

OTONOMI DAERAH DAN AKUNTABILITAS KINERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN KULONPROGO DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

ACCOUNTABILITY OF KULONPROGO DISTRICT HEALTH OFFICE IN THE CONTEXT OF DISTRICT AUTONOMY

Dwi Ciptorini¹ dan Mubasysyir Hasanbasri²

¹Dinas Kesehatan Kulonprogo, Daerah Isrimewa Yogyakarta

²Magister Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan,
UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The shifting of the responsibility of the district health office from the ministry health to local government during decetralization policy could mean a positive impact on health status. Since they experience public financed programs and have the capacity to note the difference between what happen in the field what stated in the official report, DPRD and community could have an opportunity to oversee the performance of DOH. If this assumption is true, LAKIP in decentralization era would be more commonsensical and accountable to the program mission and reality. This study evaluates if the practice of performance accountability reporting (LAKIP) in District Health Office has improved after the implementation of district autonomy act. It looks at the evidence for a new vision and mission of the DOH during the decentralization policy, organizational changes in response to them, and local stakeholder participation in local health planning.

Method: Main source of information is 2002 and 2003 performance accountability report and relevant government documents. During the field work in November to December 2004, respondents from DOH, DPRD, and community organizations were interviewed.

Result: LAKIP reflects more about administrative accountability. No description on the effectiveness of the program available in the report. Several issues related to this matter include time uncertainty of money for program implementation program organization. Importantly, the shift in financial responsibility of local government has no effect on the increase in local resources available for health. The organization vision and mission lack of clarity and district specific intention. Although it is reasonable to share the global and national scope of the Health Department's vision, it is important that local government express its own vision so that create the local driving force to achieve them differently from other district or the national standard. Local stakeholders do not seem to have a room to express their own vision. DPRD and local NGOs have shown a degree of participation health program and planning, however they involved in a few limited events and in an ad hoc basis. Part of this problem is due to the limited personal background of the DPRD member in local health problems, program interventions, and the DOH work practices.

Conclusion: LAKIP still reflects administrative procedure in one form of finance public responsibility. Program effectiveness and efficiency remains unnoticed. While it is difficult to judge the performance of DOH for health merely on the basis of LAKIP, it is necessary to open public access to the LAKIP so that local stakeholders could verify the gap between the contents and the public experience.

Keywords: Government Performance Report, LAKIP, district autonomy, performance accountability, district health programs, DIY

PENGANTAR

Sesuai dengan instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, semua instansi pemerintah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan negara untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi, serta kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan suatu perencanaan strategis yang ditetapkan oleh masing-masing instansi. Kinerja instansi pemerintah dipertanggungjawabkan melalui Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo telah melaksanakan pertanggungjawaban dari tugas pokok dan fungsi yang baru setelah implementasi otonomi daerah.

Akuntabilitas kinerja didefinisikan sebagai perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan melalui sistem pertanggungjawaban secara periodik. Pengukuran kinerja dilakukan untuk mengetahui capaian kinerja kegiatan, capaian kinerja program dan capaian kinerja kebijakan.¹ Penelitian ini mempelajari akuntabilitas kinerja yang dikaitkan dengan kewenangan otonomi daerah, partisipasi *stakeholder* setelah otonomi daerah, serta perubahan organisasi setelah otonomi daerah dalam hal visi, misi, tujuan organisasi, serta struktur organisasi.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan analisis data capaian kinerja dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo tahun 2002 dan 2003, data kewenangan bidang kesehatan Kabupaten Kulonprogo, data visi, misi, dan tujuan organisasi yang tertuang dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo, serta data tentang pembentukan organisasi dan tata kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo. Selain itu, penelitian menggunakan wawancara mendalam dengan responden pejabat struktural di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo, DPRD Komisi E dan Lembaga Swadaya Masyarakat yang bergerak dibidang kesehatan. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah akuntabilitas kinerja, yang ingin dijelaskan oleh variabel otonomi daerah. Adapun variabel otonomi di sini mencakup perubahan kewenangan, partisipasi *stakeholder*, dan perubahan visi, misi, tujuan organisasi, serta struktur organisasi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo dilaksanakan mulai dari penyusunan perencanaan strategis, pelaksanaan kegiatan, pengukuran kinerja dan pelaporan kinerja melalui LAKIP. Data hasil capaian kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo tahun 2002 dan tahun 2003 menunjukkan kategori sangat berhasil (Tabel 1). Namun, bila melihat angka pencapaian terdapat pada pencapaian kinerja kebijakan tahun 2003 terdapat penurunan.

Tabel 1. Kinerja Dinas Kesehatan Kulonprogo

Aspek Kinerja	Capaian Kinerja Bersumber LAKIP	
	2002	2003
Kegiatan	91,4% (sangat berhasil)	94,3% (sangat berhasil)
Program	91,6% (sangat berhasil)	94,3% (sangat berhasil)
Kebijakan	91,1% (sangat berhasil)	87,7% (sangat berhasil)

Meskipun penurunan capaian kinerja kegiatan sangat sedikit tetapi sangat mempengaruhi nilai akhir capaian kinerja kebijakan (Tabel 2). Karena pengukuran ini menggunakan sistem pembobotan, nilai capaian tidak berimbang. Pada kebijakan pertama diukur dari 1 program, sedang kebijakan kedua diukur dari 5 program. Karena penilaian dilakukan dengan sistem pembobotan pada jumlah program yang tidak seimbang, maka evaluasi kinerja menjadi bias karena capaian kinerja tidak bisa menggambarkan keberhasilan atau kegagalan misi organisasi.

Pengukuran kinerja sebagai wujud dari pertanggungjawaban ini masih terpusat pada administrasi. Ini terbukti dari penyusunan laporan yang terlambat sehingga pemanfaatan tidak optimal. Meskipun hasil kerja dinas masuk dalam kategori sangat berhasil, semua pihak merasakan masih banyak kekurangan di lapangan. Kewenangan bidang kesehatan yang ditetapkan dalam SK Bupati Kabupaten Kulonprogo No 839 Tahun 2000 menunjukkan bahwa tanggung jawab yang diberikan masih 33% yang tidak dimiliki secara penuh oleh Dinas Kesehatan Kulonprogo (Tabel 3).

Pemberian wewenang pelayanan kesehatan pada pemerintah daerah akan menimbulkan permintaan anggaran belanja yang tinggi dan berkecenderungan terlalu mahal untuk ditangani oleh pemerintah daerah. Dalam waktu bersamaan, pemerintah daerah sering mempunyai sumber

pajak yang terbatas.² Hal ini terjadi pula di Kabupaten Kulonprogo bahwa pembiayaan kesehatan tidak seiring dengan luas kewenangan yang diberikan. Pembiayaan cenderung menurun dan proporsi belum sesuai dengan standar WHO yaitu minimal 15% APBD (Tabel 4).

Karena pembiayaan yang terbatas, tidak sesuai dengan besar kewenangan yang harus dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan, maka kinerja yang dihasilkan tidak optimal. Masih ada beberapa kewenangan yang tidak muncul dan tidak terukur dalam pertanggungjawaban kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo (Tabel 5).

Tabel 2. Perbandingan Dua Kebijakan dan Program yang Berkaitan

No	Kebijakan	Program	2002	2003	Keterangan
1	Meningkatkan pemberantasan malaria	Pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria	92%	83%	Menurun 9%
2	Meningkatkan upaya kesehatan dan perilaku sehat, perbaikan gizi masyarakat serta pemberantasan penyakit	Penyuluhan kesehatan masyarakat menuju hidup sehat	93%	97%	Meningkat 4%
		Penyehatan lingkungan	91%	99%	Meningkat 8%
		Peningkatan pelayanan kesehatan	86%	95%	Meningkat 9%
		Perbaikan gizi	84%	97%	Meningkat 13%
		Pengendalian obat, makanan, kosmetika, alat kesehatan dan bahan berbahaya	98%	95%	Menurun 3%

Tabel 3. Status Tanggung Jawab Berdasarkan Jenis Kewenangan

Tanggung Jawab	Jenis Kewenangan (Sesuai SK Bupati Kulonprogo No. 839 Tahun 2000)	%
Sepenuhnya	Ijin praktik tenaga kesehatan	14 (67%)
	Ijin sarana kesehatan	
	Ijin distribusi pelayanan obat	
	Penyelenggaraan sarana kesehatan	
	Penyelenggaraan promosi kesehatan	
	Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan dan pemantauan dampak pembangunan	
	Pencegahan dan penanggulangan narkoba	
	Pengendalian pengobat tradisional	
	Penetapan tarif pelayanan kesehatan	
	Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi	
	Penelitian dan pengembangan	
	Penyelenggaraan kerjasama kesehatan	
	Penyehatan perilaku masyarakat	
Pelayanan kesehatan masyarakat		
Sebagian	Pelaksanaan standar pelayanan minimal	4 (19%)
	Perencanaan pembangunan kesehatan	
	Pencegahan dan pemberantasan penyakit	
	Perencanaan dan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar essensial	
Terbatas	Penetapan kebijakan bidang kesehatan	3 (14%)
	Pengaturan dan pengorganisasian sistem kesehatan	
	Pengimplementasian sistem pembiayaan kesehatan melalui JPKM atau sistem lain	
	Total	21 (100%)

Keberhasilan penyelenggaraan otonomi daerah tidak terlepas dari partisipasi *stakeholder* yang masing-masing memiliki fungsi yang berbeda tetapi saling berkaitan satu.³ Hasil wawancara dengan LSM dan DPRD Komisi E (Tabel 6) menunjukkan bahwa partisipasi LSM terbatas pada pelaksanaan dan Komisi E DPRD sebatas pada proses pembuatan keputusan dan evaluasi. Keterbatasan dalam partisipasi ini menunjukkan bahwa kontrol *stakeholder* belum optimal.

Untuk melakukan kontrol memerlukan kejelasan visi, misi, dan tujuan dan sasaran serta kebijakan yang harus dilakukan yang dituangkan dalam perencanaan strategis.⁴ Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo masih mengacu pada pusat, tetapi misi sudah menggambarkan tujuan organisasi dan sasaran yang ingin dicapai. Tujuan organisasi sudah jelas dan selaras dengan visi dan misi organisasi. Visi, misi, dan tujuan organisasi sudah tercermin dalam program-program yang dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo.

Agar pelaksanaan otonomi dapat berjalan dengan baik maka diperlukan organisasi dan manajemen yang baik pula.⁵ Perbedaan organisasi kesehatan sebelum dan sesudah otonomi daerah (Tabel 7) menunjukkan tugas pokok dan fungsi yang baru telah ditetapkan oleh daerah melalui Perda Kabupaten Kulonprogo Nomor 11 Tahun 2000. Tugas dan fungsi tersebut harus dipertanggungjawabkan kepada Bupati melalui Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

Meskipun telah mencerminkan tugas dan fungsi yang harus dijalankan, susunan struktur organisasi yang baru tidak banyak berbeda dari apa yang ada pada organisasi kesehatan yang lama (Tabel 8). Tugas pokok dan fungsi yang tercermin dalam struktur organisasi dapat memperjelas kinerja apa yang harus dan dipertanggungjawabkan melalui Akuntabilitas Kinerja Instansi (AKIP).

