

Endang Sutisna Sulaeman



Teori dan Praktik di Puskesmas

Buku ini penulis persembahkan untuk :

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

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

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

Penulis berterima kasih kepada :

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

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

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

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

Mantan Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI

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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wa barakaatuh.

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

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

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

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

telah dimasukkan dalam kurikulum pendidikan dokter Fakultas Kedokteran di Indonesia.

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

Buku ini sangat berguna dan diperlukan bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran, Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan, Akademi Keperawatan, Akademi Kebidanan, dan lain-lain. Buku ini juga bermanfaat bagi para penentu kebijakan, para pengambil keputusan, para praktisi kesehatan masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat di bidang kesehatan, dan para pemerhati kesehatan, serta berbagai pihak yang tertarik pada manajemen pelayanan kesehatan khususnya manajemen Puskesmas.

Penulis menyadari bahwa buku ini merupakan salah satu dari sekian banyak tulisan yang membahas tentang manajemen kesehatan. Dengan demikian buku ini dapat digunakan sebagai pelengkap atau sebagai bahan perbandingan. Penulis menyadari bahwa buku ini belum lengkap, belum sempurna, bahkan mungkin ada kelemahan. Oleh karena itu, penulis sangat menantikan saran dan kritik konstruktif dari pembaca untuk perbaikan buku ini di masa datang.

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

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

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.
Surakarta, 30 Januari 2011

Penulis

SAMBUTAN DEKAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA

Assalamu'alaikum warahmatullahi wa barakaatuh.

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

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

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

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

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

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Prof. DR. H. AA. Subiyanto, dr, MS. *commit to user*

DAFTAR ISI

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

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

BAB VIII STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI PUSKESMAS

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



Daftar Bagan

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

Daftar Tabel

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

Daftar Grafik

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



Daftar Lampiran

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



BAB I PENDAHULUAN

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

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, kegiatan pokok Puskesmas dikelompokkan menjadi 2 (dua) yakni Upaya Kesehatan Wajib dan Upaya Kesehatan Pengembangan. Upaya kesehatan wajib tersebut harus dilaksanakan oleh setiap Puskesmas yang ada di Indonesia. Upaya kesehatan wajib disebut juga program "*Basic six*" adalah : (a) Upaya Promosi Kesehatan, (b) Upaya Kesehatan Lingkungan, (c) Upaya kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana, (d) Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat, (e) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, dan (f) Upaya Pengobatan. Sedangkan upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok Puskesmas yang telah ada yakni: (a) Upaya Kesehatan Sekolah, (b) Upaya Kesehatan Olah Raga, (c) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat, (d) Upaya Kesehatan Kerja, (e) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut, (f) Upaya Kesehatan Jiwa, (g) Upaya Kesehatan Mata, (h) Upaya Kesehatan Usia Lanjut, dan (i) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional. Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiga upaya ini merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan puskesmas (Departemen Kesehatan, 2004).

Sejak diperkenalkannya konsep Puskesmas, berbagai hasil telah banyak dicapai. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) telah berhasil diturunkan. AKI telah dapat diturunkan dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). AKB telah dapat diturunkan dari 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Demikian pula telah terjadi penurunan prevalensi kekurangan gizi pada Balita dari 29,5% pada akhir tahun 1997 menjadi sebesar 18,4% pada tahun 2007 (Risksesda, 2007). Sejalan dengan penurunan AKB, Umur Harapan Hidup (UHH) rata-rata bangsa Indonesia telah meningkat secara bermakna dari 68,6 tahun (2004) menjadi 69,8 tahun (2005), 70,2 tahun (2006) dan 70,5 tahun (2007) (Departemen Kesehatan, 2007).

AKI tersebut masih tertinggi di wilayah Asia Tenggara. AKI menurun sangat lambat, sedangkan target yang akan dicapai pada tahun 2010 adalah 125/100.000 kelahiran hidup. Besarnya AKI menggambarkan masih rendahnya tingkat kesadaran perilaku hidup bersih dan sehat, status gizi dan status kesehatan ibu, cakupan dan kualitas pelayanan untuk ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu nifas, serta kondisi kesehatan lingkungan. Berdasarkan analisis penyebab kematian ibu, penyebab AKI di Indonesia dikelompokkan ke dalam penyebab langsung, penyebab tidak langsung, dan penyebab mendasar. Penyebab langsung kematian ibu menurut SKRT (2001) adalah perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium (11%), abortus (5%), trauma obstetrik (5%), emboli obstetrik (5%), partus lama/macet (5%) serta lainnya (11%).

