pada tingkat tinggi terhadap kesehatan bagi semua.
- Alokasi sumber daya yang cukup untuk layanan kesehatan dasar.
- Tingkat keterlibatan masyarakat dalam mencapai kesehatan bagi semua
- Penyusunan status kerangka organisasi dan manajerial yang sesuai dengan strategi nasional untuk kesehatan bagi semua.

- Manifestasi praktis dari komitmen politik internasional untuk kesehatan bagi semua.

b. Indikator status kesehatan

- Persentase bayi-bayi yang dilahirkan dengan berat badan pada waktu lahir paling sedikit 2.500 gr.
- Persentase anak yang berat badannya menurut umur dengan norma-norma tertentu.
- Indikator-indikator perkembangan psikososial anak-anak.
- Angka kematian bayi.
- Angka kematian anak.
- Angka kematian anak di bawah umur 5 tahun.
- Harapan hidup pada umur tertentu.
- Angka kematian ibu.
- Angka kematian menurut jenis penyakit.

c. Indikator sistem manajemen kesehatan

Indikator input atau indikator masukan seperti tersedianya sumber daya tenaga kesehatan, tersedianya anggaran kesehatan, perlengkapan, obat-obatan yang diperlukan, dan tersedianya metode pengobatan, pemberantasan penyakit, *standart opening procedure* klinis dan sebagainya.

Indikator proses dipandang dari sudut manajemen yang diperlukan adalah pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, penggerakan perantauan, pengendalian, dan penilaian. Secara khusus dalam proses pelayanan kesehatan berkaitan dengan upaya peningkatan mutu asuhan kesehatan *quality assurance* yaitu menjaga mutu, kepatuhan terhadap standar operasional pelayanan medis (SOP).

Indikator *output* (hasil program) merupakan ukuran-ukuran khusus bagi *output* program seperti jumlah Puskesmas yang berhasil dibangun, jumlah kader gizi yang terlatih, jumlah anak yang diimunisasi, jumlah MCK yang dibangun, panjang pipa air yang berhasil

dipasang, dan sebagainya. Jumlah pasien diobati atau kunjungan yang mendapat pelayanan kesehatan. Indikator *outcomes* (dampak jangka pendek) adalah ukuran-ukuran dari berbagai dampak program seperti meningkatnya derajat kesehatan anak balita, menurunnya angka kesakitan.

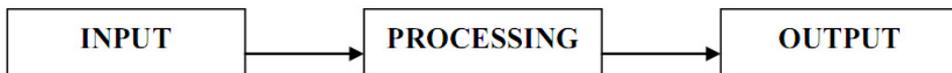
Indikator *impact* (dampak jangka panjang) seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu, meningkatnya status gizi anak, dan sebagainya. Istilah-istilah tersebut sering kali tidak dibedakan antara dampak jangka pendek dan dampak jangka panjang.

# BAB V

## SISTEM INFORMASI KESEHATAN

### A. Definisi Sistem

Sistem adalah kumpulan dari beberapa elemen yang saling berintegrasi untuk mencapai tujuan tertentu. Elemen-elemen yang mewakili suatu sistem secara umum adalah masukan (*input*), pengolahan (*processing*), dan keluaran (*output*). Elemen-elemen sistem secara garis besar dapat digambarkan sebagai berikut.



Onong Uchjana Effendy (1989), dalam buku Sistem Informasi Manajemen mengemukakan, model sebuah sistem adalah input, proses, dan *output*. Hal ini sudah tentu merupakan sebuah sistem dapat mempunyai beberapa masukan dan keluaran. Input merupakan suatu komponen di mana sistem tersebut dioperasikan, sedangkan *output* merupakan hasil operasi. Dalam pengertian sederhana, *output* berarti yang menjadi sebuah tujuan, sasaran, atau target pengoperasian dari suatu sistem. Sementara proses merupakan aktivitas yang dapat mentransfer masukan input menjadi sebuah *output*. Dengan demikian, jelaslah bahwa suatu sistem atau subsistem dapat terdiri dari beberapa proses yang mengubah input menjadi *output* dan proses tersebut disebut parameter sistem yang merupakan unsur-unsur pembentuk sistem. Dari pendapat di atas, peneliti menyimpulkan bahwa suatu sistem merupakan kumpulan dari unsur-unsur, bagian-bagian,

subsistem atau komponen yang saling berkaitan satu dengan yang lain dalam menunjang pencapaian suatu tujuan.

Sistem adalah kumpulan atau grup dari subsistem atau bagian atau komponen apa pun, baik fisik maupun nonfisik yang saling berhubungan satu sama lain dan bekerja sama secara harmonis untuk mencapai tujuan yang tertentu (Azhar Susanto: 2002). Oemar Hamalik dalam buku *Pengelolaan Sistem Informasi* (1993) mendefinisikan sistem adalah suatu keseluruhan atau totalitas yang terdiri dari bagian-bagian atau sub-sub sistem atau komponen yang saling berinterelasi dan berinteraksi satu sama lain dan dengan keseluruhan itu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Gordon B. Davis dalam buku *Management Information System* yang diterjemahkan oleh Andreas Adiwardana dalam buku *Kerangka Dasar Sistem Manajemen Jilid I* (1999) mengemukakan pengertian sistem sebagai berikut, "Sistem adalah abstrak maupun fisik, abstrak adalah suatu susunan teratur gagasan atau konsepsi yang saling tergantung."

Menurut pendapat Onong Uchjana Effendy dalam buku *Sistem Informasi Manajemen* (1989) mengemukakan pengertian sistem sebagai berikut, "Sistem adalah suatu totalitas himpunan bagian-bagian yang satu sama lain berinteraksi dan bersama-sama beroperasi mencapai suatu tujuan tertentu didalam suatu lingkungan. Bagian-bagian atau sub-subsistem tersebut merupakan suatu kompleksitas tersendiri, tetapi dalam kebersamaan mencapai suatu tujuan tersebut berlangsung secara harmonis dalam ketentuan yang pasti."

Jogiyanto Hartono dalam buku *Pengenalan Komputer* (2000) mendefinisikan suatu sistem, yaitu suatu sistem dapat didefinisikan sebagai suatu kesatuan yang terdiri dari dua atau lebih komponen atau subsistem yang berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan. Sistem juga didefinisikan oleh Edhy Susanta dalam bukunya *Sistem Informasi Manajemen* (2003), menyatakan sistem adalah sebagai sekumpulan hal atau kegiatan atau elemen atau subsistem yang saling bekerja sama atau dihubungkan dengan cara-cara tertentu sehingga membentuk satu kesatuan untuk melaksanakan suatu fungsi guna mencapai suatu tujuan.

Menurut Atin Hafidiah, Drs., Msi. dan Dusa Sumartaya, SE., Msi., Ak. dalam buku *Sistem Informasi Manajemen untuk Organisasi Bisnis* (2003), sistem dapat diklasifikasikan dari beberapa sudut pandang, di antaranya sebagai berikut:

- **Sistem diklasifikasikan sebagai sistem abstrak dan sistem fisik.** Sistem abstrak adalah sistem yang berupa pemikiran atau ide-ide yang tidak nampak secara fisik. Contoh sistem teologi, yaitu sistem yang berguna bagi pemikiran-pemikiran hubungan antara Tuhan dan manusia. Sistem fisik merupakan sistem yang ada secara fisik. Sistem komputer, sistem akuntansi, sistem produksi, dan sebagainya.
- **Sistem alamiah dan sistem buatan manusia.** Sistem alamiah adalah sistem yang terjadi melalui proses alamiah, tidak dibuat manusia. Contoh, sistem perputaran bumi. Sistem buatan manusia adalah sistem yang dirancang dan dibuat manusia melibatkan interaksi antara manusia dan mesin (*human machine system*). Sistem akuntansi adalah bentuk *human machine system* karena menyangkut penggunaan komputer yang berinteraksi dengan manusia.
- **Sistem tertentu (*deterministic system*) dan sistem yang memungkinkan (*probabilistic system*).** Sistem tertentu beroperasi dengan tingkah laku yang sudah dapat diprediksi. Interaksi di antara bagian-bagiannya dapat dideteksi dengan pasti sehingga keluaran dari sistem dapat diramalkan. Sistem komputer adalah *deterministic system* karena berdasarkan program-program yang dijalankan menghasilkan *output* yang dapat dipastikan. Sedangkan sistem yang probabilistik adalah sistem yang *output* yang dihasilkan tidak dapat diprediksi dengan kepastian yang tinggi. Contoh, sistem akuntansi secara manual.
- **Sistem sederhana, kompleks, dan sangat kompleks.** Klasifikasi ini didasarkan atas banyaknya subsistem dan hubungan yang terjadi antara subsistem yang ada pada sistem sederhana memiliki subsistem yang sedikit dengan hubungan yang sedikit atau

sederhana. Sedangkan sistem yang kompleks memiliki subsistem dan hubungan yang lebih banyak dibandingkan dengan sistem sederhana, demikian juga sistem yang sangat kompleks memiliki subsistem dan hubungan yang lebih banyak daripada subsistem kompleks hubungan antara tingkat determinasi dan kompleksitas sistem.

- **Sistem terbuka dan sistem tertutup.** Sistem tertutup merupakan sistem yang tidak berhubungan dan tidak terpengaruh dengan lingkungan. Sistem ini bekerja secara otomatis tanpa campur tangan dengan pihak luar. Sistem ini dapat berdiri sendiri. Sistem ini tidak mengadakan pertukaran bahan, informasi, atau tenaga dengan lingkungan. Contohnya sistem reaksi kimia dalam suatu botol tertutup. Sistem tertutup demikian pada akhirnya akan menjadi tidak teratur. Secara teoretis sistem tertutup ini ada, tapi dalam kenyataannya tidak ada sistem yang benar-benar tertutup. Sistem terbuka mengadakan pertukaran bahan, informasi dan energi, dan lingkungan luarnya. Oleh sebab itu, harus mempunyai sistem pengendalian yang baik. Sistem terbuka cenderung mengadakan penyesuaian diri, yang berarti sistem tersebut dapat menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan guna melangsungkan eksistensinya. Sistem terbuka mengatur sendiri dan mengubah organisasinya untuk menanggapi kondisi yang berbeda.

Suatu sistem mempunyai karakteristik, Edhy Sutanta dalam buku *Sistem Informasi Manajemen* (2003), menyatakan karakteristik dari suatu sistem, sebagai berikut:

- Mempunyai komponen (*components*). Komponen sistem adalah segala sesuatu yang menjadi bagian penyusun sistem. Komponen sistem dapat berupa benda nyata ataupun abstrak. Komponen sistem disebut sebagai subsistem, dapat berupa orang, benda, hal atau kejadian yang terlibat di dalam sistem.
- Mempunyai batas (*boundry*). Batas sistem diperlukan untuk membedakan satu sistem dengan sistem yang lain. Tanpa adanya batas sistem, sangat sulit untuk menjelaskan suatu sistem. Batas sistem akan memberikan batasan scope tinjauan terhadap sistem.

- Mempunyai lingkungan (*environments*). Lingkungan sistem adalah segala sesuatu yang berada di luar sistem. Lingkungan sistem dapat menguntungkan ataupun merugikan. Umumnya, lingkungan yang menguntungkan akan selalu dipertahankan untuk menjaga keberlangsungan sistem. Sedangkan lingkungan sistem yang merugikan akan diupayakan agar mempunyai pengaruh seminimal mungkin, bahkan jika mungkin ditiadakan.
- Mempunyai penghubung/antarmuka (*interface*) antarkomponen. Penghubung/antarmuka merupakan komponen sistem, yaitu segala sesuatu yang bertugas menjembatani hubungan antarkomponen dalam sistem. Penghubung/antarmuka merupakan sarana yang memungkinkan setiap komponen saling berinteraksi dan berkomunikasi dalam rangka menjalankan fungsi masing-masing komponen. Dalam dunia komputer, penghubung/antarmuka dapat berupa berbagai macam tampilan dialog layar monitor yang memungkinkan seseorang dapat dengan mudah mengoperasikan sistem aplikasi komputer yang digunakan.
- Mempunyai masukan (*input*). Masukan merupakan komponen sistem, yaitu segala sesuatu yang perlu dimasukkan ke dalam sistem sebagai bahan yang akan diolah lebih lanjut untuk menghasilkan keluaran yang akan diolah lebih lanjut untuk menghasilkan keluaran yang berguna. Dalam Sistem Informasi Manajemen, masukan disebut sebagai data.
- Mempunyai pengolahan (*processing*). Pengolahan merupakan komponen sistem yang mempunyai peran utama mengolah masukan agar menghasilkan keluaran yang berguna bagi para pemakainya. Dalam Sistem Informasi Manajemen, pengolahan adalah berupa program aplikasi komputer yang dikembangkan untuk keperluan khusus. Program aplikasi tersebut mampu menerima masukan, mengolah masukan, dan menampilkan hasil olahan sesuai dengan kebutuhan para pemakai.

- Mempunyai keluaran (*output*). Keluaran merupakan komponen sistem yang berupa berbagai macam bentuk keluaran yang dihasilkan oleh komponen pengolahan. Dalam Sistem Informasi Manajemen, keluaran adalah informasi yang dihasilkan oleh program aplikasi yang akan digunakan oleh para pemakai sebagai bahan pengambilan keputusan.
- Mempunyai sasaran (*objectives*) dan tujuan (*goal*). Setiap komponen dalam sistem perlu dijaga agar saling bekerja sama dengan harapan agar mampu mencapai sasaran dan tujuan sistem. Sasaran berbeda dengan tujuan. Sasaran sistem adalah apa yang ingin dicapai oleh sistem untuk jangka waktu yang relatif pendek. Sedangkan tujuan merupakan kondisi atau hasil akhir yang ingin dicapai oleh sistem untuk jangka waktu yang panjang. Dalam hal ini, sasaran merupakan hasil pada setiap tahapan yang mendukung upaya pencapaian tujuan.
- Mempunyai kendali (*control*). Setiap komponen dalam sistem perlu selalu dijaga agar tetap bekerja sesuai dengan peran dan fungsinya masing-masing. Hal ini bisa dilakukan ada bagian yang berperan menjaganya, yaitu bagian kendali. Bagian kendali mempunyai peran utama menjaga agar proses dalam sistem dapat berlangsung secara normal sesuai batasan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dalam sistem informasi manajemen, kendali dapat berupa validasi proses, maupun validasi keluaran yang dapat dirancang dan dikembangkan secara terprogram.
- Mempunyai umpan balik (*feed back*). Umpan balik diperlukan oleh bagian kendali (*control*) sistem untuk mengecek terjadinya penyimpangan proses dalam sistem dan mengembalikannya ke dalam kondisi normal.

## B. Definisi Informasi

Informasi merupakan salah satu jenis sumber daya paling utama yang dimiliki oleh suatu organisasi apa pun jenis organisasi tersebut. Tanpa informasi maka tidak akan ada organisasi. Informasi melalui komunikasi menjadi perekat bagi suatu organisasi sehingga organisasi tersebut bisa bersatu. Melihat perannya yang begitu penting bagi suatu organisasi maka informasi, sebagaimana sumber daya lainnya harus dikelola dengan baik.

Menurut Oemar Hamalik dalam buku *Pengelolaan Sistem Informasi* (1993), mengemukakan bahwa Informasi adalah semua hal yang diperlukan dalam proses pembuatan keputusan, misalnya pengetahuan, fakta, data, angka, dan sebagainya. Informasi bermakna bagi pimpinan untuk membuat keputusan atau untuk mempengaruhi tingkah laku.

Selanjutnya Informasi adalah data yang diolah menjadi bentuk yang berguna dan menjadi berarti bagi penerimanya. Kegunaan informasi adalah untuk mengurangi ketidakpastian di dalam proses pengambilan keputusan tentang suatu keadaan. Suatu informasi dikatakan bernilai bila manfaatnya lebih efektif dibandingkan dengan biaya untuk mendapatkan informasi tersebut. Kualitas informasi sangat dipengaruhi atau ditentukan oleh beberapa hal yaitu

- relevan (*relevancy*);
- akurat (*accuracy*);
- tepat waktu (*time liness*);
- ekonomis (*economy*);
- efisien (*efficiency*);
- ketersediaan (*availability*);
- dapat dipercaya (*reliability*);
- konsisten.

Menurut pendapat Onong Uchjana Effendy dalam Gordon B. Davis dengan bukunya *Sistem Informasi Manajemen* (1989), mengemukakan pengertian informasi sebagai berikut, "Informasi adalah data yang telah diproses ke dalam suatu bentuk yang mempunyai arti bagi si penerima dan mempunyai nilai nyata dan terasa bagi keputusan saat itu atau keputusan mendatang." Definisi Gordon B. Davis itu menunjukkan pengertian informasi yang sempit, yakni pengertian informasi dalam hubungannya dengan kegiatan manajemen. Akan tetapi, dalam kenyataannya informasi mempunyai pengertian yang luas dari yang tercakup dalam kegiatan manajemen saja.

Informasi diinterpretasikan (barangkali lebih luas) mencakup isyarat dan data yang diterima seorang manajer sehari-hari, apakah itu tampak berkaitan dengan pekerjaan atau tidak. Pendekatan seperti ini mengandung hal-hal seperti ekspresi wajah dan gerak isyarat sebagai informasi, demikian juga hal-hal yang lebih jelas seperti memo dan pesan. J. Beissho (2003) Informasi merupakan hasil pengolahan data sehingga menjadi bentuk yang penting bagi penerimanya dan mempunyai kegunaan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan yang dapat dirasakan akibatnya secara langsung saat itu juga atau secara tidak langsung pada saat mendatang (Edhy Susanta: 2003).

Jogiyanto Hartono dalam bukunya *Pengenalan Komputer* (2000), informasi dapat didefinisikan, sebagai berikut Informasi adalah sebagai hasil dari pengolahan data dalam suatu bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi penerimanya yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian (*event*) nyata (*fact*) yang digunakan untuk mengambil keputusan.

Adapun fungsi informasi adalah meningkatkan pengetahuan mengurangi ketidakpastian atau keanekaragaman, memberi standar, serta aturan-aturan keputusan untuk penentuan dan penyebaran tanda-tanda kesalahan serta umpan balik guna mencapai tujuan kontrol. Informasi harus mempunyai nilai bila informasi tersebut dapat mengakibatkan suatu perubahan dalam tindakan yang diambil. Meskipun suatu data atau pernyataan seorang ahli dapat memberikan

pengetahuan, namun apabila hal itu tidak mengakibatkan perubahan sikap serta tindakan berkaitan dengan masalah yang dihadapi, informasi itu tidak bernilai. Menurut Burch dan Strater yang dikutip oleh Atin Hafidiah, Drs., Msi. dan Dusa Sunartaya, SE., Msi., Ak. (2003) dalam bukunya *Sistem Informasi Manajemen untuk Organisasi Bisnis* nilai informasi didasarkan pada sepuluh sifat sebagai berikut:

- Mudahnya dapat diperoleh (*accessibility*). Sifat ini menunjukkan pada mudahnya dan cepatnya output informasi diperoleh, misalnya satu menit dibandingkan dua puluh empat jam.
- Sifat dan luasnya (*comprehensive*). Sifat ini menunjukkan lengkapnya isi informasi ini tidak berarti hanya mengenai volumenya, akan tetapi juga mengenai *output*-nya.
- Ketelitian (*accuracy*). Sifat ini berhubungan dengan tingkat kebebasan dari kesalahan.
- Kecocokan (*appropriateness*). Sifat menunjuk betapa baiknya *output* informasi dalam hubungannya dengan permintaan pemakai. Isi informasi harus ada hubungannya dengan masalah yang sedang dihadapi.
- Ketepatan waktu (*timeless*). Sifat ini berhubungan dengan waktu proses/siklus menghasilkan informasi yang lebih pendek.
- Kejelasan (*clarify*). Menunjuk pada tingkat kebebasan dari istilah-istilah yang tidak jelas.
- Keluwesan (*flexibility*). Dapat dipakai tidak hanya pada satu keputusan saja, tetapi lebih dari satu.
- Dapat dibuktikan/dicocokkan (*variability*). Dapat diuji oleh pemakai sehingga sampai pada kesimpulan yang sama.
- Tidak mengandung prasangka, tidak ada keinginan untuk menghasilkan atau mengubah informasi guna mendapatkan kesimpulan yang telah dipertimbangkan atau ditentukan sebelumnya.
- Dapat diukur (*measurement*), informasi tersebut dihasilkan dari sistem informasi formal dan legal. Meskipun kabar angin, desas-

desus, klonik, dan sebagainya sering dianggap sebagai informasi. Hal tersebut di luar lingkup pembicaraan sistem informasi manajemen.

Suatu informasi dapat mempunyai beberapa fungsi yang dikemukakan oleh Edhy Susanta antara lain

- Menambah pengetahuan. Adanya informasi akan menambah pengetahuan bagi penerimanya yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan yang mendukung proses pengambilan keputusan.
- Mengurangi ketidakpastian. Adanya informasi akan mengurangi ketidakpastian karena apa yang akan terjadi dapat diketahui sebelumnya sehingga menghindari keraguan pada saat pengambilan keputusan.
- Mengurangi risiko kegagalan. Adanya informasi akan risiko kegagalan karena apa yang akan terjadi dapat diantisipasi dengan baik sehingga kemungkinan terjadinya kegagalan akan dapat dikurangi dengan pengambilan keputusan yang tepat.
- Mengurangi keanekaragaman atau variasi yang tidak diperlukan. Adanya informasi akan mengurangi keanekaragaman yang tidak diperlukan karena keputusan lebih terarah.
- Memberi standar, aturan-aturan, ukuran-ukuran, dan keputusan-keputusan yang menentukan pencapaian sasaran serta tujuan. Adanya informasi akan memberikan standar, aturan, ukuran, dan keputusan yang lebih terarah untuk mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan secara lebih baik berdasarkan informasi yang diperoleh.

Manfaat dari kegunaan suatu informasi ditentukan oleh kualitas dari informasi itu sendiri. Menurut Mc. Leod yang kutip oleh Azhar Susanto mengatakan suatu informasi yang berkualitas harus memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- Akurat artinya informasi harus mencerminkan keadaan yang sebenarnya. Pengujian terhadap hal ini biasanya dilakukan melalui pengujian yang dilakukan oleh dua orang atau lebih yang berbeda.

Apabila hasil pengujian tersebut menghasilkan hasil yang sama maka dianggap data tersebut akurat.

- Tepat waktu artinya informasi itu harus tersedia atau ada pada saat informasi tersebut diperlukan, tidak besok, atau tidak beberapa jam lagi.
- Relevan artinya informasi harus sesuai dengan yang dibutuhkan. Kalau kebutuhan informasi ini untuk suatu organisasi maka informasi di berbagai tingkatan dan bagian yang ada dalam organisasi tersebut.
- Lengkap artinya informasi harus diberikan secara lengkap. Contoh, informasi tentang penjualan tidak ada bulannya atau tidak ada data fakturnya.

Informasi adalah data yang telah diolah menjadi sebuah bentuk yang lebih berguna dan bermanfaat bagi yang menerimanya. Jadi, informasi ini merupakan data yang telah diolah, perbedaan ini penting untuk diketahui karena data tidak memiliki nilai dalam pengambilan keputusan dan hanya informasi yang memiliki nilai serta bermanfaat bagi para penggunanya.

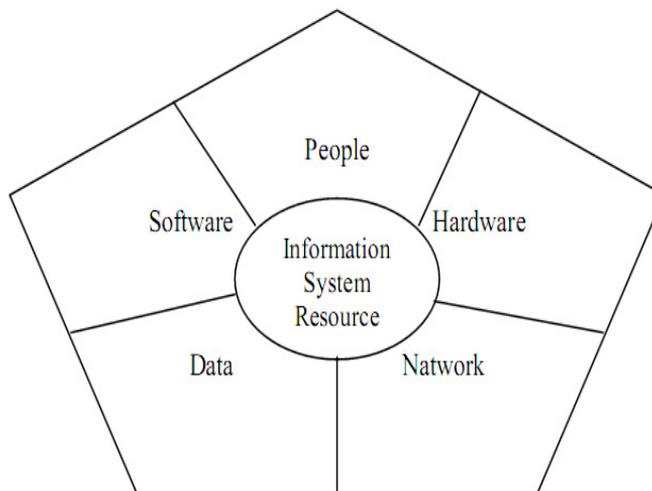
### **C. Pengertian Sistem Informasi**

Sistem informasi adalah keteraturan kombinasi dari manusia, *hardware*, *software*, jaringan komunikasi, dan sumber data yang dikumpulkan, diubah, dan penyebaran informasi dalam sebuah organisasi (O'Brien, 2001). Sedangkan pengertian sistem pada area sistem informasi adalah kumpulan komponen yang saling berhubungan bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama dengan menerima input dan menghasilkan *output* melalui proses perubahan yang sudah diatur (O'Brien, 2001).

Pendapat lain mengatakan bahwa sistem informasi adalah sebuah kumpulan dari komponen-komponen yang saling berhubungan yang mengumpulkan (atau mengambil kembali), mengolah, menyimpan, dan mendistribusikan informasi untuk mendukung pengambilan keputusan, koordinasi dan pengendalian di dalam sebuah organisasi (Laudon & Laudon, 2004).

## 1. Sumber Daya Sistem Informasi

Sebuah sistem informasi terdiri dari sumber daya manusia (end user dan IS specialist), perangkat keras (mesin dan media), perangkat lunak (program dan prosedur), data (data dan pengetahuan), dan jaringan (media komunikasi dan dukungan jaringan) untuk membentuk input, pemrosesan, *output*, penyimpanan, dan kegiatan pengendalian yang mengubah sumber daya data menjadi produk informasi (O'Brien: 2001).



**Gambar 5.1** Sumber Daya Sistem Informasi

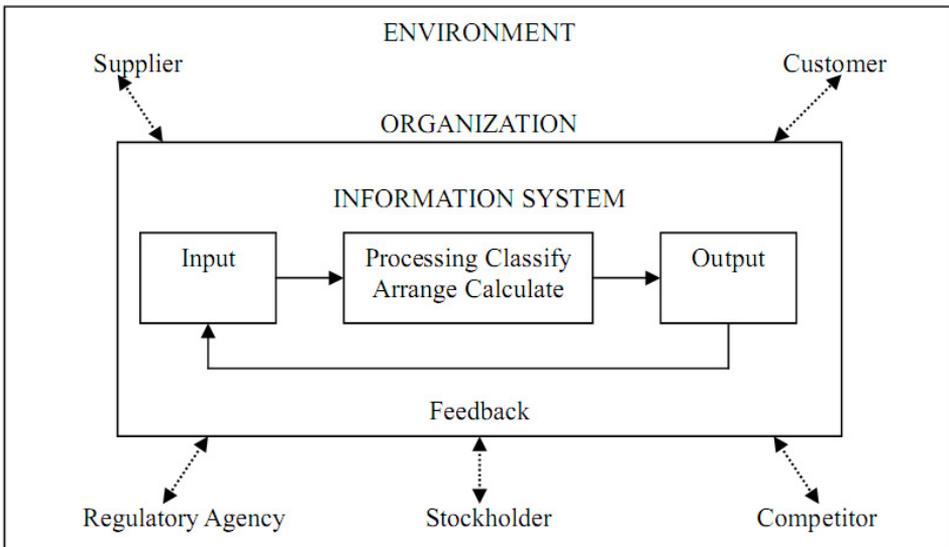
(Sumber: O'Brien, 2001)

## 2. Kegiatan Dasar Sistem Informasi

Tiga kegiatan sistem informasi menghasilkan informasi yang diperlukan organisasi untuk mengambil keputusan, pengontrolan operasi, menganalisis masalah, dan menciptakan produk baru atau pelayanan. Kegiatan-kegiatan tersebut adalah input, proses, dan *output*. (Laudon dan Laudon, 2004)

- a. Input menangkap atau mengumpulkan data mentah dari organisasi atau dari lingkungan eksternal.
- b. Proses mengubah input mentah tersebut menjadi bentuk yang memiliki arti.

- c. *Output* mentransfer informasi yang telah diproses kepada orang atau kegiatan yang akan menggunakannya.
- d. Sistem informasi juga memerlukan *feedback*, yaitu *output* yang dikembalikan kepada orang yang tepat di dalam organisasi untuk membantu mereka mengevaluasi atau memperbaiki tahapan input.



**Gambar 5.2** Kegiatan Dasar Sistem Informasi

Sumber: Laudon dan Laudon, 2004

### 3. Tingkatan Dalam Sistem Informasi

Sistem informasi dibagi menjadi empat tingkat (Laudon dan Laudon: 2004,) antara lain

- a. Sistem Informasi Tingkat Operasional (*Operational Level System*)

Sistem informasi tingkat operasional mendukung manajer operasional dengan menjaga aktivitas dan transaksi-transaksi umum dari organisasi, seperti penjualan, pendapatan, penggajian, keputusan kredit, dan arus material dalam perusahaan.

Sistem Pemrosesan Transaksi (TPS) adalah sistem yang terkomputerisasi yang menampilkan dan merekam transaksi rutin sehari-hari yang diperlukan untuk mengendalikan bisnis. Contoh, sistem reservasi hotel dan penggajian.

b. Sistem Informasi Tingkat Pengetahuan (*Knowledge Level System*)

Sistem informasi tingkat pengetahuan mendukung pengetahuan organisasi dan data karyawan. Tujuan dari level sistem ini adalah membantu bisnis perusahaan yang mengintegrasikan pengetahuan baru ke dalam bisnis dan membantu pengendalian arus kertas kerja dalam organisasi.

Dalam level sistem ini terbagi dua tipe sistem yaitu KWS (*knowledge work system*) dan OAS (*office automation system*). Sistem KWS membantu pekerja yang berpendidikan dalam menangani penciptaan dan pengintegrasian pengetahuan baru dalam suatu organisasi. Sistem OAS dirancang untuk meningkatkan produktivitas dan pengolahan data dalam perusahaan seperti pengolahan data, email, dan sistem penjadwalan.

c. Sistem Informasi Tingkat Manajemen (*Management Level System*)

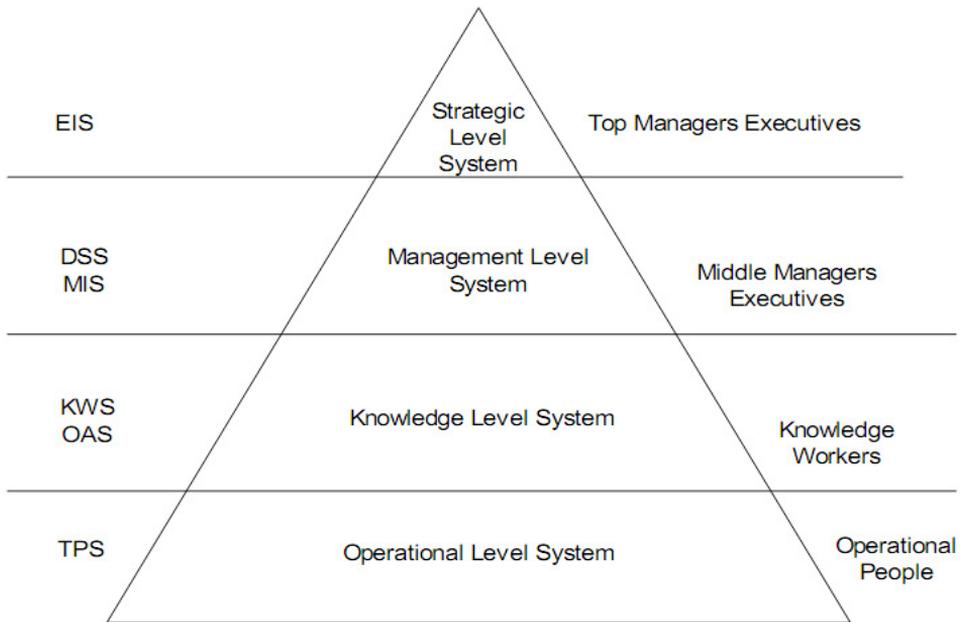
Sistem informasi tingkat manajemen ini memantau, mengontrol, membuat keputusan, dan mengadministrasikan aktivitas manajer tingkat menengah. Dalam tingkatan ini ada dua tipe, yaitu sistem informasi manajemen (SIM) dan sistem pendukung pengambilan keputusan (DSS).