Tabel 4. Proporsi Alokasi Pembiayaan Kesehatan terhadap total APBD Kabupaten Kulonprogo Tahun 2002-2003

	2002	2003
Persentase pembiayaan kesehatan APBD Kabupaten per total pembiayaan kesehatan	53,38	47,30
Persentase pembiayaan kesehatan APBD Kabupaten per total APBD	8,4	7,51

Tabel 5. Capaian Kinerja Program dan Kewenangan Dinas Kesehatan Kulonprogo Tahun 2003

Capaian	Kewenangan	%
Sangat berhasil	Pelayanan kesehatan masyarakat	9 (43,0%)
	Penetapan kebijakan bidang kesehatan	
	Pengaturan dan pengorganisasian sistem kesehatan	
	Penyelenggaraan sistim kewaspadaan pangan dan gizi	
	Penyelenggaraan bimdal pengobatan tradisioanl	
	Penyelenggaraan penanggulangan narkoba	
	Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan	
	Perencanaan dan pengadaan obat	
Berhasil	Perencanaan pembangunan kesehatan	6 (28,5%)
	Perijinan distribusi obat	
	Perijinan praktek tenaga kesehatan	
	Perijinan sarana kesehatan	
	Pencegahan dan pemberantasan penyakit	
	Penyehatan perilaku masyarakat	
Tidak muncul dalam laporan pertanggungjawaban	Penyelenggaraan promosi kesehatan	6 (28,5%)
	Pelaksanaan standar pelayanan minimal	
	Penelitian dan pengembangan kesehatan	
	Penetapan tarif pelayanan kesehatan	
	Pengimplementasian sistem pembiayaan JPKM	
	Penyelenggaraan kerjasama kesehatan	
	Penyelenggaraan upaya kesehatan	

Tabel 6. Partisipasi Stakeholder Keterlibatan Stakeholder

Partisipasi	Keterlibatan Stakeholder
Pembuatan keputusan	DPRD aktif dan mendukung anggaran program kesehatan dan karena itu relatif mulus. Tetapi biaya yang keluar tidak seperti yang diharapkan
Pelaksanaan	LSM Bina Sehat Masyarakat yang terbentuk setelah otonomi daerah terlibat dalam proses pelaksanaan kegiatan malaria dalam bentuk koordinasi penyemprotan malaria dan kelambunisasi LSM Bina Insan Mandiri terlibat dalam penyuluhan malaria dan program kewaspadaan pangan dan gizi LSM Budi Mulia aktif dalam penyuluhan PHBS dan pemberian makanan tambahan bagi anak usia sekolah
Evaluasi	Komisi E melakukan kunjungan lapangan tetapi bersifat informal dan tidak melakukan pengamatan yang mendalam. Mereka menanggapi AKIP dalam pertanggungjawaban Bupati. Masalah kesehatan yang menjadi perhatian adalah program pemberantasan malaria

Tabel 7. Perbedaan Organisasi Kesehatan Kabupaten Kulonprogo Sebelum dan Sesudah Otonomi Daerah

	Sebelum Otonomi	Sesudah Otonomi
Landasan hukum	Kantor Departemen Kesehatan SK Menkes No. 275/MENKES/SK/VII/79 295/MENKES/SK/IV/1992 Dinas Kesehatan SK Mendagri Nomor 21 Tahun 1994	Dinas Kesehatan Perda Kabupaten Kulonprogo Nomor 11 Tahun 2000
Tugas pokok	Kantor Departemen Kesehatan Melaksanakan sebagian tugas pokok kantor Wilayah dalam pembinaan, pengembangan, pengawasan dan penertiban usaha kesehatan di Kabupaten Dinas Kesehatan Menyelenggarakan sebagian urusan rumah tangga daerah dalam bidang kesehatan	Dinas Kesehatan Melaksanakan kewenangan otonomi daerah dalam rangka pelaksanaan tugas desentralisasi di bidang kesehatan.
Fungsi	Kantor Departemen Kesehatan Bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan masyarakat Bimbingan dan pengendalian pemberantasan penyakit menular Bimbingan penggunaan obat dan makanan Pengendalian dan penertiban di bidang kesehatan Dinas Kesehatan Pembinaan umum di bidang kesehatan Pembinaan teknis di bidang upaya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan Pembinaan operasional sesuai kebijakan yang ditetapkan oleh Bupati	Dinas Kesehatan Penyelenggaraan registrasi, akreditasi perijinan dan pengawasan serta peraturan di bidang kesehatan. Penyelenggaraan pengembangan kesehatan Penyelenggaraan dan pelayanan kesehatan Bimbingan dan pengendalian perbekalan dan farmasi Pelaksanaan urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaan

Meskipun susunan organisasi kesehatan tidak banyak berbeda tetapi ada perbedaan yang cukup berarti dalam hal desain organisasi kesehatan sebelum dan sesudah otonomi daerah. Berikut ini

menjelaskan bahwa ada perbedaan desain organisasi sebelum dan sesudah otonomi daerah bila dikaji dengan Henry Mintzberg.⁶ (Tabel 9).

Tabel 8. Perbedaan Susunan Organisasi Kesehatan Kabupaten Kulonprogo Sebelum dan Sesudah Otonomi Daerah

Sebelum Otonomi	Sesudah Otonomi
<p>Kantor Departemen Kesehatan Terdiri dari:</p> <p>Kepala Kantor Departemen Subbagian tata usaha</p> <p>Seksi Bimbingan dan Pengendalian Pelayanan Kesehatan Masyarakat</p> <p>Seksi Bimbingan dan Pengendalian Pemberantasan Penyakit Menular, Obat dan Makanan</p> <p>Dinas Kesehatan Terdiri dari:</p> <p>Kepala Dinas Subbagian tata usaha</p> <p>Seksi Pelayanan Kesehatan Seksi pencegahan dan pemberantasan penyakit Seksi penyehatan lingkungan Seksi kesehatan keluarga Seksi penyuluhan kesehatan masyarakat</p> <p>Unit pelaksana teknis daerah</p> <p>Kelompok jabatan fungsional</p>	<p>Dinas Kesehatan Terdiri dari:</p> <p>Kepala Dinas Bagian Tata Usaha</p> <p>Subdinas legalisasi Seksi registrasi dan penilaian angka kredit Seksi akreditasi tempat umum dan industri Seksi pengawasan dan perturan kesehatan</p> <p>Subdinas pengembangan kesehatan Seksi informasi kesehatan Seksi perencanaan dan litbang Seksi monitoring dan evaluasi</p> <p>Subdinas bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan Seksi yankes dasar rujukan dan reproduksi Seksi P2M dan PLP Seksi pemberdayaan masyarakat</p> <p>Subdinas bimbingan dan pengendalian sarana dan prasarana Seksi farmasi Seksi perbekalan umum Seksi perbekalan khusus</p> <p>Unit Pelaksana Daerah Kelompok Jabatan Fungsional</p>

Tabel 9. Disain Organisasi Sebelum dan Sesudah Otonomi Daerah

Unsur Organisasi	Sebelum Otonomi	Sesudah Otonomi	Sesudah Otonomi
Strategic Apex	Departemen Kesehatan Pusat	Bupati	Bupati
Manager tertinggi yang mempunyai tanggung jawab	Kantor Departemen Kesehatan Provinsi		
Middle Line	Kepala Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten	Kepala Dinas Kesehatan	Direktur Rumah Sakit
Manager yang menghubungkan antara kelompok profesional dengan manager tertinggi			
Operating core	Rumah Sakit dan Puskesmas	Puskesmas	Rumah Sakit
Kelompok profesional yang menghasilkan produk atau jasa pelayanan kesehatan			
Technostructure	Departemen Kesehatan Pusat dan Bina Program	Subdinas Legalisasi Subdinas Bimbingan dan Pengendalian Pelayanan kesehatan	Departemen Kesehatan Pusat dan Badan Mandiri
Ahli yang membuat standarisasi dalam pelaksanaan program-program kesehatan			
Support Staff	Kepala Dinas Kesehatan	Subdinas Pengembangan Kesehatan Subdinas Bimbingan dan Pengendalian Sarana dan Prasarana	Tata Usaha Rumah Sakit
menyediakan dan memberikan dukungan langsung demi kelancaran kerja organisasi			

Sesudah otonomi daerah dapat dilihat bahwa manajer tertinggi adalah Bupati, yang menunjukkan bahwa pertanggungjawaban ada pada tingkat daerah. Dinas Kesehatan sebelum otonomi menjadi pelaksana, tetapi setelah otonomi daerah Dinas Kesehatan menjadi organisasi yang bertanggung jawab kepada Bupati. Karena dalam otonomi daerah, rumah sakit menjadi unit pelaksana daerah. Direktur bertanggung jawab pada Bupati, membuat pertanggungjawaban kinerja kesehatan secara keseluruhan menjadi lebih sulit karena memerlukan koordinasi yang kuat antara Dinas Kesehatan dan rumah sakit agar target-target program kesehatan bisa dicapai.

KESIMPULAN DAN SARAN

Akuntabilitas kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo belum bisa menggambarkan keberhasilan dan kegagalan misi organisasi. Akuntabilitas lebih berfokus pada hal-hal yang bersifat administratif. Kewenangan yang diberikan cukup luas akan tetapi tidak diimbangi dengan kecukupan pembiayaan. Kontrol dari DPRD dan publik masih belum optimal. Perubahan organisasi dalam hal visi, misi dan tujuan organisasi belum mendukung sebagai standar kontrol dalam akuntabilitas kinerja. Struktur organisasi sudah menggambarkan tugas pokok dan fungsi baru yang harus dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan. Kejelasan tugas pokok dan fungsi yang tercermin dalam struktur organisasi memperjelas apa yang harus dipertanggungjawabkan dalam LAKIP.

Agar proses akuntabilitas kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo dapat lebih baik dengan pengukuran kinerja yang dapat menggambarkan keberhasilan dan kegagalan

pelaksanaan misi instansi, disarankan beberapa hal sebagai berikut. Pemerintah Daerah perlu meningkatkan tanggung jawab kewenangan bidang kesehatan menjadi secara penuh dengan meningkatkan pembiayaan bagi program-program kesehatan secara bertahap. Dinas Kesehatan perlu memperbaiki proses akuntabilitas kinerja mulai dari perencanaan, pengukuran kinerja sampai dengan pelaporan pertanggungjawaban. DPRD dan LSM perlu meningkatkan fungsi kontrol di daerah terhadap kinerja Dinas Kesehatan dengan dilibatkan secara dini dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan sampai dengan evaluasi.