Penyebab tidak langsung kematian ibu adalah rendahnya status gizi, rendahnya status kesehatan serta adanya faktor risiko kehamilan pada ibu. SKRT (2001) menunjukkan bahwa 34% ibu hamil mengalami kurang energi kronis (KEK) dan 40% menderita anemia gizi besi (AGB). SDKI (2002-2003) menunjukkan bahwa 22,4% ibu masih dalam keadaan "4 terlalu" yaitu 4,1% kehamilan terjadi pada ibu berumur kurang dari 18 tahun (terlalu muda), 3,8% terjadi pada ibu berumur lebih dari 34 tahun (terlalu tua), 5,2% persalinan terjadi dalam interval waktu kurang dari 2 tahun (terlalu sering) dan 9,3% ibu hamil mempunyai paritas lebih dari 3 (terlalu banyak).

Adapun penyebab mendasar kematian ibu dipengaruhi oleh kondisi geografis, penyebaran penduduk, kondisi sosial ekonomi, budaya, kondisi bias gender dalam masyarakat dan keluarga serta tingkat pendidikan masyarakat pada umumnya. Hasil *Audit Maternal Perinatal* (AMP) menunjukkan bahwa kematian ibu lebih banyak terjadi pada ibu dengan karakteristik pendidikan di bawah Sekolah Lanjutan Pertama (SLP), kemampuan membayar biaya pelayanan persalinan rendah, terlambat memeriksakan kehamilannya, serta melakukan persalinan di rumah. Rendahnya status sosial dan tingkat pendidikan wanita seringkali menempatkan wanita pada posisi yang tidak berdaya. Selain itu, tingkat sosioekonomi masyarakat di pedesaan dan daerah kumuh perkotaan pada umumnya masih belum memadai, sehingga seringkali mereka tidak

BAB II PERKEMBANGAN PEMIKIRAN MANAJEMEN

MANFAAT MEMPELAJARI DAN MENERAPKAN PEMIKIRAN MANAJEMEN BAGI MANAJEMEN PUSKESMAS

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

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

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

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

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

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

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

PERKEMBANGAN PEMIKIRAN MANAJEMEN

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

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

Seperti dijelaskan dalam Bagan 2.1. berikut:

BAB III MANAJEMEN PUSKESMAS

PENGERTIAN MANAJEMEN PUSKESMAS

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

Pengertian manajemen cenderung menunjukkan variasi. Ada 2 (dua) mazhab dalam mendefinisikan manajemen. Mazhab pertama menekankan optimasi dan interaksi pemanfaatan sumber-sumberdaya dan tugas-tugas ke arah pencapaian tujuan. Beberapa definisi dalam mazhab ini adalah sebagai berikut :

1. *Management as process of interacting resources and tasks toward the achievement of stated organizational goals*” (Manajemen sebagai proses interaksi sumber-sumber daya dan tugas-tugas untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan) (Szilagyi, 1981).
2. *Management is the process of optimizing human, material, and financial contributions for the achievement of organizational goals* (Manajemen adalah proses optimasi sumber daya manusia, material dan keuangan yang memberikan sumbangan untuk pencapaian tujuan-tujuan organisasi (John A. Pearce II and Richard B. Robinson, 1989).
3. *Management may be defined as the coordination and integrating of all resources (both human and technical) to accomplish various specific results* (Manajemen dapat didefinisikan sebagai koordinasi dan pengintegrasian dari semua sumber-sumber daya (manusia dan cara) untuk menyelesaikan hasil-hasil yang khusus dan bervariasi) (Scanlan and Key).
4. *Management is a form of work that involves coordinating an organization's resources – land, labor, and capital – toward accomplishing organizational objectives* (Manajemen adalah bentuk kerja yang meliputi koordinasi sumber-sumber daya organisasi – tanah, tenaga kerja, dan modal – untuk menyelesaikan sasaran-sasaran organisasi) (Leslie W. Rue and Lloyd L. Byars, 1992).

Mazhab kedua menekankan pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen untuk mencapai tujuan. Beberapa definisi dalam mazhab ini adalah sebagai berikut :

1. *Management is the process of planning, organizing, leading, and controlling the use of resources to accomplish performance goals* (Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian penggunaan sumber-sumber daya untuk menyelesaikan tujuan-tujuan kinerja) (John R. Schermerhorn, 1996).
2. *Management is the process of planning, organizing, leading, and controlling the work of organization members and using all available organizational resources to reach stated organizational goals* (Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian pekerjaan anggota-anggota organisasi dan penggunaan semua sumber-sumber daya

organisasi yang tersedia untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi yang telah ditetapkan) (James F. Stoner and R. Edward Freeman, 1992).

3. *Management is planning, organizing, staffing, leading, and controlling the people working in an organization and the ongoing set of tasks and activities they perform* (Manajemen adalah perencanaan, pengorganisasian, penyusunan staf, pengarahan, dan pengendalian pekerjaan orang dalam sebuah organisasi dan seperangkat tugas-tugas yang terus menerus dan kegiatan-kegiatan yang mereka lakukan) (Don Hellriegel and John W. Slocum, 1992).

