

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

2.1.1. Riwayat JPKM

Demi tercapainya tujuan pembangunan kesehatan peran serta masyarakat sangat dibutuhkan agar pembiayaan kesehatan yang diinginkan dapat berlangsung secara berkelanjutan dan mandiri. Usaha untuk melibatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan dapat diwujudkan antara lain dengan menjalankan cara “hidup sehat”, menyelenggarakan berbagai upaya/pelayanan kesehatan dan ikut membiayai pemeliharaan kesehatan. Peran serta masyarakat dapat berupa pembiayaan dana langsung, asuransi, pengumpulan dana sehat dan berbagai bentuk pembiayaan kesehatan pra-upaya swasta yang sedang berkembang di Indonesia (<http://astaqauliyah.com>).

Peran masyarakat yang cukup besar dalam pembiayaan kesehatan ini masih perlu didorong agar dikelola dengan lebih efektif dan efisien, karena peran serta masyarakat (termasuk swasta) dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatan dapat berupa pengeluaran dana langsung untuk kesehatan, dana sehat, asuransi sosial dibidang kesehatan, dan berbagai bentuk upaya kesehatan. Sebagian besar upaya yang dilakukan masih berupa pengeluaran biaya langsung yang tidak terencana dan masih merupakan beban perorangan yang belum diringankan dengan usaha bersama dan kekeluargaan. Melihat keadaan tersebut maka perbaikan dalam sistem pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat memerlukan perubahan dan peningkatan

sekaligus atas tiga hal, yakni perbaikan sistem pelayanan kesehatan, perbaikan sistem pembiayaan kesehatan berdasarkan dana pra-upaya sehingga pengelolaannya lebih rasional dan peningkatan peran serta masyarakat, sehingga pemeliharaan kesehatan dirasakan sebagai tanggung jawab bersama. Upaya pemeliharaan kesehatan ini dapat membawa hasil yang diharapkan, bila diberikan penekanan yang sama kepada ketiga hal tersebut sekaligus secara bersamaan (<http://astaqauliyah.com>)

Melihat kondisi diatas maka harus dikembangkan suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang merangkum ke tiga hal tersebut dan diarahkan pada: 1) peningkatan mutu pelayanan kesehatan agar dapat secara efektif dan efisien meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, 2) Pengendalian biaya, agar pelayanan kesehatan dapat lebih terjangkau oleh setiap orang dan 3) Pemeratan upaya kesehatan dengan peran serta masyarakat, agar setiap orang dapat menikmati hidup sehat. Pengendalian biaya tersebut diupayakan agar jangan menyebabkan mutu dan pemerataan menurun. Usaha meningkatkan mutu bukan berarti biaya menjadi tidak terjangkau. Begitu pula, peningkatan pemerataan jangan mengakibatkan mutu menurun. Cara pengendalian terpadu terhadap ke tiga hal inilah yang kemudian dirumuskan sebagai Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) (<http://astaqauliyah.com>).

a. Pengertian JPKM

Dalam Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 1 No.15 disebutkan bahwa “jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya” (Depkes, 1997).

b. Cara Penyelenggaraan JPKM

JPKM merupakan suatu cara penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan yang terpadu dengan pembiayaannya. Cara ini mempunyai beberapa mekanisme pelaksanaan tertentu, yang menjadi ciri khas dari JPKM dan karena itu dapat disebut sebagai “langkah-langkah JPKM” (Depkes, 1997).

Langkah-langkah ini harus dilaksanakan secara utuh agar penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan dapat menjamin peningkatan derajat kesehatan masyarakat pesertanya melalui terpeliharanya pemerataan, terjaganya mutu serta terkendalinya pembiayaan kesehatan, sehingga menguntungkan dan memuaskan semua pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan JPKM (Depkes, 1997).

c. Tujuan JPKM

Tujuan suatu upaya JPKM adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan paripurna yang bermutu dan merata dengan pengendalian biaya yang berasal dari pesertanya. Karena fungsi pemeliharaan kesehatan dan fungsi pembiayaan kesehatan saling mempengaruhi, maka efisiensi dan efektivitas yang optimal hanya dapat diperoleh dengan suatu keterpaduan dalam melaksanakan kedua fungsi tersebut (Depkes, 1997).

Keharusan untuk melaksanakan keterpaduan ini tercermin dalam pasal 66 ayat (2) dari UU No. 23 tahun 1992, yang menyebutkan bahwa “...penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara (Depkes, 1997).

d. Pengembangan Kepesertaan JPKM

Pengembangan kepesertaan dimaksudkan sebagai kegiatan untuk terus meningkatkan jumlah dan mempertahankan keikutsertaan para peserta dalam penyelenggaraan JPKM tersebut. Peserta JPKM adalah mereka yang telah menyatakan kesediaannya untuk memakai jasa pemeliharaan kesehatan yang dikelola Bapel JPKM dengan mendaftarkan diri dan membayar iuran, dan karena itu mempunyai hak untuk memperoleh pemeliharaan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang disepakati dalam ikatan kontrak (Depkes, 1997).

Kepesertaan JPKM bersifat aktif, dalam arti bahwa masyarakat melaksanakan kewajibannya untuk ikut serta memelihara kesehatan diri, keluarga dan lingkungannya seperti dinyatakan dalam pasal 5 UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, dan memilih secara aktif salah satu badan penyelenggara yang paling sesuai dengan kebutuhannya (Depkes, 1997).

Pada prinsipnya tidak boleh ada diskriminasi dalam kepesertaan JPKM, namun masyarakat sebaiknya menjadi peserta secara berkelompok. Hal ini mencerminkan jiwa kegotongroyongan dalam upaya menjaga dan memelihara kesehatan. Dengan demikian juga dapat dihindari terjadinya “adverse selection” dalam kepesertaan, sehingga bukan yang memiliki resiko tinggi terhadap kesehatan saja yang akan menjadi peserta. Kepesertaan secara berkelompok juga akan mengurangi kecenderungan dari penyelenggara untuk hanya memilih peserta dengan risiko yang rendah (Depkes, 1997).

e. Dampak JPKM bagi Pembangunan Kesehatan

Melalui berbagai mekanisme operasional yang sekaligus merupakan langkah-langkah JPKM sebagaimana disebutkan diatas, diharapkan terjadi peningkatan

derajat kesehatan yang menjadi tujuan setiap bentuk pemeliharaan kesehatan berdasarkan JPKM, bukannya untuk menghimpun dana masyarakat semata-mata (Depkes, 1997).

2.1.2. Target Tahunan JPKM

Tabel 2.1. Target cakupan peserta JPK

No.	Tahun	JPK Murni	Gakin
1	2003	20%	100%
2	2004	21%	100%
3	2005	30%	100%
4	2006	40%	100%
5	2007	50%	100%
6	2008	60%	100%
7	2009	70%	100%
8	2010	80%	100%

Sumber : Depkes 1999

Program Kerja Strategis JPKM tahun 2007 berdasarkan Petunjuk Perencanaan (Jukren) Program Pengembangan Pembiayaan dan JPK untuk daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut (Depkes 2005):

- A. Pengembangan dan Pembinaan JPK Gakin
 - a. Pendataan dan Validasi Data Gakin.
 - b. Advokasi JPK Gakin ke Eksekutif, Legislatif.
 - c. Sosialisasi JPK Gakin ke PPK, Lintas Sektor.
 - d. Pengadaan Media Komunikasi (Leaflet, Poster).
 - e. Pendampingan Program JPK Gakin.
 - f. Forum Pertemuan Bapim, PPK, Pengelola JPK Gakin.
 - g. Pertemuan Penyusunan Regulasi.
 - h. Pembinaan dan Pemantauan Pelaksanaan JPK Gakin.
 - i. Studi Banding.

B. Pengembangan Kepesertaan JPK

- a. Advokasi Pengembangan Pembiayaan dan JPK kepada :
 - Eksekutif dan Legeslatif
 - Organisasi Profesi
- b. Sosialisasi pengembangan Pembiayaan dan JPK kepada :
 - Berbagai sektor informal (Organda, Pengrajin, dll)
 - Institusi Pendidikan (Akademi, PT,dll)
 - Organisasi Masa/Pramuka
 - Dunia Usaha
 - Organisasi Wanita
 - Tokoh Masyarakat
- c. Pengembangan dan Penataan Dana Sehat

C. Pengembangan Upaya Kendali Biaya dan Mutu

- a. Sosialisasi Kendali Biaya dan Mutu dalam pengembangan Pembiayaan dan JPK kepada :
 - PPK dan RS
 - Organisasi Profesi
- b. Advokasi Penerapan KB-KM dalam Pembiayaan dan JPK ke Rumah Sakit dan Organisasi Profesi.
- c. Pertemuan Orientasi Pelayanan Kedokteran Keluarga.
- d. Seminar/lokakarya Kendali Biaya dan Mutu dalam penyelenggaraan JPK.

D. Pengembangan Kapasitas Manajemen Program

- a. Pelatihan Teknis :

- Pelatihan Kendali Biaya dan Kendali Mutu.
 - Pelatihan Unit Cost.
 - Pelatihan Trias manajemen untuk pengelola program.
 - Pelatihan SIM Pembiayaan dan JPK.
 - Pelatihan Dokter Keluarga.
 - Pelatihan badan Pembina.
- b. Fellowship
- E. Pengembangan SIM Pembiayaan Kesehatan dan JPK
- a. Analisis laporan SIM Pembiayaan dan JPK.
 - b. Pemetaan pengembangan JPK Prov/Kab/Kota.
 - c. Cetak dan Pengadaan Media promosi JPK.
 - d. Review Pembiayaan dan JPK Tingkat Provinsi, Kab/Kota.
 - e. Analisis Potensi dan Pengembangan Model.
 - f. Pengembangan Pembiayaan dengan model PHA/DHA.

2.1.3. Indikator Keberhasilan Program JPKM

Keberhasilan program JPKM di masyarakat bila kepesertaannya dapat ditata (*di-manage*) dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari indikator (Depkes, 1997) sebagai berikut :

- a. Adanya penyelenggaraan pemasaran/penyuluhan.
- b. Adanya rencana peningkatan kepesertaan.
- c. Adanya pemantauan dan penilaian kepesertaan.
- d. Pelayanan administrasi dan mutasi kepesertaan.
- e. Menampung dan menindaklanjuti pendapat peserta.
- f. Adanya prosedur penanganan keluhan dan kepatuhan peserta.