KEPUSTAKAAN

- 1 Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia. Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Jakarta. 2000.
- 2 Mills, A.V., Patrick, Smith, D., Tabibzade, I., Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-konsep, Isu-isu dan Pengalaman di Berbagai Negara, Trisnantoro, L., (alih bahasa), Gadjah Mada university Press, Yogyakarta. 1989.
- 3 Kaho, J. R., Prospek Otonomi Daerah di Negara Republik Indonesia. Identifikasi Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penyelenggaraan Otonomi Daerah, Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2003.
- 4 Widodo, J., Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi dan Otonomi Daerah, Insan Cendekia, Surabaya. 2001.
- 5 Hamid, E., Suandi, Malian, S., Memperkokoh Otonomi Daerah, UII Press, Yogyakarta. 2004.
- 6 Mintzberg, H., The Structuring of Organization, Prentice-Hall, USA. 1979.

KETERSEDIAAN OBAT PUSKESMAS PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BENGKULU SELATAN PASCAOTONOMI DAERAH

*DRUG AVAILABILITY OF PUBLIC HEALTH CENTRE
IN REGENCY HEALTH SERVICE OFFICE SOUTH BENGKULU PASCA REGIONAL AUTONOMY*

Dewi Mustika¹ dan Sulanto Saleh Danu²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan

²Bagian Farmakologi Klinik, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Community health service is a sector that has become the responsibility of all Indonesian regencies with regards to the implementation of the regional autonomy to enable the community to get better access to health services. Unfortunately, the implementation of health services post regional autonomy in fact is deteriorating due to reduction of drug procurement budget over the years, whereas drug availability is one of success indicators of community health services. In fact, medical treatment in community health services in Indonesia is dominated by curative measures where drug is a very vital component. These facts serve as a basis for carrying out this research to evaluate the effect of regional autonomy to the drug availability in South Bengkulu Regency.

Objective: To evaluate the utilization of available drug budget, to evaluate the budget planning and drug procurement process, to evaluate the drug availability for the top 10 diseases, and to evaluate the efficiency and effectiveness in the drug procurement.

Methods: Analytical-descriptive method on the analysis unit of South Bengkulu Regency Health Services Office. The data has been gathered based on observations and interviews with Bengkulu Regency Health Services Head of Office, the Pharmaceutical Warehouse Manager and management staff of the Health Services Office.

Results: Drug budget fitness decreases from 154,15% to 58,71% and allocation of budget in health sector to drugs decreases from 81,66% to 6,89%. The planning process uses the consumption pattern involving integrated drug planning team, while drug procurement process follows existing regulations. Drug availability drops from 42 months to 14 months with an increase in drug unavailability from 2,56% to 6,68%. The increase in efficiency and effectiveness of drug management is marked by increase in fitness of drug availability to disease pattern to under 90%, reduction of damaged drugs from 10,53% to 1,08% and reduction of expired drugs from 15,31% to 1,62%.

Conclusions: The decrease in drug procurement budget has caused the decline in drug availability, but with positive impact on effectiveness and efficiency of drug management. Possible measures to be taken to bring a healthy autonomous society into reality include an increase in drug budget proportion, the use of rational drug in health service units and the promotion of JPKM program.

Keywords: regional autonomy, drug availability, regency health services office.

PENGANTAR

Undang-Undang Nomor 22 dan Nomor 25 Tahun 1999¹ membawa perubahan mendasar pada tatanan pemerintah daerah. Pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan gudang farmasi diserahkan kepada daerah², sehingga diharapkan kualitas hidup masyarakat menjadi lebih baik. Namun, selama 3 tahun awal pelaksanaan otonomi daerah justru diperkirakan terjadi penurunan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan masyarakat di daerah.

Ketersediaan obat sebagai unsur utama dalam pelayanan kesehatan selain keterjangkauan, *safety*, *quality* dan *efficiency*, ketersediaan obat terkait erat dengan pendanaan.³ Alokasi pendanaan kesehatan sebelum tahun 1999 di Indonesia berkisar US\$ 12 per kapita namun sejak pelaksanaan otonomi turun menjadi US\$ 6.75 per kapita per tahun.⁴ Kondisi yang sama juga terjadi pada Kabupaten Bengkulu Selatan, anggaran obat publik turun dari 1,47 milyar

rupiah menjadi 348,25 juta rupiah atau turun 76%. Nilai belanja obat ini hanya 2,48% dari anggaran kesehatan umum tahun 2002 yang besarnya berkisar 12,27 milyar rupiah.⁵

Persentase anggaran obat di atas sangat kecil bila dibandingkan dengan persentase anggaran obat nasional. Belanja obat merupakan bagian terbesar dari anggaran kesehatan baik di negara maju maupun di negara berkembang. Jika di negara maju berkisar antara 10%-15%, maka di negara berkembang lebih tinggi yaitu hingga 35%-66%. Indonesia sendiri sekitar 39% anggaran kesehatan dipergunakan untuk anggaran pembelanjaan obat.⁶

Kecilnya proporsi anggaran pengadaan obat publik tersebut bertolak belakang dengan ide dasar penyelenggaraan otonomi daerah. Lemahnya pelayanan sektor kesehatan akan menjadi kontra produktif terhadap kinerja pemerintah daerah dalam melaksanakan pelayanan publik.⁷ Pertanyaannya adalah bagaimana dampak penurunan anggaran dan proporsi penyediaan obat terhadap ketersediaan obat publik?

Perubahan besar terhadap anggaran kesehatan terutama proporsi anggaran pengadaan obat yang cenderung terus mengalami penurunan, mendorong dilakukannya penelitian mengenai pengaruh penurunan anggaran obat tersebut terhadap tingkat ketersediaan obat di Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan. Penelitian ini secara umum bertujuan meneliti ketersediaan obat publik di Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan pascaotonomi daerah. Secara khusus penelitian ini bertujuan mengetahui pemanfaatan anggaran yang tersedia, mengetahui proses perencanaan anggaran dan pengadaan obat, mengetahui tingkat ketersediaan obat terhadap sepuluh pola penyakit terbanyak, dan mengetahui efisiensi serta efektivitas pengadaan obat di Kabupaten Bengkulu Selatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif-analitis yang dilakukan di Kabupaten Bengkulu Selatan dengan mengambil unit analisis Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan. Pada prinsipnya memperbandingkan ketersediaan obat publik dikaitkan dengan jumlah anggaran pengadaan obat sebelum dan setelah pelaksanaan otonomi daerah, melalui pemfokusan ketersediaan obat pada sepuluh jenis penyakit terbanyak, diupayakan untuk

memperoleh gambaran tentang tingkat ketersediaan obat publik pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan sebelum dan sesudah otonomi daerah.

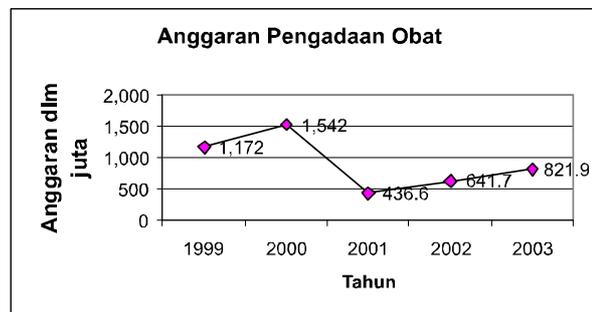
Bahan penelitian berupa peraturan perundang-undangan pelaksanaan otonomi daerah, dokumen anggaran pengadaan obat, pengadaan obat, pola demografi dan pola penyakit, data pemakaian obat, data stok obat, LPLPOP, dan standar pengobatan puskesmas.

Jenis data yang diperlukan untuk penelitian adalah jumlah anggaran dinas kesehatan secara umum, kebutuhan dana pengadaan obat, anggaran obat yang tersedia, kuantum obat yang direncanakan dalam satu tahun, pola penyakit daerah, pemakaian obat seluruh puskesmas, ketersediaan obat di gudang farmasi, obat yang rusak dan kadaluarsa, pendistribusian obat ke puskesmas, dan data tentang kekosongan obat.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

I. Anggaran Pengadaan Obat Publik

Selama kurun waktu lima tahun terakhir, alokasi anggaran pengadaan obat publik di Kabupaten Bengkulu Selatan menunjukkan perubahan yang cukup drastis. Terhadap anggaran kesehatan secara umum, anggaran pengadaan obat mengalami penurunan (Gambar 1 dan Tabel 1).



Gambar 1. Perubahan Anggaran Pengadaan Obat Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Tahun 1999-2003

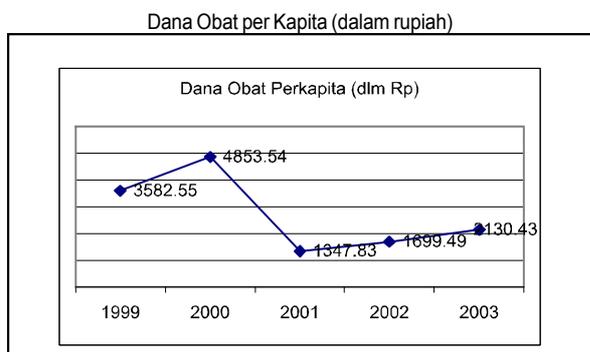
Pengurangan anggaran secara drastis tersebut seharusnya memperoleh perhatian dari pemerintah daerah. Apakah hal ini menunjukkan tidak adanya perhatian yang cukup dari pemerintah daerah terhadap kebutuhan obat masyarakatnya?

Tabel 1. Perbandingan Dana Sektor Kesehatan dengan Dana Pengadaan Obat Kabupaten Bengkulu Selatan Tahun 1999-2003

Uraian	TAHUN				
	Sebelum Desentralisasi		Sesudah Desentralisasi		
	1999	2000	2001	2002	2003
Dana kesehatan (jutaan rupiah)	1.615.534	1.887.605	6.837.010	12.270.510	11.932.240
Dana pengadaan obat (jutaan rupiah)	1.172.209	1.541.484	436.633	641.732	821.962
Perbandingan Dana (%)	72,56	81,66	6,39	5,23	6,89

Sumber: Diolah dari Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan

Berdasarkan perhitungan kesesuaian dana pengadaan obat, diperoleh fakta bahwa terjadi pola yang sama antara grafik dana pengadaan obat dengan kesesuaian dana pengadaan obat. Penurunan yang cukup drastis terjadi sejak tahun 1999 hingga tahun 2003. Secara berturut-turut terjadi penurunan persentase kesesuaian dana pengadaan obat dari (146,53%) pada tahun 1999, (154,15%) tahun 2000, (39,69%) tahun 2001, (45,84%) tahun 2002, dan (58,71%) pada tahun 2003. Jika anggaran obat pada tahun anggaran berikutnya tidak mengalami peningkatan maka dapat dipastikan pelayanan kesehatan kepada publik akan menurun secara kualitas maupun kuantitasnya.