Sistem informasi manajemen (SIM) ini menangani dan membantu para manajer menengah untuk menjalankan fungsinya seperti perencanaan, pengawasan, dan pengambilan keputusan dengan menyediakan ringkasan rutin dan laporan pengecualian. Sistem pendukung pengambilan keputusan (DSS) dibuat untuk mendukung manajer dalam mengidentifikasi masalah yang terstruktur dan semiterstruktur, pengambilan keputusan dengan mengombinasikan data, dan analisis model.

d. Sistem Informasi Tingkat Strategi (*Strategic Level System*)

Sistem informasi tingkat strategi ini mendukung aktivitas perencanaan jangka panjang yang disusun oleh manajer senior. Dalam tingkatan ini, tipe sistem yang digunakan dinamakan sistem pendukung bagi eksekutif (ESS) atau sering kali disebut dengan Sistem Informasi Eksekutif (EIS), yaitu sistem informasi yang

disajikan kepada tingkat strategis di dalam suatu organisasi yang lebih mengarah kepada pengambilan keputusan untuk masalah yang tidak terstruktur melalui bentuk tampilan grafik, tabel, gambar, dan fasilitas untuk mengomunikasikan keputusan yang telah diambil.



**Gambar 5.3** Tingkatan Sistem Informasi dengan Kelompok Penggunaannya pada Masing-Masing Level

Sumber: Laudon dan Laudon, 2004

Dalam level perusahaan memerlukan sistem yang berbeda-beda (lihat gambar 2.3), oleh karena itu diperlukan sistem yang tepat untuk dapat menangani setiap level (Laudon dan Laudon, 2004) sistem tersebut antara lain

1. Transaction Processing System (TPS) merupakan sistem pengolahan transaksi yang menyajikan informasi mengenai aktivitas dan kegiatan sehari-hari yang terjadi dalam organisasi.
2. Office Automation System (OAS) merupakan suatu sistem yang dirancang untuk meningkatkan produktivitas dari pengolahan

data dalam perusahaan, seperti word processing, electronic mail system, dan spreadsheet.

3. Knowledge Worker System (KWS), sistem yang membantu karyawan dalam menangani pengintegrasian pengetahuan baru dalam suatu organisasi.
4. Management Information System (MIS) merupakan sistem informasi yang menangani dan membantu para manajer tingkat menengah untuk menjalankan fungsi perencanaan skema kerja, pengontrolan, pengambilan keputusan, dan menangani masalah yang terstruktur berdasarkan informasi dan laporan sehari-hari.
5. Decision Support System (DSS), berguna untuk mendukung manajer dalam mengidentifikasi masalah terstruktur dan semi terstruktur, pengambilan keputusan dengan mengkombinasikan data dan analisis model.
6. Executive Information System (EIS), sistem yang digunakan untuk membantu para manajer tingkat atas dalam proses pengambilan keputusan yang bersifat tidak terstruktur dengan bantuan gambar (grafik).

#### **4. Keamanan Sistem Informasi**

Keamanan merupakan salah satu aspek penting dari sebuah sistem informasi. Sayangnya masalah keamanan ini sering kali kurang mendapat perhatian dari para pemilik dan pengelola sistem informasi. Seringkali masalah keamanan prioritas kedua, atau bahkan di urutan terakhir dalam daftar hal-hal yang dianggap penting. Apabila mengganggu performansi dari sistem, sering kali keamanan dikurangi atau ditiadakan.

Informasi saat ini sudah menjadi sebuah komoditi yang sangat penting. Bahkan ada yang mengatakan bahwa kita sudah berada di sebuah "*information-based society*". Kemampuan untuk mengakses dan menyediakan informasi secara cepat dan akurat menjadi sangat esensial bagi sebuah organisasi, baik berupa organisasi komersial (perusahaan), rumah sakit, perguruan tinggi, lembaga pemerintahan, maupun individual

(pribadi). Hal ini dimungkinkan dengan perkembangan pesat di bidang teknologi komputer dan telekomunikasi. Dahulu, jumlah komputer sangat terbatas dan belum digunakan untuk menyimpan hal-hal yang sifatnya sensitif. Penggunaan komputer untuk menyimpan informasi yang sifatnya *classified* baru dilakukan di sekitar tahun 1950-an.

Sangat pentingnya nilai sebuah informasi menyebabkan sering kali informasi diinginkan hanya boleh diakses oleh orang-orang tertentu. Jatuhnya informasi ke tangan pihak lain (misalnya, pihak lawan bisnis) dapat menimbulkan kerugian bagi pemilik informasi. Sebagai contoh, banyak informasi dalam sebuah perusahaan yang hanya diperbolehkan diketahui oleh orang-orang tertentu di dalam perusahaan tersebut, seperti informasi tentang produk yang sedang dalam *development*, algoritma-algoritma dan teknik-teknik yang digunakan untuk menghasilkan produk tersebut. Untuk itu, keamanan dari sistem informasi yang digunakan harus terjamin dalam batas yang dapat diterima.

Jaringan komputer, seperti LAN dan internet, memungkinkan untuk menyediakan informasi secara cepat. Ini salah satu alasan perusahaan atau organisasi mulai berbondong-bondong membuat LAN untuk sistem informasinya dan menghubungkan LAN tersebut ke Internet. Terhubungnya LAN atau komputer ke internet membuka potensi adanya lubang keamanan (*security hole*) yang tadinya bisa ditutupi dengan mekanisme keamanan secara fisik. Ini sesuai dengan pendapat bahwa kemudahan (kenyamanan) mengakses informasi berbanding terbalik dengan tingkat keamanan sistem informasi itu sendiri. Semakin tinggi tingkat keamanan, semakin sulit (tidak nyaman) untuk mengakses informasi.

Menurut G. J. Simons, keamanan informasi adalah bagaimana kita dapat mencegah penipuan (*cheating*) atau, paling tidak, mendeteksi adanya penipuan di sebuah sistem yang berbasis informasi, di mana informasinya sendiri tidak memiliki arti fisik.

#### a. Definisi Keamanan Sistem Informasi

Bila kita memiliki sebuah hal yang sekiranya penting, hal yang semestinya dilakukan adalah menjaga agar hal penting tersebut terjaga dari segala macam bentuk ancaman yang bersifat merusak. Begitu juga dengan sebuah sistem. Sistem yang baik adalah sistem yang terjaga dari segala bentuk ancaman yang mengakibatkan sistem tersebut menjadi rusak atau bisa kita sebut sebagai sistem yang aman. Jadi, keamanan sistem informasi adalah segala bentuk mekanisme yang harus dijalankan dalam sebuah sistem yang ditujukan akan sistem tersebut terhindar dari segala ancaman yang membahayakan yang pada hal ini keamanannya melingkupi keamanan data atau informasinya ataupun pelaku sistem (*user*). Keamanan sebuah sistem tidak terjadi begitu saja, tetapi harus dipersiapkan sejak proses pendesainan sistem tersebut.

Sedangkan sistem informasi itu adalah gabungan dari berbagai proses yang menjalankan suatu pekerjaan (*task*) dan menghasilkan *output* atau hasil yang diinginkan. Sistem informasi digunakan sebagai alat atau metode untuk membantu agar segala data atau informasi dapat diolah menjadi sebuah *output* yang lebih informatif dan dapat digunakan sesuai yang diinginkan. Jika kita berbicara tentang keamanan sistem informasi, selalu kata *password* yang dirujuk adalah pencegahan dari kemungkinan adanya virus, *hacker*, *cracker*, dan lain-lain. Padahal berbicara masalah keamanan sistem informasi maka kita akan berbicara kepada kemungkinan adanya risiko yang muncul atas sistem tersebut.

Keamanan informasi terdiri dari perlindungan terhadap aspek-aspek berikut:

- *Confidentiality* (kerahasiaan) aspek yang menjamin kerahasiaan data atau informasi, memastikan bahwa informasi hanya dapat diakses oleh orang yang berwenang dan menjamin kerahasiaan data yang dikirim, diterima, dan disimpan.
- *Integrity* (integritas) aspek yang menjamin bahwa data tidak diubah tanpa ada izin pihak yang berwenang (*authorized*),

menjaga keakuratan dan keutuhan informasi serta metode prosesnya untuk menjamin aspek *integrity* ini.

- *Availability* (ketersediaan) aspek yang menjamin bahwa data akan tersedia saat dibutuhkan, memastikan *user* yang berhak dapat menggunakan informasi dan perangkat terkait (aset yang berhubungan bilamana diperlukan). Keamanan informasi diperoleh dengan mengimplementasi seperangkat alat kontrol yang layak, yang dapat berupa kebijakan-kebijakan, praktik-praktik, prosedur-prosedur, struktur-struktur organisasi, dan piranti lunak.

b. Kejahatan Komputer yang Berhubungan dengan Sistem Informasi

Jumlah kejahatan komputer (*computer crime*), terutama yang berhubungan dengan sistem informasi, akan terus meningkat dikarenakan berikut ini.

- Aplikasi bisnis yang menggunakan (berbasis) teknologi informasi dan jaringan komputer semakin meningkat. Sebagai contoh saat ini mulai bermunculan aplikasi bisnis seperti *online banking*, *electronic commerce (e-commerce)*, *Electronic Data Interchange (EDI)*, dan masih banyak lainnya. Demikian pula di berbagai penjuru dunia aplikasi *e-commerce* terlihat mulai meningkat.
- Desentralisasi (*distributed*) server menyebabkan lebih banyak sistem yang harus ditangani. Hal ini membutuhkan lebih banyak operator dan administrator andal yang juga kemungkinan harus disebar di seluruh lokasi. Padahal mencari operator dan administrator yang andal adalah sangat sulit.
- Transisi dari *single vendor* ke *multivendor* sehingga lebih banyak sistem atau perangkat yang harus dimengerti dan masalah *inter-operability* antarvendor yang lebih sulit ditangani. Untuk memahami satu jenis perangkat dari satu vendor saja sudah susah, apalagi harus menangani berjenis-jenis perangkat.
- Meningkatnya kemampuan pemakai di bidang komputer sehingga mulai banyak pemakai yang mencoba-coba bermain

atau membongkar sistem yang digunakannya (atau sistem milik orang lain). Jika dahulu akses ke komputer sangat sukar, sekarang komputer sudah merupakan barang yang mudah diperoleh dan banyak dipasang di sekolah serta rumah-rumah.

- Mudahnya diperoleh *software* untuk menyerang komputer dan jaringan komputer. Banyak tempat di internet yang menyediakan *software* yang langsung dapat diambil (*download*) dan langsung digunakan untuk menyerang dengan Graphical User Interface (GUI) yang mudah digunakan. Beberapa program seperti SATAN, bahkan hanya membutuhkan sebuah *web browser* untuk menjalankannya sehingga seseorang yang dapat menggunakan *web browser* dapat menjalankan program penyerang (*attack*).
- Kesulitan dari penegak hukum untuk mengejar kemajuan dunia komputer dan telekomunikasi yang sangat cepat. Hukum yang berbasis ruang dan waktu akan mengalami kesulitan untuk mengatasi masalah yang justru terjadi pada sebuah sistem yang tidak memiliki ruang dan waktu.
- Semakin kompleksnya sistem yang digunakan, seperti semakin besarnya program (*source code*) yang digunakan sehingga semakin besar probabilitas terjadinya lubang keamanan (yang disebabkan kesalahan pemrograman, *bugs*).
- Semakin banyak perusahaan yang menghubungkan sistem informasinya dengan jaringan komputer yang global seperti internet. Hal ini membuka akses dari seluruh dunia (maksud akses ini adalah sebagai target dan juga sebagai penyerang.) Potensi sistem informasi yang dapat dijebol dari mana-mana menjadi lebih besar.

c. Klasifikasi Kejahatan Komputer Melalui Sistem Informasi

Kejahatan komputer dapat digolongkan kepada yang sangat berbahaya sampai ke yang hanya mengesalkan (*annoying*). Menurut David Icove berdasarkan lubang keamanan, keamanan dapat diklasifikasikan menjadi empat sebagai berikut.

- 1) Keamanan yang bersifat fisik (*physical security*): termasuk akses orang ke gedung, peralatan, dan media yang digunakan. Beberapa bekas penjahat komputer (*crackers*) mengatakan bahwa mereka sering pergi ke tempat sampah untuk mencari berkas-berkas yang mungkin memiliki informasi tentang keamanan. Contoh, pernah diketemukan coretan *password* atau manual yang dibuang tanpa dihancurkan. *Wiretapping* atau hal-hal yang berhubungan dengan akses ke kabel atau komputer yang digunakan juga dapat dimasukkan ke dalam kelas ini.
- 2) *Denial of service* yaitu akibat yang ditimbulkan sehingga servis tidak dapat diterima oleh pemakai juga dapat dimasukkan ke dalam kelas ini. *Denial of service* dapat dilakukan seperti mematikan peralatan atau membanjiri saluran komunikasi dengan pesan-pesan (dapat berisi apa saja karena yang diutamakan adalah banyaknya jumlah pesan). Beberapa waktu yang lalu ada lubang keamanan dari implementasi protokol TCP/IP yang dikenal dengan istilah Syn Flood Attack, sistem (*host*) yang dituju dibanjiri oleh permintaan sehingga dia menjadi terlalu sibuk dan bahkan dapat berakibat macetnya sistem (*hang*).
- 3) Keamanan yang berhubungan dengan orang (personel) termasuk identifikasi, dan profil risiko dari orang yang mempunyai akses (pekerja). Seringkali kelemahan keamanan sistem informasi bergantung kepada manusia (pemakai dan pengelola). Ada sebuah teknik yang dikenal dengan istilah "*social engineering*" yang sering digunakan oleh kriminal untuk berpura-pura sebagai orang yang berhak mengakses informasi. Contoh, kriminal ini berpura-pura sebagai pemakai yang lupa *password* dan minta agar diganti menjadi kata lain.
- 4) Keamanan dari data dan media serta teknik komunikasi (*communications*). Termasuk di dalam kelas ini adalah kelemahan dalam *software* yang digunakan untuk mengelola data. Seorang kriminal dapat memasang virus atau trojan horse

sehingga dapat mengumpulkan informasi (seperti *password*) yang semestinya tidak berhak diakses.

- 5) Keamanan dalam operasi termasuk prosedur yang digunakan untuk mengatur dan mengelola sistem keamanan, dan juga termasuk prosedur setelah serangan (*post attack recovery*).

## D. Aspek Keamanan Sistem Informasi

Di dalam keamanan sistem informasi melingkupi empat aspek, yaitu *privacy*, *integrity*, *authentication*, dan *availability*. Selain keempat hal di atas, masih ada dua aspek lain yang juga sering dibahas dalam kaitannya dengan *electronic commerce*, yaitu *access control* dan *non-repudiation*.

### 1. *Privacy/Confidentiality*

Inti utama aspek *privacy* atau *confidentiality* adalah usaha untuk menjaga informasi dari orang yang tidak berhak mengakses. *Privacy* lebih ke arah data-data yang sifatnya privat, sedangkan *confidentiality* biasanya berhubungan dengan data yang diberikan ke pihak lain untuk keperluan tertentu (contoh, sebagai bagian dari pendaftaran sebuah servis) dan hanya diperbolehkan untuk keperluan tertentu tersebut. Hal yang berhubungan dengan *privacy* adalah email seorang pemakai (*user*) tidak boleh dibaca oleh administrator. Contoh *confidential information* adalah data-data yang sifatnya pribadi (seperti nama, tempat tanggal lahir, *social security number*, agama, status perkawinan, penyakit yang pernah diderita, nomor kartu kredit, dan sebagainya) merupakan data-data yang ingin diproteksi penggunaan dan penyebarannya. Contoh lain dari *confidentiality* adalah daftar pelanggan dari sebuah Internet Service Provider (ISP).

### 2. *Integrity*

Aspek ini menekankan bahwa informasi tidak boleh diubah tanpa seizin pemilik informasi. Adanya virus, trojan horse, atau pemakai lain yang mengubah informasi tanpa izin merupakan contoh masalah yang harus dihadapi. Sebuah email dapat saja “ditangkap” (*intercept*) di tengah jalan, diubah isinya (*altered*, *tampered*,

*modified*), kemudian diteruskan ke alamat yang dituju. Dengan kata lain, integritas dari informasi sudah tidak terjaga. Penggunaan enkripsi dan *digital signature*, misalnya, dapat mengatasi masalah ini.

Salah satu contoh kasus trojan horse adalah distribusi paket program TCP Wrapper (yaitu program populer yang dapat digunakan untuk mengatur dan membatasi akses TCP/IP) yang dimodifikasi oleh orang yang tidak bertanggung jawab. Jika Anda memasang program yang berisi trojan horse tersebut, ketika Anda merakit (*compile*) program tersebut, dia akan mengirimkan email kepada orang tertentu yang kemudian memperbolehkan dia masuk ke sistem Anda. Informasi ini berasal dari CERT Advisory, “CA-99-01 Troja n-TCP-Wrappers” yang didistribusikan 21 Januari 1999. Contoh serangan lain adalah yang disebut “*man in the middle attack*” di mana seseorang menempatkan diri di tengah pembicaraan dan menyamar sebagai orang lain.

### 3. *Authentication*

Aspek ini berhubungan dengan metode untuk menyatakan bahwa informasi betul-betul asli, orang yang mengakses atau memberikan informasi adalah betul-betul orang yang dimaksud, atau server yang kita hubungi adalah betul-betul server yang asli. Masalah pertama, membuktikan keaslian dokumen, dapat dilakukan dengan teknologi *watermarking* dan *digital signature*. *Watermarking* juga dapat digunakan untuk menjaga “*intellectual property*”, yaitu dengan menandai dokumen atau hasil karya dengan “tanda tangan” pembuat. Masalah kedua biasanya berhubungan dengan *access control*, yaitu berkaitan dengan pembatasan orang yang dapat mengakses informasi. Dalam hal ini pengguna harus menunjukkan bukti bahwa memang dia adalah pengguna yang sah, misalnya dengan menggunakan *password*, *biometric* (ciri-ciri khas orang), dan sejenisnya. Ada tiga hal yang dapat ditanyakan kepada orang untuk menguji siapa dia.

#### 4. *Availability*

Aspek *availability* atau ketersediaan berhubungan dengan ketersediaan informasi ketika dibutuhkan. Sistem informasi yang diserang atau dijebol dapat menghambat atau meniadakan akses ke informasi. Contoh hambatan adalah serangan yang sering disebut dengan “*denial of service attack*” (*DoS attack*), di mana server dikirim permintaan (biasanya palsu) yang bertubi-tubi atau permintaan yang di luar perkiraan sehingga tidak dapat melayani permintaan lain atau bahkan sampai *down, hang, crash*. Contoh lain adalah adanya *mailbomb*, di mana seorang pemakai dikirim email bertubi-tubi (katakan ribuan email) dengan ukuran yang besar sehingga sang pemakai tidak dapat membuka emailnya atau kesulitan mengakses emailnya (apalagi jika akses dilakukan melalui saluran telepon). Bayangkan apabila Anda dikirim 5.000 email dan Anda harus mengunduh (*download*) email tersebut melalui telepon dari rumah.

#### 5. *Access Control*

Aspek ini berhubungan dengan cara pengaturan akses kepada informasi. Hal ini biasanya berhubungan dengan klasifikasi data (*public, private, confidential, top secret*) & user (*guest, admin, top manager*, dan sebagainya), mekanisme *authentication* dan juga *privacy*. *Access control* sering kali dilakukan dengan menggunakan kombinasi *userid/password* atau dengan menggunakan mekanisme lain (seperti kartu, biometrics).

#### 6. *Non-repudiation*

Aspek ini menjaga agar seseorang tidak dapat menyangkal telah melakukan sebuah transaksi. Sebagai contoh, seseorang yang mengirimkan email untuk memesan barang tidak dapat menyangkal bahwa dia telah mengirimkan email tersebut. Aspek ini sangat penting dalam hal *electronic commerce*. Penggunaan *digital signature, certificates*, dan teknologi kriptografi secara umum dapat menjaga aspek ini. Akan tetapi, hal ini masih harus didukung oleh hukum sehingga status dari *digital signature* itu jelas legal. Hal ini akan dibahas lebih rinci pada bagian tersendiri.

## E. Serangan terhadap Keamanan Sistem Informasi

*Security attack* atau serangan terhadap keamanan sistem informasi, dapat dilihat dari sudut peranan komputer atau jaringan komputer yang fungsinya adalah sebagai penyedia informasi. Menurut W. Stallings ada beberapa kemungkinan serangan (*attack*).

- *Interruption*: perangkat sistem menjadi rusak atau tidak tersedia. Serangan ditujukan kepada ketersediaan (*availability*) dari sistem. Contoh serangan adalah "*denial of service attack*".
- *Interception*: pihak yang tidak berwenang berhasil mengakses aset atau informasi. Contoh serangan ini adalah penyadapan (*wiretapping*).
- *Modification*: pihak yang tidak berwenang tidak saja berhasil mengakses, akan tetapi dapat juga mengubah (*tamper*) aset. Contoh serangan ini adalah mengubah isi dari *website* dengan pesan-pesan yang merugikan pemilik *website*.
- *Fabrication*: pihak yang tidak berwenang menyisipkan objek palsu ke dalam sistem. Contoh dari serangan jenis ini adalah memasukkan pesan-pesan palsu seperti email palsu ke dalam jaringan komputer.

### 1. Pengamanan Sistem Informasi

Pengamanan informasi (dengan menggunakan enkripsi) memiliki dampak luar biasa di mana hidup atau mati seseorang sangat bergantung kepadanya. Mungkin contoh nyata tentang hal ini adalah terbongkarnya pengamanan informasi dari Mary, Queen of Scots sehingga akhirnya dia dihukum pancung. Terbongkarnya enkripsi yang menggunakan Enigma juga dianggap memperpendek perang dunia kedua. Tanpa kemampuan membongkar enkripsi mungkin perang dunia kedua akan berlangsung lebih lama dan korban perang akan semakin banyak.

- Kriptografi  
Kriptografi (*cryptography*) merupakan ilmu dan seni untuk menjaga pesan agar aman (*Cryptography is the art and science of keeping messages secure* \*40+) "Crypto" berarti *secret* (rahasia)

dan *graphy* berarti *writing* (tulisan) \*3]. Para pelaku atau praktisi kriptografi disebut *cryptographers*. Sebuah algoritma kriptografik (*cryptographic algorithm*) disebut *cipher* merupakan persamaan matematik yang digunakan untuk proses enkripsi dan dekripsi. Biasanya kedua persamaan matematik (untuk enkripsi dan dekripsi) tersebut memiliki hubungan matematis yang cukup erat. Proses yang dilakukan untuk mengamankan sebuah pesan (yang disebut *plaintext*) menjadi pesan yang tersembunyi (disebut *ciphertext*) adalah enkripsi (*encryption*). *Ciphertext* adalah pesan yang sudah tidak dapat dibaca dengan mudah. Menurut ISO 7498-2, terminologi yang lebih tepat digunakan adalah “*encipher*”.

Proses sebaliknya, untuk mengubah *ciphertext* menjadi *plaintext*, disebut dekripsi (*decryption*). Menurut ISO 7498-2, terminologi yang lebih tepat untuk proses ini adalah “*decipher*”. *Cryptanalysis* adalah seni dan ilmu untuk memecahkan *ciphertext* tanpa bantuan *password*. *Cryptanalyst* adalah pelaku atau praktisi yang menjalankan *cryptanalysis*. *Cryptology* merupakan gabungan dari *cryptography* dan *cryptanalysis*.

- Enkripsi

Enkripsi digunakan untuk menyandikan data-data atau informasi sehingga tidak dapat dibaca oleh orang yang tidak berhak. Dengan enkripsi data Anda disandikan (*encrypted*) dengan menggunakan sebuah *password* (*key*). Untuk membuka (*decrypt*) data tersebut digunakan juga sebuah *password* yang dapat sama dengan *password* untuk mengenkripsi (untuk kasus *private key cryptography*) atau dengan *password* yang berbeda (untuk kasus *public key cryptography*).

- Elemen dari Enkripsi

Ada beberapa elemen dari enkripsi yang akan dijabarkan dalam beberapa paragraf di bawah ini.

- Algoritma dari Enkripsi dan Dekripsi

Algoritma dari enkripsi adalah fungsi-fungsi yang digunakan untuk

melakukan fungsi enkripsi dan dekripsi. Algoritma yang digunakan menentukan kekuatan dari enkripsi dan ini biasanya dibuktikan dengan basis matematika.

Berdasarkan cara memproses teks (*plaintext*), *cipher* dapat dikategorikan menjadi dua jenis: *block cipher* and *stream cipher*. *Block cipher* bekerja dengan memproses data secara blok, di mana beberapa karakter/data digabungkan menjadi satu blok. Setiap proses satu blok menghasilkan keluaran satu blok juga. Sementara itu *stream cipher* bekerja memproses masukan (karakter atau data) secara terus-menerus dan menghasilkan data pada saat yang bersamaan.

- *Password* yang digunakan dan panjangnya *password*

Kekuatan penyandian bergantung kepada *password* yang digunakan. Beberapa algoritma enkripsi memiliki kelemahan pada *password* yang digunakan. Untuk itu, *password* yang lemah tersebut tidak boleh digunakan. Selain itu, panjangnya *password*, yang biasanya dalam ukuran bit, juga menentukan kekuatan dari enkripsi. *Password* yang lebih panjang biasanya lebih aman dari *password* yang pendek. Jadi enkripsi dengan menggunakan *password* 128-bit lebih sukar dipecahkan dengan algoritma enkripsi yang sama tetapi dengan *password* 56-bit. Semakin panjang sebuah *password*, semakin besar *keyspace* yang harus dijalani untuk mencari *password* dengan cara *brute force attack* atau coba-coba karena *keyspace* yang harus dilihat merupakan pangkat

## 2. Mengamankan Sistem Informasi

Secara umum pengamanan dapat dikategorikan menjadi dua jenis pencegahan (*preventif*) dan pengobatan (*recovery*). Usaha pencegahan dilakukan agar sistem informasi tidak memiliki lubang keamanan, sementara usaha-usaha pengobatan dilakukan apabila lubang keamanan sudah dieksploitasi.

Pengamanan sistem informasi dapat dilakukan melalui beberapa layer yang berbeda. Contoh di layer "*transport*", dapat digunakan "Secure

Socket Layer” (SSL). Metode ini umum digunakan untuk server web. Secara fisik, sistem Anda dapat juga diamankan dengan menggunakan “*firewall*” yang memisahkan sistem Anda dengan internet. Penggunaan teknik enkripsi dapat dilakukan di tingkat aplikasi sehingga data-data Anda atau email Anda tidak dapat dibaca oleh orang yang tidak berhak.

- Mengatur Akses (*Access Control*)

Salah satu cara yang umum digunakan untuk mengamankan informasi adalah dengan mengatur akses ke informasi melalui mekanisme “*authentication*” dan “*access control*”. Implementasi dari mekanisme ini antara lain dengan menggunakan “*password*”.

Di sistem UNIX dan Windows NT untuk menggunakan sebuah sistem atau komputer, pemakai diharuskan melalui proses *authentication* dengan menuliskan “*userid*” dan “*password*”. Informasi yang diberikan ini dibandingkan dengan *userid* dan *password* yang berada di sistem. Apabila keduanya valid, pemakai yang bersangkutan diperbolehkan menggunakan sistem. Apabila ada yang salah, pemakai tidak dapat menggunakan sistem. Informasi tentang kesalahan ini biasanya dicatat dalam berkas log. Besarnya informasi yang dicatat bergantung kepada konfigurasi dari sistem setempat. Contoh, ada yang menuliskan informasi apabila pemakai memasukkan *userid* dan *password* yang salah sebanyak tiga kali. Ada juga yang langsung menuliskan informasi ke dalam berkas log meskipun baru satu kali salah. Informasi tentang waktu kejadian juga dicatat. Selain itu, asal hubungan (*connection*) juga dicatat sehingga administrator dapat memeriksa keabsahan hubungan. Setelah proses *authentication*, pemakai diberikan akses sesuai dengan level yang dimilikinya melalui sebuah *access control*.

*Access control* ini biasanya dilakukan dengan mengelompokkan pemakai dalam “*group*”. Ada *group* yang berstatus pemakai biasa, ada tamu, dan ada juga administrator atau super *user* yang memiliki kemampuan lebih dari *group* lainnya. Pengelompokan ini disesuaikan dengan kebutuhan dari penggunaan sistem Anda. Di lingkungan kampus mungkin ada kelompok mahasiswa, staf,

karyawan, dan administrator. Sementara itu di lingkungan bisnis mungkin ada kelompok *finance, engineer, marketing*, dan seterusnya.

- *Shadow Password*

Salah satu cara untuk mempersulit pengacau untuk mendapatkan berkas yang berisi *password* (meskipun terenkripsi) adalah dengan menggunakan "*shadow password*". Mekanisme ini menggunakan berkas/*etc/shadow* untuk menyimpan *encrypted password*, sementara kolom *password* di berkas/*etc/passwd* berisi karakter "x". Berkas/*etc/shadow* tidak dapat dibaca secara langsung oleh pemakai biasa.

- Menutup Servis yang Tidak Digunakan

Seringkali sistem (perangkat keras dan/atau perangkat lunak) diberikan dengan beberapa servis dijalankan sebagai *default*. Sebagai contoh, pada sistem UNIX servis-servis berikut sering dipasang dari vendornya: *finger, telnet, ftp, smtp, pop, echo*, dan seterusnya. Servis tersebut tidak semuanya dibutuhkan. Untuk mengamankan sistem, servis yang tidak diperlukan di server (komputer) tersebut sebaiknya dimatikan. Sudah banyak kasus yang menunjukkan *abuse* dari servis tersebut, atau ada lubang keamanan dalam servis tersebut, akan tetapi sang administrator tidak menyadari bahwa servis tersebut dijalankan di komputernya.

- Memasang Proteksi

Untuk lebih meningkatkan keamanan sistem informasi, proteksi dapat ditambahkan. Proteksi ini dapat berupa filter (secara umum) dan yang lebih spesifik adalah *firewall*. Filter dapat digunakan untuk memfilter email, informasi, akses, atau bahkan dalam *level packet*. Sebagai contoh, di sistem UNIX ada paket program "*tcpwrapper*" yang dapat digunakan untuk membatasi akses kepada servis atau aplikasi tertentu. Misalnya, servis untuk "*telnet*" dapat dibatasi untuk untuk sistem yang memiliki nomor IP tertentu, atau memiliki domain tertentu. Sementara *firewall* dapat digunakan untuk melakukan filter secara umum.

- *Firewall*

Firewall merupakan sebuah perangkat yang diletakkan antara Internet dengan jaringan internal Informasi yang keluar atau masuk harus melalui firewall ini.

- *Backup Secara Rutin*

Seringkali tamu tak diundang (*intruder*) masuk ke dalam sistem dan merusak sistem dengan menghapus berkas-berkas yang dapat ditemui. Jika *intruder* ini berhasil menjebol sistem dan masuk sebagai super *user* (administrator), ada kemungkinan dia dapat menghapus seluruh berkas. Untuk itu, adanya *backup* yang dilakukan secara rutin merupakan sebuah hal yang esensial. Bayangkan apabila yang dihapus oleh tamu ini adalah berkas penelitian, tugas akhir, skripsi, yang telah dikerjakan bertahun-tahun.