Indikator tersebut dilihat melalui pemantauan dan evaluasi (Depkes, 1997), seperti berikut :

1. Pemantauan

Kegiatan pemantauan dilakukan secara berkala, misalnya bulanan, triwulan, atau semesteran. Dapat dilakukan melalui sistem pencatatan dan pelaporan, forum komunikasi ataupun supervise. Tujuan pemantauan agar dapat melakukan review dan mengetahui perkembangan ataupun permasalahan dalam penyelenggaraan kegiatan apakah telah sesuai dengan perencanaan.

2. Evaluasi

Kegiatan evaluasi dilakukan secara berkala dapat dilakukan dengan penelitian atau survey untuk mengukur perubahan perilaku masing-masing pelaku apakah sudah sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

2.2. PROGRAM PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN DENGAN SISTEM JAMKESDA DAN SISTEM PELAYANAN DOKTER KELUARGA

2.2.1. Riwayat Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan

Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

Provinsi Sumatera Barat melakukan program pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan mengkombinasikan sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dengan sistem Pelayanan dokter keluarga. Seperti yang diketahui JAMKESDA adalah sebuah sistem yang memungkinkan untuk meringankan seseorang dari biaya berobat yang relatif mahal yang menyebabkan gangguan

pemenuhan kebutuhan dasar hidup (makan, sekolah, bekerja dan bersosialisasi) pada skala provinsi. Sedangkan pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran yang menyeluruh yang memusatkan pelayanannya kepada keluarga sebagai unit, yang mana tanggungjawab dokter terhadap pelayanan tidak dibatasi oleh golongan umur atau jenis kelamin pasien, juga tidak dibatasi oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu saja (Azwar, 1996).

Upaya mengkombinasikan kedua sistem ini dinilai dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam pembiayaan kesehatan. Program ini ditujukan untuk semua masyarakat yang hampir miskin dan mereka yang mampu dengan sistem pembayaran premi bersubsidi. Program ini dilaksanakan berdasarkan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 40 tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat dan Peraturan Gubernur Nomor 41 tahun 2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pembiayaan Dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.

Dalam Peraturan Gubernur ini telah dijelaskan mengenai sistem pelaksanaan, peserta, badan penyelenggara, pemberi pelayanan kesehatan, pembayaran premi, serta semua hal yang menyangkut dengan pelayanan yang dapat diberikan pada program ini.

2.2.2. Kebijakan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

Beberapa landasan kebijakan pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga adalah sebagai berikut :

1. Undang-Undang Dasar (UUD) 1945
 - Pasal 28H (3) : Jaminan sosial adalah hak setiap warga Negara
 - Pasal 34 (2) : Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu.
 - Pasal 34 (3) : Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
2. Undang-Undang No.23 tahun 1992 tentang kesehatan
 - Pasal 4 : Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.
 - Pasal 5 : Setiap orang yang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan personelnnya, keluarga dan lingkungan.
 - Pasal 66 (1) : Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara prapayaya, berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan.

- Pasal 66 (2) : Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat merupakan cara penyelenggara pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya, dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara.
 - Pasal 66 (3) : Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat harus berbentuk badan hukum dan memiliki izin operasional serta kepesertaannya bersifat aktif.
 - Pasal 66 (4) : Ketentuan mengenai penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.
3. Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah/ Otonomi Daerah. Sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah pengganti UU no. 3 tahun 2005 yang ditetapkan menjadi Undang-Undang No. 8 tahun 2005. Dalam Undang-Undang ini menyatakan bahwa Pemerintah Daerah harus mengembangkan jaminan pembiayaan kesehatan.
4. Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Pasal 2 : Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.
 - Pasal 3 : Sistem jaminan sosial nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

- Pasal 17 : Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.
 - Pasal 19 : Jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.
 - Pasal 48 : Pemerintah dapat melakukan tindakan-tindakan khusus guna menjamin terpeliharanya tingkat kesehatan keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
5. Peraturan Pemerintah No. 38 tahun 2007 tentang pembagian urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
 6. Peraturan Gubernur Sumatera Barat No. 40 tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
 - Pasal 1 (6) : Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat selanjutnya disebut JPKM adalah cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara praupaya.
 - Pasal 1 (9) : Jaminan Kesehatan Daerah selanjutnya disingkat (JAMKESDA) adalah sebuah sistem yang memungkinkan seseorang terbebas dari biaya berobat yang relatif mahal yang menyebabkan

gangguan pemenuhan kebutuhan dasar hidup lain (makan, sekolah, bekerja, dan bersosialisasi) skala provinsi.

- Pasal 1 (10) : Sistem Jaminan Kesehatan Daerah merupakan suatu tatanan yang mengatur penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial.
- Pasal 1 (37) : Peserta Jaminan Kesehatan daerah Sumatera Barat adalah masyarakat di Provinsi Sumatera Barat yang membayar iuran untuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.
- Pasal 1 (39) : Dokter Keluarga adalah dokter yang dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi komunitas dengan titik berat kepada keluarga, ia tidak hanya memandang penderita sebagai individu yang sakit tetapi sebagai bagian dari unit keluarga dan tidak hanya menanti secara pasif, tetapi bila perlu aktif mengunjungi penderita atau keluarganya.
- Pasal 1 (40) : Pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran yang menyeluruh yang memusatkan pelayanannya kepada keluarga sebagai suatu unit, pada mana tanggung jawab dokter terhadap pelayanan tidak dibatasi oleh golongan umur atau jenis kelamin pasien, juga tidak oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu saja.
- Pasal 2 (1) : Peserta JAMKESDA adalah setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.
- Pasal 4 (1) : Kepesertaan setiap orang dilakukan melalui pendaftaran peserta pada Badan Penyelenggara JAMKESDA.

- Pasal 8 (3) : Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan suatu jumlah nominal tertentu.
- Pasal 8 (4) : Kewajiban membayar iuran penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dilakukan setiap bulan atau untuk suatu jangka waktu tertentu (triwulan, semester, tahunan).
- Pasal 8 (5) : Besarnya iuran dimaksud pada ayat (3) dan (4) ditetapkan untuk setiap jenis program secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi dan kebutuhan dasar hidup yang layak.
- Pasal 9 (3) : Iuran program jaminan kesehatan daerah bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu serta tidak masuk kuota pemerintah pusat (JPKMM/Askeskin) dibayar oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Barat dan Pemerintah Kabupaten/Kota secara bertingkat atau bergradasi.
- Pasal 9 (4) : Pada tahap pertama, iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibayar oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sebesar 50% dari premi untuk Program Jaminan Kesehatan daerah.
- Pasal 9 (5) : Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan (5) untuk tahun 2008 dan seterusnya dapat dibayar oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sebesar 25%, 50% dan 75% dari premi untuk Program Jaminan Kesehatan daerah.

- Pasal 9 (6) : Penerima bantuan iuran subsidi premi JAMKESDA Provinsi Sumatera Barat diprioritaskan kepada masyarakat dengan kriteria : Prioritas I (pertama) pendapatan keluarga lebih kecil dari Upah Minimum Provinsi (UMP) Sumatera Barat, Prioritas II (Kedua) satu sampai dengan satu setengah kali dari UMP Sumatera Barat. Prioritas utama diberikan kepada masyarakat dengan kriteria pendapatan keluarga lebih kecil dari UMP Sumatera Barat, mempunyai anak balita, mempunyai ibu hamil/menyusui, mempunyai anak usia wajib sekolah, tidak mempunyai jaminan kesehatan lain. Bersedia membayar premi, bersedia memenuhi ketentuan yang berlaku. Penerima bantuan iuran bersubsidi premi JAMKESDA Provinsi Sumatera Barat harus melampirkan kartu tanda pengenal, kartu keluarga dan slip gaji terakhir dari pemberi kerja atau surat keterangan pendapatan keluarga dari lurah/kepala desa setempat bagi pekerja wiraswasta/informal.
- Pasal 17 : Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga Daerah bertujuan memberikan pelayanan kesehatan dasar Strata pertama dengan memakai pendekatan kedokteran keluarga kepada peserta jaminan Kesehatan Daerah dan keluarganya.
- Pasal 26 : Penyelenggara program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga Provinsi Sumatera Barat hanya dapat diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara JAMKESDA yang berbadan hukum.

- Pasal 31 (1) : Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga Provinsi Sumatera Barat harus dilakukan secara terpisah dari kegiatan lain yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan daerah.
- 7. Peraturan Gubernur Sumatera Barat No. 41 tahun 2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
- 8. SK Gubernur Tim Pembina Dan Tim Teknis Pelaksanaan Peraturan Gubernur Sumatera Barat.
- 9. Surat edaran Gubernur kepada Bupati/Walikota Se-Sumbar untuk mengalokasikan sharing dana subsidi premi masyarakat hampir miskin

2.2.3. Sistem Kepesertaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

Berdasarkan Peraturan Gubernur No.41 tahun 2007 sasaran dari program ini adalah masyarakat terutama masyarakat yang mendekati miskin dari kelompok informal yang potensial untuk diikutkan dalam program jaminan kesehatan, sebagai berikut:

Koperasi	Perusahaan swasta
Instansi pemerintah	Keluarga PNS dengan tiga anak
Peguruan tinggi negeri	Sektor informal, dsb.

Prioritas pertama adalah masyarakat yang pendapatan keluarga yang lebih kecil dari Upah Minimum Provinsi (UMP) yakni sebesar Rp 725.000,-. Kemudian prioritas kedua adalah masyarakat yang pendapatan keluarga 1 sampai dengan 1,5 Upah Minimum Provinsi (UMP) yakni sebesar Rp 725.000,- s/d Rp 1.087.500,-.