Beberapa batasan manajemen lainnya adalah :

1. Manajemen adalah pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dengan menggunakan orang lain (*Terry*).
2. Manajemen adalah seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain (*Follett*).
3. Manajemen adalah suatu proses yang dilakukan oleh satu orang atau lebih untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan orang lain guna mencapai hasil (tujuan) yang tidak dapat dicapai oleh hanya satu orang saja (*Evanchevich*).
4. Manajemen adalah proses dimana pelaksanaan dari suatu tujuan diselenggarakan dan diawasi (*Encyclopedia of sosial sciences*).
5. Manajemen adalah upaya mencapai tujuan yang diinginkan dengan menciptakan lingkungan kerja yang menguntungkan (*Koontz dan O'Donnell*).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah proses dan upaya untuk mengoptimalkan masukan (*input*) sumber daya melalui pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen : perencanaan (P1), pergerakan dan pelaksanaan (P2), serta pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) dalam rangka mencapai tujuan-tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

Manajemen kesehatan merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yaitu sebagai subsistem manajemen kesehatan dan informasi kesehatan. Subsistem manajemen kesehatan dan informasi kesehatan adalah bentuk dan cara penyelenggaraan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan subsistem manajemen kesehatan dan informasi kesehatan adalah terwujudnya kebijakan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, berbasis bukti dan operasional, terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna, dan akuntabel, serta didukung oleh hukum kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Subsistem manajemen kesehatan dan informasi kesehatan terdiri dari 4 (empat) unsur utama yakni :

1. Kebijakan Kesehatan, yaitu merupakan pedoman yang menjadi acuan bagi semua pelaku pembangunan kesehatan, baik pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah.

commit to user

BAB IV

PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

PENGERTIAN PERENCANAAN TINGKAT PUSKESMAS

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

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

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

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

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

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

Beberapa definisi perencanaan lainnya adalah sebagai berikut :

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

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

BAB V PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

PENGETIAN PENGORGANISASIAN TINGKAT PUSKESMAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Hal yang diorganisasikan

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

a. Kegiatan Puskesmas

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

b. Tenaga pelaksana Puskesmas

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

BAB VI

PENGERAKAN DAN PELAKSANAAN/P2 (AKTUASI) TINGKAT PUSKESMAS

PENGETERIAN, FAKTOR-FAKTOR, DAN TUJUAN PENGERAKAN DAN PELAKSANAAN/P2 (AKTUASI) TINGKAT PUSKESMAS

Setelah perencanaan (*planning*) dan pengorganisasian (*organizing*) Puskesmas selesai dilaksanakan, maka selanjutnya yang perlu dilakukan dalam manajemen Puskesmas adalah mewujudkan rencana (*plan*) Puskesmas tersebut menjadi kenyataan. Ini berarti, rencana tersebut dilaksanakan (*implementating*) atau diaktualisasikan (*actuating*).

Di dalam beberapa buku manajemen dijumpai banyak istilah untuk fungsi pergerakan dan pelaksanaan yaitu *actuating* (pergerakan), *motivating* (membangkitkan motivasi), *directing* (memberikan arah), *influencing* (mempengaruhi), dan *commanding* (memberi komando atau petunjuk). Beberapa istilah tersebut diartikan sebagai fungsi aktuasi karena dianggap mempunyai pengertian yang sama yaitu menggerakkan dan mengarahkan pelaksanaan program. Aktuasi Puskesmas merupakan usaha untuk menciptakan iklim **kerja sama** di antara staf pelaksana program Puskesmas sehingga pelaksanaan program berjalan sesuai dengan rencana dalam rangka pencapaian tujuan Puskesmas. Aktuasi juga merupakan suatu fungsi pembimbingan dan pengarahan pegawai agar pegawai mau dan mampu bekerja dengan rasa tanggung jawab tanpa menunggu perintah dari siapapun.

Aktuasi tingkat Puskesmas menurut hemat penulis adalah upaya menggerakkan pegawai Puskesmas sedemikian rupa sehingga pegawai Puskesmas memiliki komitmen dan tanggung jawab, mendukung dan **bekerja sama**, memiliki kemauan dan kemampuan kerja, menyukai pekerjaan, menjadi pegawai yang baik, serta berusaha untuk mencapai tujuan Puskesmas.

Hal yang mendasar bagi keberhasilan Puskesmas adalah mengupayakan agar pegawai Puskesmas melakukan tugas secara berkualitas, beretika dan berdedikasi, adanya kepercayaan dan keyakinan terhadap semua pegawai, memelihara lingkungan kerja yang kondusif dan memuaskan semua pihak, adanya kesediaan semua pegawai untuk melaksanakan tugas secara antusias.