## **F. Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan**

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa sistem informasi kesehatan merupakan suatu pengelolaan informasi di seluruh seluruh tingkat pemerintah secara sistematis dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat. Peraturan perundang-undangan yang menyebutkan sistem informasi kesehatan adalah Kepmenkes Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan dan Kepmenkes Nomor 932/Menkes/SKNI/2002 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Laporan Informasi Kesehatan Kabupaten/Kota. Hanya saja dari isi kedua Kepmenkes mengandung kelemahan di mana keduanya hanya memandang sistem informasi kesehatan dari sudut pandang manajemen kesehatan, tidak memanfaatkan *state of the art* teknologi informasi serta tidak berkaitan dengan sistem informasi nasional. Teknologi informasi dan komunikasi juga belum dijabarkan secara detail sehingga data yang disajikan tidak tepat dan tidak tepat waktu.

Perkembangan sistem informasi rumah sakit yang berbasis komputer (*computer based hospital information system*) di Indonesia telah dimulai pada akhir tahun 1980-an. Salah satu rumah sakit yang

pada waktu itu telah memanfaatkan komputer untuk mendukung operasionalnya adalah Rumah Sakit Husada. Departemen Kesehatan dengan proyek bantuan dari luar negeri, juga berusaha mengembangkan sistem informasi rumah sakit pada beberapa rumah sakit pemerintah dengan dibantu oleh tenaga ahli dari UGM. Namun, tampaknya komputerisasi dalam bidang belum memberikan hasil signifikan.

Ketidaksignifikan dalam pengembangan sistem informasi tersebut, lebih disebabkan dalam segi perencanaan yang kurang baik, identifikasi faktor-faktor penentu keberhasilan (*critical success factors*) dalam implementasi sistem informasi tersebut kurang lengkap dan menyeluruh. Perkembangan dan perubahan yang cepat dalam segala hal juga terjadi di dunia pelayanan kesehatan. Hal ini semata-mata karena sektor pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem yang lebih luas dalam masyarakat dan pemerintahan dalam suatu negara, bahkan lebih jauh lagi sistem yang lebih global. Perubahan-perubahan di negara lain dalam berbagai sektor mempunyai dampak terhadap sistem pelayanan kesehatan.

Pada masa globalisasi skarang ini, begitu banyak sektor kehidupan yang tidak terlepas dan peran serta dan penggunaan teknologi komputer, terkhusus pada bidang-bidang dan lingkup pekerjaan. Semakin hari, kemajuan teknologi komputer, baik di bidang piranti lunak maupun perangkat keras berkembang dengan sangat pesat, di sisi lain juga berkembang ke arah yang sangat mudah dari segi pengaplikasian dan murah dalam biaya. Solusi untuk bidang kerja apa pun akan ada cara untuk dapat dilakukan melalui media komputer, dengan catatan bahwa pengguna juga harus terus belajar untuk mengiringi kemajuan teknologinya. Pada akhirnya, solusi apa pun teknologi yang kita pakai, sangatlah ditentukan oleh sumber daya manusia yang menggunakannya.

Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan masyarakat akan melayani transaksi pasien dalam kesehariannya. Pemberian layanan dan tindakan dalam banyak hal akan mempengaruhi kondisi dan rasa nyaman pasien. Semakin cepat akan semakin baik karena menyangkut nyawa pasien. Semakin besar jasa layanan suatu

rumah sakit, akan semakin kompleks pula jenis tindakan dan layanan yang harus diberikan yang kesemuanya harus tetap dalam satu koordinasi terpadu. Selain memberikan layanan, rumah sakit juga harus mengelola dana untuk membiayai operasionalnya. Melihat situasi tersebut, sudah sangatlah tepat jika rumah sakit menggunakan sisi kemajuan komputer, baik piranti lunak maupun perangkat kerasnya dalam upayanya membantu penanganan manajemen yang sebelumnya dilakukan secara manual.

Departemen Kesehatan telah menetapkan visi Indonesia Sehat 2015 yang ditandai dengan penduduknya yang hidup sehat dalam lingkungan sehat, berperilaku sehat, dan mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu yang disediakan oleh pemerintah dan/atau masyarakat sendiri, serta ditandainya adanya peran serta masyarakat dan berbagai sektor pemerintah dalam upaya kesehatan. Dalam upaya mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan tersebut, infrastruktur pelayanan kesehatan telah dibangun sedemikian rupa mulai dari tingkat nasional, provinsi, kabupaten dan seterusnya sampai ke pelosok. Setiap unit infrastruktur pelayanan kesehatan tersebut menjalankan program dan pelayanan kesehatan menuju pencapaian visi dan misi Depkes tersebut. Setiap jenjang tersebut memiliki sistem kesehatan yang saling terkait mulai dari pelayanan kesehatan dasar di desa dan kecamatan sampai ke tingkat nasional.

Jaringan sistem pelayanan kesehatan tersebut memerlukan sistem informasi yang saling mendukung dan terkait sehingga setiap kegiatan dan program kesehatan yang dilaksanakan dan dirasakan oleh masyarakat dapat diketahui, dipahami, diantisipasi, dan dikelola dengan sebaik-baiknya. Departemen Kesehatan telah membangun sistem informasi kesehatan yang disebut SIKNAS yang meliputi sistem jaringan informasi kesehatan mulai dari kabupaten sampai ke pusat. Namun demikian dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki, SIKNAS belum berjalan sebagaimana mestinya.

Dengan demikian sangat dibutuhkan sekali dibangunnya sistem informasi kesehatan yang terintegrasi, baik di dalam sektor kesehatan (antarprogram dan antarjenjang), dan di luar sektor kesehatan, yaitu dengan sistem jaringan informasi pemerintah daerah dan jaringan informasi di pusat.

Sistem informasi yang ada saat ini dapat digambarkan sebagai berikut:

- Masing-masing program memiliki sistem informasi sendiri yang belum terintegrasi. Apabila diperlukan informasi yang menyeluruh diperlukan waktu cukup lama.
- Terbatasnya perangkat keras (*hardware*) dan perangkat lunak (*software*) di berbagai jenjang, padahal kapabilitas untuk itu dirasa memadai.
- Terbatasnya kemampuan dan kemauan sumber daya manusia untuk mengelola dan mengembangkan sistem informasi.
- Masih belum membudayanya pengambilan keputusan berdasarkan data/informasi.
- Belum adanya sistem pengembangan karier bagi pengelola sistem informasi sehingga sering kali timbul keengganan bagi petugas memasuki atau dipromosikan menjadi pengelola sistem informasi.

## **G. Paradigma Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan**

Sistem informasi kesehatan harus dibangun untuk mengatasi kekurangan maupun ketidakkompakan antarbadan kesehatan. Dalam melakukan pengembangan sistem informasi secara umum, ada beberapa konsep dasar yang harus dipahami oleh para pengembang atau pembuat rancang bangun sistem informasi (*designer*). Konsep-konsep tersebut antara lain.

## **1. Sistem informasi tidak identik dengan sistem komputerisasi**

Pada dasarnya sistem informasi tidak bergantung kepada penggunaan teknologi komputer. Sistem informasi yang memanfaatkan teknologi komputer dalam implementasinya disebut sebagai Sistem Informasi Berbasis Komputer (*Computer Based Information System*). Pada pembahasan selanjutnya, yang dimaksudkan dengan sistem informasi adalah sistem informasi yang berbasis komputer. Isu penting yang mendorong pemanfaatan teknologi komputer atau teknologi informasi dalam sistem informasi suatu organisasi adalah

- pengambilan keputusan yang tidak dilandasi dengan informasi;
- informasi yang tersedia, tidak relevan;
- informasi yang ada, tidak dimanfaatkan oleh manajemen;
- informasi yang ada, tidak tepat waktu;
- terlalu banyak informasi;
- informasi yang tersedia, tidak akurat;
- adanya duplikasi data (*data redundancy*); dan
- adanya data yang cara pemanfaatannya tidak fleksibel.

## **2. Sistem informasi organisasi adalah suatu sistem yang dinamis**

Dinamika sistem informasi dalam suatu organisasi sangat ditentukan oleh dinamika perkembangan organisasi tersebut. Oleh sebab itu, perlu disadari bahwa pengembangan sistem informasi tidak pernah berhenti.

Tiga sistem informasi sebagai suatu sistem harus mengikuti siklus hidup sistem seperti lahir, berkembang, mantap, dan akhirnya mati atau berubah menjadi sistem yang baru. Oleh sebab itu, sistem informasi memiliki umur layak guna. Panjang-pendeknya umur layak guna sistem informasi tersebut ditentukan di antaranya oleh

- a. Perkembangan organisasi tersebut

Makin cepat organisasi tersebut berkembang, kebutuhan informasi juga akan berkembang sedemikian rupa sehingga sistem informasi

yang sekarang digunakan sudah tidak bisa lagi memenuhi kebutuhan organisasi tersebut.

b. Perkembangan teknologi informasi

Perkembangan teknologi informasi yang cepat menyebabkan perangkat keras maupun perangkat lunak yang digunakan untuk mendukung beroperasinya sistem informasi tidak bisa berfungsi secara efisien dan efektif. Hal ini disebabkan

- Perangkat keras yang digunakan sudah tidak diproduksi lagi karena teknologinya ketinggalan zaman (*outdated*) sehingga layanan pemeliharaan perangkat keras tidak dapat lagi dilakukan oleh perusahaan pemasok perangkat keras.
- Perusahaan pembuat perangkat lunak yang sedang digunakan, sudah mengeluarkan versi terbaru. Versi terbaru itu umumnya mempunyai *feature* yang lebih banyak, melakukan optimasi proses dari versi sebelumnya dan memanfaatkan *feature* baru dari perangkat keras yang juga telah berkembang.

Meskipun pada umumnya, perusahaan pengembang perangkat keras maupun perangkat lunak tersebut, mencoba menjaga kompatibilitas dengan versi terdahulu, jika dilihat dari sisi efektivitasnya, pemanfaatan infrastruktur tersebut tidak efektif. Hal ini disebabkan *feature-feature* yang baru tidak dimanfaatkan dengan baik. Mengingat perkembangan teknologi informasi yang berlangsung dengan cepat, para pengguna harus sigap dalam memanfaatkan dan menggunakan teknologi tersebut. Konsekuensi dari pemanfaatan teknologi informasi tersebut adalah

- a. Dalam melakukan antisipasi perkembangan teknologi harus tepat.
- b. Harus selalu siap melakukan pembaruan perangkat keras maupun perangkat lunak pendukungnya apabila diperlukan.
- c. Harus siap melakukan migrasi ke sistem yang baru.

Arah perkembangan teknologi informasi dalam kurun waktu 3—5 tahun mendatang adalah sebagai berikut:

- a. Perkembangan perangkat keras dan komunikasi. Kecenderungan perkembangan perangkat keras:

- peningkatan kecepatan;
- peningkatan kemampuan;
- penurunan harga; dan
- *turn over* alat yang semakin cepat.

Perkembangan perangkat komunikasi menyebabkan perubahan desain sistem perangkat keras yang digunakan, dari sistem dengan pola tersentralisasi menjadi sistem dengan pola terdistribusi. Pada pola terdistribusi, kemampuan pengolahan data (*computing power*) dipecah menjadi dua, satu diletakkan pada komputer induk yang berfungsi sebagai pelayan (*server*) dan satu lagi diletakkan di komputer pengguna (*client*), desain ini disebut sebagai *client-server architecture*.

- Kecenderungan perkembangan perangkat lunak, terutama perangkat lunak basis data (*database*), juga mengikuti perkembangan desain sistem perangkat keras tersebut di atas. Pada server diletakkan perangkat lunak *back-end* dan pada *client* diletakkan perangkat lunak *front-end*. Perangkat lunak *back-end* adalah perangkat lunak pengelola sistem basis data (*database management system/DBMS*), sedangkan perangkat lunak *front-end* adalah perangkat lunak yang dikembangkan dengan pemrograman visual berdasarkan 4GL dari DBMS tersebut atau dengan perangkat lunak antarmuka (*interface*) untuk berbagai DBMS seperti ODBC (*open database connectivity*).
- Perkembangan tingkat kemampuan pengguna (*user*) sistem informasi. Sistem informasi yang baik, akan dikembangkan berdasarkan tingkat kemampuan dari para pemakai, baik dari sisi
  - Tingkat pemahaman mengenai teknologi informasi.
  - Kemampuan belajar dari para pemakai.
  - Kemampuan beradaptasi terhadap perubahan sistem.
- Daya guna sistem informasi sangat ditentukan oleh tingkat integritas sistem informasi itu sendiri. Sistem informasi yang terpadu (*integrated*) mempunyai daya guna yang tinggi, jika dibandingkan dengan sistem informasi yang terfragmentasi.

Usaha untuk melakukan integrasi sistem yang ada di dalam suatu organisasi menjadi satu sistem utuh merupakan usaha berat dengan biaya cukup besar dan harus dilakukan secara berkesinambungan. Sinkronisasi antarsistem yang ada dalam sistem informasi itu, merupakan prasyarat yang mutlak untuk dapat mendapatkan sistem informasi terpadu.

Sistem informasi pada dasarnya terdiri dari minimal 2 aspek yang harus berjalan secara selaras, yaitu aspek manual dan aspek yang terotomatisasi (aspek komputer). Pengembangan sistem informasi yang berhasil apabila dilakukan dengan mengembangkan kedua aspek tersebut. Sering kali pengembang sistem informasi hanya memfokuskan diri pada pengembangan aspek komputernya saja, tanpa memperhatikan aspek manualnya. Hal ini diakibatkan adanya asumsi bahwa aspek manual lebih mudah diatasi daripada aspek komputernya. Padahal salah satu faktor penentu keberhasilan pengembangan sistem informasi adalah dukungan perilaku dari para pengguna sistem informasi tersebut, di mana para pengguna sangat terkait dengan sistem dan prosedur dan sistem informasi pada aspek manualnya.

- e. Keberhasilan pengembangan sistem informasi sangat bergantung pada strategi yang dipilih untuk pengembangan sistem tersebut. Strategi yang dipilih untuk melakukan pengembangan sistem sangat bergantung kepada besar kecilnya cakupan dan tingkat kompleksitas dari sistem informasi tersebut. Untuk sistem informasi yang cakupannya luas dan tingkat kompleksitas tinggi diperlukan tahapan pengembangan seperti: penyusunan rencana induk pengembangan, pembuatan rancangan global, pembuatan rancangan rinci, implementasi dan operasionalisasi.

Dalam pemilihan strategi harus dipertimbangkan berbagai faktor seperti keadaan yang sekarang dihadapi, keadaan pada waktu sistem informasi siap dioperasionalkan dan keadaan dimasa mendatang, termasuk antisipasi perkembangan organisasi dan perkembangan teknologi. Ketidaktepatan dalam melakukan prediksi keadaan

pada masa mendatang merupakan salah satu penyebab kegagalan implementasi dan operasionalisasi sistem informasi.

- f. Pengembangan Sistem Informasi organisasi harus menggunakan pendekatan fungsi dan dilakukan secara menyeluruh (holistik).

Pada banyak kasus, pengembangan sistem informasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan struktur organisasi dan pada umumnya mereka mengalami kegagalan, karena struktur organisasi sering kali kurang mencerminkan semua fungsi yang ada didalam organisasi. Sebagai pengembang sistem informasi hanya bertanggung jawab dalam mengintegrasikan fungsi-fungsi dan sistem yang ada didalam organisasi tersebut menjadi satu sistem informasi yang terpadu.

Pemetaan fungsi-fungsi dan sistem ke dalam unit-unit struktural yang ada di dalam organisasi tersebut adalah wewenang dan tanggung jawab dari pimpinan organisasi tersebut. Penyusunan rancang bangun/desain sistem informasi seharusnya dilakukan secara menyeluruh, sedangkan dalam pembuatan aplikasi bisa dilakukan secara sektoral atau segmental menurut prioritas dan ketersediaan dana. Pengembangan sistem yang dilakukan segmental atau sektoral tanpa adanya desain sistem informasi yang menyeluruh akan menyebabkan kesulitan dalam melakukan integrasi sistem.

- g. Informasi telah menjadi aset organisasi.

Dalam konsep manajemen modern, informasi telah menjadi salah satu aset dan suatu organisasi, selain uang, SDM, sarana dan prasarana. Penguasaan informasi internal dan eksternal organisasi merupakan salah satu keunggulan kompetitif (*competitive advantage*) karena keberadaan informasi tersebut:

- Menentukan kelancaran dan kualitas proses kerja.
- Menjadi ukuran kinerja organisasi/perusahaan.
- Menjadi acuan yang pada akhirnya menentukan kedudukan/ peringkat organisasi tersebut dalam persaingan lokal maupun global.

- h. Penjabaran sistem sampai dengan aplikasi menggunakan struktur hierarki yang mudah dipahami.

Dalam semua kepustakaan yang membahas konsep sistem, hanya dikenal istilah sistem dan subsistem. Hal ini akan menimbulkan kesulitan dalam melakukan penjabaran sistem informasi yang cukup luas cakupannya. Oleh sebab itu, dalam penjabaran sering digunakan istilah sebagai berikut:

- sistem;
- subsistem;
- modul;
- submodul; dan
- aplikasi.

Masing-masing subsistem terdiri dari beberapa modul, masing-masing modul dapat terdiri dari beberapa submodul dan masing-masing submodul dapat terdiri dari beberapa aplikasi sesuai dengan kebutuhan. Struktur hierarki seperti ini sangat memudahkan dari segi pemahaman maupun penamaan. Pada beberapa kondisi tidak perlukan penjabaran sampai 5 tingkat, contoh sebuah modul tidak perlu lagi dijabarkan dalam submodul karena jabaran berikutnya sudah sampai tingkatan aplikasi.

## **H. Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan**

Sistem informasi rumah sakit tidak dapat lepas kaitannya dengan sistem informasi kesehatan karena sistem ini merupakan aplikasi dari sistem informasi kesehatan itu sendiri. Untuk itu, perlu kita mengetahui sedikit tentang sistem informasi rumah sakit yang ada di Indonesia, mulai dari rancang bangun (desain) sistem informasi rumah sakit hingga pengembangannya.

### **1. Rancang Bangun (Desain) Sistem Informasi Rumah Sakit**

Rancang Bangun Rumah Sakit (SIRS), sangat bergantung kepada jenis dari rumah sakit tersebut. Rumah sakit berdasarkan kepemilikannya dibagi menjadi 2 sebagai berikut:

- a) Rumah Sakit Pemerintah yang dikelola oleh Departemen Kesehatan, Departemen Dalam Negeri, TNI, BUMN. Sifat rumah sakit ini adalah tidak mencari keuntungan (nonprofit)
  - b) Rumah Sakit Swasta yang dimiliki dan dikelola oleh sebuah yayasan, baik yang sifatnya tidak mencari keuntungan (nonprofit) maupun yang memang mencari keuntungan (profit).
2. Berdasarkan sifat layanannya rumah sakit dibagi 2 sebagai berikut:

- a) Rumah Sakit Umum. Untuk Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Umum digolongkan menjadi 4 tingkatan sebagai berikut:
  - Rumah Sakit Umum tipe A, rumah sakit umum yang memberikan layanan medis spesialisik dan subspecialistik yang luas.
  - Rumah Sakit Umum tipe B, rumah sakit umum yang memberikan layanan medis spesialisik dan subspecialistik yang terbatas.
  - Rumah Sakit Umum tipe C, rumah sakit umum yang memberikan layanan medis spesialisik yang terbatas, seperti penyakit dalam, bedah, kebidanan dan anak.
  - Rumah Sakit Umum tipe D, rumah sakit umum yang memberikan layanan medis dasar.

Rumah Sakit Swasta dan Rumah Sakit Umum digolongkan menjadi 3 tingkatan sebagai berikut:

- Rumah Sakit Umum Pratama, rumah sakit umum yang memberikan layanan medis umum,
  - Rumah Sakit Umum Madya, rumah sakit umum yang memberikan layanan medis spesialisik,
  - Rumah Sakit Umum Utama, rumah sakit umum yang memberikan layanan medis spesialisik dan subspecialistik.
- b) Rumah Sakit Khusus  
Rumah sakit khusus ini banyak sekali ragamnya, rumah sakit ini melakukan penanganan untuk satu atau beberapa penyakit tertentu dan layanan medis subspecialis tertentu. Rumah sakit yang masuk dalam kelompok ini di antaranya Rumah Sakit Karantina, Rumah Sakit Bersalin, dan sebagainya.

Dari Keputusan Menteri Kesehatan No. 983 tahun 1992 dapat diketahui bahwa organisasi rumah sakit secara umum adalah organisasi matriks. Semua staf yang ada, dibagi ke dalam divisi-divisi struktur organisasi rumah sakit tersebut, sedangkan setiap tenaga medis tersebut juga dikelompokkan ke dalam kelompok fungsional menurut profesinya masing-masing dan setiap kelompok fungsional dipimpin oleh seorang ketua kelompok.

Organisasi matriks adalah organisasi yang paling dinamis dan paling baik jika dibandingkan dengan tipe organisasi lainnya. Namun, harus disadari sepenuhnya bahwa setiap staf dalam organisasi tersebut mempunyai 2 pimpinan sekaligus yang memberikan perintah dan pengarahan kepada yang bersangkutan, yaitu pimpinan divisi dan pimpinan kelompok. Oleh sebab itu, setiap staf pada organisasi matriks harus mampu bekerja sama lintas divisi, mampu berkomunikasi dengan baik dengan kedua pimpinannya, dan mampu membagi pekerjaannya berdasarkan prioritas. Organisasi matriks memang sangat memerlukan dukungan teknologi informasi/komputer dalam melaksanakan fungsi dan tugasnya. Agar teknologi informasi dapat memberikan dukungan yang maksimal, penataan pola kerja organisasi tersebut merupakan prasyarat utama.

Untuk menyusun SIRS digunakan 4 pertanyaan sederhana sebagai berikut:

- 1) Apa fungsi/tugas utama dari rumah sakit? Jawaban pada umumnya adalah layanan kesehatan.
- 2) Apa objek/sasaran dari fungsi/tugas utama rumah sakit? Jawaban pada umumnya adalah pasien/penderita.
- 3) Dukungan operasional apa saja yang diperlukan oleh rumah sakit? Jawaban pada umumnya adalah tenaga kerja, keuangan, dan sarana/prasarana.
- 4) Sistem apa yang dibutuhkan untuk mengelola rumah sakit tersebut? Jawaban pada umumnya adalah manajemen rumah sakit.

Berdasarkan jawaban tersebut, SIRS terdiri dari

- a) Subsistem Layanan Kesehatan yang mengelola kegiatan layanan kesehatan.
- b) Subsistem Rekam Medis yang mengelola data pasien.
- c) Subsistem Personalia yang mengelola data, aktivitas tenaga medis, maupun tenaga administratif rumah sakit.
- d) Subsistem Keuangan yang mengelola data-data dan transaksi keuangan.
- e) Subsistem Sarana-Prasarana yang mengelola sarana dan prasarana yang ada di dalam rumah sakit tersebut, termasuk peralatan medis, persediaan obat-obatan, dan bahan habis pakai lainnya.
- f) Subsistem Manajemen Rumah Sakit yang mengelola aktivitas dalam rumah sakit tersebut, termasuk pengelolaan data untuk perencanaan jangka panjang, jangka pendek, pengambilan keputusan, dan layanan pihak luar.

Sistem tersebut kemudian dijabarkan lagi ke dalam dokumen yang lebih operasional dan sifatnya lebih spesifik, Subsistem Layanan Kesehatan dapat dijabarkan lebih lanjut menjadi:

- Modul Rawat Jalan yang mengelola data-data dan aktivitas layanan medis rawat jalan.
- Modul Rawat inap yang mengelola data-data dan aktivitas layanan medis rawat inap.
- Modul Layanan Penunjang Medis termasuk di dalamnya tindakan medis, pemeriksaan laboratorium, dan sebagainya.

## **1. Pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit**

Dalam melakukan pengembangan SIRS, pengembang haruslah bertumpu dalam 2 hal penting yaitu “kriteria dan kebijakan pengembangan SIRS” dan “sasaran pengembangan SIRS” tersebut. Adapun kriteria dan kebijakan yang umumnya dipergunakan dalam penyusunan spesifikasi SIRS adalah sebagai berikut:

1. SIRS harus dapat berperan sebagai subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional dalam memberikan informasi yang relevan, akurat, dan tepat waktu.
2. SIRS harus mampu mengaitkan dan mengintegrasikan seluruh arus informasi dalam jajaran rumah sakit dalam suatu sistem yang terpadu.
3. SIRS dapat menunjang proses pengambilan keputusan dalam proses perencanaan maupun pengambilan keputusan operasional pada berbagai tingkatan.
4. SIRS yang dikembangkan harus dapat meningkatkan daya-guna dan hasil-guna terhadap usaha pengembangan sistem informasi rumah sakit yang telah ada maupun sedang dikembangkan.
5. SIRS yang dikembangkan harus mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap pembahan dan perkembangan pada masa datang.
6. Usaha pengembangan sistem informasi yang menyeluruh dan terpadu dengan biaya investasi tidak sedikit harus diimbangi pula dengan hasil dan manfaat yang berarti (*rate of return*) dalam waktu relatif singkat.
7. SIRS yang dikembangkan harus mampu mengatasi kerugian sedini mungkin.
8. Tahapan pengembangan SIRS harus disesuaikan dengan keadaan masing-masing subsistem serta sesuai dengan kriteria dan prioritas.
9. SIRS yang dikembangkan harus mudah dipergunakan oleh petugas, bahkan bagi petugas yang awam sekalipun terhadap teknologi komputer (*user friendly*).
10. SIRS yang dikembangkan sedapat mungkin menekan seminimal mungkin perubahan karena keterbatasan kemampuan pengguna SIRS di Indonesia untuk melakukan adaptasi dengan sistem baru.
11. Pengembangan diarahkan pada subsistem yang mempunyai dampak kuat terhadap pengembangan SIRS.

Atas dasar dan penetapan kriteria dan kebijakan pengembangan

SIRS tersebut, selanjutnya ditetapkan sasaran pengembangan sebagai penjabaran dan Sasaran Jangka Pendek Pengembangan SIRS sebagai berikut:

1. Memiliki aspek pengawasan terpadu, baik yang bersifat pemeriksaan, pengawasan (*auditable*), maupun dalam hal pertanggungjawaban penggunaan dana (*accountable*) oleh unit-unit yang ada di lingkungan rumah sakit.
2. Terbentuknya sistem pelaporan yang sederhana dan mudah dilaksanakan, akan tetapi cukup lengkap dan terpadu.
3. Terbentuknya suatu sistem informasi yang dapat memberikan dukungan akan informasi yang relevan, akurat dan tepat waktu melalui dukungan data yang bersifat dinamis.
4. Meningkatkan daya-guna dan hasil-guna seluruh unit organisasi dengan menekan pemborosan.
5. Terjaminnya konsistensi data.
6. Orientasi ke masa depan.
7. Pendetayagunaan terhadap usaha-usaha pengembangan sistem informasi yang telah ada maupun sedang dikembangkan agar dapat terus dikembangkan dengan mempertimbangkan integrasinya sesuai Rancangan Global SIRS.

SIRS merupakan suatu sistem informasi yang cakupannya luas (terutama untuk rumah sakit tipe A dan B) dan mempunyai kompleksitas yang cukup tinggi. Oleh sebab itu, penerapan sistem yang dirancang harus dilakukan dengan memilih tahapan yang sesuai dengan kondisi masing-masing subsistem atas dasar kriteria dan prioritas yang ditentukan. Kesenambungan antara tahapan satu dan tahapan berikutnya harus tetap terjaga. Secara garis besar tahapan pengembangan SIRS adalah sebagai berikut:

- a) Penyusunan Rencana Induk Pengembangan SIRS.
- b) Penyusunan Rancangan Global SIRS.
- c) Penyusunan Rancangan Detail/Rinci SIRS.

- d) Pembuatan Prototipe, terutama untuk aplikasi yang sangat spesifik.
- e) Implementasi, dalam arti pembuatan aplikasi, pemilihan, dan pengadaan perangkat keras maupun perangkat lunak pendukung.
- f) Operasionalisasi dan pematapan.

Sistem Informasi Rumah Sakit yang berbasis komputer (*computer based hospital information system*) memang sangat diperlukan untuk sebuah rumah sakit dalam era globalisasi, namun untuk membangun sistem informasi yang terpadu memerlukan tenaga dan biaya yang cukup besar. Kebutuhan akan tenaga dan biaya yang besar tidak hanya dalam pengembangannya, namun juga dalam pemeliharaan SIRS maupun dalam melakukan migrasi dari sistem lama ke sistem baru. Selama manajemen rumah sakit belum menganggap bahwa informasi adalah merupakan aset dan rumah sakit tersebut, kebutuhan biaya dan tenaga tersebut dirasakan sebagai beban yang berat, bukan sebagai konsekuensi dari adanya kebutuhan akan informasi. Kalau informasi telah menjadi aset rumah sakit, beban biaya untuk pengembangan, pemeliharaan, maupun migrasi SIRS sudah selayaknya masuk dalam kalkulasi biaya layanan kesehatan yang dapat diberikan oleh rumah sakit itu.

Perlu disadari sepenuhnya, penggunaan teknologi informasi dapat menyebabkan ketergantungan, dalam arti sekali mengimplementasikan dan mengoperasikan SIRS, rumah sakit tersebut selamanya terpaksa harus menggunakan teknologi informasi. Hal ini disebabkan perubahan dari sistem yang terotomasi menjadi sistem manual merupakan kejadian yang sangat tidak menguntungkan bagi rumah sakit tersebut.

Perangkat lunak SIRS siap pakai yang tersedia di pasaran pada saat ini sebagian besar adalah perangkat lunak SIRS yang hanya mengelola sebagian sistem atau beberapa subsistem dari SIRS. Untuk dapat memilih perangkat lunak SIRS siap pakai dan perangkat keras yang akan digunakan, rumah sakit tersebut harus sudah memiliki rancang bangun (desain) SIRS yang sesuai dengan kondisi dan situasi rumah.

## I. Tujuan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan

1. Melalui hasil pengembangan sistem informasi di atas, diharapkan dapat menghasilkan hal-hal sebagai berikut:
  - a) Perangkat lunak tersebut dikembangkan sesuai dengan standar yang ditentukan oleh pemerintah daerah.
  - b) Dengan menggunakan *open system* tersebut diharapkan jaringan akan bersifat *interoperable* dengan jaringan lain.
2. Sistem informasi kesehatan terintegrasi ini akan menyosialisasikan dan mendorong pengembangan dan penggunaan Local Area Network di dalam kluster unit pelayanan kesehatan, baik pemerintah dan swasta sebagai komponen sistem pada masa depan.
3. Sistem informasi kesehatan terintegrasi ini akan mengembangkan kemampuan dalam teknologi informasi video, suara, dan data nirkabel universal di dalam Wide Area Network yang efektif, homogen, dan efisien sebagai bagian dari jaringan sistem informasi pemerintah daerah.
4. Sistem informasi kesehatan terintegrasi ini akan merencanakan, mengembangkan, dan memelihara pusat penyimpanan data serta informasi yang menyimpan direktori materi teknologi informasi komprehensif.
5. Sistem informasi kesehatan terintegrasi ini akan secara proaktif mencari, menganalisis, memahami, menyebarkan, dan mempertukarkan secara elektronik data/informasi bagi seluruh *stakeholders*.
6. Sistem informasi kesehatan terintegrasi ini akan memanfaatkan *website* dan *access point* lain agar data kesehatan dan kedokteran dapat dimanfaatkan secara luas dan bertanggung jawab dalam rangka memperbaiki pelayanan kesehatan sehingga kepuasan pengguna dapat dicapai sebaik-baiknya.
7. Sistem informasi kesehatan terintegrasi ini akan merencanakan pengembangan manajemen SDM sistem informasi mulai dari

- rekrutmen, penempatan, pendidikan dan pelatihan, penilaian pekerjaan, penggajian, dan pengembangan karier.
8. Sistem informasi kesehatan terintegrasi ini akan mengembangkan unit organisasi pengembangan dan pencarian dana bersumber masyarakat yang berkaitan dengan pemanfaatan data/informasi kesehatan serta kedokteran.
  9. Dapat digunakan untuk mengubah tujuan, kegiatan, produk, pelayanan organisasi untuk mendukung agar organisasi dapat meraih keunggulan kompetitif.
  10. Mengarah pada peluang-peluang strategis yang dapat ditemukan.