Gambar 2. Dana Obat per kapita

Adapun alokasi anggaran obat esensial untuk negara berkembang per kapita per tahunnya paling tidak US\$ 1.³ Dua tahun sebelum desentralisasi, dana obat per kapita belum mencapai setengah kebutuhan minimum. Pasca pelaksanaan otonomi daerah, dana obat per kapita masyarakat hanya

mencapai 23,67% dari perkiraan minimum kebutuhan pada negara berkembang di tahun 2003.

Ada empat faktor penyebab inefisiensi (*overbudget atau overstock* obat) di awal pelaksanaan desentralisasi yaitu; 1) merupakan periode masa transisi, 2) rutinisasi masih menjadi model pelaksanaan program, 3) persepsi keamanan dalam penyediaan obat tingkat kabupaten, kondisi aman jika ada stok obat, 4) keuntungan. Bagi masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dan bagi pelaksana pengadaan obat mendapat insentif tapi kerugian bagi pelaksana teknis dalam hal penanganan dan pengelolaan obat.⁸

II. Ketersediaan Obat Publik pada 10 Jenis Penyakit Terbanyak

Beberapa indikator yang digunakan sebagai tolok ukur ketersediaan obat publik pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan adalah:

A. Kesesuaian Item Obat dengan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN)

Penetapan obat yang masuk dalam DOEN telah mempertimbangkan faktor *drug of choice*, analisis biaya-manfaat dan didukung dengan data ilmiah. Jenis obat yang disediakan harus sesuai dengan pola penyakit dan di seleksi berdasarkan DOEN agar tercapai prinsip rasionalitas dalam pengobatan. Program obat esensial telah dilaksanakan di 140 negara dan berhasil meningkatkan jangkauan, ketersediaan, dan pemerataan pelayanan obat terutama pada unit pelayanan primer seperti puskesmas.⁹

Tabel 2. Kesesuaian Item Obat dengan DOEN

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	98,16
	2000	93,01
Sesudah Desentralisasi	2001	99,07
	2002	99,53
	2003	100,00

Berdasarkan data di atas, tingkat ketaatan para pengelola obat publik yang cukup tinggi, baik sebelum maupun setelah otonomi daerah. Kondisi seperti ini sangat mendukung ketersediaan obat publik, khususnya pada sisi efisiensi.

B. Kesesuaian Ketersediaan Obat dengan Pola Penyakit

Ketersediaan obat harus mendukung kegiatan pengobatan terhadap pola penyakit yang diperkirakan muncul dalam tahun anggaran tersebut.

Tabel 3. Kesesuaian Ketersediaan Obat dengan Pola Penyakit

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	68,08
	2000	74,16
Sesudah Desentralisasi	2001	79,03
	2002	89,03
	2003	81,14

Berkurangnya ketersediaan anggaran pengadaan obat publik pascaotonomi daerah ternyata memberikan peningkatan kesesuaian ketersediaan obat dengan pola penyakit yang ada.

C. Tingkat Ketersediaan Obat

Berdasarkan perhitungan ketersediaan obat yang dominan dipergunakan pada 10 jenis penyakit terbanyak di Kabupaten Bengkulu Selatan diketahui bahwa tingkat ketersediaan obat mengalami penurunan yang cukup tajam, sebagaimana terlihat pada Tabel 4 berikut.

Tabel 4. Tingkat Ketersediaan Obat

Uraian	Tahun	Bulan
Sebelum Desentralisasi	1999	42
	2000	36
Sesudah Desentralisasi	2001	30
	2002	20
	2003	14

Tingkat ketersediaan obat terus mengalami penurunan meski hingga tahun 2003 ketersediaan obat masih di atas 12 bulan.

D. Persentase Obat Kadaluarsa dan Obat Rusak

Memperhatikan data obat kadaluarsa dan obat rusak seperti terlihat pada Tabel 5, terdapat persentase kadaluarsa dan kerusakan yang cukup besar sebelum otonomi daerah.

Tabel 5. Obat Kadaluarsa dan Obat Rusak

Uraian	Tahun	Persentase	
		Kadaluarsa	Rusak
Sebelum Desentralisasi	1999	15,31%	10,53%
	2000	13,63%	8,59%
Sesudah Desentralisasi	2001	10,43%	2,37%
	2002	5,21%	1,42%
	2003	1,62%	1,08%

Sumber: diolah dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan

Sisi lain yang bernilai positif dari otonomi daerah berdasarkan Tabel 5 di atas adalah terjadi peningkatan efisiensi yaitu berkurangnya persentase obat rusak dan kadaluarsa.

E. Ketepatan Distribusi Obat

Ketersediaan obat pada setiap puskesmas juga tergantung pada manajemen pendistribusian obat. Perencanaan yang tepat belum menjamin ketersediaan yang baik apabila distribusi obat tidak berjalan baik. Berapa pun besarnya anggaran obat tersedia namun apabila distribusi buruk, maka ketersediaan obat akan terganggu.

Tabel 6. Ketepatan Distribusi Obat

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	70,59%
	2000	94,12%
Sesudah Desentralisasi	2001	88,24%
	2002	91,12%
	2003	94,12%

Secara umum, walaupun tidak terlalu besar telah terjadi perbaikan pada ketepatan distribusi obat. Beberapa faktor yang mempengaruhi ketepatan distribusi obat ini antara lain kurangnya stok obat secara umum di gudang farmasi kabupaten. Akibatnya, apabila salah satu puskesmas lebih dahulu mengalami kekurangan stok obat maka akan mengambil kebutuhan obatnya di gudang farmasi kabupaten, meskipun stok obat tersebut merupakan jatah puskesmas lain. Kondisi seperti ini tidak sepenuhnya merupakan suatu kesalahan karena kecepatan pelayanan pada kebutuhan obat masyarakat tetap merupakan prioritas, dengan asumsi bahwa puskesmas yang

memiliki jatah obat tadi belum membutuhkannya pada saat tersebut.

F. Persentase Rata-Rata Waktu Kekosongan Obat

Kekosongan obat merupakan satu kondisi yang menggambarkan ketidaktersediaan obat dalam jangka waktu satu tahun. Rata-rata waktu kekosongan obat dari obat indikator menggambarkan kapasitas sistem pengadaan dan distribusi dalam menjamin kesinambungan suplai obat.

Tabel 7. Rata-rata Waktu Kekosongan Obat

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	2,56
	2000	4,09
	2001	6,96
Sesudah Desentralisasi	2002	6,83
	2003	6,68

Kekosongan obat yang terjadi karena keterlambatan pengadaan obat dibiarkan karena masih ada obat lain sebagai pengganti. Di samping itu, puskesmas dapat mengadakan obat yang kosong dengan dana JPS yang tersedia di puskesmas. Kekosongan obat meski terdapat obat pengganti dapat menurunkan mutu pengobatan yang diberikan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Berdasarkan pemanfaatan anggaran yang tersedia diperoleh hasil bahwa terdapat perbedaan yang tajam untuk anggaran pengadaan obat sebelum dan setelah desentralisasi. Walau terdapat kenaikan anggaran pengadaan obat pascadesentralisasi, besarnya pada tahun 2003 hanya berkisar 58,71% dari kebutuhan dana pengadaan obat. Berdasarkan hasil perhitungan indikator kesesuaian dana pengadaan obat sejak tahun 2001 hingga 2003 terjadi kekurangan kesesuaian kebutuhan dana pengadaan obat berkisar 41%-60%.
2. Proses perencanaan melalui tim perencanaan obat terpadu melibatkan semua unsur terkait dan pengadaan obat di Kabupaten Bengkulu Selatan menggunakan metode konsumsi.
3. Kekurangsesuaian dana pengadaan obat ternyata tidak secara langsung mengakibatkan berkurangnya kesesuaian ketersediaan obat untuk 10 pola penyakit terbanyak. Hal ini dibuktikan dengan relatif membaiknya

persentase kesesuaian antara ketersediaan obat dan pola penyakit, walaupun kesesuaian tersebut masih di bawah 90%. Akan tetapi, tingkat kesesuaian tersebut tidak dapat dijadikan indikator terhadap ketersediaan seluruh kebutuhan obat publik karena terjadi penurunan linear terhadap ketersediaan obat yang cukup tajam. Berdasarkan perhitungan diperoleh hasil bahwa selama lima tahun terakhir terjadi penurunan ketersediaan obat dari angka 42 bulan sebelum otonomi daerah menjadi hanya 14 bulan pada tahun 2003.

4. Berkurangnya anggaran pengadaan obat publik pascaotonomi daerah tidak selalu berdampak negatif terhadap manajemen obat di tingkat Kabupaten Bengkulu Selatan. Berdasarkan indikasi yang ada terdapat perbaikan tingkat efisiensi yang sangat baik dari tahun sebelumnya. Hal ini terlihat jelas dari besarnya penurunan anggaran obat yang tidak terlalu berdampak pada penurunan tingkat ketersediaan obat.

Saran

1. Bagi pembuat kebijakan daerah dapat lebih proporsional dalam penganggaran pembiayaan kesehatan guna pemeliharaan kesehatan publik.

Bagi Dinas Kesehatan harus lebih mampu meyakinkan pemerintah daerah dalam merebut porsi anggaran kesehatan sesuai dengan rekomendasi World Health Organization (WHO) sebesar minimal 15%.

2. Untuk memenuhi kebutuhan obat yang tidak terpenuhi, terutama jika terdapat wabah endemis dan bencana alam, dinas kesehatan dapat mengajukan permintaan penambahan obat kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang menyediakan *buffer* stok nasional, tentunya harus didukung dengan data keadaan yang sebenarnya.
3. Efisiensi penggunaan obat di tingkat puskesmas dapat ditingkatkan lagi oleh Dinas Kesehatan dengan mengadakan pelatihan penggunaan obat yang rasional kepada petugas kesehatan secara berkala dan dilakukan pengawasan.

Peningkatan kualitas petugas farmasi kabupaten dengan memberi kesempatan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi atau mengikutsertakan dalam pelatihan-pelatihan secara berkala dan berkesinambungan.

4. Memanfaatkan peluang dana lain yang mungkin tersedia seperti menggalakkan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Masyarakat (JPKM) agar masyarakat dapat membiayai sendiri pemeliharaan kesehatannya.

KEPUSTAKAAN

1. Undang-Undang Otonomi Daerah Nomor 22 dan 25 Nomor Tahun 1999, Sinar Grafika, Jakarta.
2. Annisa, E., dan Suryawati, S. Pengaruh Ketersediaan Dana Kontan Terhadap Pengadaan dan Penggunaan Obat tingkat Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta. 2001;04(01):53-61.
3. Sunarsih. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta. 2002;05(02):67-71.
4. Riyanto, S. Tantangan Pendanaan Kesehatan Pascaotonomi dan Desentralisasi, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta. 2002;05(03):113-16.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan, *Data Anggaran Kesehatan dan Pengadaan Obat Publik*.
6. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*, Jakarta. 2002.
7. Dwiyanto, A., dkk. *Teladan dan Pantangan dalam Penyelenggaraan Pemerintahan dan Otonomi Daerah*, PSKK-UGM, Yogyakarta, 2003.
8. Triyanto. *Desentralisasi dan Penganggaran Obat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Tesis. Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM, Yogyakarta. 2000.
9. Purwaningsih, S., dkk. *Evaluasi Penerapan Perda Kabupaten Gunung Kidul No.14/2000 Terhadap Ketersediaan Obat Di Puskesmas*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003;06 (01):29-34.