2.2.4. Pembayaran Premi Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

Berdasarkan Peraturan Gubernur No. 41 tahun 2007 mengenai pembayaran premi Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga :

1. Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang mampu ditentukan berdasarkan nominal dan ditanggung oleh peserta.
2. Besarnya iuran jaminan kesehatan untuk peserta yang mampu dan penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan nominal yang ditetapkan secara berkala
3. Iuran program jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu serta tidak masuk kuota Pemerintah Pusat (JPKMM/Askeskin) dibayar oleh Pemerintah Provinsi Sumatera Barat dan Pemerintah Kabupaten/Kota secara bertingkat/ bergradasi.
4. Pada tahap pertama, iuran dibayar oleh pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebesar 50% dari premi dan masyarakat sebesar 50% dari premi untuk Program Jaminan Kesehatan dengan sistem JAMKESDA dan sistem Pelayanan Dokter Keluarga.
5. Kemudian Pada tahun 2008 dan seterusnya dapat dibayar oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebesar 25%, 50% dan 75% dari

premi untuk Program Jaminan Kesehatan dengan sistem JAMKESDA dan sistem Pelayanan Dokter Keluarga. Masyarakat membayar 75%, 50%, dan 25% dari premi sesuai dengan bantuan subsidi yang diterima dari Pemerintah Daerah Provinsi atau Kabupaten/Kota.

2.2.5. Tatalaksana Pelayanan Kesehatan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

Tatalaksana pelayanan kesehatan pada Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga telah dijelaskan dalam Peraturan Gubernur No.41 tahun 2007. Dalam peraturan tersebut telah dijelaskan bahwa setiap peserta JAMKESDA Sumatera Barat mandiri (mampu) dan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dari Pemerintah Daerah (Pemda) Provinsi Sumatera Barat/Kabupaten/Kota mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di praktik/klinik Dokter Keluarga, Puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap kelas III di Rumah Sakit Pemerintah/swasta. Bagi peserta JAMKESDA Mandiri jenis pelayanan yang diterima sesuai dengan paket pelayanan kesehatan/ premi yang dibayar.

Peserta JAMKESDA yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar langsung berkunjung ke praktik/klinik Dokter Keluarga, Puskesmas dan jaringannya. Kemudian peserta tinggal menunjukkan kartu anggota JAMKESDA Sumatera Barat. Apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka peserta yang

bersangkutan dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan disertai surat rujukan dan identitas/kartu JAMKESDA Provinsi Sumatera Barat.

Ketentuan dari pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh peserta adalah :

1. Pelayanan kesehatan di praktek/klinik Dokter keluarga dan Puskesmas dan jaringannya. Hal ini mencakup Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP).
2. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. Hal ini mencakup Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), pelayanan gawat darurat (*Emergency*) menjadi tanggungjawab Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat/Kabupaten/Kota dan Badan penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).
3. Pelayanan yang dibatasi (*limitation*). Seperti kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dan pelayanan penunjang diagnosis canggih.
4. Pelayanan yang tidak dijamin (*Exclusion*). Seperti pelayanan yang tidak sesuai, bahan, alat, tindakan yang bertujuan untuk kosmetik, *General Check Up*. Protesis gigi tiruan, pengobatan *alternative*, vitamin dan suplemen, penyakit akibat narkoba, rangkaian pemeriksaan dan pengobatan dalam usaha mendapat keturunan, penyakit tanpa indikasi medis, pelayanan kesehatan pada masa darurat bencana alam, serta pelayanan kesehatan pada bakti sosial.

2.2.6. Kegiatan Penunjang Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

Pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga membutuhkan kegiatan penunjang untuk mensukseskan pelaksanaan program. Hal tersebut terlihat pada Peraturan Gubernur No.41 tahun 2007. Kegiatan penunjang disini dimaksudkan kepada pelayanan kesehatan tidak langsung. Pelayanan kesehatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang pelayanan kesehatan langsung. Pelayanan kesehatan tidak langsung mengacu pada Rencana Anggaran Biaya (RAB) yang kegiatannya sebagai berikut :

1. Sosialisasi dan penyuluhan program, sosialisasi program dilakukan diberbagai tingkat : tingkat desa, kecamatan, Kabupaten/Kota, provinsi melalui penyuluhan langsung dan tidak langsung (media cetak, media elektronik)
2. Koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program, kegiatan ini dilaksanakan di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota melalui tim pelaksanaan penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan sistem JAMKESDA dan sistem Pelayanan Dokter Keluarga Provinsi Sumatera Barat.
3. Administrasi kartu peserta, meliputi pengumpulan, validasi dan legalisasi data, pencetakan blanko kartu, *entry* data, penerbitan dan distribusi kartu sampai kepada peserta.

Pengawasan adalah kegiatan yang bertujuan untuk menjamin dan mengamankan kegiatan-kegiatan tersebut diatas agar tepat sasaran, berhasil guna dan berdaya guna, kegiatan ini meliputi:

1. Pengawasan tingkat provinsi
 - a. Sosialisasi langsung dan tidak langsung.
 - b. Perencanaan, operasional kegiatan dan evaluasi.
 - c. Pencatatan dan laporan.
 - d. Penanganan pengaduan masyarakat.
 - e. Kajian/studi Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan sistem JAMKESDA dan sistem Pelayanan Dokter Keluarga Provinsi Sumatera Barat.
2. Pengawasan tingkat Kabupaten/Kota
 - a. Sosialisasi langsung dan tidak langsung.
 - b. Perencanaan, operasional kegiatan dan evaluasi.
 - c. Pencatatan dan pelaporan.
 - d. Penanganan pengaduan masyarakat.

2.2.7. Pendanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

1. Dana Provinsi Sumatera Barat

Dana untuk peserta JAMKESDA penerima bantuan iuran bersubsidi ini berasal dari APBD Provinsi Sumatera Barat dialokasikan melalui dokumen pelaksanaan Anggaran (DPA-SKPD) APBD Provinsi Sumatera Barat tahun 2007 secara proposional dengan pola subsidi premi bergradasi atau bertingkat.

Sumber dana pengawasan (monitoring dan evaluasi) Provinsi Sumatera Barat berasal dari Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA-SKPD) APBD Provinsi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat atau dinas terkait.

Pembayaran kepada Badan Penyelenggara dilakukan dengan cara pembayaran dimuka satu tahun di transfer ke rekening Badan Penyelenggara (BAPEL) melalui bank sesuai dengan jumlah peserta yang mendaftarkan ke badan penyelenggara. Jangka waktu pelaksanaan kerja sama antara Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dan Badan Penyelenggara JAMKESDA adalah selama satu tahun terhitung sejak tanggal ditetapkan.

2. Dana Kabupaten/Kota

Dana untuk Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dengan sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga penerima bantuan bersubsidi ini berasal dari APBD Kabupaten/Kota yang ada di Sumatera Barat dialokasikan melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA-SKPD) APBD Kabupaten/Kota masing-masing secara proporsional dengan pola subsidi premi bergradasi atau bertingkat. Sumber dana pengawasan (monitoring dan evaluasi) Kabupaten/Kota yang ada di Sumatera Barat berasal dari Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA-SKPD) APBD Kabupaten/Kota masing-masing Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat atau Dinas/Instansi terkait.

2.2.8. Sumber Daya Manusia Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga

Berdasarkan Peraturan Gubernur No. 41 tahun 2007 penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran

Keluarga di Provinsi Sumatera Barat terdiri dari: Tim Pembina dan Tim Teknis Pelaksanaan berada di Provinsi, dan Kabupaten/Kota. Tim Pembina berfungsi untuk melaksanakan tugas koordinasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat yang melibatkan lintas sektor dan *stakeholders* terkait dalam berbagai kegiatan seperti pertemuan konsultasi, pembinaan, sosialisasi dan lain-lain.

Sedangkan Tim Teknis berfungsi untuk menjaga dan menjamin kelancaran penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga di Provinsi Sumatera Barat dan bersifat internal lintas program dan eksternal lintas sektor di Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat/Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat/Kabupaten/Kota.

a. Tim Pembina

Gubernur menetapkan Tim Pembina Provinsi penyelenggaraan Program JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat dengan anggota terdiri dari unsur Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dan perguruan tinggi yang terkait, dengan struktur tim sebagai berikut:

Pembina	: Sekretaris Daerah Provinsi Sumatera Barat
Penanggungjawab	: Asisten Kesejahteraan Sosial Setda Provinsi Sumatera Barat
Ketua	: Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat
Wakil ketua	: Kepala Bappeda Provinsi Sumatera Barat
Anggota	:

1. Kepala Biro Hukum dan HAM Setda Provinsi Sumatera Barat

2. Kepala Biro Sospora Setda Provinsi Sumatera Barat
3. Kepala Biro Keuangan Setda Provinsi Sumatera Barat
4. Kepala Biro Pemerintahan Setda Provinsi Sumatera Barat

Tim Pembina Memiliki tugas seperti sebagai berikut :

- a. Merumuskan pertimbangan yang berkaitan dengan pengelolaan/penyelenggaraan Kesehatan skala Provinsi.
- b. Merumuskan kebijakan pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
- c. Menetapkan kebijakan investasi dana jaminan kesehatan Daerah.
- d. Menetapkan anggaran jaminan kesehatan bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional pada Pemerintah Daerah di Provinsi Sumatera Barat.
- e. Melakukan bimbingan dan pengendalian penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional.
- f. Melakukan monitoring dan evaluasi program Pembiayaan Dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan kedokteran keluarga di Provinsi Sumatera Barat.

b. Tim Teknis

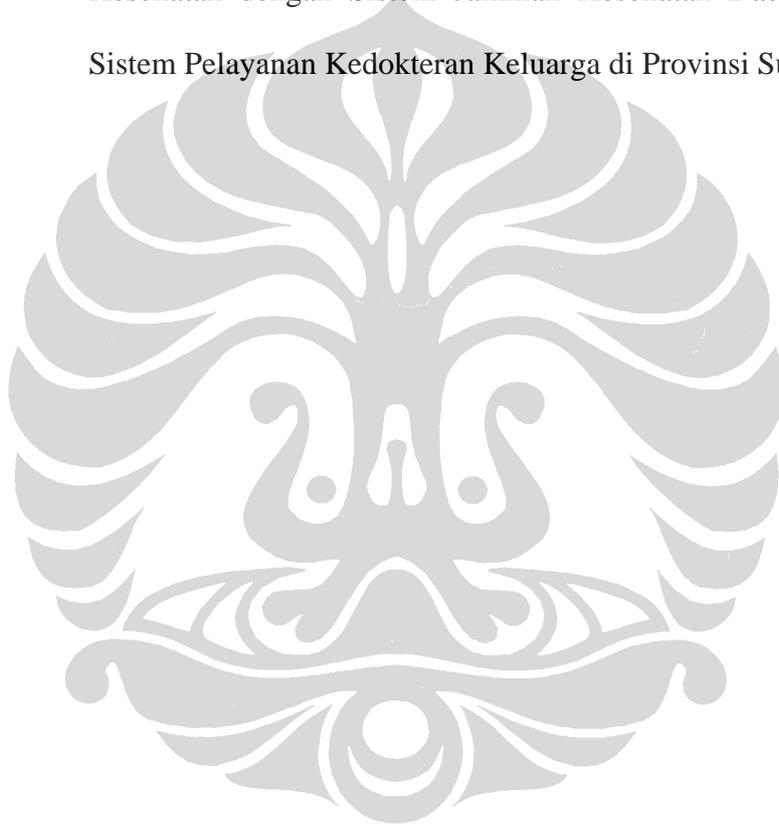
Gubernur Sumatera Barat membentuk tim teknis pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat yang terdiri dari satu orang koordinator, tujuh orang anggota dan tiga orang sekretariat dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.