Pada dasarnya aktuasi dimulai dari pimpinan Puskesmas dan bukan dengan menggerakkan pihak lain. Seorang pimpinan Puskesmas harus termotivasi secara pribadi untuk mencapai kemajuan dan kerjasama yang serasi dan terarah dengan pihak lain. Pimpinan Puskesmas harus menunjukkan kepada stafnya bahwa ia mempunyai tekad untuk mencapai keberhasilan dan peka terhadap lingkungannya. Pimpinan Puskesmas harus obyektif dalam menghadapi berbagai persoalan Puskesmas. Ia juga harus realistis menghadapi perbedaan karakter pegawai. Dengan kata lain, seorang pimpinan memahami kodrat manusia yang mempunyai kekuatan dan kelemahan, dan tidak mungkin akan mampu bekerja sendiri sehingga memerlukan bantuan orang lain.

Pegawai Puskesmas mempunyai kebutuhan yang bersifat pribadi dan sosial. Pada diri pegawai kadang-kadang muncul juga sifat-sifat emosional. Pegawai Puskesmas adalah juga manusia di manapun mereka berada. Pegawai Puskesmas membawa ke tempat kerjanya segala perbedaan-perbedaan fisik, mental, sosial, nilai, dan problem-problem mereka. Setiap pegawai mempunyai kepribadian yang berbeda-beda yang dipengaruhi oleh keturunan, pendidikan, kondisi sosial, serta pengalamannya. Seorang pegawai bertindak untuk mencapai kepuasan tetapi arti kepuasan baik isi maupun derajatnya berbeda bagi setiap pegawai.

Meskipun pegawai Puskesmas berbeda-beda, namun terdapat adanya fakta-fakta kesamaan yang dapat membantu pimpinan Puskesmas untuk mengerti perilaku pegawai dan memanfaatkan pengetahuan tersebut untuk memperbaiki manajemen Puskesmas. Keadaan umum yang penting guna memenuhi kebutuhan-kebutuhan pegawai menurut *Terry* (1986) yaitu :

1. Kebiasaan serta emosi penting sekali untuk menerangkan perilaku pegawai, akal bersifat sekunder;
2. Perasaan terpinggirkan merupakan bagian daripada sebuah kelompok dan merasa penting merupakan kekuatan yang memberikan motivasi kuat bagi kebanyakan pegawai;
3. Pegawai menginginkan pujian untuk pekerjaan yang dilaksanakan apabila mereka layak mendapatkannya;
4. Para pegawai ingin memanfaatkan kemampuan mereka yang tertinggi dan menikmati perasaan puas apabila pekerjaan dilaksanakan;
5. Para pegawai ingin melaksanakan hal-hal yang dapat mereka banggakan;
6. Para pegawai lebih menyukai pengawasan yang dapat mereka percayai dan yang menimbulkan respek;
7. Kritik atau perbandingan negatif tentang hasil pekerjaan seorang pegawai di muka umum ditentang oleh kebanyakan pegawai, mereka tidak senang “kehilangan muka”;
8. Penerimaan ide-ide baru dan perubahan-perubahan lebih berhasil apabila pegawai siap menghadapinya, upaya untuk mengadakan perubahan-perubahan secara mendadak perlu dihindari;

BAB VII

PENGAWASAN PENGENDALIAN DAN PENILAIAN (P3) TINGKAT PUSKESMAS

PENGERTIAN PENGAWASAN PENGENDALIAN DAN PENILAIAN (P3) TINGKAT PUSKESMAS

Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian (P3) merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen Puskesmas. Ketiga fungsi ini mempunyai kaitan erat dengan fungsi-fungsi manajemen lainnya, terutama dengan fungsi perencanaan. Fungsi P3 Puskesmas dilakukan guna menjamin bahwa semua kegiatan dan program serta fungsi Puskesmas yang sedang berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan. Fungsi P3 Puskesmas bertujuan untuk: (1) mencegah penyimpangan (protektif), (2) meluruskan penyimpangan (kuratif), dan (3) membimbing pegawai Puskesmas agar tidak menyimpang (preventif). Jika terjadi kesenjangan atau penyimpangan harus segera diatasi. Setiap penyimpangan harus dapat dideteksi sedini mungkin, dicegah, dikendalikan, atau dikurangi. Melalui pelaksanaan fungsi P3 Puskesmas, hasil pelaksanaan kegiatan dan program Puskesmas yang telah dicapai dibandingkan dengan standar kinerja program Puskesmas yang tertuang dalam tujuan, target, standar mutu pelayanan, *standard operating procedure* Puskesmas. Masalah yang banyak terjadi dalam organisasi pelayanan sektor publik termasuk Puskesmas adalah masih lemahnya fungsi P3, sehingga terjadi penyimpangan atau kesenjangan antara yang direncanakan dengan yang dilaksanakan.