HUBUNGAN ANTARA GAYA KEPEMIMPINAN DAN KOMITMEN KARYAWAN TERHADAP KEPUASAN KERJA DI RSU PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

THE RELATIONSHIP BETWEEN LEADERSHIP STYLE AND STAFF COMMITMENT TOWARDS JOB SATISFACTION AT RSU PKU MUHAMMADIYAH, YOGYAKARTA

Qurratul Aini¹, Sito Meiyanto², Andreasta Meliala¹

¹Magister Manajemen Rumah Sakit, FK UGM, Yogyakarta

²Fakultas Psikologi, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: This study observes the relationship between leadership style and staff commitment towards job satisfaction at RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta. It was obvious that job satisfaction occurred in PKU Muhammadiyah Yogyakarta. It was indicated by high rate of staff absence which reaches 5%, promotion system which was not yet well-managed, low staff commitment, staff distrust towards their superior, lack of support and encouragement from the superior, absence of transparency between staff and the management indecision making process. The decline of hospital performance in the last two years. High rate of absence and declining performance indicates low productivity as a positive effect of job satisfaction.

Objectives: The objective of the study was to raise staff's job satisfaction by examining the relationship between leadership style and staff commitment towards job satisfaction.

Methods: The study was a descriptive one with cross sectional survey scheme which used questionnaires distributed to 202 respondents. The subject of the study was staff of RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta by using stratified random sampling technique. Data analysis was conducted using correlation and double regression analysis.

Results and discussion: The results of statistical analysis showed the following relationship pattern: perception to leadership style ($R=0,518$), work commitment ($R=0,667$) influenced job satisfaction with 0,000 significance. Effective contribution of staff commitment was 44,4% having greater contribution to job satisfaction than leadership style which had 26,9% effective contribution.

Conclusion: Both perception of leadership style and work commitment influenced job satisfaction. In order to increase job satisfaction, personnel policy adopted by the management of RSU PKU Muhammadiyah should be able to motivate staff for work.

Keywords: leadership style, commitment, job satisfaction

PENGANTAR

Rumah Sakit Umum (RSU) PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah rumah sakit swasta dengan tipe C plus. Rumah sakit ini merupakan tempat rujukan juga sebagai rumah sakit untuk program pendidikan klinik seperti: praktik klinik kedokteran, praktik kerja farmasi, praktik klinik kebidanan, praktik klinik keperawatan, praktik klinik fisioterapi, dan tempat magang dan penelitian mahasiswa D3, S1, S2, program profesi dan spesialis kedokteran (*residence*). Selain itu, RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta juga memiliki beberapa program unggulan yang meliputi Pusat Rehabilitasi Cacat Tubuh (PRCT), *Home*

Care (Layanan Rumah Sakit Tanpa Dinding), dan Rukti Jenasah Islami.

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki masalah dalam hal kepuasan kerja karyawan. Hal ini terlihat pada rendahnya disiplin kerja karyawan. Pada tahun 2003 tingkat kedisiplinan pegawai dalam bekerja dirasa menurun. Hal ini dapat dilihat berdasarkan data yang diperoleh dari bagian personalia, antara lain dalam hal:

1. Tingkat keterlambatan dan pulang awal pegawai rata-rata per bulannya mencapai 25 orang atau 4,2%.

2. Pegawai yang meninggalkan tugas dan tempat kerja tanpa alasan yang jelas pada saat jam kerja mencapai 10% per bulannya.

Kerugian akibat kemangkiran karyawan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta diperoleh sebesar Rp1.043.047.329,00 dengan tingkat kemangkiran sebesar 5%. Angka ini jauh di atas standar kemangkiran untuk perusahaan menurut *World Class Operator (WCO)* yaitu sebesar <1% per tahunnya. Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan oleh para ahli terlihat bahwa terdapat korelasi kuat antara kepuasan kerja dan tingkat kemangkiran. Artinya, karyawan yang tinggi tingkat kepuasan kerjanya akan rendah tingkat kemangkirannya.

Kepuasan kerja merupakan masalah yang penting untuk diperhatikan dalam hubungannya dengan produktivitas kerja karyawan yang tentu sangat besar manfaatnya bagi organisasi. Oleh karena itu, diperlukan perhatian dan upaya yang berkesinambungan untuk mengatasinya. Untuk itu, perumusan masalahnya adalah apakah rendahnya kepuasan kerja karyawan disebabkan gaya kepemimpinan yang kurang sesuai? atau komitmen karyawan yang rendah?

Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk menguji hubungan antara gaya kepemimpinan dan komitmen karyawan terhadap kepuasan kerja.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian *crosssectional survey*. Subjek penelitian ini adalah karyawan RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan pengambilan sampel menggunakan teknik pencuplikan rambang bertingkat (*stratified random sampling*). Pengelompokan dalam strata berdasarkan jenis pekerjaan yaitu tenaga medis, tenaga paramedis perawatan, tenaga paramedis nonperawatan, dan tenaga nonmedis. Kemudian cuplikan rambang sederhana dipilih dari setiap strata jenis pekerjaan. Jumlah populasi pada penelitian ini sebesar 603. Kriteria sampel yang ditetapkan adalah karyawan tetap. Berdasarkan kriteria tersebut diperoleh besar sampel sebesar 202 karyawan.

1. Variabel bebas 1: persepsi gaya kepemimpinan dengan subvariabel gaya direktif, gaya suportif, gaya delegatif, dan gaya partisipatif.
2. Variabel bebas 2: komitmen karyawan dengan subvariabel *affective commitment*, *continuance commitment*, dan *normative commitment*.
3. Variabel terikat: kepuasan kerja karyawan.

Jenis alat ukur yang digunakan dalam rangka memperoleh data penelitian ini berupa kuesioner tertutup yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji asumsi yang meliputi uji normalitas sebaran dan uji linieritas hubungan. Penelitian ini menggunakan analisis korelasi dan regresi berganda sebagai metode analisis datanya. Perhitungan analisis data dilakukan dengan menggunakan alat bantu program *software* statistik.

Beberapa kesulitan yang dialami peneliti dalam penelitian yaitu pengisian angket oleh responden tidak dapat diawasi oleh peneliti. Selain itu, tingginya mobilitas dan kesibukan responden menyebabkan waktu yang dibutuhkan untuk pengumpulan data menjadi lebih lama dari rencana semula.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Responden terbesar dalam penelitian ini terletak pada jenis pekerjaan tenaga nonmedis yaitu sebesar 93 orang atau 47,94%. Hasil statistik menunjukkan bahwa menurut persepsi karyawan, gaya kepemimpinan yang diterapkan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta lebih condong pada gaya kepemimpinan partisipatif. Hasil statistik deskriptif perbandingan rerata empiris = 68,64 yang mendekati dengan rerata hipotesis = 72 pada variabel komitmen kerja menunjukkan bahwa komitmen kerja karyawan RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah cukup baik. Pada kategorisasi interpretasi skor persentase komitmen kerja menunjukkan hasil interpretasi sangat tinggi = 69,07%, tinggi = 23,20%, sedang = 5,67% dan rendah = 2,06%, sedangkan kategorisasi interpretasi skor persentase kepuasan kerja menunjukkan hasil interpretasi sangat tinggi = 26,29%, tinggi = 25,77%, sedang = 34,54% dan rendah = 13,40%.

Berdasar hasil uji analisis regresi antara variabel persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja karyawan terhadap kepuasan kerja di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta secara bersama-sama diperoleh nilai F regresi 76,434, koefisien korelasi sebesar 0,667 dengan tingkat signifikansi 0,000. Hal ini berarti bahwa persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja berperan terhadap kepuasan kerja karyawan RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Soejadi¹, yang mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dan yang paling penting adalah komitmen, gaji, promosi, rekan sekerja, atasan, dan pekerjaan itu sendiri. Sesuai dengan hasil analisis regresi

tersebut menunjukkan bahwa penerapan gaya kepemimpinan atasan yang sesuai adalah gaya partisipatif. Penerapan gaya ini akan dapat mempengaruhi kepuasan kerja karyawan. Begitu pula apabila terjadi peningkatan komitmen kerja karyawan akan dapat menyebabkan peningkatan kepuasan kerjanya. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa ada korelasi positif antara persepsi gaya kepemimpinan dan komitmen kerja karyawan terhadap kepuasan kerja karyawan.

Temuan ini mendukung pendapat para ahli bahwa kepuasan karyawan meningkat bila mendapat dukungan dari atasan langsungnya yang penuh pengertian, bersahabat, menyampaikan pujian untuk hasil kerja yang baik, dan mendengarkan pendapatnya.² Atasan dengan gaya kepemimpinan demikian tercermin dalam gaya kepemimpinan partisipatif sesuai dengan hasil penelitian bahwa 45,84% tenaga medis, paramedis perawatan sebesar 48,71%, pada karyawan paramedis nonperawatan sebesar 43,33% dan 45,16% karyawan nonmedis mengungkapkan kecondongannya pada gaya kepemimpinan partisipatif yang diterapkan atasannya. Menurut Muchlas² gaya kepemimpinan partisipatif adalah gaya kepemimpinan yang dilaksanakan oleh pimpinan kepada bawahan dengan banyak memberikan dukungan, tetapi sedikit memberikan pengarahan. Dalam membuat keputusan dilaksanakan bersama-sama bawahan dan kontrol atas keputusan dilakukan secara bergantian. Proses pengambilan keputusannya disebut sebagai partisipasi karena posisi kontrol atas pengambilan keputusan dipegang secara bersama-sama. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian yang dilakukan Purwanto³ yang menyebutkan bahwa perawat yang termasuk dalam kelompok staf manajerial lebih menyukai gaya kepemimpinan partisipatif daripada gaya kepemimpinan direktif walaupun dijalankan dengan penuh kebajikan kepada bawahannya. Dari hasil penelitiannya didapatkan hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dengan kepuasan kerja. Hasil ini mendukung pula hasil penelitian Hartawan⁴ dengan unit analisisnya karyawan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Penelitian Hartawan⁴ mengenai hubungan gaya dan situasi kepemimpinan terhadap kepuasan kerja menyimpulkan bahwa kepuasan kerja karyawan sangat dipengaruhi oleh faktor atasan. Namun, penerapan gaya kepemimpinan partisipatif tidaklah sesuai untuk semua karyawan pada semua bidang pekerjaan. Siagian⁵ mengemukakan bahwa pegawai bawahan akan bersedia bekerja keras jika

pemimpinnya menerapkan gaya yang direktif yaitu gaya kepemimpinan yang dilaksanakan oleh pimpinan kepada bawahan dengan banyak memberikan pengarahan dan petunjuk, tetapi sedikit dukungan. Di samping itu, biasanya menggunakan komunikasi satu arah. Inisiatif pemecahan masalah dan keputusan hanya dilakukan oleh pemimpin dan pelaksanaannya diawasi secara ketat oleh pemimpin.