### **Ruang Lingkup Sistem Informasi Kesehatan**

Ruang lingkup Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan mencakup pengelolaan informasi dalam lingkup manajemen pasien (*front office management*). Lingkup ini sebagai berikut:

1. Registrasi Pasien, yang mencatat data/status pasien untuk memudahkan pengidentifikasian maupun pembuatan statistik dari pasien masuk sampai keluar. Modul ini meliputi pendaftaran pasien baru/lama, pendaftaran rawat inap/jalan, dan info kamar rawat inap.
2. Rawat Jalan/Poliklinik yang tersedia di rumah sakit, seperti penyakit dalam, bedah, anak, obstetri, dan ginekologi, KB, syaraf, jiwa, THT, mata, gigi dan mulut, kardiologi, radiologi, bedah orthopedi, paru-paru, umum, UGD, dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan. Modul ini juga mencatat diagnosis dan tindakan terhadap pasien agar tersimpan di dalam laporan rekam medis pasien.
3. Rawat Inap. Modul ini mencatat diganosa dan tindakan terhadap pasien, konsultasi dokter, hubungan dengan poliklinik/penunjang medis.
4. Penunjang medis/laboratorium, yang mencatat informasi pemeriksaan seperti ECG, EEG, USG, ECHO, TREADMIL, CT Scan, Endoscopy, dan lain-lain.

5. Penagihan dan Pembayaran, meliputi penagihan dan pembayaran untuk rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis (laboratorium, radiologi, rehab medik), baik secara langsung maupun melalui jaminan dan pihak ketiga/asuransi/JPKM. Modul ini juga mencatat transaksi harian pasien (laboratorium, obat, honor dokter), daftar piutang, manajemen deposit, dan lain-lain.
6. Apotik/farmasi yang meliputi pengelolaan informasi inventori dan transaksi obat-obatan.

Melalui lingkup manajemen pasien tersebut dapat diperoleh laporan-laporan mengenai:

- a) Pendapatan rawat inap dan jalan secara periodik (harian, bulanan, dan tahunan).
- b) Penerimaan kasir secara periodik.
- c) Tagihan dan kuitansi pembayaran pasien.
- d) Rekam medis pasien.
- e) Data kegiatan rumah sakit dalam triwulan (RL1).
- f) Data morbiditas pasien rawat inap (RL2a).
- g) Data morbiditas pasien rawat jalan (RL2b).
- h) Data morbiditas penyakit khusus pasien rawat inap (RL2a1).
- i) Data morbiditas penyakit khusus pasien rawat jalan (RL2b1).
- j) Penerimaan kasir pada bagian farmasi/apotek.
- k) Pembelian kasir pada bagian farmasi/apotek.
- l) Manajemen ketersediaan obat pada bagian farmasi/apotek.
- m) Grafik yang menunjang dalam pengambilan keputusan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sistem informasi kesehatan untuk aplikasi rumah sakit merupakan sebuah sarana sebagai penunjang pelayanan kesehatan rumah sakit yang diberikan kepada masyarakat. Sistem informasi kesehatan yang efektif memberikan dukungan informasi bagi proses pengambilan keputusan di semua jenjang, bahkan di Puskesmas, atau rumah sakit kecil sekalipun. Bukan hanya data, namun juga informasi yang lengkap, tepat, akurat, dan cepat

yang dapat disajikan dengan adanya sistem informasi kesehatan yang tertata dan terlaksana dengan baik.

## **J. Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan untuk Puskesmas (Simpus)**

Dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan telah diamanatkan bahwa untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan yang diselenggarakan melalui sistem informasi dan lintas sektor. Seiring dengan era desentralisasi berbagai sistem informasi kesehatan telah dikembangkan, baik di pemerintah pusat atau daerah, sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik daerah masing-masing. Selain melaksanakan program pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan, pemerintah daerah juga diberikan otonomi untuk mengembangkan sistem informasinya, baik di tingkat dinas kesehatan dan Puskesmas maupun rumah sakit.

Sebagaimana diketahui bahwa Puskesmas merupakan ujung tombak pemerintah dalam memberikan upaya pelayanan kesehatan di masyarakat. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa Puskesmas didefinisikan sebagai unit pelaksana teknis di kabupaten/ kota yang bertanggung jawab melaksanakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Puskesmas melaksanakan kegiatan proses penyelenggaraan, pemantauan, dan penilaian terhadap rencana kegiatan yang telah ditetapkan, baik rencana upaya wajib maupun pengembangan dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada di wilayahnya. Salah satu bentuk pemantauan yang dilakukan adalah melalui sistem informasi manajemen Puskesmas (Simpus).

Simpus merupakan pilihan bagi daerah dalam mengembangkan sistem informasi yang lebih cepat dan akurat. Sejatinnya, Simpus dapat lebih menggantikan peranan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) karena Simpus merupakan hasil dari pengolahan berbagai sumber informasi seperti SP2TP, survei lapangan, laporan lintas sektor, dan laporan sarana kesehatan swasta. Seiring dengan

perkembangan teknologi informasi, Simpus pun dikembangkan melalui sistem komputerisasi dalam suatu perangkat lunak (*software*) yang bekerja dalam sebuah sistem operasi. Pada kenyataannya, Simpus di berbagai daerah tidak dapat dimanfaatkan secara optimal.

*Software* Simpus pun dikembangkan beragam baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Semarang menemukan bahwa Simpus mengalami kendala, yaitu kebutuhan informasi yang terus berkembang sehingga Simpus harus dikembangkan setiap saat, tetapi pengembangan Simpus tidak bisa dilakukan setiap saat.

Beberapa penelitian lain mengenai evaluasi penerapan Simpus berbasis komputer dengan metode PIECES yang ditinjau dari aspek-aspek *performance, information, economic, control/security, efficiency, service* menunjukkan bahwa dari aspek *performance* dinilai memiliki kinerja yang banyak, lengkap, dan mudah dioperasikan. Namun, hal itu belum memenuhi kebutuhan Puskesmas, dari aspek *information* dinilai menghasilkan informasi yang akurat, sesuai dengan kebutuhan, namun kurang fleksibel, dari aspek *economic* dinilai memiliki biaya yang rendah dan manfaat yang banyak, dari aspek *control/security* dinilai tidak memiliki batasan akses dan mekanisme pengamanan, dari aspek *efficiency* dinilai belum memberikan efisiensi waktu dan tenaga, dari aspek *service* dinilai mudah dipelajari namun masih dianggap sebagai beban petugas (Inggarputri: 2009).

## **K. Sistem Informasi Kesehatan dalam Manajemen Puskesmas**

### **1. Definisi dan Perangkat**

Secara umum pengertian sistem informasi kesehatan adalah gabungan perangkat dan prosedur yang digunakan untuk mengelola siklus informasi (mulai dari pengumpulan data sampai pemberian umpan balik informasi) untuk mendukung pelaksanaan tindakan tepat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan kinerja sistem kesehatan.

Informasi kesehatan selalu diperlukan dalam pembuatan program kesehatan mulai dari analisis situasi, penentuan prioritas, pembuatan alternatif solusi, pengembangan program, pelaksanaan, dan pemantauan hingga proses evaluasi.

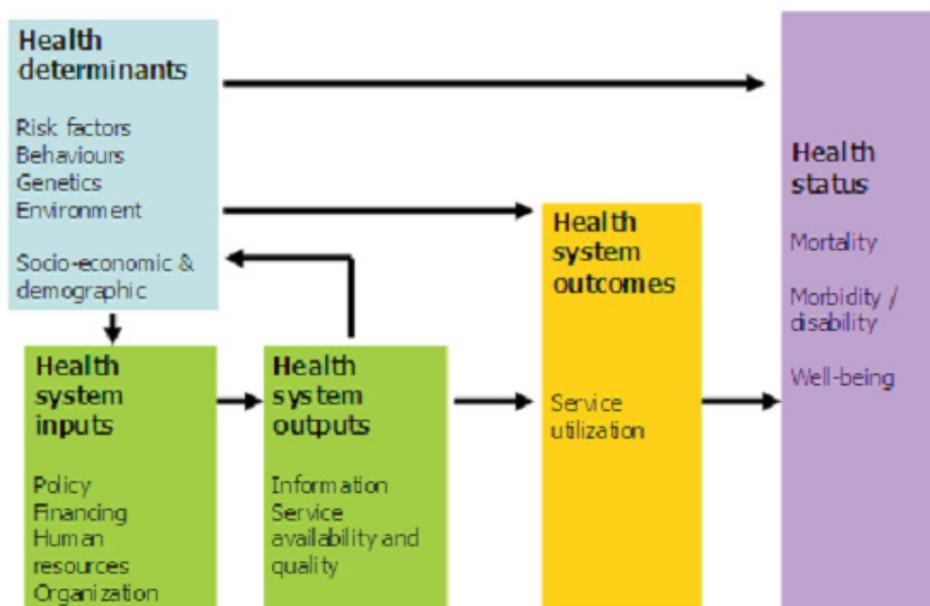
Subsistem dalam sistem informasi kesehatan secara umum meliputi

- Surveilans epidemiologis (untuk penyakit menular dan tidak menular, kondisi lingkungan dan faktor risiko);
- Pelaporan rutin dari Puskesmas, rumah sakit, laboratorium kesehatan daerah, gudang farmasi, praktik swasta;
- Pelaporan program khusus, seperti TB, lepra, malaria, KIA, imunisasi, HIV/AIDS, yang biasanya bersifat vertikal;
- Sistem administratif, meliputi sistem pembiayaan, keuangan, sistem kepegawaian, obat dan logistik, program pelatihan, penelitian dan lain-lain;
- Pencatatan vital, baik kelahiran, kematian maupun migrasi.

Teknologi informasi memberi berbagai kemudahan dalam proses manajemen di segala bidang. Dengan teknologi informasi, data dan informasi dapat diolah dan didistribusikan secara lebih mudah, cepat, akurat, dan fleksibel. Hal ini mendorong semakin dibutuhkannya pemanfaatan teknologi informasi dalam berbagai kegiatan.

World Health Organization (WHO) menilai bahwa investasi sistem informasi menuai beberapa keuntungan sebagai berikut:

- Membantu pengambil keputusan untuk mendeteksi dan mengendalikan masalah kesehatan, memantau perkembangan, dan meningkatkannya.
- Pemberdayaan individu dan komunitas dengan cepat serta mudah dipahami dalam melakukan berbagai perbaikan kualitas pelayanan kesehatan.
- Penguatan *evidence based* dalam pengambilan kebijakan yang efektif, evaluasi, dan inovasi melalui penelitian.
- Perbaikan dalam tata kelola, memobilisasi sumber baru, dan akuntabilitas cara yang digunakan.



**Gambar 5.4** Informasi Kesehatan

Sumber: WHO-2005

Data yang diperlukan dalam sistem informasi kesehatan yang komprehensif berkisar dari data kelahiran, morbiditas, dan mortalitas. Untuk jenis dan lokasi tenaga kesehatan, dengan jenis dan kualitas pelayanan klinis yang diberikan di tingkat nasional dan subnasional, akhirnya dengan indikator penduduk, seperti sebagai demografi dan status sosial ekonomi. Sebagaimana gambar di atas, informasi kesehatan dapat dibagi menjadi lima domain yang berbeda sebagai berikut:

- Penentu Kesehatan, yang meliputi faktor risiko, perilaku, keturunan, lingkungan, sosial ekonomi dan demografi.
- Input sistem kesehatan, yang meliputi kebijakan, pembiayaan, sumber daya, dan organisasi.
- Output sistem kesehatan, meliputi informasi, kemampuan pelayanan dan kualitas.
- Hasil sistem kesehatan, meliputi pemanfaatan pelayanan.
- Status kesehatan meliputi angka kematian, kesakitan atau ketidakmampuan, dan kesejahteraan.

## 2. Aplikasi Simpus

Penyelenggaraan layanan kesehatan masyarakat melalui Puskesmas merupakan kegiatan yang membutuhkan proses pencatatan dan pengolahan data yang cukup kompleks. Dibutuhkan suatu sistem informasi yang dapat menangani berbagai macam kegiatan operasional Puskesmas, mulai dari pengelolaan registrasi pasien, data rekam medis pasien, farmasi, keuangan hingga berbagai laporan bulanan, triwulan, dan tahunan. Berbagai laporan eksekutif yang dihasilkan oleh Puskesmas dengan bantuan sistem informasi sangat dibutuhkan dalam penentuan kebijakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan masyarakat.

Secara umum, Simpus terdiri dari beberapa subsistem sebagai berikut:

### a. Registrasi Pasien

Registrasi merupakan sub-sistem yang menangani data registrasi kunjungan pasien, baik kunjungan pemeriksaan umum/gigi/gizi/KIA/imunisasi/KB. Keegiatannya sebagai berikut:

- 1) Pengolahan data pasien.
- 2) Pengolahan data registrasi kunjungan pasien, terdapat beberapa macam klasifikasi registrasi, yaitu pemeriksaan umum, pemeriksaan gigi, kunjungan gizi, kunjungan imunisasi, kegiatan KIA, kegiatan KB, dan pemeriksaan laboratorium.

### b. Pemeriksaan/Pemberian Tindakan Medis

Hal ini merupakan subsistem yang menangani data terkait dengan kegiatan pemeriksaan/pemberian tindakan terhadap pasien oleh tenaga kesehatan. Berdasarkan jenis pemeriksaannya, subsistem ini diklasifikasikan menjadi pemeriksaan umum, pemeriksaan gigi, kunjungan gizi, kunjungan imunisasi, kegiatan KIA, kegiatan KB, dan pemeriksaan laboratorium.

Kegiatannya meliputi

- 1) pengolahan data kondisi pasien;
- 2) pengolahan data anamnesis;

- 3) pengolahan data diagnosis;
- 4) pengolahan data terapi;
- 5) pengolahan data pemeriksaan/tindakan medis/penggunaan laboratorium;
- 6) pengolahan data obat (resep); dan
- 7) pengolahan data rujukan.

c. Farmasi

Farmasi merupakan subsistem yang menangani data yang terkait dengan obat. Fungsionalitasnya meliputi:

- 1) pengolahan data data master obat;
- 2) pengolahan data stok obat baru;
- 3) pengolahan data persediaan obat; dan
- 4) pengolahan data pelayanan/pemberian resep pasien.

d. Pemantauan Data Register Pemantauan data register merupakan pemantauan data yang terjadi di Puskesmas secara harian/bulanan ataupun periode tertentu. Kegiatannya meliputi:

- 1) *register* pemeriksaan umum-*register* pemeriksaan gigi;
- 2) *register* pemeriksaan gizi;
- 3) *register* pemeriksaan imunisasi-*register* pemeriksaan kia; dan
- 4) *register* pemeriksaan KB.

e. Laporan

Laporan merupakan sub-sistem untuk membuat laporan/rekapitulasi. Laporan ini meliputi

- LB 1-kasus penyakit-LB2-LPLPO;
- laporan kunjungan pasien;
- laporan 10 penyakit terbanyak;
- laporan penggunaan obat;
- laporan tindakan medis terbanyak;
- laporan metode pembayaran oleh pasien;
- laporan *billing*.

Dari beberapa sistem informasi kesehatan yang telah dikembangkan dapat dianalisis beberapa hal sebagai berikut:

### 1. *Integrated System*

Kementerian Kesehatan telah mengembangkan siknas *online*, akan tetapi di samping itu berbagai program seperti kewaspadaan gizi, informasi obat, rumah sakit, dan Puskesmas juga mengembangkan sistem informasi sendiri. Hal ini berdampak tumpang-tindihnya informasi dan berbagai kegiatan serta menyita waktu dan biaya. Sejatinya suatu sistem informasi yang terintegrasi yang memenuhi kebutuhan berbagai lintas sektor dan lintas program yang dapat diakses sebagai informasi untuk pertimbangan dalam pengambilan berbagai keputusan dan kebijakan. Seperti aplikasi komunikasi data, dapat dilihat bahwa data dan informasi kesehatan yang disediakan tidak memenuhi dengan kebutuhan, baik provinsi atau kabupaten/kota sehingga kabupaten/kota pun berupaya mengembangkan sistem informasi sendiri.

SP2TP pun sejatinya dapat digantikan dengan Simpus *online* ternyata di lapangan Puskesmas pun masih menyampaikan laporannya secara manual setiap bulannya. Hal ini mengakibatkan beban kerja bagi petugas dan informasi yang diberikan tidaklah dalam hitungan hari, melainkan bulan. Suatu sistem yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan baik pusat atau daerah, pengambil keputusan dapat mengakses informasi secara cepat dan tepat sehingga kebijakan dapat efektif dan efisien.

### 2. *Kemampuan Daerah*

Sebagai dampak dari desentralisasi, daerah masih menganggap kebutuhan sistem informasi berbasis web atau komputerisasi bukanlah prioritas, akan tetapi daerah masih memenuhi kebutuhan infrastruktur dan sarana fisik. Tidak semua daerah surplus, akan tetapi tidak sedikit daerah yang minus. Memang pada awalnya pelaksanaan sistem informasi membutuhkan banyak biaya, akan tetapi dalam perjalannya juga memerlukan perawatan dan pemeliharaan yang tidak sedikit. Kondisi geografis juga sangat

mempengaruhi, masih banyak Puskesmas di daerah yang sangat terbatas akses informasinya.

### 3. **Pemanfaatan data dan informasi**

Pemanfaatan data dan informasi terkesan hanya kebutuhan pusat, bukanlah kebutuhan daerah sehingga muncul anggapan hanya proyek dan ego program masing-masing. Sebab pemanfaatan data dan informasi secara signifikan tidak dirasakan oleh kabupaten/kota sebagai pelaksana kebijakan pemerintah pusat.

### 4. **Sumber Daya Manusia**

Selama ini di daerah, pengelola data dan informasi umumnya adalah tenaga yang merangkap tugas atau jabatan lain. Di beberapa tempat memang dijumpai adanya tenaga purna waktu.

## **L. Aplikasi Sistem Informasi Geografis dalam Kesehatan**

Sistem Informasi Geografis atau *geographic information system* (GIS) merupakan suatu sistem informasi yang berbasis komputer, dirancang untuk bekerja dengan menggunakan data yang memiliki informasi spasial (bereferensi keruangan). Sistem ini meng-*capture*, mengecek, mengintegrasikan, memanipulasi, menganalisis, dan menampilkan data yang secara spasial mereferensikan kondisi bumi.

Teknologi SIG mengintegrasikan operasi-operasi umum *database*, seperti *query* dan analisis statistik, dengan kemampuan visualisasi dan analisis yang unik yang dimiliki oleh pemetaan. Kemampuan inilah yang membedakan SIG dengan sistem informasi lainnya yang membuatnya menjadi berguna bagi berbagai kalangan untuk menjelaskan kejadian, merencanakan strategi, dan memprediksi apa yang terjadi.

Sistem ini pertama kali diperkenalkan di Indonesia pada tahun 1972 dengan nama Data Banks for Development (Rais, 2005). Munculnya istilah Sistem Informasi Geografis seperti sekarang ini setelah dicetuskan oleh *General Assembly* dari *International Geographical Union* di Ottawa Kanada pada tahun 1967. Dikembangkan oleh Roger Tomlinson yang

kemudian disebut CGIS (Canadian GIS atau SIG Kanada) digunakan untuk menyimpan, menganalisis, dan mengolah data yang dikumpulkan untuk inventarisasi Tanah Kanada (CLI-Canadian Land Inventory). Sistem ini merupakan sebuah inisiatif untuk mengetahui kemampuan lahan di wilayah Pedesaan Kanada dengan memetakan berbagai informasi pada tanah, pertanian, pariwisata, alam bebas, unggas, dan penggunaan tanah pada skala 1:250.000.

Sejak saat itu Sistem Informasi Geografis berkembang di beberapa benua, terutama Benua Amerika, Benua Eropa, Benua Australia, dan Benua Asia. Seperti di negara-negara lain, di Indonesia pengembangan SIG dimulai di lingkungan pemerintahan dan militer. Perkembangan SIG menjadi pesat semenjak ditunjang oleh sumber daya yang bergerak di lingkungan akademis (kampus).

## 1. Definisi Sistem Informasi Geografis

Definisi SIG sangatlah beragam, karena memang definisi SIG selalu berkembang, bertambah dan sangat bervariasi, dibawah ini adalah beberapa definisi Sistem Informasi Geografis (SIG) menurut beberapa ahli:

- a) Kang-Tsung Chang (2002), mendefinisikan SIG sebagai *is an a computer system for capturing, storing, querying, analyzing, and displaying geographic data.*
- b) Arronoff (1989), mendefinisikan SIG sebagai suatu sitem berbasis komputeryang memiliki kemampuan dalam menangani data bereferensi geografi yaitu pemasukan data, manajemen data (penyimpanan dan pemanggilan kembali), manipulasi dan analisis data, serta keluaran sebagai hasil akhir (*output*). Hasil akhir (*output*) dapat dijadikan acuan dalam pengambilan keputusan pada masalah yang berhubungan dengan geografi.
- c) Menurut Gistut (1994), SIG adalah sistem yang dapat mendukung pengambilan keputusan spasial dan mampu mengintegrasikan deskripsi-deskripsi lokasi dengan karakteristik fenomena yang ditemukan di lokasi tersebut. SIG yang lengkap mencakup

metodologi dan teknologi yang diperlukan yaitu data spasial perangkat keras, perangkat lunak, dan struktur organisasi.

- d) Burrough (1986) mendefinisikan SIG adalah sistem berbasis komputer yang digunakan untuk memasukkan, menyimpan, mengelola, menganalisis, dan mengaktifkan kembali data yang mempunyai referensi keruangan untuk berbagai tujuan yang berkaitan dengan pemetaan dan perencanaan.

Sistem Informasi Geografis (SIG) dalam perkembangannya dewasa ini telah menjadi alat yang memiliki dampak positif dalam proses perencanaan berbasis komunitas dan pembuatan keputusan ilmiah untuk aktivitas pengembangan program. Sistem Informasi Geografis (SIG) merupakan sebuah sistem yang mampu membangun, memanipulasi, dan menampilkan informasi yang mempunyai referensi geografis (Ramadona dan Kusnanto: 2011). Sistem Informasi Geografis (SIG) juga dapat dijelaskan sebagai suatu sistem (berbasis komputer) yang digunakan untuk menyimpan dan memanipulasi informasi geografis. Sistem Informasi Geografis (SIG) dirancang untuk mengumpulkan, menyimpan dan menganalisis objek-objek serta fenomena-fenomena di mana lokasi geografis merupakan karakteristik yang penting atau kritis untuk dianalisis.

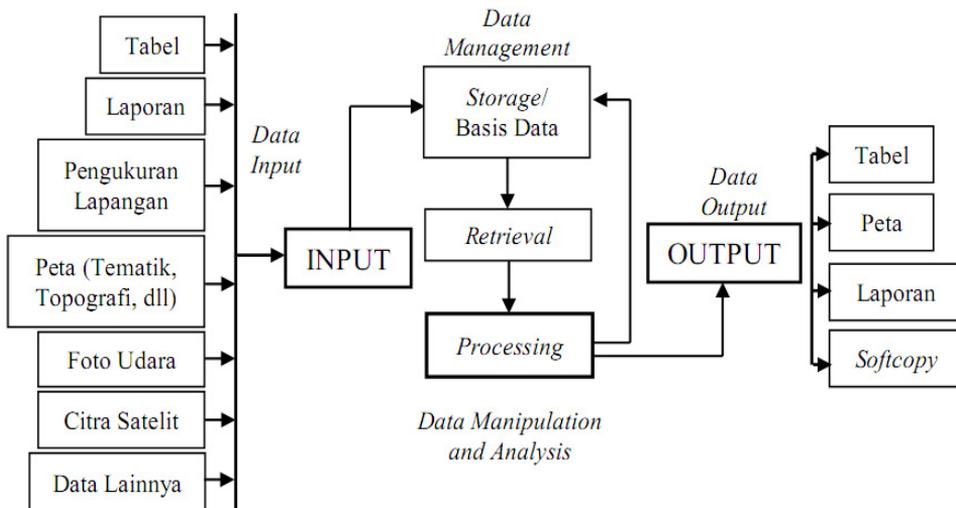
Dengan demikian, menurut Prahasta (2009) Sistem Informasi Geografis (SIG) merupakan sistem komputer yang memiliki subsistem yang terdiri atas empat kemampuan dalam menangani data yang bereferensi geografis sebagai berikut:

- a) Data input subsistem ini terkait dengan tugas mengumpulkan, mempersiapkan, dan menyimpan data spasial dan atributnya dari berbagai sumber.
- b) Data *output* merupakan subsistem yang mampu menampilkan atau menghasilkan keluaran keseluruhan atau sebagian data dalam bentuk tabel, grafik, peta, ataupun laporan.
- c) Data *management* bertugas untuk mengorganisasikan data, baik data spasial maupun atribut yang terkait ke dalam sistem

basis data sehingga mudah untuk dipanggil kembali. Data ini juga sering disebut juga sebagai *subsystem storage and retrieval* (penyimpanan dan pemanggilan data).

d) *Data manipulation and analysis*, subsistem ini melakukan manipulasi dan pemodelan data untuk menghasilkan informasi yang diharapkan oleh Sistem Informasi Geografis (SIG).

Secara lebih jelas, subsistem dalam Sistem Informasi Geografis (SIG) tersebut dapat diilustrasikan sebagai berikut:



**Gambar 5.5** Ilustrasi Subsistem SIG

Sumber: Prahasta, 2009

Beberapa hal tersebut di atas cukup menjadi alasan bahwa konsep dan aplikasi Sistem Informasi Geografis (SIG) sangat menarik untuk digunakan dalam berbagai bidang ilmu karena SIG sangat efektif, dapat digunakan sebagai alat bantu, mampu menguraikan unsur-unsur yang terdapat di permukaan bumi ke dalam bentuk beberapa layer atau *coverage* data spasial, memiliki kemampuan yang sangat baik dalam memvisualisasikan data spasial dan bentuk atribut-atributnya serta dapat menurunkan data-data secara otomatis tanpa keharusan melakukan interpretasi secara manual.

Sistem Informasi Geografis (SIG) merupakan sebuah sistem yang saling terangkai satu dengan yang lain, SIG sebagai kumpulan yang terorganisir dari perangkat keras komputer, perangkat lunak, data geografi, dan personel yang didesain untuk memperoleh, menyimpan, memperbaiki, memanipulasi, menganalisis, dan menampilkan semua bentuk informasi lingkungan dan geografi. Dengan demikian, basis analisis dari SIG adalah data spasial dalam bentuk digital yang diperoleh melalui data satelit atau data lain terdigitasi. Analisis SIG memerlukan tenaga ahli sebagai interpreter, perangkat keras komputer dan *software* pendukung (Nuarsa: 2004).

Dalam Sistem Informasi Geografis (SIG) terdapat berbagai peran dari berbagai unsur, baik manusia sebagai ahli dan sekaligus operator, perangkat alat maupun obyek permasalahan. Sistem ini merupakan rangkaian sistem yang memanfaatkan teknologi digital untuk melakukan analisis spasial. Sistem ini juga memanfaatkan perangkat keras dan lunak komputer untuk melakukan pengolahan data seperti, perolehan dan verifikasi, kompilasi, penyimpanan, pembaruan dan perubahan, manajemen dan pertukaran, manipulasi, penyajian dan analisis. Pemanfaatan Sistem Informasi Geografis (SIG) secara terpadu dalam sistem pengolahan citra digital adalah memperbaiki hasil klasifikasi. Dengan demikian, peranan teknologi SIG dapat diterapkan pada operasionalisasi penginderaan jauh satelit. Mengingat sumber data sebagian besar berasal dari data penginderaan jauh baik satelit maupun terestrial (uji lapangan) terdigitasi, teknologi SIG erat kaitannya dengan teknologi penginderaan jauh. Namun, penginderaan jauh bukanlah satu-satunya ilmu pendukung bagi sistem ini. Data spasial dari penginderaan jauh dan survei terestrial tersimpan dalam basis data yang memanfaatkan teknologi komputer digital untuk pengelolaan dan pengambilan keputusan.

Secara teknis, SIG mengorganisasikan dan memanfaatkan data dari peta digital yang tersimpan dalam basis data. Dalam Sistem Informasi Geografis dunia nyata dijabarkan dalam data peta digital yang menggambarkan posisi dari ruang (*space*) dan klasifikasi, atribut

data dan hubungan antar-item data. Kerincian data dalam Sistem Informasi Geografis ditentukan oleh besarnya satuan pemetaan terkecil yang dihimpun dalam basis data. Dalam bahasa pemetaan kerincian itu tergantung dari skala peta dan dasar acuan geografis yang disebut sebagai peta dasar (Ruswanto, 2010).

## **2. Analisis Spasial dalam Sistem Informasi Geografis (Sig)**

Sebagaimana telah diuraikan sebelumnya bahwa Sistem Informasi Geografis (SIG) mempunyai kemampuan untuk menjawab pertanyaan spasial maupun nonspasial beserta kombinasinya dalam rangka memberikan solusi atas permasalahan keruangan. Hal ini berarti bahwa sistem ini memang dirancang untuk mendukung berbagai analisis terhadap informasi geografis, seperti teknik-teknik yang digunakan untuk meneliti dan mengeksplorasi data dari perspektif keruangan untuk mengembangkan dan menguji model-model, serta menyajikan kembali datanya sedemikian rupa sehingga dapat meningkatkan pemahaman dan wawasan. Fungsi atau teknik analisis yang seperti inilah yang dalam Sistem Informasi Geografis (SIG) disebut sebagai analisis spasial (Prahasta: 2009).