Tim Teknis memiliki tugas sebagai berikut :

- a. Mempersiapkan data dan informasi yang berkaitan dengan pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan skala Provinsi dan data/informasi Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
- b. Mengkoordinasikan dan mempersiapkan pelaksanaan Peraturan Gubernur tentang pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan pengendalian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan skala Provinsi dan mengkoordinasikan dan mempersiapkan pelaksanaan penyelenggaraan program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
- c. Menyusun strategi pelaksanaan Peraturan Gubernur Sumatera Barat tentang pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan kesehatan skala provinsi dan strategi pelaksanaan tentang penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran di Provinsi Sumatera Barat
- d. Melakukan advokasi dan sosialisasi pelaksanaan Peraturan Gubernur tentang pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan skala Provinsi dan Advokasi dan sosialisasi pelaksanaan penyelenggaraan program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

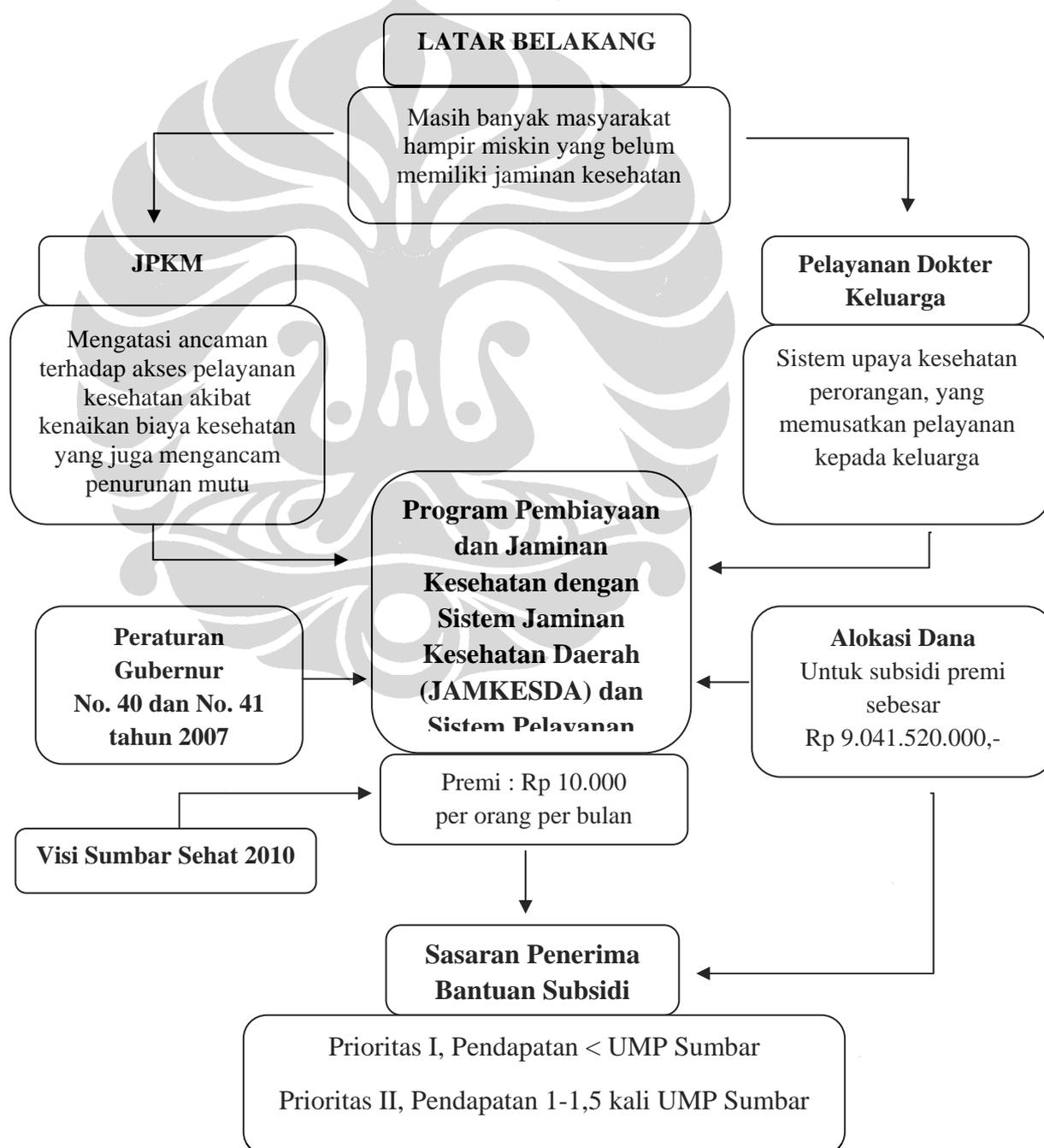
dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.

- e. Melakukan monitoring dan evaluasi pengelolaan/penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian jaminan pemeliharaan kesehatan skala provinsi dan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.



Dari penjelasan diatas, Pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat dapat disimpulkan menjadi skema berikut ini :

Gambar 2.1. Skema Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga



2.3. PELAYANAN KEDOKTERAN KELUARGA

2.3.1. Batasan Dokter keluarga

Batasan pelayanan dokter keluarga banyak macamnya. Salah satu diantaranya adalah yang dirumuskan oleh The American of family Physician (1969) dalam buku Azrul Azwar yang berjudul Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga, yakni:

1. Pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan kedokteran yang menyeluruh yang memusatkan pelayanannya kepada keluarga sebagai suatu unit, pada mana tanggungjawab dokter terhadap pelayanan kesehatan tidak dibatasi oleh golongan umur atau jenis kelamin pasien, juga tidak oleh organ tubuh atau jenis penyakit tertentu saja.
2. Pelayanan dokter keluarga adalah pelayanan spesialis yang luas bertitik tolak dari suatu pokok ilmu yang dikembangkan dari berbagai disiplin ilmu lainnya terutama penyakit dalam, ilmu kesehatan anak, ilmu kebidanan dan kandungan, ilmu bedah serta ilmu kedokteran jiwa yang secara keseluruhan membentuk satu kesatuan yang terpadu, diperkaya dengan ilmu perilaku, biologi, dan ilmu klinik, dan karenanya mampu mempersiapkan setiap dokter mempunyai peranan yang unik dalam menyelenggarakan penatalaksanaan pasien, penyelesaian masalah, pelayanan konseling serta dapat bertindak sebagai dokter pribadi yang mengkoordinasikan seluruh pelayanan kesehatan.

2.3.2. Tujuan Pelayanan Dokter Keluarga

Tujuan pelayanan dokter keluarga mencakup bidang yang amat luas sekali. Jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua macam (Azwar, 1996) :

1. Tujuan Umum Pelayanan Dokter Keluarga adalah sama dengan tujuan pelayanan dokter keluarga atau pelayanan pada umumnya, yakni terwujudnya keadaan sehat bagi setiap anggota keluarga.

2. Tujuan khusus pelayanan dokter keluarga adalah :

- Terpenuhiya kebutuhan keluarga akan pelayanan kedokteran yang lebih efektif.

Dibandingkan dengan pelayanan dokter lainnya, pelayanan dokter keluarga memang lebih efektif, karena dalam menangani suatu masalah kesehatan, perhatian tidak hanya ditujukan pada keluhan yang disampaikan saja, tetapi pada pasien sebagai manusia seutuhnya.

- Terpenuhiya kebutuhan keluarga akan pelayanan kedokteran yang lebih efisien.

Dibandingkan dengan pelayanan dokter lainnya, pelayanan dokter keluarga juga lebih efisien, karena pelayanan dokter keluarga lebih mengutamakan pelayanan pencegahan penyakit serta diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

2.3.3. Manfaat Pelayanan Dokter Keluarga

Apabila pelayanan dokter keluarga dapat diselenggarakan dengan baik, maka akan terdapat banyak manfaat, antara lain yang dikutip dari Cambridge University, (1976) terdapat pada buku Azrul Azwar yang berjudul Pengantar Pelayanan Dokter Keluarga, sebagai berikut:

1. Akan dapat diselenggarakan penanganan kasus penyakit sebagai manusia seutuhnya, bukan hanya terhadap keluhan yang disampaikan.

2. Akan dapat diselenggarakan pelayanan pencegahan penyakit dan dijamin kesinambungan pelayanan kesehatan.
3. Apabila dibutuhkan pelayanan spesialis, pengaturannya akan lebih baik dan terarah, terutama ditengah-tengah kompleksitas pelayanan kesehatan saat ini.
4. Akan dapat diselenggarakan pelayanan kesehatan yang terpadu sehingga penanganan suatu masalah kesehatan tidak menimbulkan berbagai masalah lainnya.
5. Jika seluruh anggota keluarga ikut serta dalam pelayanan, maka segala keterangan tentang keluarga tersebut, baik keterangan kesehatan ataupun keterangan keadaan sosial dapat dimanfaatkan dalam menangani masalah kesehatan yang sedang dihadapi.
6. Akan dapat diperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit, termasuk faktor sosial dan psikologis.
7. Akan dapat diselenggarakan penanganan kasus penyakit dengan tatacara yang lebih sederhana dan tidak begitu mahal dan karena itu akan meringankan biaya kesehatan.
8. Akan dapat dicegah pemakaian berbagai peralatan kedokteran canggih yang memberatkan biaya kesehatan.