Gambaran gaya kepemimpinan yang diterapkan atasan dapat ditemukan berbeda antara kenyataan dengan gaya kepemimpinan yang dipersepsikan karyawan. Hal ini dapat dijelaskan melalui pendapat yang dikemukakan oleh Muchlas² dan Robbins⁶ bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu situasi, target, dan pelaku persepsi. Kemudian adanya selektivitas dalam persepsi dipengaruhi oleh faktor perhatian luar yang terdiri dari pengaruh-pengaruh lingkungan luar seperti: intensitas, ukuran, kontras, repetisi, gerakan, keterbaruan, dan keterbiasaan. Faktor perhatian dalam didasarkan pada masalah psikologis individu yang bersifat kompleks seperti proses belajar, motivasi, dan kepribadian. Faktor lingkungan kerja yang memiliki kekuatan terbesar dalam berinteraksi dengan karyawan dan tingkat pendidikan dapat pula menjelaskan adanya perbedaan penilaian antara karyawan baik secara individu maupun kelompok.

Dari analisis regresi mengenai hubungan antara komitmen kerja dan kepuasan kerja diperoleh angka R yaitu koefisien korelasi sebesar 0,667, nilai F regresi 153,597 dengan tingkat signifikansi 0,000. Hal ini menunjukkan makna bahwa ada hubungan positif antara komitmen karyawan dan kepuasan kerja. Hal ini berarti semakin tinggi komitmen maka semakin tinggi pula kepuasan kerjanya. Hasil penelitian ini mendukung pendapat para ahli bahwa komitmen kerja sebagai variabel independen dapat mempengaruhi variabel dependennya yaitu kepuasan kerja. Hal tersebut sebagaimana dituturkan oleh Mathiew dan Zajac⁷ yang mengatakan bahwa dengan adanya komitmen yang tinggi akan membuat perusahaan atau organisasi akan mendapatkan dampak positif seperti, meningkatnya produktivitas, kualitas kerja, dan kepuasan kerja karyawan, serta penurunan tingkat keterlambatan, absen dan *tumover* karyawan.

Hasil penelitian ini juga mendukung pernyataan William⁸ yang mengemukakan bahwa komitmen merupakan suatu faktor penentu dari kepuasan kerja. Seseorang yang memiliki komitmen yang tinggi menandakan adanya kepuasan pada dirinya yang berkaitan dengan pekerjaan.

Hasil penelitian komitmen kerja ini berdasarkan model komitmen yang dikemukakan oleh Allen dan Meyer⁹. Allen dan Meyer⁹ memberikan model komitmen yaitu *Three Component Model of Organizational Commitment* yang merupakan konsep utama komitmen terhadap organisasi. Model komitmen pegawai ini mencakup tiga elemen penting yaitu keinginan (*desire*), kebutuhan (*need*), dan kewajiban (*obligation*) yang mempresentasikan tiga bentuk komponen yaitu *affective*, *continuance*, dan *normative commitment*. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa komitmen karyawan terhadap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta disebabkan oleh: (1) suatu bentuk keterikatan antara pegawai terhadap organisasi. Hal ini tercermin melalui usaha pegawai yang berupa totalitas dalam memberikan yang terbaik untuk organisasi; (2) menerima nilai-nilai dan tujuan organisasi; dan (3) adanya keinginan untuk diakui oleh organisasi tempat individu bekerja.

Hasil statistik pada kategori sikap komitmen karyawan RSUD Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa 74,6% tenaga medis RSUD Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai sikap komitmen yang dikategorikan dalam *affective commitment*. Hal tersebut menunjukkan bahwa aspek *affective commitment* merupakan aspek komitmen yang paling menonjol bagi tenaga medis. Hal ini berarti bahwa mereka terikat untuk tetap berada pada organisasi karena merasa mempunyai satu tujuan dan selera yang sama dengan organisasi tetapi bila organisasi mengganti arah atau tujuan, mereka mungkin akan keluar dari organisasi. Di sisi lain, aspek komitmen yang menonjol pada karyawan tenaga paramedis perawatan dan nonperawatan adalah *continuance commitment*. Sebesar 63,2% tenaga paramedis perawatan dan 56,8% tenaga paramedis nonperawatan tergolong dalam *continuance commitment* yang berarti sikap komitmen karyawan didasarkan karena kebutuhan untuk tetap berada dalam organisasi. Berdasarkan hal tersebut kualitas hidup yang dipandang dari dua sisi, yaitu: (1) dengan bertahan dalam organisasi, individu meningkatkan investasi dalam bentuk senioritas, spesialisasi, tunjangan, ikatan keluarga dalam organisasi yang belum tentu bisa mereka dapatkan dengan bekerja pada organisasi lain, (2) individu merasa harus tetap bekerja dalam organisasi karena mereka tidak memiliki pandangan atau alternatif pekerjaan lain. Tidak adanya investasi (*side-bets*) dan alternatif pekerjaan lain, maka pegawai memiliki komitmen yang tinggi karena mereka harus melakukannya (*have to*). Tenaga nonmedis mempunyai sikap komitmen yang dikategorikan *normative commit-*

ment sebanyak 38,4% yang mengandung makna bahwa karyawan dapat setia, tidak keluar dari organisasi disebabkan pengaruh sosial seperti tidak ingin dikatakan sebagai tukang pemberontak, tidak ingin mengecewakan pemimpinnya atau tidak ingin dianggap sebagai karyawan yang kurang baik dan tidak bisa berterima kasih.

Hasil penelitian yang menyatakan ada hubungan antara komitmen sebagai variabel independen dengan kepuasan kerja sebagai variabel dependen ini sekaligus membuktikan ditemukannya fakta bahwa tidak hanya kepuasan kerja sebagai variabel independen yang dapat mempengaruhi komitmen kerja sebagai variabel dependen. Sebagaimana penelitian yang dilakukan Al Rosyid¹⁰ bahwa kepuasan kerja merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan komitmen pegawai. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Handoko¹¹ bahwa timbulnya komitmen kerja dipengaruhi oleh kepuasan kerja yang dirasakan oleh karyawan.

Diketahui pula dari hasil penelitian bahwa interpretasi karyawan mengenai kepuasan kerja di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan kategorisasi sangat tinggi = 26,29%, tinggi = 25,77%, sedang = 34,54% dan rendah = 13,40%. Terlihat dari hasil tersebut bahwa variabel kepuasan kerja yang terdiri dari penghargaan, dukungan kondisi kerja, tanggapan atau penilaian terhadap pekerjaan dan dukungan rekan sekerja sudah diinterpretasikan cukup baik oleh karyawannya. Hasil interpretasi yang rendah pada sebagian karyawan menandakan perlu adanya perhatian dari pihak rumah sakit untuk lebih meningkatkan kepuasan kerja karyawannya. Diketahui bahwa 95 karyawan atau 49% karyawan menyatakan tidak setuju dengan butir pernyataan nomor 2 yaitu

“Keputusan promosi karyawan ditangani secara adil”,

sebanyak 86 karyawan atau 44,3% karyawan menyatakan tidak setuju dengan butir pernyataan nomor 3 yaitu

“Ada cukup kesempatan untuk mengembangkan diri dalam pekerjaan saya”

dan sebanyak 88 karyawan atau 45,4% karyawan menyatakan tidak setuju dengan butir nomor 8 yaitu

“promosi untuk pekerjaan saya dilakukan secara teratur”.

Hal ini menandakan bahwa terdapat masalah pada sistem promosi yang dijalankan sehingga hal tersebut mempengaruhi kepuasan kerja karyawan.

Tingkat pengaruh persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja terhadap kepuasan kerja sebesar 43,9% menunjukkan bahwa masih ada 56,1% variabel lain yang diduga berpengaruh

terhadap kepuasan kerja. Ada beberapa faktor lain yang dapat meningkatkan kepuasan kerja antara lain yaitu umur, komunikasi, pengembangan karir, kondisi psikologis.¹¹

Model regresi penelitian ini telah memenuhi asumsi normalitas dan linieritas. Hasil perhitungan statistik menunjukkan adanya arah korelasi positif antara persepsi dengan kepuasan, terlihat dengan angka $R = 0,667$. Angka R square sebesar 0,269 menunjukkan pengaruh persepsi terhadap kepuasan kerja sebesar 26,9%. Dari uji Anova atau F test, diperoleh F hitung sebesar 70,520 dengan tingkat signifikansi 0,000. Untuk korelasi regresi didapat angka R sebesar 0,667 yang menandakan bahwa korelasi atau hubungan komitmen dengan kepuasan adalah kuat. Angka R square sebesar 0,444 menunjukkan pengaruh komitmen terhadap kepuasan kerja sebesar 44,4%. Dari uji Anova atau F test, didapat F hitung adalah 70,520 dengan tingkat signifikansi 0,000.

Tabel 1. Korelasi Regresi Persepsi Gaya Kepemimpinan, Komitmen Kerja terhadap Kepuasan Kerja

Variabel	R	R	F	Signifikansi
	Square			
Persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja terhadap kepuasan kerja	0,667	0,439	76,434	0,000

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Sesuai dengan hasil analisis regresi tersebut ditunjukkan bahwa penerapan gaya kepemimpinan atasan yang sesuai, berdasarkan hasil penelitian ini, adalah gaya partisipatif. Dengan demikian, gaya tersebut akan dapat mempengaruhi kepuasan kerja karyawan dan dengan semakin meningkatnya komitmen yang tinggi akan mempengaruhi pula kepuasan kerja.

Saran

Apabila ditinjau dari hasil penelitian, terlihat bahwa sumbangan efektif komitmen karyawan sebesar 44,4% lebih besar peranannya terhadap kepuasan kerja daripada peranan penerapan gaya kepemimpinan yang memiliki sumbangan efektif sebesar 26,9%. Oleh karena itu, RSUD Muhammadiyah Yogyakarta disarankan untuk jangka pendek agar lebih memprioritaskan

langkah-langkah peningkatan komitmen karyawan sehingga dapat lebih meningkatkan kepuasan kerja karyawannya. Hal tersebut tidak dimaksudkan untuk mengecilkan makna dari peranan penerapan gaya kepemimpinan terhadap kepuasan kerja, yang juga menjadi langkah selanjutnya dalam usaha untuk lebih meningkatkan kepuasan kerja karyawannya.