Lebih lanjut, Prahasta (2009) menjelaskan bahwa analisis spasial merupakan suatu teknik atau proses yang melibatkan sejumlah hitungan dan evaluasi logika dilakukan dalam rangka mencari atau menemukan potensi hubungan atau pola-pola yang terdapat diantara unsur-unsur geografis. Dengan kata lain, analisis spasial merupakan sekumpulan teknik untuk menganalisis data spasial yang hasil-hasilnya sangat bergantung pada lokasi obyek bersangkutan yang sedang dianalisis, dan memerlukan akses baik terhadap lokasi obyek maupun atribut-atributnya. Sehubungan dengan hal tersebut, fungsi analisis spasial dapat memberikan informasi yang spesifik tentang peristiwa yang sedang terjadi pada suatu area atau unsur geografis beserta perubahan atau tren yang terdapat di dalamnya pada selang waktu tertentu. Adapun fungsi-fungsi analisis spasial yang dimaksud dalam hal ini beberapa di antaranya adalah

- 1) Klasifikasi (*reclassify*) merupakan fungsi analisis spasial untuk mengklasifikasikan kembali suatu data hingga menjadi data spasial baru berdasarkan kriteria atau atribut tertentu.
- 2) *Network* atau jaringan, fungsionalitas ini merujuk pada pergerakan atau perpindahan suatu sumber daya dari satu lokasi ke lokasi lain melalui unsur-unsur buatan manusia yang membentuk jaringan saling terhubung satu sama lain.
- 3) *Overlay*, fungsionalitas ini menghasilkan layer data spasial baru hasil kombinasi dari minimal dua layer yang menjadi masukannya dilakukan dengan menggabungkan dua peta atau lebih dalam satu wilayah yang sama sehingga menghasilkan suatu peta sintesis.
- 4) *Buffering*, fungsi ini juga akan menghasilkan layer spasial baru yang berbentuk poligon dengan jarak tertentu dari unsur-unsur spasial yang menjadi masukannya. Analisis ini digunakan untuk menentukan kawasan penyangga dari suatu wilayah, garis/koridor.
- 5) *Find distance*, analisis spasial ini berkenaan dengan hubungan atau kedekatan suatu unsur spasial dengan unsur-unsur spasial lainnya. Fungsi analisis ini akan menerima masukan sebuah layer vektor yang berisi unsur-unsur spasial tipe titik, garis, atau poligon untuk menghasilkan sebuah layer raster yang piksel-pikselya berisi nilai-nilai jarak dari semua unsur spasial yang terdapat di dalam layer masukan.
- 6) *Clustering* merupakan proses klasifikasi yang digunakan untuk mengelompokkan piksel-piksel citra berdasarkan aspek-aspek statistik semata. Analisis ini juga ditujukan untuk mengelompokkan obyek-obyek berdasarkan karakteristik yang dimilikinya sehingga obyek paling dekat kesamaannya dengan obyek lain akan berada dalam kluster yang sama.
- 7) Interpolasi merupakan prosedur untuk menduga nilai yang tidak diketahui dengan menggunakan nilai-nilai diketahui yang terletak di sekitarnya. Titik-titik di sekitarnya mungkin tersusun

secara teratur maupun tidak teratur. Kualitas hasil interpolasi tergantung dari keakuratan dan penyebaran dari titik diketahui serta fungsi matematika yang dipakai untuk menduga model sehingga dihasilkan nilai-nilai yang masuk akal. Perhitungan matematis dalam Sistem Informasi Geografis (SIG) dilakukan untuk mendapatkan peta hasil sesuai dengan kriteria yang diinginkan dalam bentuk keruangan.

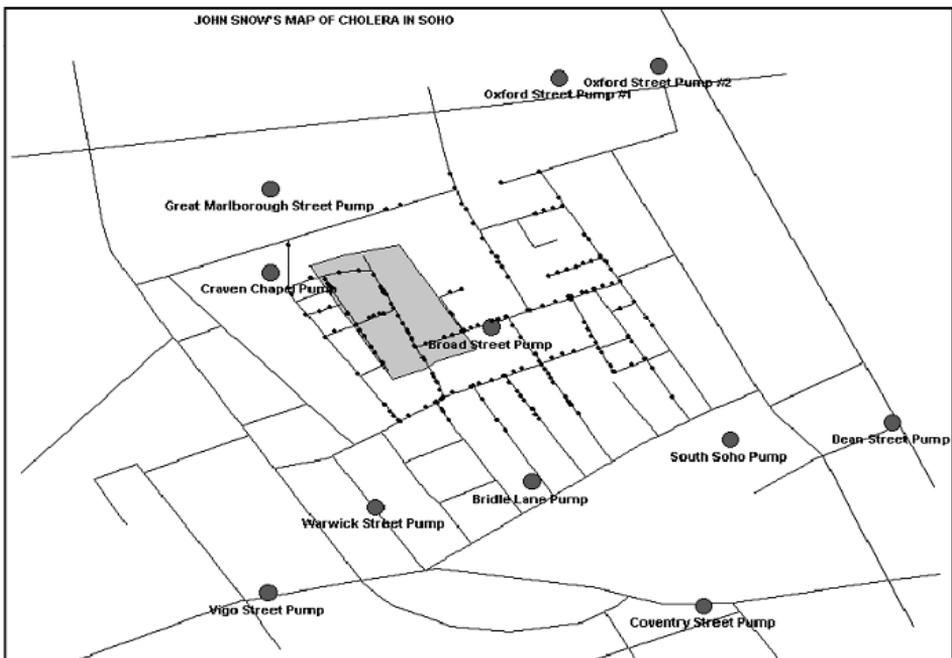
Dalam aktivitas keseharian, banyak sekali masalah yang dapat diselesaikan melalui pendekatan analisis spasial. Setidaknya hasil analisis spasial dengan pemodelan Sistem Informasi Geografis (SIG) dapat dijadikan sebagai dasar yang kuat bagi suatu pengambilan keputusan atau pembuatan suatu kebijakan. Sebagaimana beberapa penelitian yang pernah dilakukan terkait pentingnya Sistem Informasi Geografis dalam bidang kesehatan yang dilakukan oleh Nuvolone et.al. (2011) tentang analisis spasial terhadap pengaruh polusi udara jalan raya dengan kejadian penyakit saluran pernapasan yang menunjukkan hasil adanya nilai tambah Sistem Informasi Geografis dalam penelitian kesehatan lingkungan. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh English, P. et.al. (1999) yang meneliti tentang hubungan antara arus lalu lintas dengan kejadian asma pada anak menggunakan Sistem Informasi Geografis menunjukkan bahwa paparan terhadap arus lalu lintas yang tinggi berhubungan dengan meningkatnya kunjungan medis berulang pada anak-anak penderita asma di California dan paparan berulang terhadap partikel polutan udara dari aktivitas kendaraan di jalan raya juga dapat memperburuk keadaan pada orang yang sudah didiagnosa asma.

Hal serupa juga dilakukan oleh Chan, et.al. (2009) di Taipei, Taiwan yang mengatakan bahwa penelitian-penelitian sebelumnya yang terkait menunjukkan kelayakan pendekatan spasial dan temporal terpadu untuk menilai dampak polusi udara pada hasil kunjungan pasien penderita asma. Pada penelitiannya juga memberikan pemahaman yang lebih baik tentang hubungan antara polusi udara dan kunjungan pasien asma dengan menggunakan pendekatan yang sama. Beberapa

contoh hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pemodelan Sistem Informasi Geografis (SIG) dengan pendekatan analisis spasial temporal mampu memberikan informasi yang lebih jelas dan bermanfaat dalam bidang kesehatan.

### 3. Manfaat Sistem Informasi Geografis (Sig) Dalam Kesehatan Masyarakat

Salah seorang ahli dalam kesehatan masyarakat yang dianggap sebagai pelopor berkembangnya penggunaan Sistem Informasi Geografis (SIG) adalah John Snow yang telah melakukan pemetaan terhadap kasus Kolera di Soho, London pada tahun 1854 hingga akhirnya dapat menemukan sumber penularan penyakit kolera pada saat itu. Berikut ini adalah gambaran peta buatan tangan



**Gambar 5.6** Peta Kematian Akibat Kolera oleh John Snow Tahun 1854

Sumber: Boulos et al., 2001

Dalam perkembangannya, dengan semakin berkembangnya masyarakat, pelayanan kesehatan masyarakat pun dihadapkan pada masalah yang berkaitan dengan heterogenitas populasi yang

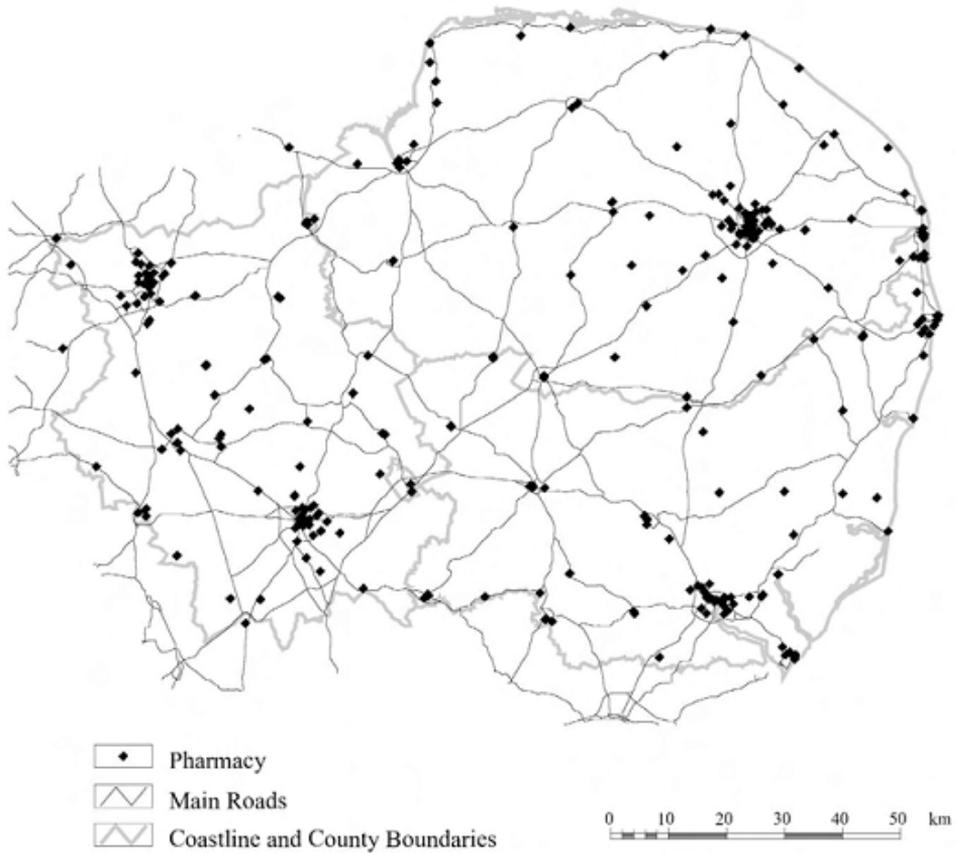
menyebabkan semakin kompleksnya penyakit berikut faktor-faktor penyebabnya. Sistem Informasi Geografis (SIG) dapat digunakan untuk menganalisis heterogenitas tersebut, terutama yang berhubungan dengan perbedaan geografis, faktor-faktor demografis, budaya, dan sebagainya (Harimurti: 2007).

Hasil dari analisis dengan memanfaatkan Sistem Informasi Geografis (SIG) menurut McLafferty (2003) dalam Harimurti (2007) akan sangat menunjang proses pelayanan kesehatan kepada masyarakat karena dapat digunakan untuk menentukan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat, dapat mengidentifikasi aksesibilitas tempat-tempat pelayanan kesehatan masyarakat dan bahkan mengetahui kecenderungan penyakit yang terjadi dalam masyarakat tersebut. Sedangkan Kaiser et al (2003) dalam Harimurti (2007) menguraikan cakupan pemanfaatan Sistem Informasi Geografis (SIG) dalam kesehatan masyarakat di antaranya adalah menilai risiko dan ancaman kesehatan dalam masyarakat, mengetahui distribusi penyakit dan investigasi wabah, dapat digunakan untuk perencanaan dan implementasi program pelayanan kesehatan, serta sekaligus juga dapat dimanfaatkan untuk evaluasi dan pengawasan program.

Sistem Informasi Geografis (SIG) pada saat ini telah banyak digunakan oleh tenaga atau ahli kesehatan masyarakat ataupun epidemiolog karena menurut Jasmin and Johnson (1999) dalam Kristina (2008) beberapa aplikasinya secara umum dalam bidang kesehatan dapat digunakan untuk menemukan penyebaran dan jenis-jenis penyakit secara geografis, meneliti perkembangan tren sementara suatu penyakit, mengidentifikasi kesenjangan, celah di daerah terpencil, mengurangi kerugian masyarakat melalui pemetaan dan stratifikasi faktor-faktor risiko, menggambarkan kebutuhan-kebutuhan dalam pelayanan kesehatan berdasarkan data dari masyarakat dan menilai alokasi sumber daya, meramalkan kejadian wabah, memantau perkembangan penyakit dari waktu ke waktu, dan dapat menempatkan fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh masyarakat.

Sistem Informasi Geografis (SIG) sangat memberikan manfaat dalam bidang kesehatan di antaranya adalah untuk mempelajari hubungan antara lokasi, lingkungan dan kejadian penyakit oleh karena kemampuannya dalam mengelola dan menganalisis serta menampilkan data spasial. SIG juga dapat menghasilkan analisis data epidemiologi dengan baik, menggambarkan tren kejadian suatu penyakit, menggambarkan ketergantungan dan saling keterkaitan antara berbagai faktor penyebab timbulnya penyakit pada suatu wilayah. Di samping itu, dengan SIG dapat dilakukan pemetaan terhadap sumber daya kesehatan masyarakat, penyakit-penyakit tertentu dan permasalahan kesehatan lainnya yang berhubungan dengan lingkungan, infrastruktur, demografi dan sosial (Nurhayati, 2005).

Salah satu perkembangan Sistem Informasi Geografis (SIG) dalam kesehatan masyarakat yang menarik adalah Epidemiologi Spasial (Spatial Epidemiology). Menurut Elliot dan Wartenberg (2004) dalam bukunya "*Spatial Epidemiology: Current Approaches and Future Challenges*", Spasial Epidemiologi adalah ilmu untuk mendeskripsikan dan menganalisis keragaman geografis pada penyakit dengan memperhatikan dimensi geografis, lingkungan, perilaku, sosial ekonomi, genetika, dan faktor risiko penularan. Epidemiologi spasial ini menghasilkan pemetaan penyakit (*diseases mapping*), studi korelasi geografis (*geographical correlation studies*), pengelompokan penyakit (*diseases kluster*), dan survailans (*surveillance*).



**Gambar 5.7** Aplikasi GIS Penentuan Lokasi Apotik

Menurut WHO, SIG (Sistem Informasi Geografis) dalam kesehatan masyarakat dapat digunakan sebagai berikut:

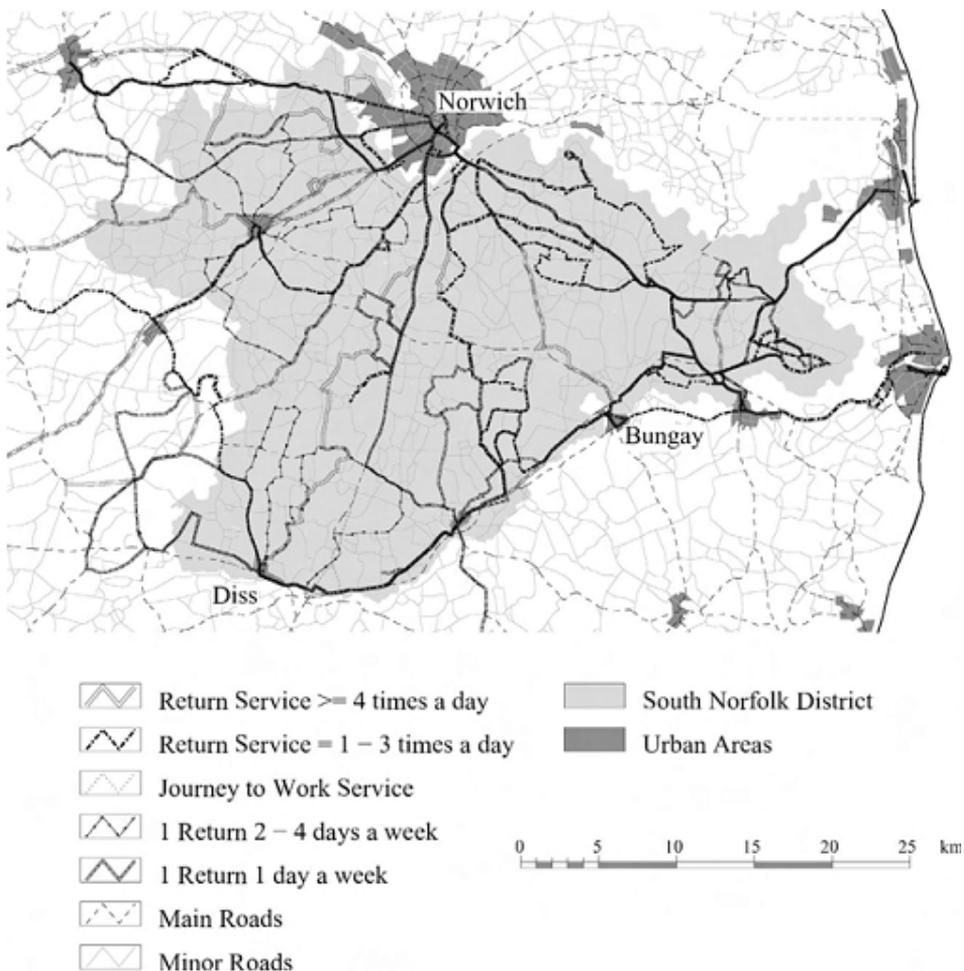
- 1) menentukan distribusi geografis penyakit;
- 2) analisis tren spasial dan temporal;
- 3) pemetaan populasi berisiko;
- 4) stratifikasi faktor risiko;
- 5) penilaian distribusi sumber daya;
- 6) perencanaan dan penentuan intervensi; dan
- 7) *monitoring* penyakit.

Sistem Informasi Geografis (SIG) memiliki beberapa keuntungan dalam metode konvensional yang digunakan dalam perencanaan, manajemen dan penelitian kesehatan:

- a. **Manajemen Data.** SIG memberikan kemampuan bagi pengguna/*user* untuk menyimpan, mengintegrasikan, menampilkan, dan menganalisis data dari level molekuler terhadap resolusi satelit kepada komponen spasial yang diperoleh dari sumber data berbeda. Manajemen data dengan penggunaan Sistem Informasi Geografis (SIG) dapat mendukung kegiatan *surveillance* penyakit yang sangat membutuhkan keberlangsungan/kontinuitas, sistematika pengumpulan data dan analisis data.
- b. **Visualisasi.** SIG merupakan alat yang akurat untuk menghadirkan informasi spasial terhadap level secara individual dan melakukan model peramalan/prediksi.
- c. **Analisis *overlay*.** SIG dapat melakukan analisis secara bersusun dari bagian informasi yang berbeda. Ini sangat membantu dalam pengambilan keputusan, dan penelitian medis terhadap pemodelan multikriteria yang membantu dalam memahami asosiasi/hubungan antara prevalensi penyakit dan gambaran spesifik.
- d. **Analisis *buffer*.** SIG dapat menciptakan zona/wilayah *buffer* di sekitar daerah yang dipilih. Radius 10 km untuk menggambarkan area rumah sakit yang dijangkau atau 1 km di sekitar sungai untuk menandai penularan risiko pencemaran melalui air. Pengguna/*user* dapat mengkhususkan ukuran *buffer* dan mengombinasikan dengan informasi data insidensi penyakit untuk memperkirakan jumlah kasus yang terjadi dalam zona *buffer*.
- e. **Analisis statistik.** SIG dapat menyelesaikan kalkulasi spesifik, seperti proporsi populasi dalam suatu radius tertentu dari suatu pusat kesehatan dan juga mengkalkulasi jarak dan area sebagai contoh jarak suatu masyarakat ke pusat kesehatan serta area yang dicakup oleh program kesehatan tertentu (cakupan).
- f. **Query.** SIG memberikan interaksi pertanyaan untuk mendapatkan intisari informasi yang dimasukkan dalam peta, tabel, grafik,

dan juga menjawab pertanyaan dari lokasi, kondisi, tren, serta pemodelan dan pola spasial.

SIG secara bertahap diterima dan digunakan oleh administrator dan ahli kesehatan masyarakat termasuk pengambil kebijakan, ahli statistik, ahli epidemiologi, pegawai dinas kesehatan provinsi/kabupaten. Beberapa tahun ke depan, SIG diprediksi akan mampu memberikan kontribusi yang lebih besar lagi dalam sektor kesehatan. Salah satu institusi yang membuat analisisnya adalah CDC yang mengungkapkan pemanfaatan SIG ke depannya, berdasarkan “Sepuluh Fungsi Pokok Sektor Kesehatan Masyarakat”.



**Gambar 5.8** Aplikasi Gis dalam Aksesibilitas Kendaraan terhadap Fasilitas Kesehatan

Berikut ini adalah beberapa contoh pemanfaatan SIG dalam bidang Kesehatan Masyarakat berdasarkan analisis CDC tersebut.

- a. Fungsi pertama yaitu memonitor status kesehatan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada di masyarakat. Dalam mendukung fungsi ini, SIG dapat digunakan untuk memetakan kelompok masyarakat serta areanya berdasarkan status kesehatan tertentu, misalnya status kehamilan. Dengan SIG, peta mengenai status kesehatan dapat digunakan untuk merencanakan program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh kelompok tersebut, misalnya pelayanan ANC, persalinan dll.
- b. Fungsi yang kedua yaitu mendiagnosa dan menginvestigasi masalah serta risiko kesehatan di masyarakat. Sebagai contoh, seorang epidemiologis sedang mengolah data tentang kasus asma yang diperoleh dari Rumah Sakit, Puskesmas, dan Pusat – Pusat Kesehatan lainnya di masyarakat, ternyata dia menemukan terjadi kenaikan kasus yang cukup signifikan di suatu Rumah Sakit, maka kemudian dia mencari tahu data dari pasien – pesien penderita asma di Rumah Sakit tersebut bekerja di perusahaan yang sama. Demikian seterusnya hingga kemudian SIG dapat digunakan untuk memberikan data yang lengkap mengenai pola paparan kimia tertentu di perusahaan – perusahaan dalam suatu wilayah, yang merupakan informasi yang penting untuk para karyawan. Informasi ini juga dapat diteruskan kepada ahli – ahli terkait, dalam hal ini ahli K3 untuk melakukan penanganan lebih lanjut terhadap masalah yang ditemukan
- c. Fungsi yang ketiga yaitu menginformasikan, mendidik dan memberdayakan masyarakat mengenai isu – isu kesehatan. SIG dalam hal ini dapat menyediakan informasi mengenai kelompok masyarakat yang diidentifikasi masih memiliki pengetahuan yang kurang mengenai informasi kesehatan tertentu, sehingga kemudian dapat dicari media komunikasi yang paling efektif bagi kelompok tersebut, serta dapat dibuat perencanaan mengenai waktu yang

paling tepat untuk melakukan promosi kesehatan kepada kelompok masyarakat tersebut.

- d. Fungsi yang keempat yaitu membangun dan menggerakkan hubungan kerjasama dengan masyarakat untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan. Dalam hal ini SIG dapat digunakan untuk melihat suatu pemecahan masalah kesehatan berdasarkan area tertentu dan kemudian memetakan kelompok masyarakat yang potensial dapat mendukung program tersebut berdasarkan area – area yang terdekat dengannya. Misalnya masalah imunisasi yang ada pada wilayah kerja tingkat RW atau Posyandu, maka dapat dipetakan kelompok potensial pendukungnya yaitu Ibu – Ibu PKK yang dapat diberdayakan sebagai kader pada Posyandu – Posyandu yang terdekat dengan tempat tinggalnya
- e. Fungsi yang kelima yaitu membangun kebijakan dan rencana yang mendukung usaha individu maupun masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Contohnya dalam hal analisis wilayah cakupan Puskesmas. Dalam hal ini SIG digunakan untuk memetakan utilisasi dari tiap – tiap Puskesmas oleh masyarakat sehingga dapat dibuat perencanaan yang jelas mengenai sumber daya kesehatan yang perlu disediakan untuk Puskesmas tersebut disesuaikan dengan tingkat utilitasnya.
- f. Fungsi yang keenam yaitu membangun perangkat hukum dan peraturan yang melindungi kesehatan dan menjamin keselamatan masyarakat. Dalam hal ini SIG dapat digunakan untuk membagi secara jelas kewenangan dan tanggung jawab suatu pusat pelayanan kesehatan pada tiap – tiap wilayah kerja dalam menjamin dan menangani segala bentuk masalah yang terjadi di wilayah tersebut. Dengan demikian maka manajemen komplain dapat terkoordinir dengan baik.
- g. Fungsi yang ketujuh yaitu menghubungkan individu yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan tersebut jika belum tersedia. Misalnya seorang warga negara asing diidentifikasi

menderita suatu penyakit tertentu yang membutuhkan penanganan yang serius. Maka untuk mengatasinya, dengan melihat peta dan data akses pelayanan kesehatan yang tersedia dapat dicari tenaga kesehatan terdekat yang dapat membantu orang tersebut, dan menguasai bahasa yang digunakannya. Dengan data SIG juga dapat diketahui bagaimana akses transportasi termudah yang dapat dilalui oleh warga negara asing tersebut menuju fasilitas kesehatan terdekat.

- h. Fungsi kedelapan yaitu menjamin ketersediaan tenaga kesehatan dan ahli kesehatan masyarakat yang berkompeten di bidangnya. Dalam hal ini SIG dapat menyediakan peta persebaran tenaga kesehatan dan ahli kesehatan masyarakat di tiap – tiap daerah, sehingga dengan demikian dapat dilihat jika ada penumpukan atau bahkan kekurangan personel di suatu daerah. Lebih lanjut, data tersebut dapat digunakan dalam hal perencanaan pengadaan tenaga – tenaga kesehatan untuk jangka waktu ke depan untuk masing – masing wilayah.
- i. Fungsi kesembilan yaitu mengevaluasi efektivitas, kemudahan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di masyarakat. Data SIG dapat menyediakan data yang lengkap mengenai potensi tiap daerah serta karakter demografis masyarakatnya untuk dihubungkan dengan fasilitas kesehatan yang tersedia dan tingkat utilitasnya. Dengan demikian, dapat dievaluasi kembali kesesuaian dan kecukupan dari penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang ada.
- j. Fungsi kesepuluh yaitu penelitian untuk menciptakan penemuan baru dan inovasi dalam memecahkan masalah-masalah kesehatan di masyarakat. Salah satu kegunaan SIG dalam hal ini adalah untuk menyediakan data yang akurat mengenai perubahan-perubahan yang terjadi di suatu daerah seperti penambahan jumlah perumahan, jalan, pabrik atau sarana-sarana lainnya yang berpengaruh pada lingkungan dan berpotensi mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Data ini kemudian dapat digunakan untuk merancang dan merencanakan inovasi-inovasi tertentu yang dapat menjamin kesehatan suatu masyarakat (Irmawati: 2005).

# BAB VI

## LEADERSHIP DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

### A. Definisi Leadership

Merton (1969) menyatakan bahwa "*leadership* adalah hubungan interpersonal di mana orang-orang lain di dalamnya bersedia mematuhi pemimpin mereka karena mereka menginginkannya, bukan karena mereka diharuskan." Roach dan Behling (1984) menyatakan bahwa "*leadership* adalah suatu proses mempengaruhi kelompok yang terorganisasi dalam upaya mencapai tujuan kelompok."

Hughes (2006) menyatakan bahwa *leadership* merupakan fenomena kompleks yang melibatkan tiga hal utama, yakni *leadership*, pengikut, dan situasi. Fenomena mengenai *leadership* ini diyakini memiliki pengaruh terhadap produktivitas dan keteraturan kelompok (Bass: 1985). Selain definisi di atas, ada beberapa pendapat yang menyatakan apa yang dimaksud dengan *leadership*. Bennis (1989) menyatakan bahwa "*leadership* adalah suatu proses di mana seorang agen mempengaruhi bawahannya untuk berperilaku sesuai dengan apa yang diinginkannya." Sedangkan Fiedler (1967) menyatakan bahwa "*leadership* adalah mengarahkan dan mengkoordinasikan pekerjaan dan anggota kelompok."

Selain itu, juga "*leadership* diartikan sebagai proses-proses pengaruh yang melibatkan penentuan sasaran-sasaran kelompok dan organisasi (Yukl: 1989). "Memotivasi perilaku tugas untuk mencapai

sasaran serta memengaruhi pemeliharaan kelompok dan budaya (Bass: 1985). Menyimpulkan berbagai definisi *leadership* yang telah ada. Bass menyatakan bahwa *leadership* adalah suatu interaksi antara dua orang atau lebih di dalam suatu kelompok yang mengatur atau mengatur ulang situasi, persepsi, dan ekspektasi dan para anggota. *Leadership* adalah agen perubahan (*agents of change*), di mana perilakunya mempengaruhi orang lain. *Leadership* dapat terbentuk dalam suatu kelompok ketika satu anggota kelompok mengubah motivasi atau kompetisi antara satu sama lain dalam kelompok. Berdasarkan definisi Bass, perlu diamati bahwa *leadership* yang dikatakan agen perubahan itu apakah *leadership* formal atau *leadership* informal. Pada penelitian ini, peneliti fokus pada *leadership* formal dalam organisasi.

Locke et.al. (1991) mendefinisikan *leadership* dalam bentuk yang lebih sederhana. Locke menyatakan bahwa “*leadership* sebagai proses mengajak orang lain untuk berperilaku demi mencapai tujuan bersama.” Ada dua hal yang perlu diperhatikan dalam definisi Locke et.al. ini. Hal pertama yang perlu diperhatikan menurut Locke ialah bahwa *leadership* adalah suatu konsep relasional. *Leadership* terbentuk karena ada relasi atau hubungan dengan orang lain yang disebut pengikut. Secara implisit, Locke menyatakan dalam definisinya bahwa *leadership* yang efektif harus mengetahui bagaimana cara memberikan inspirasi dan membentuk relasi dengan para pengikutnya. Hal kedua yang perlu diperhatikan ialah *leadership* merupakan suatu proses. Dalam memimpin, *leadership* harus melakukan suatu tindakan.

Berdasarkan berbagai definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *leadership* adalah kemampuan seseorang untuk mempengaruhi perilaku, pikiran, dan sikap dan sekelompok orang, baik secara langsung ataupun tidak langsung tanpa adanya paksaan dari *leadership* mereka tetapi karena mereka mau melakukannya dengan sukarela.

Dalam disertasi yang tulis Hasibuan (2001), merumuskan pengertian Leadership sebagai berikut: (1) *leadership* menekankan adanya hubungan dua pihak, yaitu *leadership* dan yang dipimpin atau pengikut. (2) Terjadi pola interaksi di antara *leadership* dengan

pengikut. (3) Dalam pola interaksi yang terjadi di antara *leadership* dengan pengikut, *leadership* mempengaruhi perilaku para pengikut. (4) Proses *leadership* mempengaruhi pengikutnya ini dilakukan agar pengikut melakukan tindakan-tindakan untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh *leadership* atau tujuan yang telah disepakati bersama oleh *leadership* dan pengikutnya. (5) Tujuan yang ingin dicapai oleh *leadership* dan pengikutnya ialah tujuan organisasi.

Berdasarkan kelima hal di atas, Hasibuan (2001) yang memfokuskan *leadership* pada konteks organisasi pekerjaan atau kelompok dalam pekerjaan, menyimpulkan bahwa *leadership* adalah pola interaksi antara *leadership* formal dengan para pengikutnya atau bawahannya untuk melakukan tindakan-tindakan dalam mencapai tujuan kelompok yang diinginkan *leadership* atau yang disepakati bersama antara *leadership* dengan bawahannya. Kesimpulan Hasibuan inilah yang peneliti gunakan sebagai salah satu dasar untuk menentukan konsep *leadership*.