Terdapat banyak sebutan untuk fungsi P3, antara lain *evaluating*, *appraising*, atau *correcting*. Sebutan *controlling* menurut Handoko (2003) lebih banyak digunakan karena mengandung konotasi yang mencakup penetapan standar, pengukuran kegiatan, dan pengambilan tindakan korektif.

Perbedaan antara pengendalian dan pengawasan Menurut Usman (2006) adalah pada wewenang dari pemangku kedua istilah tersebut. Pengendalian mempunyai wewenang untuk turun tangan melakukan koreksi yang tidak dimiliki oleh pengawasan. Pengawasan hanya sebatas memberikan saran dan masukan, sedangkan tindak lanjutnya dilakukan oleh pengendalian. Dengan demikian, pengendalian lebih luas daripada pengawasan. Dalam penerapannya di pemerintahan, kedua istilah tersebut sering dilakukan bersamaan dan sering tumpah tindih (*overlapping*), sehingga lebih banyak dipakai istilah pengawasan dan pengendalian (wasdal).

Pengawasan didefinisikan oleh Azwar (1988) adalah melakukan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap setiap penampilan pegawai untuk mencapai tujuan seperti yang telah ditetapkan dalam rencana atau suatu proses untuk mengukur penampilan suatu program yang kemudian dilanjutkan dengan mengarahkannya sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Sedangkan Mockler dalam Handoko (2003) mengartikan pengawasan sebagai suatu usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan-tujuan

perencanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumber daya organisasi dipergunakan dengan cara paling efisien dan efektif dalam pencapaian tujuan-tujuan organisasi.

Lanri (2003) dalam Usman (2006) mendefinisikan pengawasan sebagai suatu kegiatan untuk memperoleh kepastian apakah pelaksanaan pekerjaan/kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana semula. Kegiatan pengawasan pada dasarnya membandingkan kondisi yang ada dengan yang seharusnya terjadi. Pengendalian dilakukan apabila dalam pengawasan ternyata ditemukan adanya penyimpangan atau hambatan maka segera diambil tindakan koreksi. Sedangkan pengendalian didefinisikan oleh Usman (2006) adalah proses pemantauan, penelitian, dan pelaporan rencana atas pencapaian tujuan yang telah ditetapkan untuk tindakan korektif guna menyempurnakan lebih lanjut.

Selanjutnya penilaian (*evaluating*), menurut *The World Health Organization* adalah suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan, dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna penerapan selanjutnya. *The American Public Association* mendefinisikan penilaian adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sedangkan *The International Clearing House on Adolescent Fertility Control for Population*, mendefinisikan penilaian sebagai suatu proses yang teratur dan sistematis dalam membandingkan hasil yang dicapai dengan tolok ukur atau kriteria yang telah ditetapkan, dilanjutkan dengan pengambilan keputusan serta penyusunan saran-saran, yang dapat dilakukan pada setiap tahap dari pelaksanaan program (Azwar, 1988).

Dari pengertian-pengertian tersebut di atas, nampak bahwa antara pengawasan, pengendalian, dan penilaian mempunyai makna dan esensi yang sama yaitu proses pemantauan, penilaian, dan pelaporan keberhasilan suatu kegiatan dan program dalam rangka pencapaian tujuan organisasi, adanya penetapan standar, tolok ukur dan kriteria, adanya pengukuran hasil kegiatan dan program, adanya pembandingan hasil kinerja pegawai dan organisasi dengan standar, dan adanya pengambilan tindakan korektif bila diperlukan.

OBJEK DAN METODE P3 PUSKESMAS

Untuk dapat melakukan P3 Puskesmas dengan baik ada 3 (tiga) hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Obyek P3 Puskesmas

Yang dimaksud dengan obyek P3 Puskesmas adalah hal-hal yang harus diawasi, dikendalikan, dan dievaluasi. P3 Puskesmas sebaiknya mencakup seluruh sistem manajemen Puskesmas yang terdiri atas 7 (tujuh) komponen yaitu : *input* (masukan sumber daya manajemen Puskesmas) yang meliputi 7

BAB VIII

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI PUSKESMAS

Undang-undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Penyelenggaraan Kewenangan Wajib oleh Daerah adalah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggung jawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberiaan hak dan kewenangan Daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh Daerah. Tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa Daerah dalam penyelenggaraan otonominya dan untuk menghindari terjadinya kekosongan penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, Daerah Kabupaten/Kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu termasuk di dalamnya kewenangan bidang kesehatan.