KEPUSTAKAAN

1. Soejadi, S. P. Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum. Ketiga Bina, Jakarta. 1996.
2. Muclash, M. Perilaku Organisasi 1: Dengan Beberapa Contoh Studi Kasus. Program Pendidikan Pascasarjana Magister Manajemen Rumah sakit, UGM, Yogyakarta. 1999.
3. Purwanto, H. Persepsi Gaya Kepemimpinan dan Kepuasan Kerja Karyawan di Rumah Sakit Umum Daerah Swadana Jombang. Tesis, UGM, Yogyakarta. 1998.
4. Hartawan, A. Hubungan Gaya dan Situasi Kepemimpinan Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Tesis Program Pascasarjana Magister Manajemen Rumah sakit, UGM, Yogyakarta. 2001.
5. Siagian, S. P. Teori dan Praktek Kepemimpinan. Rineka Cipta, Jakarta. 1991.
6. Robbins, S. P. Perilaku Organisasi: Konsep, Kontroversi, Aplikasi (Alih Bahasa). PT. Prenhallindo, Jakarta. 1996.
7. Mathiew, J. E., and Zajac, D. M. A Review and Meta Analysis of the Atendent Correlates, and consequences of Organizational Commitment. Psychological Bulletin. 1990;108: 171-194.
8. William, S. Management and Organization. South-Western Publishing. Co, Ohio. 1984.
9. Allen, N. J., and Meyer, J. P. The Measurement and Antecedent Affective, Continuance, and Normative Commitment to Organization, Journal of Occupational Psychology. 1990; 63:1-18.
10. Al Rosyid, N. H. Hubungan antara Human Relation dan Komitmen Kerja pada Perusahaan. Skripsi. Fakultas Psikologi, UGM, Yogyakarta. 1995.
11. Handoko, T. H. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia (Edisi ketiga). Penerbit BPFT, Yogyakarta. 1997.

RALAT

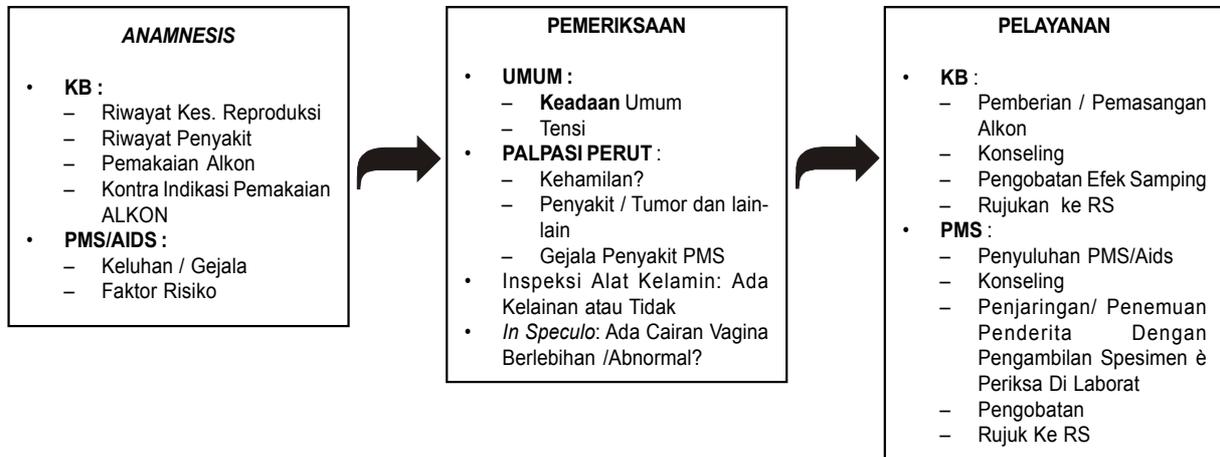
MAKALAH KEBIJAKAN VOL. 07/NO.03/SEPTEMBER/2004

INTEGRASI KEGIATAN PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DALAM PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS (KRISTIANI)

Halaman: 113 Pada Bagan 3

Bagian Pemeriksaan *Point* Umum Tertulis **Kendaraan** yang benar adalah **Keadaan**

LANGKAH-LANGKAH PELAYANAN



Bagan 3. Langkah-langkah Pelayanan

Resensi Buku

Judul Buku : Reformasi Perumahsakitannya Indonesia
 Pengarang : Soedarmono Soejitno, Ali Alkatiri, Emil Ibrahim
 Penerbit : PT Grasindo Gramedia Widiasarana Indonesia
 Tahun : 2002
 Tebal : 288 halaman

Buku "Reformasi Perumahsakitannya Indonesia" merupakan buku yang berisi analisis mengenai perubahan lingkungan yang akan membimbing organisasi untuk memiliki orientasi ke depan demi kelangsungan hidup dan perkembangannya. Orientasi ini disebut juga orientasi strategis yang akan membentuk pola organisasi dalam beradaptasi terhadap perubahan lingkungannya, dan merupakan kunci dari keberlangsungan serta perkembangan organisasi di masa mendatang. Dalam buku ini yang dimaksud organisasi adalah rumah sakit.

Buku ini berisi sembilan bab. Pada bagian pertama dari buku ini yaitu pendahuluan menerangkan mengenai enam komponen institusional yang membentuk sistem kesehatan yaitu pemerintah, penyedia pelayanan kesehatan (*providers*), institusi penyedia Sumber Daya Manusia dan pengembangannya, institusi pembeli jasa pelayanan kesehatan (*purchasers*), institusi dari sektor lain dan masyarakat. Bab kedua membahas mengenai pendekatan analitik yang lebih berfokus pada perubahan lingkungan eksternal dan keadaan lingkungan internal rumah sakit, sehingga redefinisi yang dihasilkannya adalah sistem perumahsakitannya, berikut dengan sistem pelayanan kesehatannya yang adaptif terhadap perubahan lingkungan yang dapat terjadi kapan saja. Maka, redefinisi rumah sakit tidak dapat dipisahkan dari arus reformasi yang tengah merambah dunia politik, ekonomi, sosial dan kesehatan. Kemampuan menganalisis lingkungan yang kritis memberi masukan yang berguna untuk pembuatan keputusan yang dibutuhkan bagi perkembangan organisasi sesuai dengan tuntutan jaman. Perkembangan faktor lingkungan ini memaksa para manajer harus memeriksa faktor lingkungan yang ternyata menjadi elemen-elemen yang menekan dan sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup rumah sakit sebagai suatu organisasi, sedangkan pada bab ketiga membahas mengenai redefinisi rumah sakit yang tidak dapat dipisahkan dari arus reformasi yang tengah

merambah dunia politik, ekonomi, sosial dan kesehatan. Demikian pula tuntutan reformasi kesehatan yang telah disebut pada bab ketiga ini menghendaki adanya perubahan orientasi strategis departemen kesehatan secara umum dan rumah sakit secara khusus. Pada bab keempat membahas mengenai kompleksitas dari upaya reformasi rumah sakit itu sendiri. Kemudian pada bab lima, enam, dan tujuh membahas mengenai pemberdayaan yang perlu dilakukan terhadap rumah sakit dan sistem pelayanan kesehatannya sendiri, serta wadah dan jaringan yang diperlukan untuk mewujudkan pemberdayaan itu.

Pembahasan mengenai buku ini diakhiri dengan langkah-langkah konkret yang terdapat dalam bab delapan dan indikator kinerja dari sistem pelayanan kesehatan dalam menerapkan reformasi pada bab sembilan. Pada akhir dokumen ini, disajikan beberapa formulir yang dapat digunakan oleh pihak yang berminat untuk membantu menerapkan reformasi/redefinisi fungsi dan peran organisasinya sendiri. Agar memudahkan dalam pemahaman, pada bab-bab buku ini diselipkan konteks untuk lebih menjelaskan substansi yang sedang dibahas. Substansi yang dibahas adalah berbagai model struktur sistem pelayanan kesehatan kabupaten atau kota dan rumah sakitnya, berikut model pengorganisasian dan manajemennya. Adapun konteks tersebut meliputi faktor-faktor politik, ekonomi, budaya, sosial, teknologi dan institusional yang mempengaruhi proses reformasi kesehatan dan rumah sakit. Justru faktor kontekstual, terutama yang institusional inilah yang paling menentukan berhasil atau tidaknya reformasi. Secara umum, buku ini cukup memberikan gambaran mengenai reformasi RS dalam sistem pelayanan kesehatan yang memiliki dua komponen pokok, yaitu substansi dan konteks. Buku ini tepat untuk menjadi pendamping bagi para mahasiswa S1, S2 maupun praktisi yang ingin memperoleh gambaran reformasi RS dalam sistem pelayanan kesehatan.

Yvonne Dewikarini

Manajemen Pelayanan Kesehatan

The Indonesian Journal of Health Service Management

INDEKS DAFTAR ISI

Vol. 07 No. 01 2004

Tajuk Rencana

- 1 Badan Layanan Umum (BLU) sebagai Bentuk Hukum Organisasi Rumah Sakit Pemerintah yang Bersifat Lembaga Nonprofit.
Laksono Trisnantoro

Makalah Kebijakan

- 3 Intervensi Pemerintah di Sektor Kesehatan: Regulasi Monopoli-Oligopoli.
Bhisma Murti
- 13 Medical Error di Rumah Sakit dan Upaya untuk Meminimalkan Risiko.
Iwan Dwiprahasto

Artikel Penelitian

- 19 Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai.
Akhirani, Laksono Trisnantoro
- 27 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta.
Fita Yulia Kisworini, Julita Hendrartini
- 35 Analisis Faktor-faktor Penyebab Pengambilan Obat di Luar Apotek Rumah Sakit Bakti Timah Pangkal Pinang.
Mohamad Edi, Sulanto Saleh Danu, Riris Andono Ahmad
- 41 Pengaruh Umpan Balik Dampak Monitoring-Training-Planning (MTP) dalam Pengobatan ISPA di Puskesmas Kabupaten Sleman.
Intriati Yudatiningsih, Sri Suryawati

Resensi Buku

- 51 Health Economics "Fundamental and Flow of Funds" 2nd Edition.
Upiek Chusniati

Vol. 07 No. 02 2004

Tajuk Rencana

- 53 Memahami dan Belajar dari Kegagalan Organisasi.
Iwan Dwiprahasto

Makalah Kebijakan

- 55 Pertimbangan Kebutuhan Bisnis dan Kesiapan Organisasi untuk Berubah sebagai Dasar Pengambilan Keputusan *Re-Engineering* sebagai Strategi Peningkatan Mutu.
Tjahjono Kuntjoro.
- 61 Alternatif Strategi Pelaksanaan Peran Regulasi Pascadesentralisasi di Daerah.
Adi Utarini