## **B. Model Gaya Leadership**

Konsep mengenai *leadership* yang diungkapkan oleh banyak ahli kemudian melahirkan sejumlah teori tentang *leadership*. Teori-teori ini mencoba mendeskripsikan karakteristik yang dimiliki *leadership*, faktor-faktor yang menyebabkan munculnya karakteristik tersebut ataupun faktor-faktor yang menyebabkan seorang *leadership* menjadi efektif. Ada teori *leadership* yang menekankan pada pendekatan otokratik sebagai lawan demokratik. Ada juga teori *leadership* yang menekankan pada proses pengambilan keputusan, apakah bersifat direktif atau partisipatif. Selain itu, ada teori *leadership* yang fokus pada tugas pekerjaan sebagai lawan dan hubungan interpersonal. Di samping itu, ada teori yang digunakan untuk menjawab tentang perilaku yang dilakukan *leadership*, apakah inisiasi atau konsiderasi.

Beberapa teori *leadership* ini dapat dikelompokkan berdasarkan pendekatan yang digunakan seperti pendekatan dan sisi sifat (*trait*), perilaku perorangan maupun situasional seperti yang diungkapkan oleh Gibson, Ivancevich, & Donnelly (1982), maupun pendekatan yang

diungkapkan oleh Yukl (1989) sebagai pengaruh kekuatan (*power influence*), sifat dan keahlian, perilaku, atau situasional.

House (1977) mengidentifikasi empat gaya atau perilaku *leadership* dalam menghadapi pengikutnya, yaitu pertama, *leadership* direktif, yaitu *leadership* yang membiarkan pengikut (*followers*) mereka mengetahui apa yang diharapkan dan diri mereka, menjadwalkan pekerjaan yang harus dilakukan, dan memberi bimbingan spesifik mengenai bagaimana caranya menyelesaikan tugas. Kedua, *leadership* suportif, yaitu *leadership* yang bersahabat dan memberikan perhatian kepada bawahan. Ketiga, *leadership* partisipatif, yaitu *leadership* yang selalu berunding dengan bawahannya, mendengarkan saran-saran mereka sebelum mengambil keputusan. Keempat, *leadership* yang berorientasi prestasi, yaitu *leadership* yang selalu mematok tujuan-tujuan yang menantang dan mengharapkan bawahan untuk bekerja pada tingkat yang paling tinggi.

Burn (1978) dan Bass (1985) mengelompokkan berbagai konsep dan teori *leadership* yang diungkapkan di atas sebagai pandangan tradisional dari *leadership*. Burn (1978) dan Bass (1985) menyebut pandangan tersebut perilaku atau gaya *leadership* transaksional. Menurut Burn (1978) dan Bass (1985), gaya *leadership* transaksional merupakan suatu proses pertukaran antara *leadership* dan pengikut di mana *leadership* memberikan imbalan kepada pengikut sebagai imbal-balik dari upaya yang dilakukan oleh pengikut untuk mencapai tingkat kinerja yang diharapkan atau disepakati dengan *leadership*-nya. Begitu pula sebaliknya, pengikut akan berupaya sebatas imbalan yang diterimanya dari *leadership*. Menurut Bass (1990), proses transaksi ini dikembangkan dan dipelihara sepanjang *leadership* dan pengikut sama-sama memperoleh keuntungan.

Seiring berjalannya waktu, riset *leadership* berubah dari yang meneliti akibat-akibat dari *leadership* transaksional kepada identifikasi dan penelitian tentang perilaku yang ditampilkan *leadership* yang membuat para pengikut lebih menyadari akan pentingnya nilai-nilai dari hasil-hasil tugas. Selain itu, Bass (1985) dan Yukl (1989)

menyatakan bahwa meningkatkan kebutuhan-kebutuhan bawahan ke tingkat yang lebih tinggi dan mendorong mereka untuk melebihi minat-minatnya sendiri bagi kepentingan organisasi. Perilaku *leadership* yang demikian yang disebut transformasional atau kharismatik. Perilaku atau gaya *leadership* transformasional diyakini dapat meningkatkan dampak-dampak dari perilaku *leadership* transaksional terhadap variabel-variabel hasil dari pengikut atau bawahan. Hal ini memperkuat pernyataan Yukl (1989) bahwa *leadership* transformasional membuat para pengikut merasa yakin dan menghargai *leadership*-nya dan termotivasi untuk bertindak melebihi dari apa yang diharapkan untuk mereka lakukan.

Bass (1985) dalam Hasibuan (2001) menyatakan bahwa *leadership* transaksional dan *leadership* transformasional dapat ada pada satu orang *leadership* karena dalam melaksanakan tindakan *leadership* dapat menampilkan variasi dari gaya *leadership* transformasional maupun transaksional.

*Leadership* transaksional dan transformasional tidak dapat dilihat sebagai pendekatan yang berlawanan untuk menyelesaikan segala sesuatunya. *Leadership* transformasional itu dibangun di atas *leadership* transaksional. *Leadership* transformasional menghasilkan tingkat usaha dan kinerja bawahan yang melampaui apa yang akan terjadi dengan *leadership* transaksional. *Leadership* transformasional terbukti sangat kuat hubungannya dengan angka *turnover* yang rendah, produktivitas yang tinggi, dan kepuasan karyawan yang lebih tinggi (Pranaya: 2008).

## **C. Berbagai Gaya Leadership**

### **1. Leadership Transaksional**

*Leadership* transaksional adalah suatu gaya atau perilaku *leadership* di mana *leadership* yang membimbing dan memotivasi pengikut-pengikut mereka dalam arah tujuan-tujuan yang sudah dipatok dengan cara menjelaskan persyaratan peran dan persyaratan tugas. *Leadership* yang menggunakan gaya *leadership* transaksional berorientasi pada

penekanan biaya (*cost-benefit*), di mana mereka lebih memusatkan pada pemberian imbal-kinerja (*reward*) terhadap usaha yang dilakukan dan menjaga agar perilaku tersebut selalu diharapkan. Sedangkan dalam prosesnya, Bass (1985) menyatakan bahwa *leadership* transaksional lebih terfokus pada kompromi, intrik, dan pengendalian. *Leadership* transaksional juga dianggap lebih konservatif.

*Leadership* transaksional berkaitan dengan hubungan antara *leadership* dengan pengikut atau bawahan yang didasarkan atas seperangkat pertukaran atau tawar-menawar antara *leadership* dengan pengikut atau bawahan. Howell dan Avolio (1993) menyatakan bahwa *leadership* dengan pengikut atau bawahan sampai pada kesepakatan yang berkaitan dengan imbalan yang akan diterima pengikut atau bawahan apabila mereka mencapai tingkat kinerja yang disepakati.

Bass (1985) menyatakan bahwa semua teori *leadership* transaksional seperti, *leadership* otokratik-demokratik. *Leadership* yang fokus pada cara pengambilan keputusan apakah direktif atau partisipatif, fokus area yang dipimpin apakah fokus pada tugas atau fokus pada hubungan interpersonal, maupun gaya atau perilaku yang dilakukan dalam memimpin apakah inisiasi atau konsiderasi, semuanya selalu berusaha untuk membuat pengikut atau bawahan menampilkan kinerja untuk mencapai tingkat kinerja yang disepakati beserta imbalan yang akan diterima oleh mereka.

Locke et.al. (1991) mengungkapkan bahwa *leadership* transaksional bukanlah lawan atau kebalikan dari *leadership* transformasional. Lawan atau kebalikan dari *leadership* transaksional ialah *leadership* statis atau status quo. Locke et.al. juga mengungkapkan mengenai konsep transaksi yang diterapkan dalam gaya *leadership* transaksional. Locke et.al. menyatakan bahwa imbalan yang diberikan terhadap pengikut berupa imbalan jangka pendek dan imbalan jangka panjang. Konsep ini serupa dengan konsep transaksi yang dikemukakan oleh Kunhert dan Lewis (1987). Mereka menyatakan bahwa terdapat dua tingkat transaksi antara *leadership* dengan pengikutnya, yakni transaksi tingkat tinggi dan transaksi tingkat rendah, di mana transaksi tingkat rendah didasarkan

atas pertukaran barang atau hak, sedangkan transaksi tinggi berkaitan dengan transaksi interpersonal antara *leadership* dengan pengikutnya

*Leadership* transaksional efektif bila diterapkan pada organisasi yang tidak dihadapkan pada perubahan-perubahan baik dari dalam organisasi (perubahan diri orang-orang yang bekerja dalam organisasi) maupun dan luar organisasi (persaingan bisnis yang semakin ketat). *Leadership* transaksional terdiri dari empat dimensi, yakni *contingent reward*, manajemen pengecualian, manajemen pengecualian pasif, dan *laissez-faire*.

Hasibuan (2001) dalam disertasinya menyatakan bahwa sistem balas-jasa merupakan dimensi pertama dari *leadership* transaksional dan berkaitan dengan bentuk imbalan yang diberikan oleh *leadership* dengan bawahan yang tergantung pada seberapa jauh bawahan melaksanakan atau menyelesaikan pekerjaan sesuai dengan yang disepakati dengan *leadership*-nya. Sistem balas-jasa dapat berbentuk nonmaterial, seperti pengakuan *leadership* atas tugas yang sudah diselesaikan ataupun bersifat material, seperti bonus atau kenaikan gaji. Sistem balas-jasa diyakini dapat meningkatkan motivasi.

Bass (1985) dan Bass & Avolio (1990) dalam disertasi Hasibuan (2001) menyatakan bahwa dimensi lain dari *leadership* transaksional ialah manajemen pengecualian aktif dan manajemen pengecualian pasif. Pelaksanaan manajemen pengecualian (*management-by-exception*) dalam *leadership* transaksional berkaitan dengan peran *leadership* apabila pengikut atau bawahan melakukan kesalahan atau penyimpangan dalam menyelesaikan pekerjaan. Manajemen pengecualian disebut aktif apabila *leadership* melaksanakan tindakan *leadership*-nya dengan selalu mengawasi dan mengendalikan apa yang dilakukan oleh pengikut atau bawahan agar mereka tidak melakukan kesalahan dan dapat menghasilkan kinerja kerja yang disepakati. Sedangkan, manajemen pengecualian dikatakan pasif apabila *leadership* *bare* bertindak atau bereaksi untuk memperbaiki kesalahan yang dilakukan oleh pengikut atau bawahan setelah kesalahan itu terjadi. Akan tetapi, perilaku *leadership* yang menggunakan manajemen pengecualian tidak memiliki akibat terhadap kinerja bawahan (Podsakoff et al, 1990).

*Leadership laissez faire* merupakan dimensi lain dari *leadership* transaksional (Bass & Avolio, 1990 dalam Munandar, 2001). *Leadership laissez faire* merupakan perilaku *leadership* yang memberikan kebebasan kepada bawahan untuk melaksanakan dan menyelesaikan tugasnya tanpa pengawasan *leadership*. Pada dimensi ini, terjadi interaksi antara *leadership* dengan bawahan yang terbatas. *Leadership* sekadar mengetahui bahwa bawahannya mengerjakan dan berusaha menyelesaikan tugas yang dibebankan kepadanya tanpa intervensi *leadership*.

## **2. Leadership Transformasional**

Ivancevich dkk. menjelaskan bahwa *transformational leadership* adalah kepemimpinan di mana seorang pemimpin mampu memberikan motivasi bagi bawahannya untuk bekerja berdasarkan tujuan organisasi bukan hanya kepentingan pribadi dan untuk mencapai prestasi dan aktualisasi diri bukan hanya sekadar rasa aman (Ivancevich dkk., 2005: 511).

Berdasarkan sudut pandang *transformational leadership*, dengan mengutarakan visinya seorang pemimpin mampu menstimulasi bawahannya untuk bekerja keras agar mencapai tujuan dari visi tersebut. Selain itu, para pemimpin juga melakukan perubahan besar dalam organisasinya mulai dari misi, cara bekerja hingga manajemen sumber daya manusia dalam upaya mencapai visi yang telah diutarakan; seorang pemimpin yang transformasional akan merombak filosofi, sistem yang berlaku serta budaya organisasi secara menyeluruh (Ivancevich dkk., 2005: 512).

Hasibuan (2001) menyatakan *leadership* transformasional adalah suatu gaya atau perilaku *leadership* yang memberikan pertimbangan sendiri, rangsangan intelektual, dan memiliki kharisma. *Leadership* transformasional dianggap lebih revolusioner dan aktif.

Tichy dan Devanna (1986) menyatakan bahwa *leadership* transformasional mulai muncul karena adanya perubahan yang cepat di dunia internasional yang meningkatkan kompetisi antar-organisasi

sehingga pola perilaku transaksional dari *leadership* dirasa tidak memadai lagi.

Berdasarkan pendapat Bass (1985), *leadership* transformasional merupakan pengaruh *leadership* terhadap pengikut atau bawahan. Pengikut merasakan adanya kepercayaan, kebanggaan, loyalitas, dan rasa hormat kepada atasan atau *leadership*, dan mereka termotivasi untuk melakukan sesuatu yang melebihi apa yang diharapkan. Menurut Avolio (1991), fungsi utama dari seorang *leadership* transformasional adalah memberikan pelayanan sebagai katalisator dari perubahan, namun di saat bersamaan juga sebagai seorang pengendali dari perubahan (*a controller of change*). Meskipun terdapat beberapa perbedaan dalam mendefinisikan *leadership* transformasional, secara umum *leadership* transformasional didefinisikan sebagai seorang agen perubahan (*agent of change*).

*Leadership* transformasional berusaha meningkatkan dan memperluas kebutuhan pengikut atau bawahan dan meningkatkan perubahan yang dramatis dari individu-individu, kelompok-kelompok, dan organisasi-organisasi. *Leadership* transformasional adalah suatu proses di mana *leadership* dengan pengikut atau bawahan secara bersama-sama sampai kepada moralitas dan motivasi pada tingkat yang lebih tinggi (Burns, 1978).

Bass (1985) menyatakan bahwa *leadership* transformasional berbeda dengan *leadership* transaksional. *Leadership* transformasional berlangsung melebihi dari sekadar pertukaran atau imbalan bagi kinerja yang ditampilkan oleh pengikut atau bawahan seperti yang dikemukakan pada teori-teori *leadership* transaksional. *Leadership* transformasional mengembangkan kebutuhan-kebutuhan pengikut, memberikan inspirasi kepada pengikut melebihi minat pribadinya sendiri bagi satu tujuan bersama yang lebih tinggi.

Menurut Bass (1985), *leadership* dikatakan transformasional apabila ia dapat meningkatkan kesadaran dalam diri pengikut atau bawahan tentang apa yang benar, baik dan penting, membantu pengikutnya untuk memiliki kebutuhan-kebutuhan bahkan mengembangkannya.

Dalam organisasi yang diperhadapkan pada perubahan yang tinggi, *leadership* transformasional merupakan gaya *leadership* yang efektif (Hasibuan, 2001). Selanjutnya, menurut Bass (1985) untuk dapat menghasilkan produktivitas, *leadership* transformasional telah didefinisikan sebagai “4 I” (Fours I’s)—idealisme (*individualized influence*), inspirasional (*inspirational motivation*), stimulasi intelektual (*intellectual stimulation*), dan konsiderasi individual (*individualized consideration*).

Adapun dimensi-dimensi *leadership* transformasional, sebagai berikut pengaruh idealis (*individualized influence*) melalui model-model aturan bagi pengikut, yang mana pengikut mengidentifikasi dan ingin melakukan upaya yang melebihi model tersebut. *Leadership* menetapkan standar tinggi dari tingkah laku moral dan etika, serta menggunakan kemampuan untuk menggerakkan individu maupun kelompok terhadap pencapaian misi bersama dan bukan untuk nilai perorangan.

Motivasi inspirasional (*inspirational motivation*), *leadership* bertindak sebagai model atau panutan bagi pengikut atau bawahan, mengomunikasikan visi, komitmen pada tujuan organisasi, dan mengarahkan upaya-upaya pengikut.

*Leadership* transformasional mengembangkan inspirasi ke dalam diri pengikutnya dengan cara memotivasi dan menginspirasi para pengikutnya dengan memberikan arti dan tantangan kepada upaya-upaya yang dilakukan para pengikut (Avolio, Waldman, & Yammarino, 1991).

Dalam stimulasi intelektual (*intellectual stimulation*), *leadership* transformasional menciptakan rangsangan bagi pengikut untuk berpikir kreatif dan inovatif dengan memberikan asumsi-asumsi pertanyaan, merancang kembali masalah yang pernah terjadi di masa lampau untuk diselesaikan oleh pengikut dengan cara yang baru. *Leadership* transformasional berpikir proaktif, kreatif, dan inovatif dalam mengambil gagasan, memiliki ideologi yang radikal, dan melakukan pencarian gagasan dalam memecahkan masalah.

Konsiderasi individual (*individualized consideration*) dalam *leadership* transformasional berkaitan dengan pemberian perhatian secara pribadi dan *leadership* kepada pengikut atau bawahannya, *leadership* memberikan pelayanan kepada bawahan sebagai mentor, *leadership* memeriksa kebutuhan bawahan untuk perkembangan dan peningkatan keberhasilan (Avolio, 1991). *Leadership* secara signifikan memberikan sumbangan kepada bawahan untuk mengaktualisasikan potensinya secara penuh. *Leadership* memberikan penugasan kepada bawahan secara individual, tidak hanya untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan bawahan yang sekarang dimiliki, tetapi juga meningkatkan kebutuhan-kebutuhan dan kemampuan bawahan ke tingkat yang lebih tinggi (Hasibuan, 2001).

### **3. Leadership Situational (Fiedler's Contingency Model)**

Fred Fiedler mengungkapkan dalam teori Fiedler's contingency model membagi dua tipe pemimpin: (1) *relationship-oriented*, yaitu para pemimpin yang mengutamakan hubungan baik di dalam kelompok dalam proses mencapai tujuan; (2) *task-oriented*, yaitu para pemimpin yang mengutamakan tercapainya (terselesaikannya) sebuah pekerjaan dalam proses mencapai tujuan/target (wikipedia.org).

Lebih lanjut lagi Ivancevich menjelaskan bahwa Fiedler's Contingency Leadership Model menjelaskan bahwa pengkategorian kedua tipe kepemimpinan tersebut dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu (1) *leader-member relations*, kaitannya dengan tingkat keyakinan, kepercayaan, dan rasa hormat bawahan terhadap atasan (baik-buruk); (2) *task structure*, penjelasan mengenai apa yang harus dikerjakan oleh bawahan, bagaimana mereka mengerjakannya, kapan dan pada kondisi seperti apa harus dilakukan, serta pilihan apa yang mereka miliki (tinggi-rendah); (3) *position power*, kekuatan yang melekat pada posisi kepemimpinan (kuat-lemah); untuk kemudian dikaitkan dengan situasi yang dialami oleh posisi pemimpin tersebut apakah bersifat menguntungkan atau tidak (Ivancevich, dkk., 2005: 498).

Situational Characteristics								
Situation	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Leader- member relations	Good	Good	Good	Good	Poor	Poor	Poor	Poor
Task structure	High	High	Low	Low	High	High	Low	Low
Position power	Strong	Weak	Strong	Weak	Strong	Weak	Strong	Weak
Preferred leadership styles	Task-Oriented			Relationship-Oriented				Task-Oriented
Very favorable situation	-----							Very unfavorable situation

**Gambar 6.1** Ringkasan Fiedler’s Situational Variables and Their Preferred Leadership styles Sumber: Ivancevich

Berdasarkan hal tersebut Ivancevich berpendapat bahwa efektivitas pemimpin dalam Fiedler’s contingency model ditentukan oleh interaksi antara lingkungan (faktor eksternal) dengan faktor kepribadian. Serta kualitas kepemimpinannya adalah harus memiliki kemampuan untuk merancang pekerjaan agar sesuai dengan tipe kepemimpinan (task-oriented atau relationship-oriented) (Ivancevich dkk., 2005: 498-499).

#### **4. Gaya Kepemimpinan (*Path-goal Leadership Model*)**

Soekarso dkk. menjelaskan bahwa hakikat dari teori ini yaitu tugas utama pemimpin adalah membantu bawahan agar mampu mencapai tujuan serta memberikan dukungan dan pengarahan yang dianggap perlu guna memastikan tujuan mereka sesuai dengan sasaran atau tujuan organisasi (Soekarso dkk., 2010: 143). Lebih lanjut Soekarso dkk. menjelaskan terdapat empat gaya kepemimpinan berdasarkan *path-goal leadership model*, yaitu (Soekarso dkk., 2010: 144).

- a. Gaya direktif (pengarah), memfokuskan pada tugas (*task centered*).  
Sub-aspeknya terdiri dari
  - 1) Pemimpin menjelaskan mengenai apa yang diharapkan dari bawahannya.

- 2) Memberikan pedoman yang jelas dan terperinci.
  - 3) Meminta bawahan agar mengikuti peraturan dan sistem prosedur organisasi.
  - 4) Mengkoordinir waktu pekerjaan bawahan.
- b. Gaya suportif (pendukung), memfokuskan pada hubungan interpersonal. Sub-aspeknya terdiri dari
- 1) Memperhatikan kebutuhan bawahan.
  - 2) Menunjukkan perhatian terhadap kesejahteraan bawahan dengan memberi imbalan yang bersifat positif.
  - 3) Menciptakan suasana kerja yang nyaman dan bersahabat.
- c. Gaya partisipatif (peran serta), memfokuskan pada partisipasi bawahan. Sub-aspeknya terdiri dari
- 1) Melakukan konsultasi (melibatkan bawahan) dan mempertimbangkan saran-saran dari bawahan.
  - 2) Bawahan merasa lebih puas karena dilibatkan dalam berbagai kegiatan termasuk pengambilan keputusan sehingga merasa bertanggung jawab untuk mencapai tujuan.
  - 3) Dengan melibatkan bawahan berarti dapat meningkatkan *sense of belonging* bawahan.
- d. Gaya orientasi prestasi, memfokuskan pada orientasi “keberhasilan”, dan yakin dan percaya bahwa bawahan mampu mencapainya. Sub-aspeknya terdiri dari
- 1) Merancang dan menetapkan tugas atau tujuan yang menantang.
  - 2) Mengupayakan perbaikan-perbaikan dan mengutamakan keunggulan kinerja.
  - 3) Memiliki keyakinan bahwa bawahan akan mampu mencapai standar yang tinggi.

## D. Leadership dalam Kesehatan Masyarakat

*Leadership* (pemimpin) dalam kesehatan masyarakat diyakini akan mempengaruhi tatanan dan kebijakan kesehatan masyarakat. *Leadership* kesehatan masyarakat memperoleh instrumen dan keterampilan dari *me-monitoring* kesehatan masyarakat yang efektif. Selain itu, *leadership* dalam kesehatan masyarakat tidak hanya berfungsi dalam organisasi kesehatan masyarakat, akan tetapi juga berfungsi antar-organisasi.

Menjelang abad ke-21, secara tidak mengherankan, terjadi peningkatan perhatian terhadap konsep perubahan. Meskipun demikian, perubahan selalu ada dan selalu menjadi fakta kehidupan. Untuk mengatur perubahan yang terjadi, layanan kesehatan dan profesional kesehatan masyarakat harus terlibat dalam tingkat pengembangan kebijakan dan politik. Mereka harus menyusun visi mereka mengenai layanan kesehatan seharusnya dan bekerja sama untuk merealisasikan visi tersebut, dan agar tugas ini terlaksana, profesional tersebut harus memiliki berbagai keterampilan *leadership*. Pada tahun 1988, *the future of public health* berpendapat bahwa pembentukan *leadership* yang efektif merupakan kesempatan yang tidak boleh disia-siakan. Sesuai dengan pandangan tersebut, laporan juga menyebutkan kekhawatiran bahwa institut kesehatan masyarakat tidak mengajarkan pelatihan *leadership* yang dibutuhkan.

Pelatihan *leadership* masa depan sangat penting. *Leadership* kesehatan masyarakat memerlukan pelatihan tidak hanya pada spesialisasi kesehatan masyarakat, namun juga dalam teknik dan instrumen manajemen terbaru. Untuk mendukung aktivitas kesehatan masyarakat pada tingkat lokal, negara bagian, dan federal, mereka membutuhkan keterampilan komunikasi yang baik, pengambilan keputusan, pengembangan kebijakan, dan lain-lain. *Leadership* harus mempelajari bagaimana organisasi mereka berfungsi, bagaimana bekerja antar-organisasi, dan bagaimana mengintegrasikan kegiatan organisasi mereka ke dalam masyarakat yang mereka layani.

*Leadership* kesehatan masyarakat mencakup komitmen terhadap masyarakat dan nilai yang melingkupinya. *Leadership* kesehatan

masyarakat juga mencakup komitmen terhadap keadilan sosial. Namun, *leadership* kesehatan masyarakat tidak boleh membiarkan komitmen tersebut mengurangi kemampuan mereka untuk menjalani agenda kesehatan masyarakat yang telah disusun dengan baik. Selain itu, *leadership* dalam kesehatan masyarakat harus bekerja dalam paradigma yang mengatur kesehatan masyarakat, namun hal tersebut bukan berarti bahwa mereka tidak dapat mengubah paradigma tersebut. *Leadership* mengusulkan paradigma baru ketika paradigma lama kehilangan keefektifannya.

## **1. Prinsip yang Harus Dimiliki oleh Leader (Pemimpin) Kesehatan Masyarakat**

Ada beberapa cara untuk menambahkan definisi *leadership* kesehatan masyarakat secara khusus yaitu dengan mempertimbangkan beberapa prinsip yang harus digunakan oleh seorang *leadership* kesehatan masyarakat untuk mengarahkan tindakan mereka. Di bawah ini adalah 10 prinsip seorang *leadership* kesehatan masyarakat.

- a. Prinsip 1 *leadership* kesehatan masyarakat harus menjadi manajer yang baik.
- b. Prinsip 2 *leadership* harus berhubungan dengan manajer dan staf lain dalam organisasi, *leadership* harus menjadi pengarah dan motivator kegiatan dalam organisasi, *leadership* harus mempengaruhi semua fase kerja dalam organisasi, dan *leadership* harus mengantisipasi masa depan, dan mengembangkan organisasi dengan cara mempertimbangkan masa depan tersebut.
- c. Prinsip 3 *leadership* kesehatan masyarakat mempraktikkan keahlian mereka pada tingkat komunitas dan harus memahami apa yang dimaksud dengan komunitas.
- d. Prinsip 4 infrastruktur kesehatan masyarakat harus diperkuat oleh penggunaan fungsi inti dan layanan esensial kesehatan masyarakat sebagai pedoman untuk perubahan yang harus terjadi. *Leadership* kesehatan masyarakat harus mengevaluasi status kesehatan masyarakat, mengevaluasi kapasitas masyarakat untuk memenuhi

prioritas kesehatannya, dan mengimplementasikan tindakan preventif untuk mengurangi dampak atau bahkan menghindari krisis kesehatan masyarakat.

- e. Prinsip 5 tujuan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan status kesehatan setiap individu dalam masyarakat. *Leadership* kesehatan masyarakat sangat percaya bahwa promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dapat dilakukan. Berkaitan dengan hal ini, kesehatan masyarakat berbeda dengan sistem layanan medis, yang menekankan pada pengobatan dan rehabilitasi. Setiap individu harus mempelajari manfaat kesehatan masyarakat dan bagaimana kualitas hidup dapat ditingkatkan secara optimal jika aturan tertentu diikuti.
- f. Prinsip 6 koalisi masyarakat harus dibentuk untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dalam komunitas. Kesehatan masyarakat merupakan tanggung jawab komunitas dan aktivitasnya berbasis populasi. Ini berarti bahwa misi kesehatan masyarakat adalah bekerja dengan semua kelompok dalam komunitas untuk meningkatkan kesehatan seluruh anggotanya.
- g. Prinsip 7 *leadership* kesehatan masyarakat lokal dan negara bagian harus bekerja sama untuk melindungi kesehatan setiap individu tanpa menghiraukan status gender, ras, etnik, atau sosial ekonomi. *Leadership* kesehatan masyarakat benar-benar percaya pada prinsip bahwa semua manusia diciptakan sama.
- h. Prinsip 8 perencanaan kesehatan masyarakat yang rasional membutuhkan kolaborasi antara *leadership* lembaga kesehatan masyarakat, dewan kesehatan lokal (jika dewan tersebut ada), dewan lokal, dan daerah yang lain.
- i. Prinsip 9 infrastruktur kesehatan masyarakat harus berdasarkan fondasi proteksi kesehatan untuk semua, nilai dan prinsip demokrasi, serta penghargaan terhadap struktur sosial masyarakat.
- j. Prinsip 10 *leadership* kesehatan masyarakat harus berpikir secara lokal namun bertindak secara lokal.

## 2. Tanggung Jawab Leadership Kesehatan Masyarakat

*Leadership* lembaga kesehatan masyarakat lokal memiliki tanggung jawab untuk mempromosikan lembaga mereka memastikan bahwa lembaga dilihat sebagai sumber informasi kesehatan masyarakat serta penyediaan program dan layanan berkualitas tinggi. Mereka mengembangkan hubungan dengan *leadership* lembaga kesehatan masyarakat di negara bagian dan juga mengembangkan kemitraan dengan penyedia layanan kesehatan masyarakat.

*Leadership* lembaga kesehatan masyarakat memiliki tanggung jawab penting terhadap staf lembaga. Mereka harus benar-benar memantau dan mengevaluasi kinerja serta kepuasan kerja staf. Jika evaluasi kinerja dilakukan dengan baik dan kontinu, staf dapat mempelajari tanggung jawab kerja sepenuhnya dan memahami tanggung jawab tersebut dengan lebih efektif. Selain itu, *leadership* kesehatan masyarakat harus antusias dalam melindungi kesehatan masyarakat dan dapat memotivasi kolega menjadi antusias juga.

Pada tingkat lembaga, *leadership* kesehatan masyarakat memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

- a. Memahami cara lembaga berfungsi;
- b. Mendelegasikan otoritas jika memungkinkan;
- c. Memantau kepuasan konsumen;
- d. Membuat perubahan struktural dalam lembaga untuk mengakomodasi masalah kesehatan masyarakat yang ada atau baru;
- e. Manggali masa depan alternatif untuk lembaga;
- f. Menerapkan model fungsi inti dalam aktivitas lembaga;
- g. Memberdayakan staf lembaga dan anggota masyarakat seperti beri mereka pelatihan dan memungkinkan mereka mencapai standar, hargai mereka atas prestasi mereka, percaya kepada mereka, dan lain-lain.

## **E. Penerapan Leadership dalam Kesehatan Masyarakat**

### **1. Leadership dan Evaluasi**

Evaluasi menjadi lembaga kesehatan masyarakat dan komunitas sebagai mitra. Idealnya, *leadership* lembaga kesehatan masyarakat dan komunitas harus bekerja sama dengan sejumlah kelompok masyarakat untuk menentukan kebutuhan kesehatan dan prioritas kesehatan masyarakat. Salah satu pelajaran yang penting adalah penentuan kebutuhan kesehatan masyarakat dan strategi untuk memenuhi kebutuhan tersebut harus memperhitungkan batas komunitas, sumber daya masyarakat dan budaya lokal. Jika tidak strategi intervensi berisiko ditolak oleh anggota masyarakat dan umumnya menjadi tidak efektif.

### **2. Proses Penilaian**

Tahap pertama dalam proses penilaian adalah merancang sistem informasi kesehatan masyarakat yang terintegrasi. Keberhasilan tahap ini membutuhkan kemitraan sejati, berdasarkan prinsip *leadership* kesehatan masyarakat, antara departemen kesehatan lokal dan negara bagian, lembaga terkait kesehatan nasional (termasuk *center for disease control and prevention/CDC*), kelompok masyarakat, dan lembaga lain.