2.4. MANAJEMEN

2.4.1. Definisi Manajemen

Manajemen adalah suatu keistimewaan dalam menangani masalah waktu dan hubungan manusia ketika hal tersebut muncul dalam organisasi. Waktu dalam organisasi mempunyai beberapa elemen sebagai berikut (Stonner, 1996) :

1. Manajemen adalah suatu usaha menciptakan masa depan yang lebih baik, dengan mengingat masa lalu dan masa kini.
2. Manajemen dipraktekkan di dalam dan refleksi dari era sejarah tertentu.
3. Manajemen adalah kegiatan yang menghasilkan konsekuensi dan pengaruh yang muncul dengan berlalunya waktu.

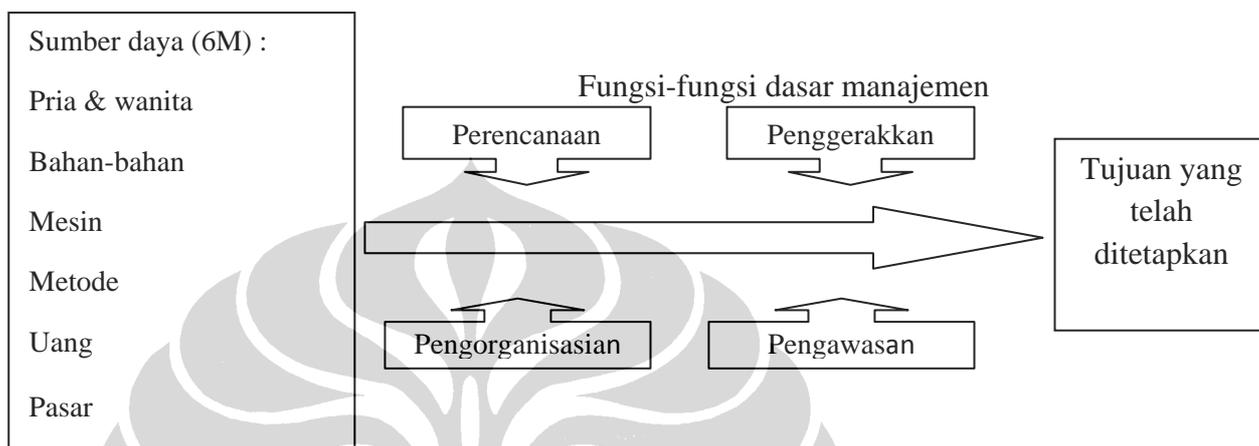
Manajemen adalah pekerjaan mental (pikiran, intuisi, perasaan) yang dilaksanakan oleh orang-orang dalam konteks organisasi. Manajemen adalah subsistem kunci dalam sistem organisasi. Ia meliputi seluruh organisasi dan merupakan kekuatan vital yang menghubungkan semua sub-sistem lainnya. Manajemen mencakup hal-hal berikut (Kast, 1995) :

- Mengkoordinir sumber daya manusia, material dan keuangan ke arah tercapainya sasaran organisasi secara efektif dan efisien.
- Menghubungkan organisasi dengan lingkungan luar dan menanggapi kebutuhan masyarakat.
- Mengembangkan iklim organisasi di mana orang dapat mengejar sasaran perseorangan (*individual*) dan sasaran bersama (*collective*).
- Melaksanakan fungsi-fungsi tertentu yang dapat ditetapkan seperti menentukan sasaran, merencanakan, merakit sumber-daya, mengorganisir, melaksanakan dan mengawasi.
- Melaksanakan berbagai peranan antar-pribadi, informasional dan memutuskan (*decisional*)

Oleh karena itu manajemen dapat disimpulkan sebagai sebuah proses dengan fungsi-fungsi sebagai perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan dalam Mengkoordinir sumber daya manusia, material dan keuangan ke arah

tercapainya sasaran organisasi secara efektif dan efisien. Berikut gambaran bagan arti dari pada manajemen (Retnoningsih, 2005) :

Gambar 2.2. Arti daripada manajemen



2.4.2. Fungsi-fungsi Manajemen

A. Perencanaan

Dalam kehidupan sehari-hari, maka pengertian populer dari perencanaan kesehatan yang sering dipergunakan adalah definisi sebagaimana yang dikembangkan oleh WHO. Disebutkan bahwa rencana kesehatan masyarakat adalah suatu ketelitian, suatu interpretasi yang cermat serta suatu upaya pengembangan pelayanan kesehatan yang teratur yang dilaksanakan atas dasar pemanfaatan seluruh ilmu pengetahuan modern dan pengalaman-pengalaman yang dimiliki, sedemikian rupa sehingga terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan yang terdapat dalam masyarakat bertitik tolak dari sumber-sumber yang tersedia (Azwar, 1982).

Dari aspek desain perencanaan, terdapat beberapa macam cara melakukan desain perencanaan Lembaga Administratif Negara (1996) yang diikuti dari (Retnoningsih, 2005) yaitu :

a. Top Down (Perencanaan dari atas ke bawah)

Dalam cara ini perencanaan dilakukan pada tingkat atas organisasi sedangkan sebagian yang berada ditingkat bawahnya hanya dibuatkan bacaan-bacaan yang jangkauannya sangat terbatas. Keuntungannya adalah manajemen puncak menentukan arah dalam organisasi dan member petunjuk pada bagian-bagian untuk mencapai sasaran, sedangkan kelemahannya adalah bagian-bagian dibawahnya merasa tertekan.

b. Bottom Up (Perencanaan dari bawah ke atas)

Dengan cara ini manajemen puncak tersebut member petunjuk-petunjuk pada tingkat dibawahnya, dan bawahan diminta untuk mengajukan rencana-rencana.

c. Kombinasi Top Down dan Bottop Up

Dalam hal ini beban hanya manajer-manajer ditingkat pusat dan dibawahnya terus-menerus berdialog dalam penyusunan rencana.

d. Team Planning (Perencanaan tim)

Cara ini lebih disukai pada organisasi kecil yang desentralisasi, para pemimpin puncak untuk mengembangkan rencana formal yang diinginkan melalui perencanaan anggarannya dapat saja bertemu berkali-kali.

Perencanaan yang baik harus memiliki beberapa ciri tertentu. Bertitik tolak dari pendapat yang dikemukakan oleh Le Breton dan Levey dan Loomba, maka ciri-ciri suatu rencana dapat disimpulkan sebagai berikut (Azwar, 1982) :

1. Sebuah rencana harus mempunyai tujuan yang jelas. Oleh karena itu setiap pekerjaan perencanaan haruslah dimulai dengan menetapkan dahulu tujuan apa yang ingin dicapai, baik tujuan umumnya (*goal*) ataupun tujuan khususnya (*objective*).

2. Sebuah rencana harus mengandung uraian yang lengkap tentang segala aktivitas yang akan dilaksanakan, yang dibedakan pula atas aktivitas pokok serta aktivitas tambahan. Aktivitas-aktivitas ini, harus sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai mempunyai hubungan antara satu dengan yang lainnya dan disusun berdasarkan urgensi dan waktu pelaksanaannya.
3. Sebuah rencana harus menguraikan pula jangka waktu pelaksanaan setiap aktifitas ataupun keseluruhan aktivitas yang akan dilaksanakan. Suatu rencana yang baik, hendaknya berorientasi pada masa depan, bukan sebaliknya.
4. Sebuah rencana harus pula menguraikan macam organisasi yang dipandang tepat untuk melaksanakan aktivitas-aktivitas yang telah disusun. Dalam organisasi tersebut, harus dijelaskan pula pembagian tugas dari masing-masing bagian atau individu. Jadi sifat spesifikasinya harus terjamin artinya setiap individu tahu apa yang menjadi tanggungjawabnya, dan untuk apa hal tersebut dilaksanakan.
5. Sebuah rencana harus mencantumkan pula segala hal yang dipandang perlu untuk melaksanakan aktivitas-aktivitas yang telah disusun, yang meliputi macam tenaga pelaksana, besarnya dana, dan sumber dana yang diperkirakan. Jadi sebuah rencana harus masuk akal dan disusun atas perkiraan yang seobjektifnya.
6. Sebuah rencana harus mempertimbangkan segala faktor yang mempengaruhi atau diperkirakan mempengaruhi rencana tersebut, sehingga jadi jelas apakah rencana tersebut dapat dilaksanakan atau tidak. Jadi suatu rencana harus

memiliki sifat kekompleksan yang menyangkut berbagai aspek yang ada dalam masyarakat.

7. Sebuah rencana harus dibuat berdasarkan pedoman pada sistem yang dimiliki dan orientasi penyusunannya pada keseluruhan sistem tersebut bukan pada individu masing-masing. Jadi suatu rencana harus merupakan pekerjaan manajemen, yang jelas kaitannya dengan unsur-unsur lainnya yang terdapat dalam sistem tersebut.
8. Sebuah rencana harus memiliki unsur fleksibilitas, artinya sesuai dengan situasi dan kondisi yang dihadapi, sedemikian rupa sehingga pemanfaatan sumber dan tata cara dapat diatur dengan baik dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
9. Sebuah rencana harus mencantumkan dengan jelas standar yang dipakai untuk mengukur keberhasilan ataupun kegagalan. Jadi suatu rencana menguraikan pula mekanisme control yang akan dipergunakan.
10. Suatu rencana harus mempunyai ciri-ciri terus-menerus artinya hasil yang diperoleh dari perencanaan yang dilakukan dapat dipakai sebagai pedoman perencanaan selanjutnya. Jadi suatu rencana haruslah merupakan suatu proses.