Artikel Penelitian

- 69 Penggunaan Indikator WHO untuk Memonitor Implementasi Kebijakan Obat Nasional(Hubungan antara Karakter Negara dan Indikator Latar Belakang, Struktur, Proses, dan Keluaran).
Dripta Sjabana, Sri Suryawati
- 75 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peresepan Obat Generik di Instalasi Rawat Jalan RSUP Dr. Sardjito.
Nunuk Maria Ulfah, Soenarto Sastrowijoto, Sulanto Saleh Danu.
- 81 Tingkat Kepuasan Dokter Keluarga Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi PT Askes di Kota Medan.
Mega Karyati, Ali Ghufroon Mukti, M. Syafril Nusyirwan
- 89 Evaluasi Kegiatan Perawatan Kesehatan Keluarga Rawan di Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Kota Yogyakarta.
Wahyu Ratna, Suharyanto Supardi, Kristiani

Resensi Buku

- 99 Optimizing the Power of Action Learning: Solving Problems and Building Leaders in Real Time.
Hari Kusnanto

Vol. 07 No. 03 2004

Tajuk Rencana

- 103 Tantangan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Era Global.
Sunartini Hapsara

Makalah Kebijakan

- 105 Kepimpinan Klinik-Peran dan Tantangan Manajer Rumah Sakit dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan
Iwan Dwiprahasto

- 109 Integrasi Kegiatan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual dalam Pelayanan Keluarga Berencana di Puskesmas.
Kristiani

Artikel Penelitian

- 115 Survey Kepuasan Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan Perjan Rumah Sakit Sanglah Denpasar.
Muninjaya
- 125 Upaya Perbaikan Perencanaan dan Distribusi Obat Puskesmas melalui Monitoring-Training-Planning di Kabupaten Kolaka.
Harun Masirri, Sri Suryawati, Siti Munawaroh
- 135 Evaluasi Distribusi Antituberkulosis di Kabupaten Kota Provinsi Sumatera Utara.
Ismedsyah, Sulanto Saleh Danu, I.M. Sunarsih
- 141 Hubungan Besaran Iur Biaya dengan Kepuasan Peserta Askes di Rumah Sakit Umum Wangaya.
Ida Ayu Kade Widhjani, Ali Ghufron Mukti, Julita Hendrartini
- 147 Studi tentang Pembiayaan, Kepuasan Kerja dan Perilaku Pelanggan Polindes di Daerah Terpencil: Analisis Situasi dalam rangka Making Pregnancy Safer (MPS).
Ristrini, Wasis Budiarto
- 157 Efek Himbauan Pelatihan terhadap Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSU Pancaran Kasih GMIM Manado.
Maria R.I Koagouw, Hari Kusnanto, Andreasta Meliala
- 163 Telaah Rekam Medis Pendidikan Dokter Spesialis sebelum dan sesudah Pelatihan di IRNA II, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
Meliala, Sunartini

Resensi Buku

- 173 Health Economics for Developing Countries: a Practical Guide.
Ari Probandari

Vol. 07 No. 04 2004

Tajuk Rencana

- 177 Kartu Deteksi Dini Kanker untuk Keluarga. Sebuah Model Kartu Diteksi Dini Penyakit.
IM Sunarsih

Makalah Kebijakan

- 181 Pendekatan Politik sebagai Strategi dalam Advokasi Pembangunan Kesehatan.
Siswanto
- 189 Kepuasan Pasien Rumah Sakit (Tinjauan Teoritis dan Penerapannya pada Penelitian)
Chriswardani Suryawati

Artikel Penelitian

- 195 Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Koasisten tentang Kebijakan Dokter Pegawai Tidak Tetap (Dokter PTT) di Tiga Fakultas Kedokteran di Jawa Barat.
Nugraha Wendy Freely, Arisanti Nita
- 201 Analisis Penurunan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Bapel Sintesa Kendari.
Amelia, Ali Gufron Mukti
- 211 Otonomi Daerah dan Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo di Daerah Istimewa Yogyakarta
Dwi Ciptorini, Mubasysyr Hasanbasri
- 219 Ketersediaan Obat Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Pasca Otonomi Daerah
Dewi Mustika, Sulanto Saleh Danu
- 225 Hubungan antara Gaya Kepemimpinan dan Komitmen Karyawan terhadap Kepuasan Kerja di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Quratul Aini, Sito Meiyanto, Andreasta Meliala

Resensi Buku

- 231 Reformasi Perumasakitan Indonesia
Yvonne Dewikarini

INDEKS PENULIS

Akhirani

Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai, 07(01):19-ap.

Ahmad, R. A.

Lihat, Edi, M.

Aini, Q

Hubungan antara Gaya Kepemimpinan dan Komitmen Karyawan terhadap Kepuasan Kerja di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, 07(04): 225-ap.

Amelia

Analisis Penurunan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Bapel Sintesa Kendari, 07(04): 201-ap.

Budiarto, W.

Lihat, Ristrini.

Chusniati, U.

Health Economics "Fundamental and Flow of Funds" 2nd Edition, 07(01): 51-rb.

Ciptorini, D.

Otonomi Daerah dan Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo di Daerah Istimewa Yogyakarta, 07(04): 211-ap.

Danu, S. S.

Lihat, Edi, M.

Lihat, Mustika, D.

Lihat, Ismedsyah.

Lihat, Ulfah, N. M.

Dewikarini, Y

Reformasi Perumasakitan Indonesia, 07(04): 231-rb.

Dwiprahasto, I.

Medical Error di Rumah Sakit dan Upaya untuk Meminimalkan Risiko, 07(01):13-mk.

Memahami dan Belajar dari Kegagalan Organisasi, 07(02):53-tr.

Kepimpinan Klinik-Peran dan Tantangan Manajer Rumah Sakit dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan, 07(03):105-mk.

Edi, M.

Analisis Faktor-faktor Penyebab Pengambilan Obat di Luar Apotek Rumah Sakit Bakti Timah Pangkal Pinang, 07(01):35-ap.

Freely, N. W

Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Koasisten tentang Kebijakan Dokter Pegawai Tidak Tetap (Dokter PTT) di Tiga Fakultas Kedokteran di Jawa Barat, 07(04): 195-ap.

Hapsara, S.

Tantangan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Era Global, 07(03):103-tr.

Hasanbasri, M

Lihat, Ciptorini, D.

Hendrartini, J.

Lihat, Kisworini, F. Y.

Lihat, Widnjani, I. A. K.

Ismedsyah

Evaluasi Distribusi Antituberkulosis di Kabupaten Kota Provinsi Sumatera Utara, 07(03):135-ap.

Karyati, M.

Tingkat Kepuasan Dokter Keluarga Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi PT Askes di Kota Medan, 07(02):81-ap.

Kisworini, F. Y.

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta, 07(01):27-ap.

Koagouw, M. R. I

Efek Himbauan Pelatihan terhadap Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD Pancaran Kasih GMOM Manado, 07(03): 157-ap.

Kristiani

Integrasi Kegiatan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual dalam Pelayanan Keluarga Berencana di Puskesmas, 07(03):109-mk.

Lihat, Ratna, W.

Kuntjoro, T.

Pertimbangan Kebutuhan Bisnis dan Kesiapan Organisasi untuk Berubah sebagai Dasar Pengambilan Keputusan *Re-Engineering* sebagai Strategi Peningkatan Mutu, 07(02): 55-mk.

Kusnanto, H.

Optimizing the Power of Action Learning: Solving Problems and Building Leaders in Real Time, 07(02):99-rb.

Lihat, Koagouw, M. R. I.

Masirri, H.

Upaya Perbaikan Perencanaan dan Distribusi Obat Puskesmas melalui Monitoring-Training-Planning di Kabupaten Kolaka, 07(03):125-ap.

Meiyanto, S

Lihat, Aini, Q.

Meliala, A

Telaah Rekam Medis Pendidikan Dokter Spesialis sebelum dan sesudah Pelatihan di IRNA II, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, 07(03): 163-ap.

Lihat, Aini, Q

Lihat, Koagouw, M. R. I.

Mukti, A. G

Lihat, Amelia.
Lihat, Karyati, M.
Lihat, Widjani, I. A. K.

Munawaroh, S.

Lihat, Masirri, H.

Muninjaya

Survey Kepuasan Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan Perjan Rumah Sakit Sanglah Denpasar, 07(03):115-ap.

Murti, B.

Intervensi Pemerintah di sektor kesehatan: Regulasi Monopoli-Oligopoli, 07(01):3-mk.

Mustika, D.

Ketersediaan Obat Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Pasca Otonomi Daerah, 07(04): 219-ap

Nita, A.

Lihat, Freely, N.W

Nusyirwan, M. S.

Lihat, Karyati, M.

Probandari, A.

Health Economics for Developing Countries: a Practical Guide, 07(03): 173-tr.

Ratna, W.

Evaluasi Kegiatan Perawatan Kesehatan Keluarga Rawan di Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Kota Yogyakarta, 07(02):89-ap.

Ristrini

Studi tentang Pembiayaan, Kepuasan Kerja dan Perilaku Pelanggan Polindes di Daerah Terpencil: Analisis Situasi dalam rangka Making Pregnancy Safer (MPS), 07(03):147-ap.

Sastrowijoto, S.

Lihat, Ulfah, N.M.

Siswanto

Pendekatan Politik sebagai Strategi dalam Advokasi Pembangunan Kesehatan, 07(04): 181-mk.

Sjabana, D.

Penggunaan Indikator WHO untuk Memonitor Implementasi Kebijakan Obat Nasional (Hubungan antara Karakter Negara dan Indikator Latar Belakang, Struktur, Proses, dan Keluaran), 07(02): 69-ap.

Sunarsih, I.M.

Kartu Diteksi Dini Kanker untuk Keluarga. Sebuah Model Kartu Diteksi Dini Penyakit, 07(04):177-tr.
Lihat, Ismedsyah.

Sunartini

Lihat, Meliala.

Supardi, S.

Lihat, Ratna, W.

Suryawati, C.

Kepuasan Pasien Rumah Sakit (Tinjauan Teoritis dan Penerapannya pada Penelitian, 07(04): 189-mk.

Suryawati, S.

Lihat, Masirri, H.

Lihat, Sjabana, D.

Lihat, Yudatiningsih, I.

Trisnantoro, L.

Badan Layanan Umum (BLU) sebagai Bentuk Hukum Organisasi Rumah Sakit Pemerintah yang Bersifat Lembaga Nonprofit, 07(01):1-tr.

Lihat, Akhirani

Ulfah, N.M.

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peresepan Obat Generik di Instalasi Rawat Jalan RSUP Dr. Sardjito, 07(02):75-ap.

Utarini, A.

Alternatif Strategi Pelaksanaan Peran Regulasi pascaDesentralisasi di Daerah, 07(02):61-mk.

Widjani, I. A. K

Hubungan Besaran IUR Biaya dengan Kepuasan Peserta Askes di Rumah Sakit Umum Wangaya, 07(03):141-ap.

Yudatiningsih, I.

Pengaruh Umpan Balik Dampak Monitoring-Training-Planning (MTP) dalam Pengobatan ISPA di Puskesmas Kabupaten Sleman, 07(01):41-ap.