Tahap kedua adalah mengidentifikasi sumber daya komunitas dan mengevaluasi keefektifannya. *Leadership* kesehatan masyarakat harus memahami komunitas tempat mereka bekerja. Mereka harus melihat sumber daya kesehatan dalam komunitas tersebut, seperti fasilitas kesehatan, profesional kesehatan, ketersediaan obat dan vaksin, serta sistem transportasi medis darurat. Mereka juga harus memiliki sumber daya lainnya dalam komunitas, seperti program sanitasi, program pendidikan, rencana respons bencana, dan program kesehatan jiwa serta program konseling lainnya untuk menentukan ketersediaan dan keefektifan sumber daya tersebut.

Tahap ketiga adalah menggunakan data yang terkumpul. Data penelitian harus diubah menjadi informasi yang dapat digunakan

oleh *leadership* kesehatan masyarakat untuk pengambilan keputusan yang efektif. *Leadership* kesehatan masyarakat sering kali gagal dalam menyampaikan informasi dengan jelas sehingga mereka kehilangan kredibilitas di mata pembuat kebijakan.

### 3. Sistem Informasi Kesehatan Masyarakat

Penilaian bergantung pada pengumpulan data dan penggunaan teknik sistem informasi sehingga *leadership* kesehatan masyarakat perlu mengetahui cara merancang aktivitas pengumpulan data, menggunakan teknologi informasi terbaru, menginterpretasikan data, menerjemahkan data menjadi informasi yang bermanfaat, dan membangun sistem data yang menggunakan pendekatan berbasis bukti. Informatika kesehatan masyarakat merupakan bidang baru yang dirancang untuk memberi pengetahuan yang penting kepada *leadership* untuk melaksanakan tugas tersebut.

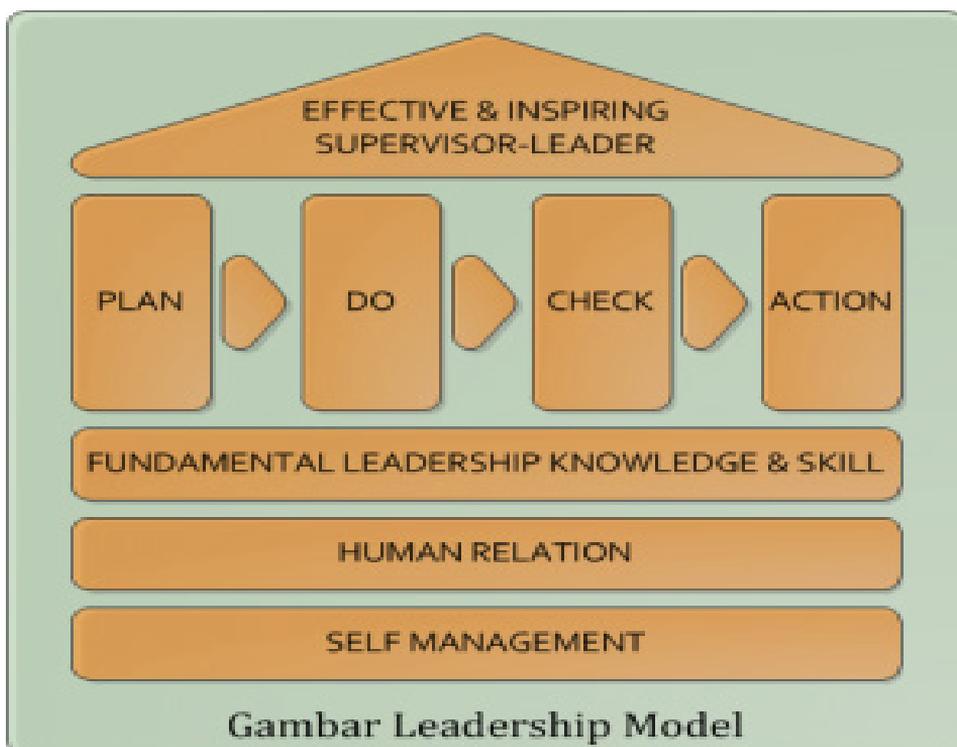
Berikut ini merupakan enam prinsip yang berhubungan dengan penggunaan sistem informasi oleh *leadership* kesehatan masyarakat sebagai berikut:

- a. *Leadership* kesehatan masyarakat perlu menggunakan data dari dua sistem data yang berbeda. Sistem data yang pertama melaporkan pemberian layanan langsung dan program pertemuan. Contohnya, pertemuan manajemen kasus atau kunjungan rumah. Sistem data yang kedua mengumpulkan data berbasis populasi.
- b. *Leadership* kesehatan masyarakat perlu mengingat bahwa manusia adalah makhluk yang kompleks dan terintegrasi, sedangkan program-program bersifat terpisah. Contohnya, setiap program hanya terfokus pada satu bagian diri manusia. *Leadership* perlu mengadvokasi informasi yang mengintegrasikan jenis data yang berbeda sehingga mereka dapat lebih memahami masalah kesehatan anggota masyarakat.
- c. Pengguna kesehatan masyarakat harus menerima umpan-balik dari pengumpul data. Pengguna kesehatan masyarakat perlu mengetahui mengapa data harus dikumpulkan dan diberi umpan balik.

- d. Sistem data harus fleksibel dan dirancang untuk memenuhi kebutuhan *leadership* kesehatan lokal ketika mereka memantau kesehatan anggota kesehatan masyarakat.
- e. Sistem informasi harus kompatibel sehingga *leadership* harus dapat mengakses sumber data yang berbeda hanya dengan menggunakan satu komputer. Internet menjadi sumber data yang sangat bermanfaat bagi *leadership* kesehatan masyarakat karena semua data pada *website* dapat diakses oleh siapa pun dengan perangkat lunak/*software* internet).
- f. *Leadership* kesehatan masyarakat perlu menjaga privasi. Masyarakat ingin mendapat jaminan bahwa privasinya tetap terjaga.

*Leadership* kesehatan masyarakat memerlukan informasi jika mereka ingin mempengaruhi masyarakat yang mereka layani secara positif. Untuk memastikan bahwa *leadership* kesehatan masyarakat menerima informasi yang diperlukan, mereka harus

- a. Mengikuti pelatihan informatika.
- b. Mempelajari teknik pengumpulan indikator status kesehatan.
- c. Mempelajari bagaimana menginterpretasikan data dan mengubah data menjadi informasi yang bermanfaat.
- d. Mempelajari bagaimana mengakses informasi melalui internet.
- e. Mengeksplorasi instrumen analisis yang berbeda untuk memahami data yang lebih baik.
- f. Menggunakan data yang kualitatif dan kuantitatif.
- g. Terlibat dalam pengembangan sistem informasi.
- h. Mengintegrasikan sistem data yang bertentangan.



**Gambar 6.2** Leadership Model

## **F. Hubungan Pengembangan Kebijakan dengan Leadership Kesehatan Masyarakat**

### **1. Politik Dalam Kebijakan Kesehatan Masyarakat**

Penentuan kebijakan di bidang kesehatan memang merupakan sebuah sistem yang tidak lepas dari keadaan di sekitarnya yaitu politik. Oleh sebab itu, kebijakan yang dihasilkan merupakan produk dari serangkaian interaksi elit kunci dalam setiap proses pembuatan kebijakan termasuk tarik-menarik kepentingan antara aktor, interaksi kekuasaan, alokasi sumber daya, dan *bargaining position* di antara elit yang terlibat. Proses pembentukan kebijakan tidak dapat menghindari dari upaya individual atau kelompok tertentu yang berusaha mempengaruhi para pengambil keputusan agar suatu kebijakan dapat lebih menguntungkan pihaknya. Semua itu, merupakan manifestasi dari kekuatan politik (*power*) untuk mempertahankan stabilitas dan kepentingan masing-masing aktor.

Bahkan tak jarang terjadi pula intervensi kekuasaan dan tarik-menarik kepentingan politis dari pemegang kekuasaan atau aktor yang memiliki pengaruh dalam posisi politik.

Pada era globalisasi diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas yang didukung fisik dan mental yang sehat sehingga mampu berkompetisi paling optimal. Tanpa didukung dengan kesehatan fisik dan mental yang baik, sumber daya manusia tidak akan mampu berkompetisi dengan optimal. Secara tradisional kesehatan diukur dari aspek negatifilya seperti angka kesakitan, angka kecacatan, dan angka kematian. Melalui paradigma sehat, kesehatan sudah tidak lagi dipandang semata-mata sebagai terbebas dari penyakit, tetapi sebagai sumber daya yang memberi kemampuan kepada individu, kelompok, organisasi, dan masyarakat untuk mengelola bahkan mengubah pola hidup, kebiasaan, dan lingkungannya.

Berbeda dengan paradigma lama yang berorientasi kepada penyakit, paradigma baru berorientasi kepada nilai positif kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup seoptimal mungkin melalui pengurangan dalam penderitaan dan kecemasan, serta peningkatan dalam harkat diri dan kemampuan untuk mandiri, sekalipun dalam menghadapi penyakit yang kronis maupun fatal (Manajemen Strategis Terpadu Bagi Masyarakat, 1999).

Saat ini di mana lingkungan sosial, ekonomi, dan politik berada pada situasi krisis, termasuk sektor kesehatan telah membuat masyarakat, terutama masyarakat golongan miskin bertambah menderita karena semakin sulit menjangkau fasilitas kesehatan milik swasta maupun pemerintah. Dalam hal ini, rumah sakit sebagai organisasi sosial bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan masyarakat, rumah sakit harus dapat berfungsi sebagai rumah sehat yang melaksanakan kegiatan promotif bagi kesehatan pasien, staf rumah sakit, dan masyarakat di wilayah cakupannya serta pengembangan organisasi rumah sakit menjadi organisasi yang sehat.

Penerapan sebagai rumah sehat memerlukan pendekatan terpadu dalam pengembangan organisasi dan tenaga kesehatan. Gerakan rumah sehat akan menghasilkan penajaman pelayanan rumah sakit dalam menunjang gerakan kesehatan bagi semua dan pemberdayaan pasien serta staf rumah sakit (Manajemen Strategis Terpadu Bagi Masyarakat, 1999). Masyarakat selalu mengharapkan agar pelayanan rumah sakit, baik milik pemerintah maupun swasta dapat memberikan pelayanan yang baik dan memuaskan bagi setiap pengguna yang memanfaatkannya, pasien menginginkan fasilitas yang baik dari rumah sakit, keramahan pihak rumah sakit, serta ketanggapan, kemampuan, dan kesungguhan para petugas rumah sakit. Dengan demikian, pihak rumah sakit dituntut untuk selalu berusaha meningkatkan layanan kepada pasien.

Haryono Wiratno (1998) mengatakan bahwa kualitas pelayanan (*service quality*) adalah pandangan konsumen terhadap hasil perbandingan antara ekspektasi konsumen dan kenyataan yang diperoleh dari pelayanan. Sedangkan kepuasan adalah persepsi pelanggan terhadap satu pengalaman layanan yang diterima.

Program kesehatan di masyarakat mendapat perhatian, tetapi yang dapat kita pelajari dari makalah ini adalah bahwa banyak kebijakan “bagus”, tetapi seperti berada di keranjang sampah. Mereka dibuang begitu saja. Ada contoh peristiwa politik memanfaatkan kebijakan, tetapi berbeda dari masalah dan *policy option* yang sewajarnya lebih baik.

Muatan politik begitu kuat sehingga kebijakan itu menyeleweng dari relevansi masalah yang dianggap oleh masyarakat dan birokrat. Ada contoh peristiwa politik berhimpitan dengan masalah dan *policy option* yang relevan dengan *stakeholder* lain. Politik memiliki pengaruh begitu besar terhadap kebijakan dan pengembangan di bidang kesehatan.

## **2. Strategi dan Esensi Politik Kesehatan**

Masih terus terdengar banyaknya masyarakat miskin yang tak mampu mengakses layanan kesehatan karena tak ada biaya. Masih banyaknya balita yang mengalami gizi buruk. Buruknya mutu pelayanan kesehatan

yang diterima masyarakat di Puskesmas dan rumah sakit pemerintah, serta sejumlah permasalahan pada sektor kesehatan yang menunggu implementasi visi, misi, dan program para calon pemimpin yang tampak menjanjikan. Namun, sungguh sulit untuk direalisasi, akankah kenyataannya seindah janji.

Anggaran itu sudah pasti merupakan produk politik karena ditetapkan pemerintah bersama DPR. Membebani impor alat-alat kedokteran dengan pajak yang sama untuk impor mobil mewah juga keputusan politik. Membiarkan dokter menumpuk dan berebut cuma di kota besar atau mengatur penyebarannya berdasarkan kepentingan daerah. Contoh lain buah keputusan politik, singkatnya, politik kesehatan atau kebijakan kesehatan memang akhirnya ditentukan oleh keputusan politik. Kalau kehidupan politik di suatu daerah tidak sehat, jangan harap kesehatan masyarakat di daerah itu akan diurus dengan sehat pula. Politik yang “sakit” akan membiarkan rakyatnya sakit.

Contoh paling nyata yang terjadi dalam penetapan anggaran untuk kesehatan, Menteri Kesehatan mengajukan rancangan anggaran kepada presiden, kemudian akan dibahas bersama DPR. Sebab, dalam penetapan Anggaran Belanja Negara DPR mempunyai wewenang dalam menyetujui maupun menolak terhadap rancangan yang diajukan tersebut

### **3. Politik Kesehatan dan Kemiskinan**

Kemiskinan merupakan salah satu dimensi yang sangat menjadi perhatian dalam konteks politik kesehatan. UUD kita menegaskan bahwa masyarakat miskin ditanggung oleh negara termasuk dalam hal jaminan pelayanan kesehatannya. Berkaitan dengan hal itu menarik untuk menelaah tulisan A. Maulani (Peneliti Pusat Studi Asia pasifik, UGM) yang dimuat di situs Antaranews.com. Dia mengutip pernyataan mantan Menkes Siti Fadillah Supari, “Tuntut rumah sakit yang tidak mau menerima pasien yang memiliki kartu Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat). Kalau masyarakat miskinnya yang tidak punya Jamkesmas, tuntutan Pemdanya,” ujar Menkes dalam sebuah rapat kerja dengan DPRRI (9/02/09).

Pernyataan keras tersebut dengan jelas memperlihatkan bahwa banyak lembaga kesehatan yang hanya berorientasi ekonomi semata, yang kurang berpihak masyarakat miskin. Mereka selalu saja menjadi korban bahkan bulan-bulanan oleh sebuah sistem. Kesehatan dalam konteks ini hanya dipandang sebagai perkara medis belaka. Fungsi sosial yang seharusnya juga diemban rumah sakit ternyata terkikis oleh hasrat penumpukan laba semata.

Dengan jumlah 35 juta lebih orang miskin di Indonesia, sudah saatnya negara mengambil prakarsa untuk melindungi mereka agar berbagai lembaga kesehatan serta hal lain terkait rumah sakit, Poliklinik, Puskesmas, harga obat, dan dokter tidak menjadi mesin yang menggilas pasien kurang mampu dan menjadikan siklus kemiskinan kian tak berujung. Itulah bentuk politik kesehatan yang harus dijalankan negara. Seperti dikatakan Jeffrey Sachs dalam buku *The End of Poverty* (2005) bahwa banyak hal yang menyebabkan seseorang akan semakin terperangkap dalam “jebakan kemiskinan”. Salah satunya adalah tiadanya *human capital* di mana salah satu variabelnya dalam wujud akses kesehatan yang memadai dan terjangkau.

Mengapa komitmen negara dalam bentuk politik kesehatan menjadi penting? Perlu dicatat bahwa kondisi orang miskin di negeri ini sudah berada dalam kondisi seperti yang digambarkan James C. Scott (1983), “seperti orang yang terendam dalam air sampai ke leher sehingga ombak yang kecil sekalipun akan menenggelamkannya.” Ombak kecil dalam konteks ini saya kira bisa berupa mahalnya biaya rumah sakit dan juga obat-obatan.

Pada titik inilah penting mengorelasikan hubungan antara sektor kesehatan dan kebijakan politik sebagai bentuk konkret dari kebijakan kesehatan. Banyak bukti yang menunjukkan kemiskinan ternyata ikut memperkeruh persoalan kesehatan. Data Indeks Pembangunan Manusia (Human Development Indeks/HDI) yang memasukkan tiga parameter penting dalam menghitung tingkat kesejahteraan, yaitu pendidikan, kesehatan, dan ekonomi menunjukkan bahwa peringkat kesejahteraan Indonesia pada tahun 2010 berada di urutan 124 dari 185 negara dibanding negara-negara ASEAN.

IKM ini mengukur kualitas SDM melalui beberapa indikator yang berupa; presentase penduduk di bawah garis kemiskinan, angka buta huruf, proporsi penduduk yang kemungkinan meninggal sebelum 40 tahun, proporsi penduduk tidak mempunyai akses terhadap air bersih, dan persentase balita dengan gizi buruk.

Mencermati data tersebut tampaknya sudah saatnya kebijakan-kebijakan ekonomi yang diambil pemerintah juga mempertimbangkan implikasi-implikasinya terhadap sektor kesehatan. Pemukiman yang sehat, nutrisi yang lebih baik, dan keringanan biaya kesehatan adalah salah satu bentuk implementasinya.

Rumah sakit, baik negeri maupun swasta harus didorong untuk melaksanakan proyek penanganan kesehatan khusus di daerah-daerah miskin. Oleh sebab itu, program Depkes yang bersinggungan langsung dengan masyarakat kecil seperti program Desa Siaga yang memberi syarat adanya Poskesdes (Pos Kesehatan Desa) di dalamnya, Program Poskestren (Pos Kesehatan Pesantren), Musala Sehat, dan juga Posyandu perlu didorong dan dikawal keberlangsungannya sebagai bentuk komitmen pada dunia kesehatan.

Satu hal yang kira penting diketahui bahwa untuk masyarakat yang tinggal di pedesaan yang terpencil atau pedalaman akses pada layanan kesehatan adalah barang langka. Keberpihakan pemerintah dalam bentuk politik kesehatan untuk mendahulukan dan melindungi mereka yang kurang mampu kiranya adalah salah satu wujud *affirmative action* di bidang kesehatan.

Sekali lagi, naif bila perkara kesehatan lagi-lagi diserahkan pada mekanisme pasar bebas. Peran paling minimal yang bisa dilakukan negara adalah lewat kebijakan publik, yang oleh Evans (1998) disebut sebagai *custodian role*. Yakni, sebuah peran negara untuk melindungi, mengawasi, dan mencegah perilaku segelintir kelompok yang dapat merugikan masyarakat banyak. Dalam konteks kesehatan, pemerintah wajib melakukan kontrol atas pelayanan kesehatan yang merugikan masyarakat miskin.

Status miskin sama sekali tidak bisa menghapus tugas negara untuk menjamin perlindungan atas mereka, apalagi jaminan untuk hidup dalam lingkungan yang sehat. Masyarakat miskin akan terus-menerus menjadi korban bila kesehatan hanya diukur berdasarkan kemampuan seseorang dalam mengeluarkan biaya. Keberpihakan negara yang tegas dan jelas harus dibangun agar keseimbangan hidup rakyat yang selama ini tersisih dan terkoyak bisa pulih kembali.

Penjelasan di atas secara jelas menunjukkan hubungan yang sangat erat antara politik kesehatan dan kemiskinan. Tentu para pemimpin politik baik di tingkat pusat maupun daerah memahami betul konteks peran negara (pemerintah) dalam menjamin kesehatan bagi penduduk miskin sebagai bentuk tanggung jawab politik, terutama berdasarkan pada isu-isu yang diungkapkan saat kampanye. Bila ini tidak diperhatikan dan dibenahi, pemerintah akan berutang kepada masyarakat. Politik kesehatan yang dilaksanakan secara sehat, sistematis, dan sesuai dengan prinsip *good governance* tentunya akan selalu menjadi harapan bagi masyarakat yang telah memilihnya sebagai pemimpin.

#### **4. Tren Kebijakan**

Pengembangan kebijakan, dalam arti sederhana, merupakan prasyarat universal dalam kehidupan masyarakat dan pengembangan kebijakan dipengaruhi oleh konteks sejarah yang terjadi.

*Leadership* kesehatan masyarakat, selain berperan sebagai pelindung nilai masyarakat, harus membantu masyarakat dalam mendefinisikan kembali nilai mereka dan menciptakan nilai baru yang merefleksikan realitas saat ini. Struktur politik akan berubah seiring dengan banyaknya orang yang terlibat dalam aktivitas politik. *Leadership* kesehatan masyarakat akan lebih banyak bekerja dalam komunitas dan keterikatan dengan lembaga akan berkurang dibandingkan dengan masa lalu.

Untuk meningkatkan pemahaman mereka mengenai tren sosial dan ekonomi, *Leadership* kesehatan masyarakat perlu mempelajari teknik peramalan (*forecasting*). *Leadership* kesehatan masyarakat

dilihat sebagai ahli dalam masalah kesehatan masyarakat dan dewan pengatur lembaga kesehatan masyarakat membutuhkan *Leadership* kesehatan masyarakat sebagai pengarah masa depan yang ingin diraih dan bagaimana menyiapkan pengembangan masa depan.

Untuk membuat keputusan kebijakan yang baik, *leadership* kesehatan masyarakat harus melakukan upaya sebagai berikut:

- a. mempelajari masa lalu komunitas;
- b. memahami cara lembaga kesehatan masyarakat lokal dan negara bagian memengaruhi hasil kesehatan sepanjang waktu;
- c. mempelajari teknik peramalan;
- d. menggali tren nasional dan membandingkannya dengan tren lokal dan negara bagian; dan
- e. mengembangkan kebijakan yang memperhitungkan biaya.

## **5. Advokasi dan Pemberdayaan**

Advokasi kesehatan masyarakat dilihat sebagai instrumen penting untuk perubahan sosial. *Leadership* kesehatan masyarakat bertanggung jawab dalam melindungi kesehatan anggota masyarakat dan menyusun intervensi yang sesuai dengan anggota masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan atau risiko kesehatan.

*Leadership* kesehatan masyarakat mengurangi upaya advokasi bukan hanya karena mereka frustrasi oleh ketidakmampuan untuk memperoleh penerimaan dalam masyarakat yang mereka layani, namun juga karena advokasi menjadi rancu dengan *lobbying*. *Lobbying* merupakan aktivitas yang dilakukan untuk kepentingan khusus (biasanya oleh organisasi atau kelompok organisasi terkait). Advokasi dalam mendukung perubahan dalam kebijakan masyarakat mencakup riset, pengembangan pernyataan kebijakan, rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi.

*Leadership* kesehatan masyarakat perlu menyeimbangkan upaya advokasi (yang di dalamnya terdapat ruang untuk keinginan) dengan upaya penegakan (yang seharusnya tidak memihak). Jika mereka

berhasil membangun kepercayaan dan kredibilitas dalam masyarakat lokal, mereka dapat melibatkan masyarakat dalam regulasi kesehatan dan advokasi.

Dalam upaya memberdayakan anggota masyarakat untuk menjadi advokat-diri, *leadership* kesehatan masyarakat perlu memahami bahwa pemberdayaan tidak akan berfungsi jika pemberdayaan diberlakukan sebagai tren. *Leadership* kesehatan masyarakat dikarenakan keterampilan dan posisi *leadership* mereka dalam organisasi kesehatan masyarakat cenderung memiliki prestise yang lebih sebagai advokat kesehatan mereka dan memiliki kontrol yang lebih dibandingkan anggota masyarakat. Tujuannya adalah memberi tanda kepada seluruh anggota masyarakat bahwa mereka memiliki suara dalam kebijakan.

Profesional kesehatan masyarakat dan anggota kesehatan masyarakat dapat bekerja sama untuk memperbaiki kualitas hidup, namun anggota masyarakat memerlukan informasi mengenai gaya hidup sehat dan keterampilan untuk mewujudkan gaya hidup sehat. *Leadership* kesehatan masyarakat harus memberi umpan balik kepada anggota masyarakat terkait dengan perkembangan mereka dalam mencapai tujuan sebagai contoh, mereka dapat membuat kartu laporan masyarakat atau beberapa mekanisme lain untuk umpan balik terhadap keberhasilan dan kegagalan anggota kesehatan masyarakat.

Berikut ini merupakan pedoman advokasi bagi *leadership* kesehatan masyarakat sebagai berikut:

- a. bangun kepercayaan dan kredibilitas dengan konstituen masyarakat;
- b. berdayakan orang lain untuk menjadi advokat;
- c. lakukan riset mengenai masalah kesehatan dan buat pernyataan kebijakan dalam bentuk proposal legislatif; dan
- d. bekerja dengan pejabat terpilih atau ditunjuk pada pelaksanaan legislasi yang sesuai.

## **G. Hubungan Kemampuan Berkomunikasi antara Leadership Kesehatan Masyarakat dan Orang Lain**

Dalam suatu organisasi kepemimpinan merupakan faktor yang sangat penting dalam menentukan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan oleh organisasi. Kepemimpinan merupakan titik sentral dan penentu kebijakan dari kegiatan yang akan dilaksanakan dalam organisasi. Kepemimpinan adalah aktivitas untuk mempengaruhi perilaku orang lain agar supaya mereka mau diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu (Thoah, 1983:123). Sedangkan menurut Robbins (2002: 163), “kepemimpinan adalah kemampuan untuk mempengaruhi suatu kelompok untuk mencapai tujuan.” Sedangkan menurut Ngalim Purwanto (1991:26), “Kepemimpinan adalah sekumpulan dari serangkaian kemampuan dan sifat-sifat kepribadian, termasuk di dalamnya kewibawaan untuk dijadikan sebagai sarana dalam rangka meyakinkan yang dipimpinnya agar mereka mau dan dapat melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan kepadanya dengan rela, penuh semangat, ada kegembiraan batin, serta merasa tidak terpaksa.

### **1. Komunikasi**

Untuk menjadi komunikator yang efektif, *leadership* kesehatan masyarakat harus

- a. Mengembangkan keterampilan komunikasi mereka sepenuhnya sebagai bagian dari agenda pembelajaran seumur hidup mereka.
- b. Menghargai agenda berbeda yang diajukan oleh anggota atau mitra koalisi.
- c. Menggunakan fungsi inti kesehatan masyarakat untuk mengarahkan komunikasi dengan orang lain.
- d. Menggunakan keterampilan komunikasi mereka untuk mengarahkan transfer pengetahuan.
- e. Mengawasi hambatan komunikasi.

Memimpin adalah proses interaksi yang melibatkan *leadership* dan pengikutnya, dan tentu saja komunikasi yang baik di antara semua

partisipan dan proses tersebut mutlak penting. *Leadership* harus menghindari sikap terlalu patuh atau agresif dalam berkomunikasi.

Banyak *leadership* kesehatan masyarakat percaya bahwa mereka memiliki keterampilan interpersonal yang terasah dengan baik, namun faktanya, observasi menunjukkan bahwa *leadership* tersebut sering kali memiliki masalah dalam berkomunikasi dengan staf dan mitra komunitasnya.

*Leadership* harus berhati-hati untuk tidak membiarkan rasa marah mempengaruhi penilaian mereka. Keahlianlah yang harus mengalahkan pembicaraan *leadership*, bukan gelar organisasi mereka. Selain itu, *leadership* harus selalu menghargai orang yang mereka ajak berbicara. Setiap pembicaraan harus didasarkan pada rasa saling percaya.

*Leadership* juga harus menggunakan bahasa yang dapat dipahami audiensnya, seperti mengabaikan istilah khusus dalam kesehatan masyarakat. Mereka harus berbicara dari hati dan menggunakan prospektif yang positif. Untuk memastikan bahwa komunikasi interpersonal berjalan dengan efektif.

## **2. Aktif Mendengar**

*Leadership* kesehatan masyarakat tidak hanya harus menjadi pembicara yang pandai, tetapi juga harus menjadi pendengar aktif. Mendengar aktif membutuhkan konsentrasi. Tujuannya adalah memahami apa yang orang lain katakan dan maksudnya. Empat keterampilan penting yang dibutuhkan untuk mendengar aktif adalah

- a. intensitas keterlibatan dalam interaksi;
- b. empati terhadap pesan dan maksud orang lain;
- c. penerimaan pesan orang lain tanpa menghakimi sampai orang tersebut selesai berbicara; dan
- d. keinginan untuk mendapatkan semua informasi yang dibutuhkan untuk mendapat kesimpulan.

### 3. Public Speaking

*Leadership* kesehatan masyarakat harus memiliki visi yang jelas mengenai masa depan, namun usaha yang mereka lakukan untuk mengembangkan visi semuanya akan sia-sia, kecuali mereka dapat memperkenalkan visinya dan memotivasi orang lain untuk menyampaikannya.

*Leadership* kesehatan masyarakat yang harus melakukan banyak *public speaking* sebaiknya membiasakan diri mereka untuk banyak melakukan interaksi berbicara dengan masyarakat luas. Dalam menyiapkan bahan pembicaraan dan menyajikannya kepada audiens, *leadership* kesehatan masyarakat harus

- a. memahami secara mendalam mengenai topik pembicaraan;
- b. mempelajari karakter audiens;
- c. membuat pembicaraan menjadi informatif, persuasif, dan menyenangkan;
- d. mengintegrasikan opini dan fakta;
- e. bersikap jujur dan menyampaikan fakta;
- f. menyesuaikan pesan verbal dan pesan yang disampaikan melalui bahasa tubuh; dan
- g. menggabungkan teori dan praktik.

### 4. Wawancara

Keterampilan wawancara digunakan oleh *leadership* kesehatan masyarakat ketika mewawancarai pelamar kerja, staf lembaga untuk keanggotaan tim kerja yang dikepalai sendiri, dan perwakilan organisasi masyarakat terhadap pengembangan kemitraan.

Terdapat perbedaan antara rekrutmen langsung dan tidak langsung. Rekrutmen langsung terikat pada posisi lowong yang tersedia saat itu. Rekrutmen tidak langsung ditujukan untuk pengembangan kelompok pelamar kerja yang potensial melalui magang, program promosi kesehatan masyarakat, penyuluhan masyarakat, dan lain-lain.

## 5. Umpan Balik

Dalam memberikan umpan balik, termasuk umpan balik terhadap kinerja seseorang, *leadership* kesehatan masyarakat harus

- a. menekankan hal positif namun menunjukkan pendekatan kinerja mana yang dapat ditinggalkan;
- b. berkonsentrasi pada perilaku yang khusus dibandingkan perilaku umum;
- c. bersikap objektif dan berorientasi pada tujuan (mengarahkan pada perbaikan kinerja pekerjaan);
- d. memberikan umpan-balik menurut cara yang sesuai;
- e. membuat siklus umpan balik yang berkelanjutan.

## H. Hubungan Proses Perencanaan dengan Leadership Kesehatan Masyarakat

### 1. Perencanaan Kesehatan Masyarakat

Perencanaan merupakan bentuk pengambilan keputusan yang rasional. Tahap pertama dalam proses perencanaan adalah menentukan sasaran dan tujuan. Tahap kedua adalah menentukan keterbatasan proses perencanaan serta kemungkinan perubahan keadaan yang dapat memengaruhi betapa mudahnya sasaran dan tujuan dicapai. Tahap ketiga adalah memutuskan tindakan, kebijakan, dan program apa yang akan diimplementasikan. Strategi yang tepat pada tahap ini adalah mengembangkan serangkaian susunan hasil sehingga mereka yang terlibat dalam perencanaan memiliki beberapa pilihan untuk memilihnya. Perhatikan bahwa walaupun perencanaan itu adalah hal yang baik (yaitu implementasinya akan tertuju pada pencapaian sasaran dan tujuan yang diinginkan). *Leadership* harus tetap selalu waspada terhadap faktor-faktor yang dapat melemahkan proses implementasi dan terkadang harus memodifikasi aktivitas mereka sebagai akibat kejadian yang tidak diperkirakan.