Untuk menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian kewenangan wajib bidang kesehatan di Kabupaten/Kota seiring dengan Lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No.100/756/OTDA/tanggal 8 Juli 2002 tentang Konsep Dasar Penentuan Kewajiban Wajib dan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di Daerah, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan No.1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator, dan nilai (*benchmark*). Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi Pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.

SPM Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan keterbatasan sumber daya yang tidak merata, maka diperlukan pentahapan pelaksanaannya dalam mencapai pelayanan minimal target 2010 oleh masing-masing Daerah sesuai dengan kondisi dan perkembangan kapasitas standar teknis, mempunyai batasan tertentu. Sebagai contoh cakupan pelayanan imunisasi harus $\geq 80\%$ karena $< 80\%$ tidak mempunyai dampak epidemiologis.

Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Kesehatan Kabupaten/Kota berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia sehingga mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan SPM bidang kesehatan.

1. PELAYANAN KESEHATAN YANG WAJIB DILAKSANAKAN OLEH SEMUA PUSKESMAS SEBAGAI UPTD KESEHATAN KABUPATEN/ KOTA

A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

1. Cakupan Kunjungan Ibu hamil K-4

a. Pengertian

- 1) Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 (empat) kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.
- 2) Pelayanan adalah pelayanan/pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil sesuai standar pada masa kehamilan oleh tenaga kesehatan terampil (Dokter, Bidan, dan Perawat).

b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan ibu hamil K-4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal 4 (empat) kali sesuai dengan standar di satu wilayah kerja Puskesmas pada kurun waktu tertentu.

c. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan Ibu hamil, sampai beberapa hari (biasanya H-3) sebelum penyelenggaraan Posyandu;
- 2) Pembuatan kantong persalinan;
- 3) Pelayanan Antenatal;
- 4) Pencatatan dan Pelaporan;
- 5) Pemantauan dan Penilaian.

d. Rujukan

- 1) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal;
- 2) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK);
- 3) Pelayanan Kebidanan Dasar;
- 4) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)-KIA.

2. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Bidan atau Tenaga Kesehatan yang memiliki Kompetensi Kebidanan

a. Pengertian

- 1) Pertolongan persalinan adalah pertolongan ibu bersalin di suatu wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu tertentu yang mendapatkan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten;
- 2) Kompetensi kebidanan adalah keterampilan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam bidang pelayanan kebidanan (Dokter dan Bidan).

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Adimihardja K. 2004. *Kata Pengantar Strategi Pemberdayaan Masyarakat*. Cetakan Kedua. Bandung: Humaniora Utama Press.
- Argadiredja D. 2005. *Strategi Pemerintah Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Bandung: Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran.
- Azrul A. 1988. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: Bina Aksara.
- Aini Q, Meiyanto S, dan Meliala A. 2004. *Hubungan Antara Gaya Kepemimpinan dan Komitmen Karyawan Terhadap Kepuasan Kerja di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Yogyakarta: Jurnal Manajemen Kesehatan 07 : 225-9.
- Ardana. K, Mujtati. NW, dan Sriatni A. 2008. *Perilaku Keorganisasian*. Graha Ilmu. Cetakan Pertama. Yogyakarta.
- Clark, *Concept of Leadershi*. donclark@nwlinc.com <http://www.nwlinc.com/~donclark/leader/leadcon.html> (17/11/05).
- David FR. 2004. *Strategic Management: Concepts Ninth Edition*. Alih Bahasa: Kresno Saroso. *Manajemen Strategis: Konsep-konsep*. Edisi Kesembilan. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Sekretaris Jenderal. 2002. *Paradigma Sehat Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1202/Menkes/SK/VIII/2003). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1457Menkes/SK/X/ 2003). Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota* (Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1091/Menkes/SK/X/2004). Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI. 2000. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang *Kebijakan Dasar Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. *Informasi Singkat Penyelenggaraan Puskesmas di Era Desentralisasi*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1997. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. *Kebijakan Nasional Dalam Gerakan Sayang Ibu*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Jalan Setapak Menuju Indonesia Sehat Melalui Pemberdayaan Sumberdaya Manusia Kesehatan*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota (Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 932 tahun 2002) Cetakan Kedua*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Sekretaris Jenderal. 2003. *Kemitraan Menuju Indonesia Sehat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1990/1991. *Pedoman Penyelenggaraan Administrasi Di Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1992. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesejahteraan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Rencana Strategis Kesehatan Daerah (Modul - 02)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Konsep dan Prinsip Perencanaan Program dan Penganggaran Kesehatan Terpadu, (Modul – 03)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Analisis Situasi dan Penentuan Masalah Kesehatan (Modul 04)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgeting), Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan (Modul – 05)*. Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI. 2002. Biro Perencanaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, *Perencanaan dan Penganggaran Terpadu (Integrated Health Planning and Budgetting). Penyusunan Program Kesehatan (Modul 07)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai. 1989. *Pedoman Perencanaan Tingkat Puskesmas (Microplanning)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1988. *Pedoman Lokakarya Mini Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1990. *Pedoman Stratifikasi Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. 2006. *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1995. *ARRIME Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI Proyek Kesehatan Keluarga dan Gizi. 2002. *ARRIME Pedoman Manajemen Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Buku Saku Bidan Puskesmas*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. *Pedoman Dasar Penyediaan Jaminan Muta Di Puskesmas*. Jakarta.
- Djarmiko YH. 2005. *Perilaku Organisasi*, Cetakan Keempat. Bandung. Penerbit Alfabeta
- Elfindri. 2003. *Ekonomi Layanan Kesehatan*. Padang: Penerbit Universitas Andalas.
- Feinberg MR, Tanofsky R, dan Tarrant JJ. 1989. *The New Psychology for Managing People*. Diterjemahkan oleh Sirait T. *Psikologi Manajemen*, Cetakan Kedua. Jakarta: Kesaint Blanc.
- Gibson JL, Ivancevich J dan Donnelly Jr JH, 1997, *Organisasi Perilaku Struktur dan Proses*, Edisi Kedelapan, Jilid I. Alih bahasa Nunuk Adiarni, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Handoko TH, 2003. *Manajemen*. Edisi Kedua. Cetakan Kedelapan belas. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta.
- Hersey P, Blanchard KH, dan Johnson DE. 1996. *Management of Organizational Behavior Utility Human Resources*. Seventh Edition. New Jersey. Prentice Hall. Inc