Perencanaan pada dasarnya meliputi upaya pengaturan, baik dalam bidang waktu, tenaga pelaksana, sarana, biaya, tujuan, lokasi serta macam organisasi pelaksanaannya. Jadi dengan adanya perencanaan yang baik, maka akan menghindari kemungkinan terjadinya duplikasi, bentrokan ataupun penghambura dan penyiayaan dari setiap program kerja ataupun aktivitas yang dilakukan. Jadi pemanfaatan

dari sumber dan tata cara yang dipunyai dapat diatur secara lebih efisien dan lebih efektif (Azwar, 1982).

Menurut George R. Terry (1986) ada enam jenis rencana manajemen, yaitu :

a. Perencanaan Prosedur

Prosedur merupakan suatu tugas-tugas yang berhubungan satu sama lain yang merupakan bagian daripada urutan kronologis dan cara yang ditetapkan untuk melaksanakan suatu pekerjaan.

b. Perencanaan Metode

Metode merupakan suatu cara yang ditetapkan untuk melaksanakan suatu patokan atau tugas tertentu dengan cukup memperhatikan sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan pengeluaran total berupa waktu, uang serta usaha. Usaha untuk memperbaiki metode pelaksanaan pekerjaan yang direncanakan biasanya dinyatakan dengan penyederhanaan pekerjaan dengan prinsip mempercepat pekerjaan dengan melaksanakan tugas berturut-turut secara simultan.

c. Perencanaan Standart

Standart merupakan suatu kesatuan pengukuran yang ditetapkan sebagai suatu patokan atau tingkat referensi. Penetapan standart biasanya menggunakan salah satu diantara sumber berikut yaitu pengalaman masa lampau, penilaian, metode ilmiah.

d. Perencanaan Anggaran

Anggaran merupakan sebuah rencana untuk pendapatan atau pengeluaran yang menyangkut uang, personil, barang-barang yang dibeli, barang-barang penjualan, ataupun entitas lain mengenai soal pihak manejer menganggap bahwa

penetapan tindakan yang akan dilakukan pada masa yang akan datang akan membantu usaha-usaha manajerial.

Penganggaran dapat dibagi menjadi dua, yakni penganggaran dari-atas-ke-bawah dan penganggaran dari-bawah-ke-atas. Berikut keunggulan dari kedua penganggaran ini (Stonner, 1986) :

Tabel 2.2. Keunggulan penganggaran dari-atas-ke-bawah dan penganggaran dari-bawah-ke-atas

Penganggaran Dari-Atas-ke-Bawah	Penganggaran Dari-Bawah-Ke-Atas
 <p>Proyeksi ekonomi industri Parameter perencanaan perusahaan</p> <p>Tujuan : Tersedianya sumberdaya yang menyeluruh</p>	 <p>Rencana-rencana operasional Informasi mengenai persaingan, produk dan pasar Alternatif cara bertindak</p> <p>Kebutuhan akan sumberdaya yang khusus</p>

Sumber : Stoner, 1986

e. Perencanaan Program

Program merupakan sebuah rencana komprehensif yang meliputi penggunaan macam-macam sumber daya untuk masa yang akan datang dalam bentuk sebuah pola yang terintegrasi dan yang menetapkan suatu urutan tindakan yang perlu dilaksanakan serta *schedule* waktu untuk masing-masing tindakan tersebut dalam rangka usaha mencapai sasaran yang ditetapkan.

f. Perencanaan Faktor Teknis

Salah satu jenis rencana yang relatif baru adalah diterapkannya *approach* teknik terhadap suatu faktor tertentu seperti misalnya waktu, biaya, ataupun arus bahan. Program Evaluation Review Technique (PERT) digunakan untuk mengurangi jangka waktu yang diproyeksikan untuk proyek dimana PERT memiliki alat analisis dasar yang merupakan suatu jaringan yang terdiri dari suatu lukisan deskriptif

tentang pekerjaan yang perlu dilaksanakan, jaringan terdiri dari aktivitas-aktivitas dan kejadian yang bersama-sama membentuk suatu proyek.

B. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah proses pengelompokan kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan-tujuan dan penugasan setiap kelompok kepada seorang manajer, yang mempunyai kekuasaan, yang perlu untuk mengawasi anggota-anggota kelompok. Pengorganisasian dilakukan untuk menghimpun dan mengatur semua sumber-sumber yang diperlukan, termasuk manusia, sehingga pekerjaan yang dikehendaki dapat dilaksanakan dengan berhasil. (Terry, 1991).

Pada dasarnya mengorganisir adalah suatu proses pembagian kerja. Kerja dapat dibagi-bagi secara garis mendatar maupun garis tegak (Terry, 1991) :

a. Pembagian kerja secara vertikal

Pembagian ini didasarkan atas penetapan garis-garis kekuasaan dan menentukan tingkat-tingkat yang membentuk bangunan organisasi itu secara tegak. Selain dari menetapkan kekuasaan, pembagian kerja vertikal memudahkan arus komunikasi dalam organisasi.

b. Pembagian kerja secara horizontal

Pembagian ini didasarkan atas spesifikasi kerja. Asumsi dasar yang melandasi pembagian kerja garis datar adalah bahwa dengan membuat setiap tugas pekerja jadi terperinci, makin banyak pekerjaan yang dapat dihasilkan dengan usaha yang sama melalui peningkatan efisiensi dan kualitas. Secara terperinci, pembagian kerja horizontal berakhir dengan keuntungan sebagai berikut :

1. Lebih sedikit kecakapan diperlukan seseorang.

2. Lebih mudah untuk memperinci kecakapan-kecakapan yang diperlukan untuk penyaringan atau tujuan latihan.
3. Mengulangi atau mempraktekkan kerja yang sama mengembangkan kemahiran.
4. Penggunaan kecakapan-kecakapan secara efisien terutama sekali dengan menggunakan kecakapan-kecakapan terbaik setiap pekerja.
5. Kemampuan untuk beroperasi bersama-sama.
6. Lebih banyak terdapat keseragaman dalam produksi akhir, jika setiap potong selalu diproduksi oleh orang yang sama.

Unsur-unsur pokok yang dapat dipahami di dalam pengertian pengorganisasian dapat dibedakan atas tiga macam (Azwar, 1996) :

1. Hal yang diorganisasikan

Sebenarnya hal-hal yang perlu diorganisasikan dari suatu rencana banyak macamnya. Disesuaikan dengan pengertian pengorganisasian sebagaimana dikemukakan diatas yang terpenting diantaranya hanya dua macam saja, yakni :

a. Kegiatan

Pengorganisasian kegiatan yang dimaksud disini adalah pengaturan berbagai kegiatan yang ada dalam rencana sedemikian rupa sehingga terbentuk suatu kesatuan yang terpadu, yang secara keseluruhan diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

b. Tenaga Pelaksana

Pengorganisasian tenaga pelaksana yang dimaksudkan di sini mencakup pengaturan struktur organisasi, susunan personalia serta hak dan wewenang dari

setiap tenaga pelaksana, sedemikian rupa sehingga setiap kegiatan ada penanggungjawabnya.

2. Proses Pengorganisasian

Karena di dalam pengertian pengorganisasian terkandung kegiatan pengaturan maka pekerjaan pengorganisasian pada dasarnya merupakan suatu proses. Proses yang dimaksudkan disini adalah yang menyangkut pelaksanaan langkah-langkah yang harus dilakukan sedemikian rupa sehingga semua kegiatan yang akan dilaksanakan serta tenaga pelaksana yang dibutuhkan, mendapat pengaturan yang sebaik-baiknya, serta setiap kegiatan yang akan dilaksanakan tersebut memiliki penanggungjawab pelaksanaannya.

3. Hasil Pengorganisasian

Hasil dari pekerja pengorganisasian adalah terbentuklah suatu wadah yang pada dasarnya merupakan perpaduan antara kegiatan yang akan dilaksanakan serta tenaga pelaksana yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan tersebut. Wadah yang terbentuk ini dikenal dengan nama organisasi (*organization*).

C. Penggerakkan

Penggerakkan itu meliputi mengarahkan, mempengaruhi, dan memotivasi karyawan untuk melaksanakan tugas yang penting (Stonner, 1996). Penggerakkan juga merupakan usaha untuk menggerakkan anggota kelompok sedemikian rupa hingga mereka berkeinginan, berusaha untuk mencapai sasaran perusahaan yang bersangkutan dan sasaran anggota-anggota perusahaan tersebut (Terry, 1986).

Penggerakkan (*actuating*) berkaitan erat dengan sumber daya manusia yang pada akhirnya menjadi pusat sekitar apa aktivitas-aktivitas manajemen berputar. Nilai-nilai, sikap, harapan, kebutuhan, ambisi, pemuasan seseorang dan interaksinya

dengan orang-orang lain dan dengan lingkungan fisik semua bertautan dengan proses menggerakkan (Terry, 1986).

Pekerjaan pelaksanaan dan atau aktuasi bukanlah merupakan pekerjaan yang mudah, karena dalam melaksanakan suatu rencana terkandung berbagai aktivitas yang bukan saja satu sama lain berhubungan, tetapi juga bersifat kompleks dan majemuk. Kesemua aktivitas ini harus dipadukan sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan (Azwar, 1996).

Memadukan berbagai aktivitas yang seperti ini dan apalagi menugaskan semua orang yang terlibat dalam organisasi untuk melaksanakan aktivitas yang dimaksud, memerlukan suatu keterampilan khusus. Tugas seorang administrator dan ataupun manajer, pada dasarnya adalah melakukan upaya sedemikian rupa sehingga dapat memotivasi bawahan untuk secara bertanggungjawab melaksanakan berbagai aktivitas yang telah disusun (Azwar, 1996). Untuk memotivasi bawahan diperlukan kepemimpinan yang mampu mengarahkan, mengawasi sehingga perencanaan yang telah ditetapkan dapat terlaksana dengan baik.