Perencanaan adalah serangkaian konsep, prosedur, dan alat yang dirancang untuk membantu eksekutif, manajer, dan yang lainnya berpikir, bertindak dan mempelajari secara strategis organisasi dan orang-orang terkait dalam organisasinya. Dari sisi yang terbaik, perencanaan membantu para pemimpin untuk mencapai hasil yang memuaskan dalam cara diinginkan sehingga nilai publik tercipta dan dan hal-hal yang baik bisa ditingkatkan. Dari sisi yang terburuknya, perencanaan mendorong pemikiran strategis, tindakan, dan pembelajaran yaitu membuatnya menjadi lebih sulit bagi pemimpin melakukan pekerjaannya dan mempertahankan organisasi dalam mencapai mandat, memenuhi misi dan menciptakan nilai tersendiri bagi publik. Sementara perencanaan membantu ataupun menyakitkan tergantung pada bagaimana semua pemimpin organisasi pada semua tingkatan menggunakan atau menyalahgunakan perencanaan tersebut.

*Leadership* seperti eksekutif, manajer, dan lainnya memiliki kemampuan untuk memikirkan, bertindak, dan belajar secara strategis. Mereka menggunakan perencanaan strategis untuk mengejar kemampuan ini, mengukir perbedaan pandangan, membangun koalisi, komitmen, mengidentifikasi, dan mengalamatkan masalah organisasi dalam rangka meningkatkan kinerja organisasi dari sudut pandang *stakeholders*. Tanpa fokus kepemimpinan yang efektif pada baik konten dan proses, perencanaan strategi tidaklah akan berhasil.

Kepemimpinan efektif pada organisasi publik, organisasi nonprofit, dan masyarakat merupakan pekerjaan yang melibatkan banyak dengan peran dan waktu berbeda sebagaimana yang dikatakan oleh Charlotte. Intinya, orang yang sama akan menjadi pemimpin pada waktu tertentu dan menjadi pengikut pada waktu tertentu pada saat pertukaran lingkaran strategi.

Menjalankan tugas kepemimpinan yang saling berkaitan sangatlah penting manakala perencanaan strategis dan implementasinya akan menjadi efektif

1. memahami konteks;
2. memahami orang-orang yang terlibat, termasuk diri sendiri;

3. mendukung proses;
4. menganugrahi proses;
5. memfasilitasi proses;
6. mendukung kepemimpinan bersama;
7. menggunakan dialog dan diskusi untuk menciptakan proses bermanfaat, memperjelas mandat, menyuarakan misi, mengenali masalah-masalah strategis, mengembangkan strategi efektif, dan (jika memungkinkan) mengembangkan visi sukses;
8. membuat dan menerapkan kebijakan pengambilan keputusan;
9. menekankan norma, menangani perselisihan, dan menangani konflik yang muncul;
10. meletakkan semua unsur itu secara bersama-sama.

Pada bidang perencanaan kesehatan masyarakat merupakan aspek penting dalam promosi layanan kesehatan masyarakat. Aktivitas perencanaan harus menggunakan data epidemiologi dan berbasis komunitas yang artinya mereka mengintegrasikan kepentingan publik dan swasta untuk kepentingan penduduk. *Leadership* kesehatan masyarakat harus melibatkan mitra masyarakat dalam proses perencanaan, dan perencanaan yang dikembangkan harus mencakup semua segmen komunitas.

Pengumpulan data dan penilaian memberi informasi kepada *leadership* kesehatan masyarakat mengenai kebutuhan masyarakat yang harus segera dipenuhi sehingga mereka dapat mengarahkan aktivitas perencanaannya pada pengembangan kebijakan dan program dalam merespons kebutuhan tersebut. Ketika program dan kebijakan telah dibuat, keefektifannya harus dievaluasi. Jika program dan kebijakan diketahui kurang efektif dibandingkan yang diharapkan, *Leadership* kemudian dapat menetapkan perencanaan lebih lanjut untuk memperbaikinya. *Leadership* kesehatan masyarakat harus

1. menggunakan fungsi inti, praktik organisasi, dan layanan esensial masyarakat sebagai dasar perencanaan kesehatan masyarakat;

2. mempelajari bagaimana menggunakan beragam metodologi perencanaan dan memilih model yang sesuai dengan perencanaan tertentu;
3. menentukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai sasaran dan tujuan kesehatan masyarakat yang diinginkan;
4. menggunakan prinsip dan pembentukan skenario untuk menemukan strategi layanan kesehatan masyarakat yang inovatif;
5. terlibat dalam aktivitas perencanaan formal; dan
6. menjalin kemitraan masyarakat untuk melaksanakan aktivitas perencanaan.

## **2. Perencanaan Strategis**

Hubungan antara strategi dan taktik sama seperti hubungan antara sasaran dan tujuan. Baik sasaran maupun tujuan adalah keadaan akhir atau keadaan yang diinginkan dari permasalahan. Salah satu perbedaannya adalah sasaran cenderung memiliki ruang lingkup yang luas, sedangkan tujuan relatif lebih sempit. Perbedaan lainnya adalah tujuan merupakan keadaan akhir yang sebagian besar diperjuangkan karena tujuan mengarahkan kita pada pencapaian sasaran.

Strategi merupakan rencana atau metode yang secara relatif ruang lingkungannya besar, sering bersifat jangka panjang, dan sering kali melibatkan pemanfaatan sumber daya yang signifikan. Perencanaan strategis merupakan perencanaan yang ditujukan pada pencapaian sasaran (keadaan akhir yang signifikan atau bahkan sangat penting). Pada dasarnya, perencanaan strategis merupakan pekerjaan yang sangat penting dan sebagian besar dibebankan pada leadership.



**Gambar 6.3** Irisan tentang Health Leadership

# DAFTAR PUSTAKA

- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Sistem Jaminan Sosial. Wikipedia, <[http://id.wikipedia.org/wiki/Sistem\\_Jaminan\\_Sosial\\_Nasional](http://id.wikipedia.org/wiki/Sistem_Jaminan_Sosial_Nasional)>.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. "Leadership". Wikipedia, [http://en.wikipedia.org/wiki/Leadership#Theories\\_of\\_leadership](http://en.wikipedia.org/wiki/Leadership#Theories_of_leadership).
- \_\_\_\_\_. 1997). *Motivating Creativity in Organizations: on Doing What You Love*. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_. 1997. *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM): Pengertian dan Pelaksanaannya*. Jakarta: Depkes RI.
- \_\_\_\_\_. 1997. *Total Quality Management*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka.
- \_\_\_\_\_. 1998). *How To Kill Creativity*. \_\_\_\_\_ : Harvard Business Review.
- \_\_\_\_\_. 2006. *Bahan kuliah Kapita Selekta: D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Press.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Competency Development in Public Health Leadership Tahun 2000*. \_\_\_\_\_ : Core Principles in Public Health Leadership
- A, Parasuraman, Valarie A. Zeithaml & Leonard L. Berry. 1994. "Reassessment of Expectation As A Comparison Standart In Measuring Servive Quality: Implications For Futher Research", *Journal Of Marketing*, Vol 58, pp 111-124.
- Amabile, T.M. 1983. *Social Psychology of Creativity: A Componential Conceptualization*. *Journal of Personality and Social Psychology*. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_.

- Amsyah, Zulkifli. 1997. *Manajemen Sistem Informasi*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Andriopoulus, C. and A. Lowe. 2000. *Enhancing Organizational Creativity: The Process of Perpetual Challenging*. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.
- Arep, Ishak & Hendri Tanjung. 2003. *Manajemen Motivasi*. Jakarta: Grasindo.
- Avolio, B.J. and Bass, B.M. 1988. *Transformastional Leadership*. New York: Pergamon.
- Avolio, B.J., Waldman, D.A. & Yammarino F.J. 1991. "Leading in the 1990s: The Four I's Transformational Leadership". Dalam *Journal of Industrial Training*, Vol. 5, No. 4, pp. 9-16.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Azwar, Azrul. 1993. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*. Jakarta: Perkumpulan.
- Barata, Atep Adya. 2003. *Dasar-dasar Pelayanan Prima*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Bass, B.M. & B.J. Avolio (Eds.). \_\_\_\_\_. *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.
- Bass, B.M. 1985. *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York: Free Press.
- Bass, B.M. 1990. *From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision*. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.
- Bass. and Avolio. 1990. *Transformational leadership development: Manual for the Multifactor Leadership Questionnaire*. \_\_\_\_\_ : Consulting Psychologist Press.
- Bennis, Warren. 1989. *On Becoming a Leader*. \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.

- Black, N.A. 1996. *Why We Need Observational Studies to Evaluate the Effectiveness of Health Care*. British Medical Journal 312: 1215–18.
- Bollen, Kenneth A. dan J. Scott Long (editors). 1993. *Testing Structural Equation Model*. \_\_\_\_\_: Sage Publication.
- Bostrom, Robert P. 1998. “Research in Creativity and Group Support System, Proceeding of the Thirty-First Hawaii International Conference on System Sciences”. January 6-9, Vol. 6., pp. 391-505. <<http://www.idbsu.edu/business/murli>>.
- Bryson, John M. 1995. *Strategic Planning for Public and Non Profit Organizations, A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*. Revised Edition. San-Francisco: Josey-Bass Publisher.
- Cascio, Wayne F. 1992. *Managing Human Resources: Produktivity, Quality, of Work life, Profits*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Chan, T.-chien, Chen, M.-lien, Lin, I.-feng, Lee, C.-hua, Chiang, P.-huang, Wang, D.-wei, et al., 2009. *Spatiotemporal Analysis Of Air Pollution And Asthma Patient Visits In Taipei, Taiwan*. International Journal of Health Geographics, 10(2), pp.1-10. <<http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-8-26.pdf>>.
- Chen, Li, dan Tang. 2007. “Transformational Leadership and Creativity: Exploring the Mediating Effects of Creative Thinking and Intrinsic Motivation. Department of Business Administration”. Proceedings of the 13th Asia Pacific Management Conference, Melbourne, Australia, 684-694.
- City Health Planning. 1995. *The Framework*. Copenhagen: WHO Healthy Cities Project Office.
- Clawson, James G. 2000. *Level Three Leadership Getting Below the Surface*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Congress Of The United States Congressional Budget Office. 2005. “The Costs and Benefits of Health Information Technology A PAPER CBO”. \_\_\_\_\_: JupiterImages Corp.

- D, Wijono. 1997. *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Surabaya: UNAIR Press.
- Darmawan, Roy. 2008. "Handout: Teori Motivasi dalam Mata Kuliah Motivasi dan Kepuasan Kerja". Depok: Fakultas Ekonomi UI.
- Davis, Keith. 1977. *Human Behavior at Work, 5th ed.* New York: McGraw-Hill Book Company.
- Denhardt, Janet V. and Robert B Denhardt. 2003. *The New Public Service: Serving, not Steering*, New York: M.E. Sharpe, Inc.
- Dimiyati dan Mudjiono. 1999. *Belajar dan Pembelajaran*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat. 1997. *Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM (Kumpulan Peraturan)*. Jakarta: Depkes RI.
- Djoko, Wijiyo. 2007. *Evaluasi Program Kesehatan dan Rumah Sakit*. Surabaya: Duta Prima Airlangga.
- Djuikanovic, V., and E.P. 1975. *Mach, Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Downtown, J.V. 1973. *Rebel Leadership: Commitment and Charisma in an Revolutionary Process*. New York: The Free Press.
- Duit, R. 1991. "On The Role Of Analogies And Metaphors In Learning Science". *Science Education*, 75 (6), 649—672.
- Dwiyanto, Agus, dkk. 2003. *Reformasi Tata pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Pusat Studi Kepedudukan dan Kebijakan Universitas Gajah Mada.
- Dwiyanto, Agus. 1995. "Penilaian Kerja Organisasi Pelayanan Publik". Makalah pada Seminar Kinerja Organisasi Publik, Fisipol UGM, Yogyakarta. Yogyakarta: \_\_\_\_\_.
- Dwiyanto, dkk. 2002. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Yogyakarta: Galang Printika.

- E. Burton Swanson & Neil C. Ramiller. 2004. *Innovating Mindfully with Information Technology*. MIS Quarterly Vol. 28 No. 4 pp. 553-583
- Edgar H. Schein. 2002. *Organizational Culture and Leadership*. San Fransisco: Josseybass Publ.
- Elliot, Dweck. 2000. *Motivasi Ekstrinsik dalam Achievement*. \_\_\_\_\_.
- English, P., et.al. 1999. "Examining Associations between Childhood Asthma and Traffic Flow Using a Geographic Information System. Environmental Health". 107(9), pp.761-767. Available at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1566466/pdf/envhper00514-0109.pdf>>
- Fiedler, F.E. 1967. *A Theory of Leadership Effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
- Frenzel, Carroll W. 1996. *Management of Information Technology*. \_\_\_\_\_: Boyd & Fraser Publishing Company.
- Gage, N.L & Berliner, David C. 1979. *Educational Psychology, 1st ed.* \_\_\_\_\_: Houghton Mutlin Company.
- Gasperz, Vincent, 1997. *Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka.
- George, Scott M. 1997. Prinsip-Prinsip Sistem informasi Manajemen. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Gerson, Richard F., 2002. *Mengukur Kepuasan Pelanggan Terjemahan*. Jakarta: PPM.
- Gibson, J.L. J.M. Ivancevich, & J.H. Donnelly. 1982. *Organizations 4th Ed.* Dallas: Business Publication.
- Gibson, James L., et.al. 1996. *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*, Edisi Kedelapan. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Glover, John A. 1980. *Becoming a More Creative*. New Jersey: Creative Learning Press.

- Government of India. 1968. *Administrative Reforms Commission. Study Team on the Machinery for Planning: Final Report*. New Delhi: Government of India Press.
- Hackman, J.R. and Oldham, G.R. 1976. *Motivation Through The Design of Work: Test of a Theory*. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16 (2), 250-279.
- Hair, J.F. et al. 1995. *Multivariate Data Analysis with Readings, 4th Edition*. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs.
- Hammond K.R. and Arkes H. 1986. *Judgment and Decision Making: an Interdisciplinary Reader*. Boulder Colorado: Westview Press.
- Handoko. 1988. *Kinerja dan Tingkat Emosional*. Surabaya: Pratama.
- Harimurti, N.K. 2007. Analisis Spasial dan Temporal Kasus Demam Berdarah Dengue di Kota Yogyakarta. Skripsi pada Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Hasibuan, Amir Asyikin. 2001. Pengaruh Kepemimpinan Transaksional, Kepemimpinan Transformasional, serta Sifat-Sifat Kewirausahaan terhadap Kinerja Karyawan dan Kinerja Organisasi Distribusi. Depok: Universitas Indonesia.
- Health Insurance Association of America. \_\_\_\_\_. Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B, Terjemahan oleh Saefuddin, Fedyani, Yaslis Ilyas Depok: Kerjasama Antara Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT (Persero) Asuransi Kesehatan
- Health Insurance Association of America. \_\_\_\_\_. Managed Care Bagian A: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan, Terjemahan oleh Saefuddin, Fedyani, Yaslis Ilyas. Depok: Kerja Sama Antara Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT (Persero) Asuransi Kesehatan.
- Health Insurance Association of America. 1994. *Group Life and Health Insurance: Part A 5th Edition*. Washington DC: Health Insurance Association of America.

- Health Insurance Association of America. 2000. Asuransi Biaya Medis, Terjemahan oleh Junadi, Purnawan, Dr, MPH, Ph.D. Depok: Kerja Sama Antara Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT (Persero) Asuransi Kesehatan.
- Howel, J.M. and Avolio, B.J. 1993. Transformational Leadership, Transactional Leadership, Locus of Control and Support for Innovation: Key predictors of Consolidates-Business-Unit Performance. *Journal of Applied Psychology*, 78 (6), 891-902.
- <http://www.depkes.go.id>
- <http://www.hsc.usf.edu/CLASS/his.htm>
- Hughes, Richard L. 2006. *Leadership: Enhancing The Lesson of Experience*. New York: McGraw-Hill.
- Ilyas, Yaslis. 2003. Mengenal Asuransi Kesehatan: Review Utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Inggartputri, Y.R. 2009. Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (Simpus) Berbasis Komputer dengan Metode PIECES di Puskesmas Wilayah Kabupaten Blora. Undergraduate Thesis, Diponegoro University.
- Irmansyah, Faried. 2003. Pengantar Database. <http://www.ilmukomputer.com>
- JPKM, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2003. *Pemantauan Utilisasi Dalam Pelayanan Kesehatan Terkendali: Pengertian dan Pelaksanaannya*. Jakarta: Depkes RI.
- Keban, Yeremias T. 1995. "Indikator Kinerja Pemerintah Daerah: Pendekatan Manajemen dan Kebijakan". Makalah disajikan pada seminar sehari Kinerja Organisasi Publik, Fisipol UGM, Yogyakarta.
- Kemenkes RI. 2002. "Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 511 Tahun 2002 tentang Kebijakan dan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)". Depkes, <<http://depkes.go.id>>.

- Kemenkes RI. 2002. "Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2009-2014". <<http://depkes.go.id>>.
- Kemenkes RI. 2004. "Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat kesehatan Masyarakat". <<http://depkes.go.id>>.
- Kemenkes RI. 2009. "Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 837 tahun 2007 tentang Pengembangan Jaringan Komputer Online Sistem Informasi Kesehatan Nasional". <<http://depkes.go.id>>.
- Kepmen PAN No. 25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.
- Kepmen PAN No. 63/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 81 Tahun 1993 Tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum
- Kosen, Soewarta. 1997. *Bunga Rampai Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Indonesia (Ed)*. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Kouzes, J.M. and Posner, B.Z. 1993. *Hope Precedes Creative Works*. Executive Excellence, 10 (9), 8-9.
- Kristina, N.N. 2008. Aplikasi Sistem Informasi Geografis untuk Pemodelan Spasial Kejadian Tuberkulosis (TB) di Kota Denpasar Tahun 2007. Tesis. Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta
- Lane, Jan-Erik. 1995. *The Public Sector, Concept, Models and Approaches*, Second Edition, Sage Publication, London.
- Lapointe, Liette & Suzanne Rivard. 2005. "A Multilevel Model of Resistance to Information Technology Implementation". MIS Quarterly Vol. 29 No. 3, pp. 461-491.

- Laterner dan Levine. 1993. *Strategic Planing for Public* Terjemahan oleh Budiono, Hastabuana, Jakarta.
- Laudon, Kenneth C. and Jane P. Laudon. 2000. *Management Information Systems, Organization and Technology in The Networked Enterprise*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lavis JN et al. "How Can Research Organizations More Effectively Transfer Research Knowledge To Decision Makers?" *Milbank Quarterly*, 2003, 81(2):221-248.
- Lavis JN et al. 2004. *Use of Research to Inform Public Policymaking*. *Lancet*, 364(9445):1615-1621
- Leman. 1997. *Metodologi Pengembangan Sistem Informasi*, Jakarta: PT. Elex Media Komputindo,
- Locke, Edwin A. et.al. 1991. *The Essence of Leadership: The Four Key to Leading Successfully*. New York: Lexington Books.
- Lucas, Henry C, JR. 1994. *Information Systems Concepts For Management*. San Francisco: Mc Graw Hill International Edition.
- M, Eddy D. 1990. Should We Change The Rules For Evaluating Medical Technologies? in Gelijns AC (ed.) *Modern methods of clinical investigation*. Washington DC: National Academy Press.
- Maholtra, Naresh K. 2007. *Marketing Research An Applied Orientation*. New Jersey: Pearson Education.
- Marpaung. 2002. "Proses yang Terjadi Saat Berpikir". Budiarto Hartono: 481. <<http://suchaini.wordpress.com/2008/12/15/teori-berpikir-kreatif-pendidikan.html>>.
- Masyarakat Digital Gotong Royong (MDGR), 2008. *Pengantar Sistem Operasi Komputer: Jilid Kedua*. <<http://bebas.vlsm.org/v06/Kuliah/SistemOperasi/BUKU/>>.
- McCallum, R.C., M.W. Browne, dan H.W. Sugawara. 1996. "Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling". *Psychological Methods*, 1, 130-149.

- McFadden, Fred, and Jeffrey Hoffer. 1994. *Modern Database Management Cumming's*. California: The Benyamin.
- McLeod, Raymond, Jr & Schell, George P. 2008. *Sistem Informasi Manajemen, Edisi 10, Terjemahan oleh Ali Akbar Yulianto dan Afia R. Fitriati*. Jakarta: Salemba Empat.
- McLeod, Raymond, Jr. 1996. *Sistem Informasi Manajemen Jilid I dan II, terjemahan*. Jakarta: PT Buana Ilmu Populer.
- McNurlin, Barbara C, and Ralph Sparague H Jr. 1998. *Information Systems Management in Practice, 4th ed.*, New Jersey: Prentice Hall.
- Milles, Mattew B. & Huberman. 1992. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Moenir. 2001. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Moleong, Lexi J. 2000. *Metode Survei Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Munandar, Ashar S. 2001. *Psikologi Industri dan Organisasi*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Munandar, Sukarni Catur Utami. 1977. "Creativity and Education Study of Realtionships between Measures of Creative Thinking and A Number of Educational Variables". Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Muninjaya, Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Nazir, Moh. 1985. *Metode Survei*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cet. ke-2*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nugraha, Dindin, 2003, Mengenal Sistem Teknologi Informasi, <http://www.ilmukomputer.com/>

- Nuvolone, D., Maggiore, R. D., Maio, S., Fresco, R., Baldacci, S., Carrozzi, L., et al., (2011). Geographical information systems and environmental epidemiology: a cross-sectional spatial analysis of the effects of traffic-related air pollution on population respiratory health. *Environmental Health: a global access science source*, 10(1), p.12. Available at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21362158>>.
- O'Brien, James A. 2005. *Introduction to Information Systems Terjemahan oleh Dewi Fitriyani*. Jakarta: Salemba Empat.
- P., Hasibuan Malayu S. 2005. *Manajemen: Dasar, Pengertian dan Masalah, Edisi Revisi, Cetakan 4*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Podsakoff, P.M. et.al. 1990. Transformational Leader Behaviors and Their Effects on Followers Trust In Leader, Satisfaction, and Organizational Citizenship Behaviors, *Leadership Quarterly*, 1(2), pp. 107-142.
- Prahasta, E. 2009. *Sistem Informasi Geografis: Konsep-Konsep Dasar (Perspektif Geodesi & Geomatika)*. Bandung: Informatika.
- Pranaya, Nyi R.D. Susatya. 2008. "Pengaruh Gaya Kepemimpinan yang Ditampilkan oleh Atasan terhadap Kepuasan Kerja Karyawannya: Studi Kasus Karyawan pada PT. X". Depok: Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Rahardjo, Budi. 2005. *Keamanan Sistem Informasi Berbasis Internet PT Insan Infonesia-Bandung & PT INDOCISC*. Jakarta: \_\_\_\_\_.
- Rahayu, Amy Y.S. 1996. "Fenomena Sektor Publik dan Era Service Quality (Servqual)". dalam *Bisnis dan Birokrasi, Jurnal Ilmu Administrasi dan Organisasi*, 1996, I : 1-19.
- Rahayu, Amy Y.S. 1996. "Fenomena Sektor Publik dan Era Service Quality Servqual". dalam *Bisnis dan Birokrasi. Jurnal Ilmu Administrasi dan Organisasi*, I : 1-19.
- Ramadona, A.L. & Kusnanto, H. 2011. *Open Source GIS: Aplikasi Quantum GIS Untuk Sistem Informasi Lingkungan*. Yogyakarta: BPF.

- Ratminto & Atik SW. 2005. Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter & SPM. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Republik Indonesia. "Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian". Bapepam, diakses pada 15 Mei 2008. <[www.bapepam.go.id/perasuransian/regulasi\\_asuransi/uu\\_asuransi/UU\\_02\\_1992\\_Perasuransian](http://www.bapepam.go.id/perasuransian/regulasi_asuransi/uu_asuransi/UU_02_1992_Perasuransian)>.
- Robbins, Stephen P. 1996. Perilaku Organisasi, Jilid I dan II, Edisi Kedelapan. Jakarta: PT Prenhallindo, Jakarta.
- Rouch & Behling. 1984. Leadership. <<http://www.leadership studies.com/lsw/definitions.htm>>.
- Rowitz, Louis. 2012. *Leadership Kesehatan Masyarakat (Public Health Leadership)*. \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_.
- S., Innvaer et al. 2002. "Health Policy-Makers' Perceptions Of Their Use Of Evidence: A Systematic Review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(4):239–244.
- Salusu J. 1996. Pengambilan Keputusan Strategik untuk Organisasi Publik dan Organisasi NonProfit. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Saphiro, R.J. 1982. *The Criterion Problem*, In Vernon, P.E. (Ed) *Creativity*. England: Penguin Book.
- Sehabuddin Aceh, TB. 2001. *Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Peserta Program Managed Health Care PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri Tahun 2000*. Depok: FKM UI.
- Semil, Nurmah. 2005. "Analisis Kinerja Pelayanan Instansi Pemerintah Studi Kasus di Kantor BPN Kota Semarang". Tesis di Universitas Diponegoro.
- Shin, S.J. and Zhou, J. 2003. Transformational Leadership, Conservation, and Creativity: Evidence from Korea. *Academy of Management Journal*, 46(6), 703-714.

- Siagian, Sondang P. 1994. *Patologi Birokrasi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Singarimbun, Masri, dan Sofian Effendi. 1995. *Metode Survei Survey*. Jakarta: LP3ES.
- Soekidjo, Notoadmodjo. 2006. "Evaluasi Program Kesehatan". diakses dari <<http://www.geocities.ws/klinikikm/manajemen-kesehatan/evaluasi-program.htm>>.
- Soeprihanto, John. 2001. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*, BPFE. Yogyakarta: \_\_\_\_\_.
- Soewarno, Handayaniingrat. 1996. *Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen*. Jakarta: Haji Masagung.
- Staw, B.M. and Cummings, L.L. (eds.) *Research in Organizational Behavior*. Greenwich: JAI Press.
- Steers, Richard M. 1985. *Efektivitas Organisasi Kaidah Tingkah Laku* (terjemahan). Jakarta: Erlangga.
- Subakti, Irfan. 2002. *Sistem Pendukung Keputusan (Decision Support System)*. Surabaya: Institut Teknologi Sepuluh Nopember.
- Sulastomo. 1997. *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Jakarta: PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia
- Supranto, J., 1997, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Menaikkan Pangsa Pasar*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Supriadi, Dedi. 1994. *Kreativitas, Kebudayaan, dan Perkembangan IPTEK*. Bandung: Alfabeta.
- Supriyanto S dan Nyoman Anita D. 2007. *Perencanaan dan Evaluasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Supriyanto, S. 1988. *Evaluasi Bidang Kesehatan*. Surabaya: \_\_\_\_\_.
- Suryasubrata. 1990. "Pembinaan Profesional melalui Pemikiran Kreatif". *Bangirham*, dilihat 27 Maret 2009. <<http://bangirham.blogspot.com/2009/01/pembinaan-profesional-melalui-supervisi.html>>.

- Suyanto, Bagong. 2000. *Kemiskinan dan Kebijakan Pembangunan Edisi Pertama*. Jakarta: Erlangga.
- Suyoto. 1997. *Postmodernisme dan Masa Depan Peradaban*. Jakarta: Aditya Media.
- System, H. a. D. I. 2005. *Health Management Information Systems*. \_\_\_\_\_: DFID Health Resource Centre.
- Tangkilisan, Hassel Nogi S. 2003. *Manajemen Modern untuk Sektor Publik*. Yogyakarta: Balarairung & Co.
- Taylor, C.W. dan Holland. 1964. *Scientific Creativity; It is Recognition and Development*. New York: John Weley.
- Thabrany, H. et al. 2001. Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia bagi Pegawai Badan Usaha dan Badan Lainnya. Jakarta: \_\_\_\_\_.
- Thabrany, H. et al. 2005. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. Jakarta: Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Ahli Asuransi Kesehatan Indonesia.
- Thoha, Miftah. 1995. *Birokrasi Indonesia Dalam Era Globalisasi*, Pd. Jakarta: Batang Gadis.
- Thoha, Miftah. 1995. *Kepemimpinan Dalam Manajemen Suatu Pendekatan Perilaku*. Jakarta: PT Grafindo Persada.
- Tichy, N.M. & Devanna, M.A. 1990. *The Transformational Leader*. Updated ed. (1st ed. 1986). John Wiley & Sons. New York: \_\_\_\_\_.
- Tjiharjadi, Semuil. 2004. *To Be A Great Leader*. Yogyakarta: ANDI.
- United States Accounting Office, 2004, Information Technology Investment Management Framework. <[www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-04-394G](http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-04-394G)>.
- Walters, J, Donalds. 2004. *Seni Kepemimpinan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

WHO. 1990. *Evaluasi Program Kesehatan*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI.

Wulandari, R. 2009. *Evaluasi Kinerja Sistem Informasi Manajemen Puskesmas Berbasis Komputer di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang*. Semarang: Diponegoro University.

# PROFIL PENULIS



DR. Hj. Nilawati Uly, S.Si., Apt., M.Kes lulus S-1 Program Studi Farmasi Universitas Hasanuddin tahun 2003, lulus Profesi Apoteker di Universitas Gadjja Mada tahun 2004, lulus Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin tahun 2010, dan lulus S3 Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin tahun 2014. Saat ini, beliau menjabat sebagai Ketua STIKes (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan) Mega Buana Palopo dan Direktur PT Mega Buana Medika yang mengelola Rumah Sakit Mega Buana Palopo, Sulawesi Selatan.

Penulis aktif dalam kegiatan masyarakat dan bidang kesehatan. Penghargaan yang sudah beliau dapatkan ialah Penghargaan Wanita Berprestasi dalam Pembangunan Bidang Kesehatan tahun 2010 dan 2011, Pemuda Pelopor Tingkat Kota Palopo tahun 2012, Dedikasi dalam Mendukung serta Memajukan Pelaksanaan Program Pendidikan Masyarakat tahun 2012, Wanita Inovatif dan Inspiratif dalam Bidang Pendidikan dan Kesehatan tahun 2013 dan 2014, Wirausaha Muda dalam Bidang Pendidikan tahun 2012.

Dalam organisasi, Penulis menjabat sebagai Ketua Bidang Kerja Sama Luar Negeri PPTKeb (Perkumpulan Pendidikan Terapan Kebidanan Indonesia), Bendahara Umum APPTI (Asosiasi Penerbit Perguruan Tinggi Indonesia) Provinsi Sulawesi Selatan, Bendahara Umum HPTKes (Himpunan Perguruan Tinggi Kesehatan) Provinsi Sulawesi Selatan, Sekretaris HipKes (Himpunan Profesi Kesehatan) Provinsi Sulawesi Selatan, Koordinator Bidang Pendidikan APTISI (Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia) Wilayah IX-A, Koordinator Bidang Pendidikan AIPTKMI

(Asosiasi Institusi Perguruan Tinggi Kesehatan Masyarakat Indonesia) Provinsi Sulawesi Selatan, Ketua APTISI Komisariat Tana Luwu Tana Toraja, Ketua Bidang Kerja Sama Luar Negeri ADI (Asosiasi Dosen Indonesia) Tana Luwu, Pembina IAI (Ikatan Apoteker Indonesia) Cabang Kota Palopo, Sekretaris Umum AIPTKMI (Asosiasi Institusi Perguruan Tinggi Kesehatan Masyarakat Indonesia) Cabang Kota Palopo dan Pembina PAFI (Persatuan Ahli Farmasi Indonesia) Cabang Kota Palopo. Dua buku yang beliau terbitkan, yaitu *Perencanaan dan Program Kebijakan Kesehatan dan Kebijakan dan Pembiayaan Kesehatan*.