- Hasan, I. 2002. *Pokok-Pokok Materi Teori Pengambilan Keputusan*. Cetakan Pertama. Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia.
- Irmim, S dan Rochim, A. 2004. *Membangun Motivasi Diri Melalui Kecerdasan Spiritual dan Emosional. Self Improvement Series*. Percetakan Megah.
- Kotler, P. 2000. *Marketing Management (Manajemen Pemasaran)*. Jilid I. Jakarta: Prenhallindo.
- Kamaluddin. 2003. *Pengambilan Keputusan Manajemen Pendekatan Teori dan Studi Kasus*. Cetakan Kelima. Malang: Penerbit Dioma.
- Keputusan Gubernur Jawa Barat No. 58 tahun 2003 tentang *Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat*. Bandung.
- Koran Kompas. 3 Maret 2006.
- Koran Kompas. 4 Agustus 2010.**
- Muninjaya G. 2004. *Manajemen Kesehatan*, Edisi Kedua. Jakarta: ECG.
- Mahmudi. 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: Unit Penerbitan dan Percetakan Akademi Manajemen Perusahaan YKPN.
- Mangkunegara, Anwar Prabu. 2009. *Manajemen Individu Dalam Organisas.*, Diakses Mei 2010.
- Mantra IB. 1997. *Monitoring dan Evaluasi*. Departemen Kesehatan RI Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat.
- MC Leod Jr R. 2001. *Sistem Informasi Manajemen*. Edisi Ketujuh. Jakarta: PT Prenhallindo.
- Megalia R. 2004. *Manajemen Kesehatan, Analisis Situasi Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Balai Pelatihan Tenaga Kesehatan Masyarakat (BKTMK).
- Nisjar K dan Winardi. 1997. *Manajemen Strategis*. Cetakan Pertama. Bandung: Mandar Maju.
- Nasution MN. 2004. *Manajemen Mutu Terpadu (Total Quality Management)*. Cetakan ketiga. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Cetakan kedua. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Osborne, David and Gaebler, Ted. 2003. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Penerjemah *commit to user*