A. Motivasi

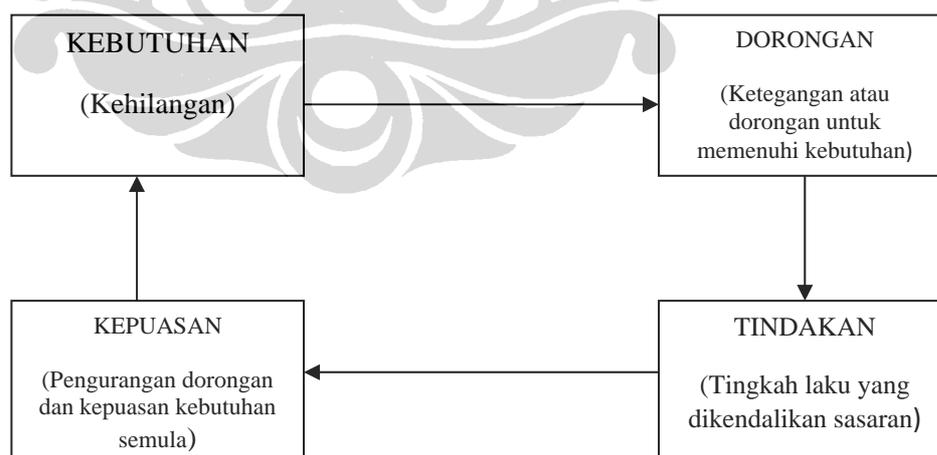
Istilah motivasi (motivation) berasal dari kata bahasa latin, yakni *Movere*, yang berarti “menggerakkan”. Menurut Gray et al (1984) motivasi juga dapat didefinisikan sebagai hasil sejumlah proses, yang bersifat internal, atau eksternal bagi seseorang individu, yang menyebabkan timbulnya sikap entusiasme dan persistensi, dalam hal melaksanakan kegiatan-kegiatan tertentu (Winardi, 2002). Definisi tersebut menanggapi perbincangan yang berlangsung dalam bidang riset motivasional, tentang mengapa kiranya seseorang dapat bersikap entusias dan persisten, dalam hal melaksanakan sesuatu tugas. Salah satu pandangan mengatakan

bahwa kebutuhan-kebutuhan yang tidak dapat diobservasi memotivasi perilaku. (Winardi, 2002).

Motivasi adalah keinginan yang terdapat pada seseorang individu yang merangsangnya untuk melakukan tindakan-tindakan. Faktor terpenting yang mempengaruhi motivasi adalah kebutuhan pribadi, tujuan atau persepsi orang atau kelompok yang bersangkutan, cara untuk merealisasikan kebutuhan serta tujuan tersebut (Terry, 1986).

Dalam masyarakat kita, telah lama mengasumsikan bahwa hampir setiap orang dapat memenuhi kebutuhannya paling mendasar. Akhir-akhir ini ketika jumlah pria, wanita dan anak-anak yang tidak mempunyai rumah bertambah, asumsi tidak dapat dipertahankan. Teori mengenai kebutuhan ini dapat dijelaskan melalui Teori kebutuhan mengenai motivasi serta piramida yang menunjukkan hierarki kebutuhan dari Maslow (Stoner, 1996).

Gambar 2.3. Teori Kebutuhan mengenai motivasi

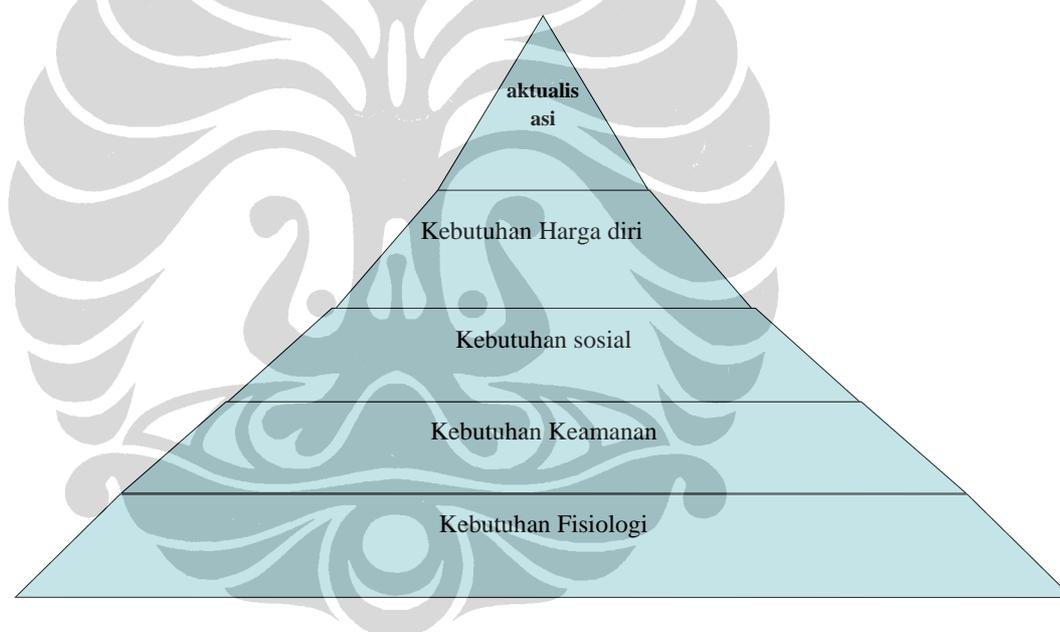


Teori motivasi kebutuhan dari H. Maslow (1983) :

Merupakan teori kebutuhan jamak, bahwa seorang berperilaku karena didorong adanya keinginan untuk memperoleh pemenuhan dalam bermacam2

kebutuhan. Menurut Maslow, individu akan termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang paling menonjol, atau paling kuat, bagi mereka pada waktu tertentu. Kemenonjolan dari kebutuhan ini tergantung pada situasi saat ini dan pengalaman mutakhir. Dimulai dengan kebutuhan fisik, yang paling mendasar, setiap kebutuhan harus dipenuhi sebelum individu tersebut mempunyai keinginan untuk memuaskan kebutuhan dari tingkat yang lebih tinggi. Ada lima jenjang kebutuhan menurut Abraham H. Maslow yang digambarkan dalam piramida Maslow :

Gambar 2.4. Piramida yang menunjukkan hierarki kebutuhan dari Maslow



Suatu kesimpulan yang jelas dari teori Maslow adalah kebutuhan karyawan yang pertama adalah upah yang cukup untuk membeli makanan, tempat berteduh, dan melindungi mereka dan keluarga secara memuaskan, disamping lingkungan kerja yang aman. Kemudian kebutuhan akan keamanan harus dipenuhi-jaminan adanya pekerjaan, bebas dari ancaman hukuman dan tindakan sewenang-wenang, serta peraturan yang ditentukan dengan jelas. Kemudian manajer dapat menawarkan

insentif yang didesain untuk memberikan harga diri, rasa memiliki, atau kesempatan yang berkembang kepada karyawan.

Menurut Maslow, kalau semua kebutuhan lain sudah terpenuhi dengan cukup, karyawan akan termotivasi dengan kebutuhan akan aktualisasi diri. Mereka akan mencari makna dan perkembangan pribadi dalam pekerjaan mereka dan secara aktif mencari tanggung jawab baru. Maslow menekankan bahwa perbedaan paling besar dari individu dijumpai di tingkat ini. Untuk beberapa orang, menghasilkan pekerjaan bermutu tinggi merupakan cara untuk mengaktualisasi diri, sedangkan bagi orang lain, mengembangkan ide kreatif yang berguna adalah cara memenuhi kebutuhan yang sama. Dengan menyadari perbedaan kebutuhan aktualisasi diri dari karyawan mereka, manajer dapat menggunakan berbagai pendekatan untuk memungkinkan karyawan mencapai sasaran pribadi dan organisasi.

B. Kepemimpinan

Batasan tentang kepemimpinan banyak macamnya. Beberapa diantaranya adalah (Azwar, 1996) :

1. Kepemimpinan adalah perpaduan berbagai perilaku yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memiliki kemampuan untuk mendorong orang lain bersedia dan dapat menyelesaikan tugas-tugas tertentu yang dipercayakan kepadanya (Ordway Tead).
2. Kepemimpinan adalah suatu proses yang mempengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang untuk mau berbuat dan mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan (Stogdill).
3. Kepemimpinan adalah hubungan yang tercipta dari adanya pengaruh yang dimiliki oleh seseorang terhadap orang-orang lain sehingga orang lain

tersebut secara sukarela mau dan bersedia bekerja sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan (G. R. Terry).

4. Kepemimpinan adalah suatu proses yang mempengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu situasi tertentu (Paul Hersay, Ken Blanchard).

Dari empat batasan ini menjadi jelaslah bahwa kepemimpinan akan muncul apabila ada seseorang yang karena sifat-sifat dan perilaku yang dimilikinya mempunyai kemampuan untuk mendorong orang lain guna berfikir, bersikap dan ataupun berbuat sesuai dengan yang diinginkan. Seseorang ini disebut dengan nama pemimpin (*leader*). Kepemimpinan juga akan muncul apabila ada seseorang atau sekelompok orang yang dapat dipengaruhi untuk berfikir, bersikap serta berbuat sesuai dengan yang diinginkan. Seseorang atau sekelompok orang ini disebut dengan nama pengikut (*follower*) (Azwar, 1996).

Karena kepemimpinan dalam administrasi erat hubungannya dengan manusia, maka dalam membicarakan kepemimpinan tidak dapat melepaskan diri dari sifat, corak, perilaku, kebudayaan, kebiasaan serta berbagai latar belakang sosial budaya yang dimiliki oleh pemimpin serta pengikut tersebut, yang keadaannya dapat berbeda antara satu dengan lainnya, harus turut diperhitungkan (Azwar, 1996).

Lebih lanjut, karena kepemimpinan berlangsung dalam suatu kelompok dan ataupun organisasi tertentu, yang keadaannya dapat pula berbeda antara satu dengan lainnya, maka untuk keberhasilan kepemimpinan, berbagai keadaan spesifik yang ditemukan pada kelompok dan ataupun organisasi tertentu tersebut, harus turut pula diperhitungkan. Disamping juga perhitungan terhadap berbagai faktor lingkungan

yang mempengaruhi kelompok dan ataupun organisasi tertentu yang dimaksud (Azwar, 1996).

Berbagai gaya kepemimpinan yang dimiliki oleh seorang pemimpin dapat dibedakan atas empat macam, yakni (Azwar, 1996) :

1. Gaya kepemimpinan diktator

Pada gaya kepemimpinan diktator ini upaya mencapai tujuan dilakukan dengan menimbulkan ketakutan serta ancaman hukuman. Tidak ada hubungan dengan bawahan, karena mereka dianggap hanya sebagai pelaksana dan pekerja saja. Ditinjau dari rumusan Mc Gregor, gaya diktator ini adalah bentuk ekstrim dari pelaksanaan teori X.