- Abdul Rosyid. *Mewirauahakan Birokrasi*. Cetakan Ketujuh. Jakarta: Lembaga Manajemen PPM dan Penerbit PPM.
- O'connor. 2003. *Successful Leadership in a Week*, Diterjemahkan oleh Sugeng Panut. *Kepemimpinan Yang Sukses Dalam Sepekan*. Edisi Revisi. Bekasi: Megapion Devisi dari Kesaint Blanc Corp.
- Pohan IS. 2003. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar-Dasar Pengertian* Cetakan I. Bekasi: Kesaint Blanc.
- Payne A. 1993. *The Essence of Service Marketing*. Diterjemahkan oleh Tjiptono F. *Pemasaran Jasa*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri RI No. 23 Tahun 1994 tentang *Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas*. Jakarta.
- Robbins SP. 1994. *Organization Theory: Structure, Design and Applications*. Alih bahasa: Udaya I. *Teori Organisasi, Struktur, Desain, dan Aplikasi*. Cetakan I. Jakarta: Arcan.
- Robbins SP. 2003. *Organizational Behavior*, 5th edition, *Perilaku Organisasi*, Alih Bahasa Tim Indeks. Jilid I. Jakarta. Penerbit PT Indeks Kelompok Gramedia.
- Robbins SP. 2002. *Essential of Organization Behavior*, 5th ed, San Diego State University. *Prinsip-Prinsip Perilaku Organisasi*. Edisi Kelima. Alih bahasa Halida dan Sartika. Jilid I. Gelora Aksara Pratama. Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Rivai V. 2004. *Kepemimpinan dan perilaku Organisasi*. Edisi Kedua. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Rodriques dan Pedro. *Pengaruh Gaya Kepemimpinan Terhadap Kinerja Karyawan di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sikka Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Airlangga University Library Central of the ADLN Airlangga University <http://adln.lib.unair.ac.id/> (25/09/05).
- Robert L. Mathis, John H. Jackson. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Thomson Learning.
- Steers RM, Porter LW dan Bigley GA. 1996. *Motivation And Leadership At Work*. International Editions. Singapore. The McGraw-Hill Companies,
- Silalahi U. 2002. *Pemahaman Praktis Asas-Asas Manajemen*. Cetakan Kedua. Bandung: Mandar Maju.
- Siagian SP. 2004. *Manajemen Stratejik*. Cetakan Kelima, Jakarta: PT Bumi Aksara.

- Simbolon MM. 2003. *Dasar-Dasar Administrasi dan Manajemen*. Bekasi: Ghalia Indonesia.
- Sutisna S. 2006. *Kepemimpinan Kepala UPTD Puskesmas DTP dan Pengaruhnya Terhadap Kinerja Pegawai UPTD Puskesmas DTP di Kabupaten Kuningan Jawa Barat*. Program Pascasarjana Universitas Padjadjaran. Bandung.
- Sopiah. 2008. *Perilaku Organisasional*. CV Andi Ooffset (Penerbit Andi), Yogyakarta.
- Sofyandi H dan Garniwa I. 2007. *Perilaku Organisasional*. Edisi Pertama. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sutedja. 2005. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*, Bandung: Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran.
- Siagian SP. 2004. *Manajemen Sumberdaya Manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Terry GR. 1986. *Principles of Management, Eighth Edition*. Terjemahan Winardi: *Asas-Asas Manajemen*. Cetakan IV. Bandung: PT. Alumni.
- Usman. 2006. *Manajemen Teori, Praktik, dan Riset Pendidikan*. Cetakan Pertama. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Undang-undang RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang RI No. 32 Tahun 2004 tentang *Pemerintahan Daerah*.
- William B. Werther Jr, Keith Davis. 1996. *Human Resources and Personnel Management*. McGraw Hill.

TENTANG PENULIS

Endang Sutisna Sulaeman, lahir di Majalengka, 20 Maret 1956. Lulus Dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (1983), lulus Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran Peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan (2006), melanjutkan studi S3 pada Program Pascasarjana Program Studi Pemberdayaan Masyarakat Minat Promosi Kesehatan Universitas Sebelas Maret (2009). Bekerja di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kuningan Provinsi Jawa Barat kurang lebih 25 tahun, kemudian tahun 2008 melimpah ke Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Dokter Teladan Puskesmas Tingkat Kabupaten Kuningan dan Provinsi Jawa Barat Tahun 1986. Dipercaya oleh WHO dan Departemen Kesehatan RI untuk Uji Coba Program Pemberantasan Penyakit Menular dengan pendekatan PKMD (P2M-PKMD/PHC) di Puskesmas Luragung pada tahun 1987-1990 dan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat untuk Uji Coba Pola Pengembangan Pelayanan Kesehatan Berbasis Masyarakat (PPKBM) di Puskesmas Cidahu pada tahun 2002-2004. Sering diikuti sertakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Departemen Kesehatan RI dalam pendidikan dan pelatihan, seminar, lokakarya, serta penelitian, antara lain Lokakarya Perencanaan Kesehatan Nasional (1985), Lokakarya Pengembangan Modul Pelatihan Perencanaan Kesehatan Kabupaten/Kota (1986), Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Kesehatan Kabupaten/Kota (1986), Seminar Pelaksanaan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi di Posyandu (1987), Penelitian *Assessment/* Penelaahan Manajemen Puskesmas dan Puskesmas Pembantu di Indonesia (1988-1989), Penyusunan Pedoman Penyelenggaraan, Pembimbingan, Pencatatan, dan Pelaporan Posyandu (1989), Pendidikan dan Pelatihan Praktik Dokter Keluarga (2002), Konferensi Nasional Promosi Kesehatan ke-3 (2003), dan lain-lain. Buku yang ditulis antara lain : Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas (Gadjah Mada University Press, 2009; Edisi Revisi tahun 2011), Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Teori dan Implementasi (Gadjah Mada University Press, 2011).