2. Gaya kepemimpinan autokratis

Pada gaya kepemimpinan autokratis ini segala keputusan berada di tangan pemimpin. Pendapat atau kritik dari bawahan tidak pernah dibenarkan. Pada dasarnya sifat yang dimiliki sama dengan gaya kepemimpinan diktator tetapi dalam bobot yang agak kurang. Gaya kepemimpinan ini juga merupakan pelaksanaan teori X dari Mc Gregor.

3. Gaya kepemimpinan demokratis

Pada gaya kepemimpinan demokratis ini ditemukan peran serta bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan secara musyawarah. Hubungan dengan bawahan dibangun dan dipelihara dengan baik. Jika ditinjau dari rumusan Mc Gregor, gaya kepemimpinan ini pada dasarnya adalah sesuai dengan teori Y.

4. Gaya kepemimpinan santai

Pada gaya kepemimpinan ini peranan pimpinan hampir tidak terlihat karena segala keputusan diserahkan kepada bawahan. Setiap anggota organisasi dapat melakukan kegiatan masing-masing sesuai dengan kehendak masing-masing pula. Ditinjau dari rumusan Mc Gregor, gaya kepemimpinan ini adalah pelaksanaan ekstrim dari teori Y.

Dalam bukunya yang berjudul "*The Human Side of Enterprise*" Mc Gregor (1960) menyebutkan bahwa pada umumnya perilaku seseorang dalam suatu organisasi dapat dikelompokkan dalam dua kutub utama yang disebut sebagai Teori X dan Teori Y. Ciri-ciri perilaku yang dimiliki oleh masing-masing kutub dapat dilihat pada tabel berikut (Azwar, 1996) :

Table 2.3. Ciri-ciri perilaku yang dimiliki oleh Teori X dan Teori Y

Teori X	Teori Y
<ul style="list-style-type: none"> - Pada umumnya para anggota organisasi menolak dan tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang diberikan kepadanya serta cenderung lebih mementingkan diri sendiri. - Pada umumnya para anggota organisasi bersifat agresif, suka melanggar ketentuan serta mudah berselisih. - Agar tujuan organisasi dapat tercapai maka anggota tersebut harus dipimpin, diarahkan serta diawasi dengan ketat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pada umumnya para anggota organisasi menyenangi serta memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang diberikan kepadanya dan apabila tujuan organisasi tercapai akan timbul rasa puas. - Pada umumnya para anggota organisasi memiliki inisiatif serta satu sama lain mampu saling mengawasi dan mengendalikan diri. - Untuk mencapai tujuan organisasi tidak perlu dipimpin, diarahkan dan diawasi dengan ketat.

Sumber : Azwar, 1996

D. Pengawasan

Batasan pengawasan banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang sering dipergunakan adalah (Azwar, 1996) :

1. Pengawasan adalah melakukan penelitian dan sekaligus koreksi terhadap setiap penampilan dan sekaligus koreksi terhadap setiap penampilan

karyawan untuk mencapai tujuan seperti yang telah ditetapkan dalam rencana.

2. Pengawasan adalah suatu proses untuk mengukur penampilan suatu program yang kemudian dilanjutkan dengan mengarahkannya sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai.

Pengawasan manajemen menurut Robert J. Mockler adalah suatu upaya yang sistematis untuk menetapkan standar prestasi dengan sasaran perencanaan, merancang sistem umpan balik informasi, membandingkan prestasi sesungguhnya dengan standar yang terlebih dahulu ditetapkan itu, menentukan apakah ada penyimpangan dan mengukur signifikan penyimpangan tersebut, dan mengambil tindakan perbaikan yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumberdaya perusahaan tengah digunakan sedapat mungkin dengan cara yang paling efektif dan efisien guna tercapainya sasaran perusahaan (Stonner, 1986).

Tujuan dari pengawasan program adalah terwujudnya hasil pelaksanaan program yang efektif dan efisien, meliputi penilaian program, penilaian hasil pelaksanaan pemeriksaan, dan melihat adanya penyimpangan dalam pelaksanaan program (Standar pengawasan, Depkes 2003).

Agar pengawasan berjalan dengan baik perlu diciptakan suatu mekanisme umpan balik (*feed back mechanism*) yang lengkap, yang harus dapat dilakukan pada setiap pentahapan program. Metode pengawasan yang dapat dipergunakan disini banyak macamnya, misalnya adalah (Azwar, 1996) :

1. Melalui laporan khusus dan hasil yang dilakukan terhadap laporan khusus tersebut.

2. Melalui data statistik yang dikumpulkan yang menyangkut berbagai aspek kegiatan organisasi.
3. Melalui observasi personal yang dilakukan oleh pimpinan atau orang-orang tertentu.
4. Melalui internal audit
5. Melalui alat elektronik otomatis.

2.6. PENDEKATAN SISTEM

2.6.1. Batasan Sistem

Sistem menurut Ryans (Azwar, 1996) adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan.

Sistem menurut John McManama (Azwar, 1996) adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien.

Sistem merupakan kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan yang majemuk, dimana masing-masing bagian bekerjasama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk pula (Azwar, 1996).

2.6.2. Unsur Sistem

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan bagian atau elemen tersebut adalah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian maka tidak ada yang

disebut dengan sistem tersebut. Bagian elemen tersebut dapat dikelompokkan dalam enam unsur, (Azwar, 1996) yakni :

1. Masukan (input) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
2. Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
3. Keluaran adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
4. Umpan Balik adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.
5. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.
6. Lingkungan adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

2.6.3. Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem menurut L. James Harvey (Azwar, 1996) adalah penerapan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu rangkaian komponen-komponen yang berhubungan sehingga dapat berfungsi sebagai satu kesatuan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sedangkan pendekatan sistem menurut Azrul Azwar adalah suatu strategi yang menggunakan metode analisa, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Selain itu pendekatan sistem merupakan penerapan dari cara berfikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi.

BAB 3

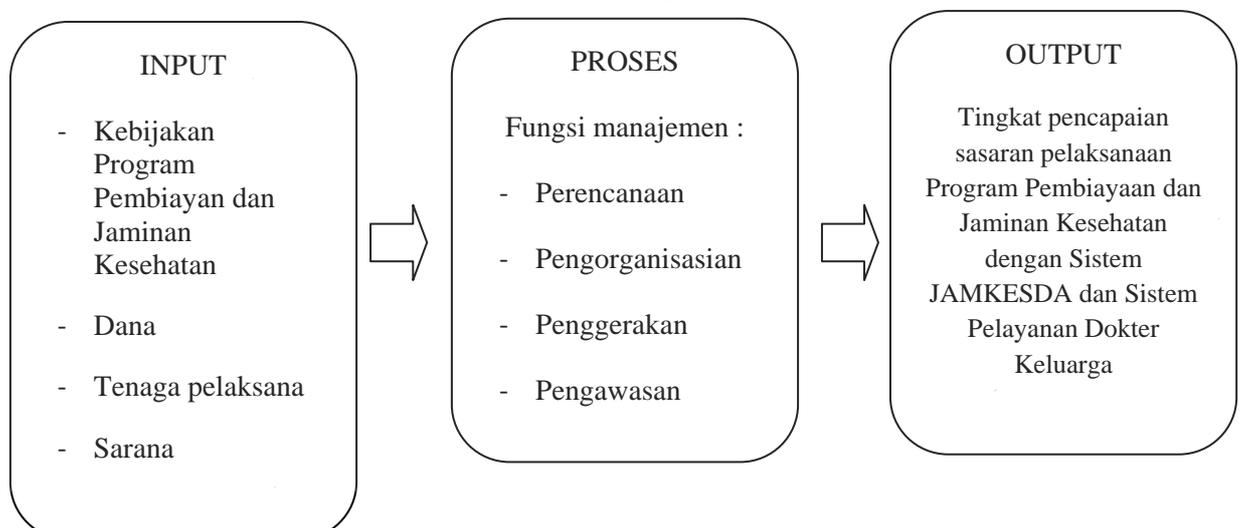
KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini menggunakan pendekatan sistem, yakni input, proses dan output. Tingkat pencapaian sasaran dari pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga merupakan suatu output untuk melihat sejauh mana efektifitas program dalam mencapai tujuan yang telah tercapai di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Oleh karena itu akan dilaksanakan analisis manajemen pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga dengan melihat fungsi manajemen yakni perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan dalam memanfaatkan sumber daya yang ada yakni kebijakan, dana, tenaga pelaksana dan sarana.

Adapun kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut :

Gambar 3.1. Kerangka konsep



3.2. Definisi Operasional

A. Input

Input (masukan) adalah sumber daya yang digunakan dalam kegiatan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga. (Azwar, 1996).

1. Kebijakan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

Adalah pemahaman mengenai kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan pemerintah daerah dalam upaya membantu dalam melaksanakan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

2. Dana

Adalah besarnya biaya dan kecukupan alokasi dana Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

3. Tenaga pelaksana

Adalah petugas Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat yang terlibat pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga di tingkat Provinsi.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

4. Sarana

Adalah Ketersediaan alat atau perlengkapan yang menunjang kelancaran pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga di tingkat Provinsi.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

B. Proses

Proses adalah pelaksanaan fungsi manajemen Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga.

1. Perencanaan

Adalah rencana yang telah dibuat oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat sebelum pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

2. Pengorganisasian

Adalah tindakan yang dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dalam mengusahakan hubungan yang efektif antara petugas pelaksana Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

3. Penggerakkan

Adalah usaha untuk menggerakkan petugas pelaksana di Dinkes Provinsi agar mencapai tujuan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

4. Pengawasan

Adalah aktivitas untuk menemukan, mengoreksi, penyimpangan-penyimpangan (masalah) dalam hasil yang dicapai dari aktivitas yang telah direncanakan.

- Cara Ukur : Wawancara mendalam
- Alat Ukur : Pedoman wawancara

C. Output

Tingkat pencapaian sasaran Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga.

Adalah tinggi rendahnya hasil realisasi dana yang telah dialokasikan pada Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga.