



**PELAKSANAAN PUSKESMAS RAMAH ANAK
DI KABUPATEN BREBES**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Pendidikan
Guru Pendidikan Anak Usia Dini pada Universitas Negeri Semarang**

Oleh

Iif Astria

1601414093

UNNES

**PENDIDIKAN GURU PENDIDIKAN ANAK USIA DINI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN**

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2018

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi dengan judul “Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes” benar-benar hasil karya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk sesuai dengan ketentuan kode etik ilmiah.

Semarang, 5 Mei 2018



Iif Astria
NIM. 1601414093

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi yang berjudul “Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes” telah disetujui oleh pembimbing untuk diajukan ke sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang.

Hari : Rabu

Tanggal : 11 Juli 2018

Yang mengusulkan,



Iif Astria
NIM. 1601414093

Menyetujui,

Dosen Pembimbing



Amirul Mukminin, M.Kes.
NIP. 197803302005011001

Mengetahui,

Ketua Jurusan PGPAUD



Eti Wajuyo, M.Pd.

NIP. 19790425 200501 1 001

PENGESAHAN

Skripsi dengan berjudul “Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes” disusun oleh

Iif Astria

1601414093

Telah dipertahankan di hadapan sidang Panitia Ujian Skripsi FIP UNNES pada

Hari : Kamis

Tanggal : 2 Agustus 2018

PANITIA :



Panitia Ujian Skripsi,

Dr. Drs. Edy Purwanto, M.Si.
NIP. 196301211987031001

Penguji I

Yuli Kurniawati S.P., S.Psi., M.A., Ph.D.
NIP. 198107042005012003

Sekretaris

Amirul Mukminin, S.Pd, M.Kes.
NIP. 197803302005011001

Penguji II

Neneng Tasuah, S.Pd, M.Pd.
NIP. 19780101200604 2001

Penguji III

Amirul Mukminin, S.Pd, M.Kes
NIP. 197803302005011001

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

- Anak terlahir ke dunia dengan kebutuhan untuk disayangi tanpa kekerasan, bawaan hidup ini jangan sekalipun didustakan (Widodo Judarwanto).
- Senyum dalam pelayanan harus bersumber dari hati yang tulus untuk memberikan pelayanan sepenuh hati. (Djajendra).

PERSEMBAHAN:

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Bapak saya Nur Efendi, dan Mamah saya Risa Tri Maryani yang selalu memberikan doa, motivasi, kasih sayang, dan dorongan untuk meraih masa depan serta mengajarkan saya untuk tidak mudah menyerah.
2. Kakak saya Irvan Firdaus dan Ferina Irmaningsih yang memberikan motivasi, dorongan, dan keteladanan untuk pantang menyerah.
3. Akhmad Zamaluddin yang selalu memberikan semangat dan doa.
4. Semua teman-teman yang selalu memberikan doa dan semangat selama mengerjakan skripsi.
5. Almamater saya Universitas Negeri Semarang.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat, nikmat, taufik serta hidayahNya, sehingga penyusun skripsi yang berjudul “Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes” dapat terselesaikan dengan baik sebagai syarat guna memperoleh gelar Sarjana Pendidikan pada Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini dari awal hingga akhir tidak terlepas dari bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Prof. Dr.Fakhrudin, M.Pd, Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
2. Edi Waluyo, M.Pd, Ketua Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
3. Amirul Mukminin, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing yang memberikan pengarahan, dengan teliti mengoreksi serta memberikan semangat hingga skripsi dapat terselesaikan.
4. Kepala Dinas Kesehatan dan Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, pengendalian Penduduk dan Keluarga Berebcana Kabupaten Brebes beserta staf karyawan yang bersedia memberikan informasi dalam pemenuhan data skripsi.

5. Kepala Puskesmas, bidan beserta staf karyawan Puskesmas Brebes, Puskesmas Ketanggungan dan Puskesmas Bumiayu yang bersedia memberikan informasi dan waktu dalam pemenuhan data skripsi.
6. Pengunjung atau pasien Puskesmas Brebes, Ketanggungan dan Bumiayu yang bersedia memberikan informasi dan waktu dalam pemenuhan data skripsi.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, mengingat segala keterbatasan, dan pengalaman penulis. Oleh karena itu saran-saran demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan. Namun demikian penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca untuk mengadakan penelitian lebih lanjut.

Dengan kelapangan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi kebaikan skripsi ini. Harapan penulis semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi semua yang memerlukan.

Semarang, 5 Mei 2018



Iif Astria
NIM 1601414093

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

ABSTRAK

Astria, Iif. 2018. *Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes*. Skripsi. Jurusan Pendidikan Guru Pendidikan Anak Usia Dini, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing Amirul Mukminin, M.Kes.

Kata-kata kunci: Pelayanan, Puskesmas Ramah Anak

Puskesmas ramah anak adalah Puskesmas yang pelayanannya menjalankan fungsi berdasarkan empat prinsip perlindungan anak, yakni non diskriminasi, kepentingan terbaik bagi anak, hak untuk hidup, kelangsungan hidup, dan perkembangan serta penghargaan terhadap pendapat anak. Permasalahan penelitian dilatarbelakangi karena banyak kasus kematian bayi, balita dan kasus kekerasan anak di Kabupaten Brebes. Sehingga penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes.

Penelitian ini menggunakan kualitatif dan bertujuan menjelaskan pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes. Lokasi penelitian di Kabupaten Brebes, berada di Puskesmas Brebes, Ketanggungan dan Bumiayu. Lokasi dipilih menggunakan teknik *area sampling* berdasarkan SWP Kabupaten Brebes. Teknik pengambilan data menggunakan observasi, wawancara, dokumentasi dan *check list*. Teknik analisis data menggunakan model interaktif. Teknik keabsahan data yaitu triangulasi sumber.

Hasil penelitian dari pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes: 1) Sumber Daya Manusia, meliputi seluruh karyawan Puskesmas. Pemeriksaan pasien dilakukan oleh dokter, bidan dan perawat. Tim medis di Puskesmas telah mengikuti pelatihan Konvensi Hak Anak, 2) Sarana, Prasarana, dan Lingkungan di Puskesmas Brebes, Ketanggungan, dan Bumiayu sesuai dengan indikator Puskesmas ramah anak, 3) Pelayanan, dilakukan oleh seluruh karyawan Puskesmas dan Tim medis. Pelayanan diberikan kepada anak, ibu dan masyarakat tanpa terkecuali sebagai peningkatan derajat kesehatan dan meminimalisasi adanya kasus kekerasan terhadap anak, 4) Pengelolaan, Puskesmas Brebes, Ketanggungan dan Bumiayu telah melakukan pengelolaan Puskesmas dengan mempertimbangkan kepentingan terbaik bagi anak, hak untuk hidup, kelangsungan hidup dan perkembangan, serta penghargaan terhadap pendapat anak, 5) Partisipasi Anak, Puskesmas Brebes, Ketanggungan, dan Bumiayu melakukan kerjasama dengan lintas sektor. Anak-anak sekolah dilibatkan dalam kegiatan konseling yang ada di Puskesmas, 6) Pemberdayaan Masyarakat, Puskesmas melakukan kerjasama dan pemberdayaan masyarakat melalui program posyandu dan Manajemen Terpadu Balita Sakit yang sudah dikembangkan di Masyarakat (MTBSM).

Saran yang dapat diberikan yaitu Puskesmas untuk dapat merawat sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan Puskesmas ramah anak.

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Pernyataan.....	ii
Persetujuan Pembimbing.....	iii
Pengesahan.....	iv
Motto dan Persembahan.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Tujuan.....	12
1.4 Manfaat.....	12
1.5 Pembatasan Masalah.....	13
BAB II LANDASAN TEORI	
2.1 Puskesmas.....	12
2.1.1 Pengertian Puskesmas.....	12
2.1.2 Puskesmas Ramah Anak.....	14
2.1.3 Komponen Puskesmas Ramah Anak.....	15
2.1.4 Komponen dan Indikator Hasil Puskesmas Ramah Anak.....	20
2.1.5 Indikator Puskesmas Ramah Anak.....	23
2.1.6 Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak.....	27
2.2 Manajemen.....	32
2.2.1 Pengertian Manajemen.....	32
2.2.2 Manajemen Puskesmas.....	34
2.2.3 Fungsi Manajemen.....	35

2.2.4 Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat.....	83
2.3 Penelitian Terdahulu.....	87
2.4 Kerangka Berpikir.....	97
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Pendekatan Penelitian.....	100
3.2 Lokasi Penelitian.....	100
3.3 Fokus Penelitian.....	101
3.4 Sumber Data Penelitian.....	102
3.5 Subjek Penelitian.....	104
3.6 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	104
3.7 Teknik Keabsahan Data.....	107
3.8 Teknik Analisis Data.....	108
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	111
4.1.1 Gambaran Umum Puskesmas Brebes.....	112
4.1.2 Gambaran Umum Puskesmas Ketanggungan.....	114
4.1.3 Gambaran Umum Puskesmas Bumiayu.....	115
4.1.4 Sarana Kesehatan Puskesmas.....	116
4.1.5 Gambaran Umum Responden Penelitian.....	117
4.2 Pelayanan Ramah Anak di Puskesmas.....	122
4.2.1 Sumber Daya Manusia.....	123
4.2.2 Sarana, Prasarana dan Lingkungan.....	131
4.2.3 Pelayanan.....	136
4.2.4 Pengelolaan.....	141
4.2.5 Partisipasi Anak.....	144
4.2.6 Pemberdayaan Masyarakat.....	146
BAB V PENUTUP	
5.1 Simpulan.....	150
5.2 Saran.....	151
DAFTAR PUSTAKA.....	152

DAFTAR TABEL

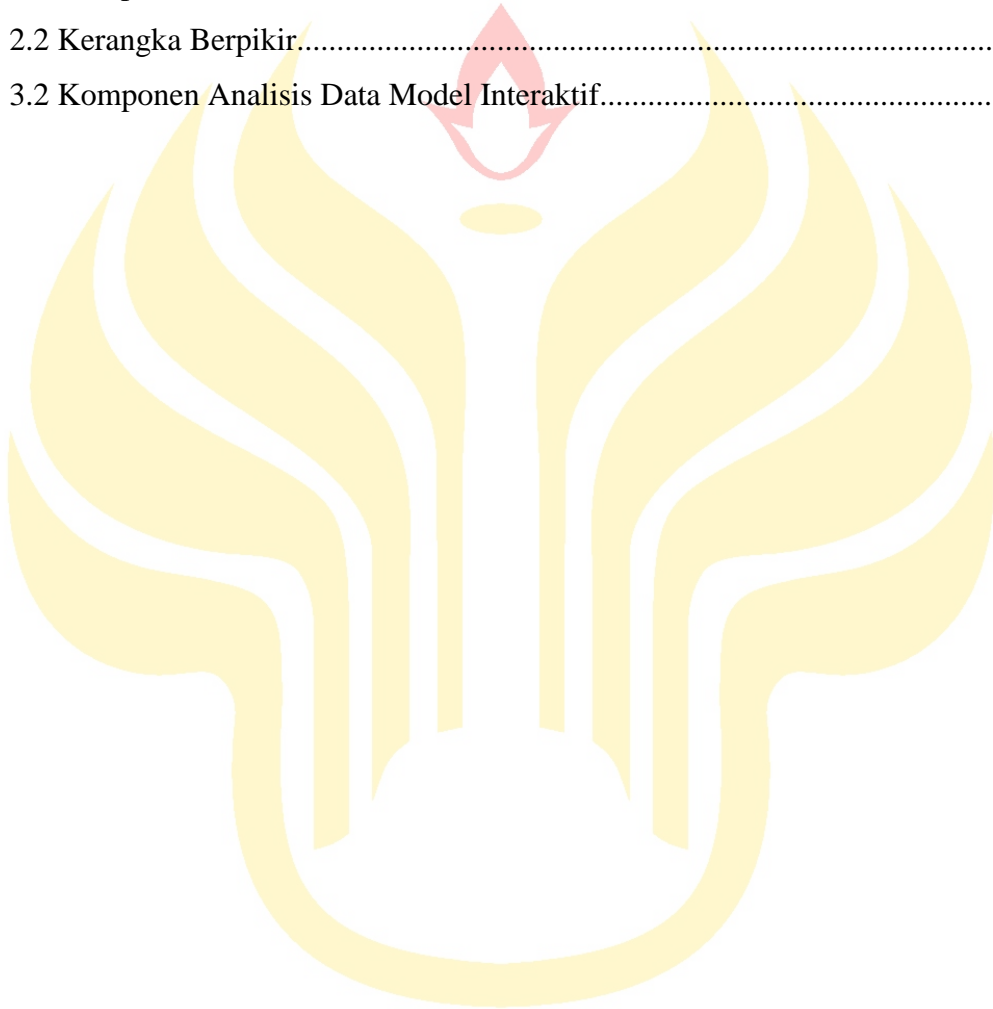
2.1 Komponen dan Indikator Hasil Puskesmas Ramah Anak.....	21
2.2 Indikator Puskesmas Ramah Anak.....	24
2.3 Klasifikasi rencana.....	42
4.4 Kode Informan Utama.....	119
4.5 Kode Informan Triangulasi.....	119
4.6 Identitas Informan Utama.....	120
4.7 Identitas Informan Triangulasi.....	121



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR GAMBAR

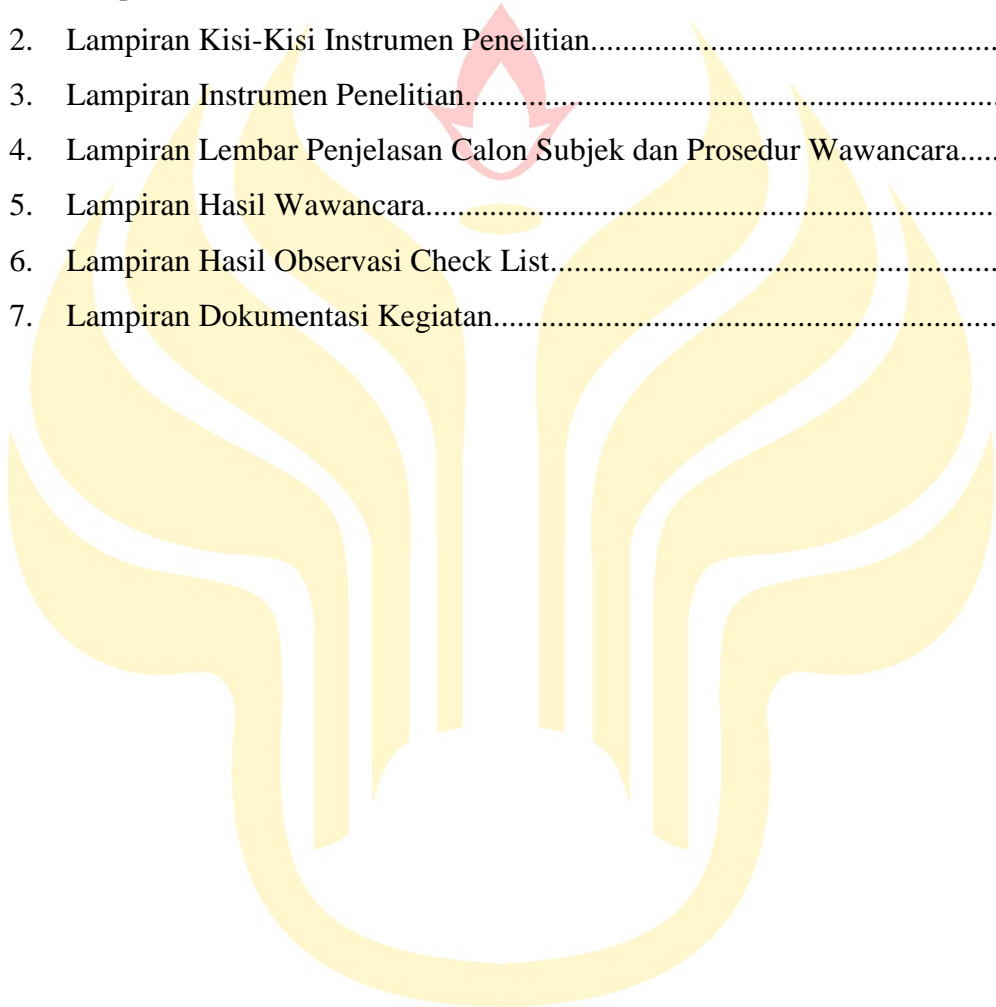
2.1 Tahapan Komunikasi.....	66
2.2 Kerangka Berpikir.....	99
3.2 Komponen Analisis Data Model Interaktif.....	110



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran Surat Penelitian.....	157
2. Lampiran Kisi-Kisi Instrumen Penelitian.....	169
3. Lampiran Instrumen Penelitian.....	175
4. Lampiran Lembar Penjelasan Calon Subjek dan Prosedur Wawancara.....	188
5. Lampiran Hasil Wawancara.....	192
6. Lampiran Hasil Observasi Check List.....	236
7. Lampiran Dokumentasi Kegiatan.....	246



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, Pasal 1 ayat (1) menyebutkan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Anak Indonesia sebagai generasi penerus bangsa, sudah sepatutnya anak-anak Indonesia mendapatkan haknya sebagai anak. Hak anak perlindungan, pendidikan dan kesehatan wajib disediakan oleh pemerintah. Pemerintah telah mengakomodir hak anak melalui Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak. Namun melihat realita yang terjadi saat ini, kita tidak bisa memungkiri anak-anak Indonesia justru berada dalam situasi yang memprihatinkan. Data Komisi Nasional Perlindungan Anak (Komnas PA) menyebutkan pengaduan pelanggaran hak anak terus meningkat dari tahun ke tahun. Data menyebutkan bahwa capaian indikator pelayanan kesehatan anak balita pada tahun 2014 sebesar 75,82%, yang berarti belum mencapai target rencana strategis pada tahun 2014 yaitu sebesar 85%. Namun, meningkat dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 70,12%, Mahendra (2017).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Kemenkes tahun 2016, upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih

dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 tahun. Upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi.

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Brebes 2016, penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat menggunakan beberapa indikator yang tercermin dalam kondisi mortalitas (kematian), morbiditas (kesakitan) dan status gizi. Pada bagian ini, derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Brebes digambarkan melalui Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), angka morbiditas beberapa penyakit serta status gizi di masyarakat. Faktor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumberdaya kesehatan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian bayi (0-12 bulan) per 1.000 kelahiran hidup dalam kurun waktu satu tahun. Angka kematian bayi yang dilaporkan oleh Puskesmas selama tahun 2016 sebesar 13 per 1.000 kelahiran hidup atau 444 kasus kematian bayi dari 33.086 kelahiran hidup. Angka ini mengalami peningkatan bila dibandingkan tahun 2015 dan bila berdasarkan target MDG's (*Millenium Development Goals*) ke - 4 tahun 2015 yaitu 23 per 1.000 kelahiran hidup, berarti angka kematian bayi di Kabupaten Brebes masih dibawah target tersebut. Selain itu Angka Kematian Balita (AKABA) adalah kematian

yang terjadi pada balita sebelum usia lima tahun. AKABA yang dilaporkan Puskesmas selama tahun 2016 sebesar 3 per 1.000 kelahiran hidup atau sebanyak 104 kasus per 33.086 kelahiran hidup. Angka ini turun bila dibandingkan tahun 2015 (62 kasus / 33.312) akan tetapi bila dibandingkan dengan target yang diharapkan MDG ke – 4 tahun 2015 yaitu 32/1.000 kelahiran hidup, berarti angka kematian balita di Kabupaten Brebes masih di bawah target tersebut, (Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes).

Selain kasus kematian bayi dan kematian balita, kasus kekerasan anak di Kabupaten Brebes juga meningkat. Berdasarkan data yang ada di Bagian Perlindungan Perempuan dan Anak Dinas Pemberdayaan Perempuan Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana (DP3KB) Kabupaten Brebes, mencatat sejak tahun 2013 angka kekerasan terhadap anak cenderung meningkat. Pada tahun 2013 tercatat ada 73 kasus yang meliputi kekerasan fisik, psikis, seksual, penelantaran dan *trafficking*. Angka tersebut naik pada tahun 2014 sebanyak 83 kasus. Tahun 2015 sebanyak 85 kasus dan terus naik pada tahun 2016 sebanyak 101 kasus. Pada tahun 2017 tercatat jumlah kasus kekerasan anak sudah mencapai 27 kasus. Dari kasus tersebut, 80% korbannya adalah anak-anak. Adapun 90% dari kasus tersebut adalah kasus kekerasan seksual. Kepala Bidang Perlindungan Perempuan dan Anak DP3KB Brebes, Rini Pujiastuti menjelaskan bahwa saat ini para korban mulai berani melapor kepada pihak berwenang, “Jumlah angka kasus kekerasan memang cenderung naik, karena semakin banyak korban yang berani melapor kepada kami. Tahun sebelumnya hanya sedikit yang berani melaporkan sehingga terlihat kasusnya sedikit, padahal kasusnya sangat

banyak”. Satuan tugas Kabupaten Brebes memberikan pendampingan baik hukum maupun bantuan psikologis kepada para korban agar berani melaporkan para pelaku kekerasan. Rini Pujiastuti menyampaikan, “Kami merasa perlu memberikan perlindungan kepada anak karena sepertiga penduduk di Brebes masih berusia anak-anak. Selain itu juga tersedia Puskesmas layak anak dan sekolah layak anak”, (detiknews).

Pada tahun 2015 lalu Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (PPPA) memberikan penghargaan kepada 77 Kabupaten/Kota dengan berbagai kategori Kabupaten/Kota Layak Anak, masing-masing 3 untuk kategori Nindya, 24 untuk kategori Madya dan 50 untuk kategori Pratama. Kabupaten Brebes, Jawa Tengah, meraih penghargaan sebagai Kabupaten Layak Anak tingkat madya pada tahun 2015. Penghargaan dari Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) yang diberikan langsung oleh Presiden RI Joko Widodo di Istana Presiden di Bogor, Metrotvnews (2015). Dengan prestasi dan predikat tersebut diharapkan mampu menjadi indikator sekaligus tantangan bagi pemerintah Kabupaten Brebes untuk tetap konsisten melaksanakan dan meningkatkan keramahan, kenyamanan, dan keamanan Kabupaten bagi semua kalangan, tidak terkecuali bagi anak-anak melalui kebijakan Kota Layak Anak (KLA). Selain penghargaan sebagai Kabupaten/Kota Layak Anak (KLA) pada tanggal 22 Juli 2017, Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes bersama Bupati Brebes Idza Priyanti, S.E kembali menerima penghargaan Kabupaten/Kota Layak Anak tahun 2017 dan Puskesmas Ramah Anak yang diselenggarakan di Kota Pekanbaru Riau, Dinkes.Brebeskab (2017).

Melalui Peraturan Daerah Kabupaten Brebes Nomor 004 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Anak yang ditetapkan oleh Bupati Brebes pada tanggal 13 Mei tahun 2014, diharapkan mampu menjadikan perlindungan dan pemenuhan hak anak sebagai nilai budaya di Kabupaten Brebes. Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DP3KB) Kabupaten Brebes Khambali menyatakan Brebes memfokuskan pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak tahun 2015 – tahun 2019 pada 6 (enam) program prioritas tumbuh kembang anak dalam rangka percepatan Kabupaten/Kota Layak Anak. Lebih lanjut Khambali menjelaskan bahwa 6 (enam) program prioritas selama 5 (lima) tahun kedepan yang dimaksud yaitu sebagai berikut: 1) Pengembangan Sekolah Ramah Anak, 2) Pengembangan Puskesmas Ramah Anak, 3) Peningkatan partisipasi anak dalam proses perencanaan, 4) Peningkatan sarana prasarana rute aman ke/dari sekolah, 5) Peningkatan pengasuhan anak di luar keluarga, dan 6) Peningkatan infrastruktur ramah anak.

Salah satu cara mewujudkan Kabupaten/Kota Layak Anak dan menangani permasalahan anak di Kabupaten Brebes. Puskesmas ramah anak menjadi salah satu program prioritas. Puskesmas ramah anak yang merupakan salah satu indikator Kabupaten/Kota Layak Anak. Pelayanan ramah anak di Puskesmas menjalankan fungsi berdasarkan empat prinsip perlindungan anak yakni: 1) non-diskriminasi, 2) kepentingan terbaik bagi anak, 3) hak untuk hidup, kelangsungan hidup, dan perkembangan, dan 4) penghargaan terhadap pendapat anak. Tujuannya adalah untuk membangun kesehatan ibu dan anak yang mencakup

kualitas hidup anak meningkat, tumbuh kembang optimal baik secara fisik, mental, emosi, dan sosial, serta intelegensi majemuk sesuai potensi genetiknya.

Berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes Nomor 026/3957 Tahun 2015 Tentang Puskesmas Dengan Pelayanan Ramah Anak (PPRA) di Kabupaten Brebes, menetapkan 38 (tiga puluh delapan) Puskesmas dengan pelayanan ramah anak dan Puskesmas mampu tata laksana kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. Puskesmas ramah anak digalakan juga dalam rangka menindaklanjuti Undang-Undang Nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, Undang-Undang Nomor 5 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Anak, serta Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor:1457/MENKES/ SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Berdasarkan administratif di Kabupaten Brebes terdapat 292 Desa yang tersebar di 17 Kecamatan dan hanya terdapat 5 Kelurahan. Puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan dasar, telah ada di semua Kecamatan (17 Kecamatan) di Kabupaten Brebes. Jumlah Puskesmas di Kabupaten Brebes tahun 2015 adalah 38 unit, 22 unit diantaranya adalah Puskesmas rawat inap. Puskesmas Brebes, Ketanggungan, dan Bumiayu adalah Puskesmas di Kabupaten Brebes yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. Puskesmas Ketanggungan adalah jenis Puskesmas perawatan atau rawat inap, sedangkan Puskesmas Brebes dan Bumiayu adalah jenis Puskesmas non perawatan atau tidak ada pelayanan rawat inap kecuali untuk ibu hamil yang akan melahirkan. Berdasarkan observasi Puskesmas Brebes, Ketanggungan dan Bumiayu telah memenuhi standar sarana

dan prasarana yang ada pada indikator Puskesmas ramah anak, seperti terdapat tanda dilarang merokok, tersedia ruang tunggu atau bermain bagi anak, tersedia ruang laktasi untuk ibu menyusui, tersedia media dan materi tentang kesehatan anak dan tersedia ruang pelayanan maupun konseling bagi anak. Selain itu juga berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan salah satu pasien di Puskesmas Brebes menyatakan bahwa Puskesmas Brebes melakukan sosialisasi mengenai kesehatan anak melalui kegiatan posyandu, imunisasi maupun pelayanan kesehatan lainnya di daerah pasar Batang. Selain Puskesmas Brebes, Puskesmas Ketanggungan dan Bumiayu juga telah melakukan sosialisasi tentang kesehatan anak kepada masyarakat melalui kegiatan posyandu.

Didukung oleh penelitian Mahendra (2017) dalam jurnal *Health Studies* menyatakan pelaksanaan pelayanan kesehatan ramah anak di Kota Yogyakarta banyak dilakukan oleh Puskesmas di bawah monitoring dari Dinas Kesehatan. Berdasarkan data yang diperoleh melalui penelusuran dokumentasi, diketahui bahwa terdapat 4 (empat) Puskesmas yang dinilai memenuhi kriteria dalam pelayanan ramah anak. Puskesmas tersebut antara lain adalah Puskesmas Mergangsan, Puskesmas Kotagede 1, Puskesmas Kotagede 2, dan Puskesmas Jetis. Puskesmas tersebut pada umumnya sudah memiliki indikator yang mengacu dari Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, antara lain adalah tersedia ruang tunggu, ruang pemeriksaan dan ruang konseling untuk anak/remaja; toilet terpisah untuk laki-laki dan perempuan; lingkungan yang sehat, bersih dan anak terlindungi dari kekerasan, kecelakaan serta anak yang sehat terlindungi dari penularan penyakit; ada tempat atau sarana bermain anak

ketika menunggu; ada ruang laktasi/ASI; tersedia media untuk informasi kesehatan kepada anak dan orang tua/keluarga; ada larangan merokok. Kesimpulan yang dapat diambil yaitu saat ini beberapa kota yang mendapat predikat Kabupaten/Kota Layak Anak sudah menginisiasi pelayanan Puskesmas ramah anak.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan pengunjung Puskesmas mengenai sikap maupun pelayanan yang diberikan oleh petugas Puskesmas yaitu pasien atau pengunjung Puskesmas dari Puskesmas Brebes, Ketanggungan, dan Bumiayu merasa puas dengan sikap dan pelayanan yang diberikan. Akan tetapi pasien maupun pengunjung merasa sarana dan prasarana seperti ruang tunggu untuk pasien dewasa sempit dan panas. Selain itu juga tidak ada petugas yang menjaga anak saat anak diruang tunggu bermain, melainkan yang menjaga anak adalah orang tua dari masing-masing anak.

Didukung penelitian yang dilakukan oleh Sunardi (2016) dengan judul pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas batuah Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara, sampai saat ini usaha Puskesmas Batuah dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan kesehatan masih belum dapat memenuhi harapan masyarakat secara optimal. Banyak anggota masyarakat yang mengeluh dan merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Batuah baik dari segi prosedur pelayanan, kecepatan pelayanan, kenyamanan dan keramahan petugas. Keluhan yang sering terdengar dari masyarakat yang berhubungan dengan pelayanan di Puskesmas Batuah adalah selain berbelit-belit akibat birokrasi yang kaku, perilaku petugas yang kadang kala kurang bersahabat,

juga kinerja pegawai dalam memberikan pelayanan dalam hal ini ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan dan sarana pelayanan yang masih kurang. Penelitian di atas menunjukkan bahwa di lapangan masih terdapat Puskesmas yang belum memberikan pelayanan yang baik. Pasien tidak puas dengan sarana dan prasarana yang ada serta pelayanan dari petugas Puskesmas.

Selain penelitian yang dilakukan oleh Sunardi di atas, dalam jurnal Internasional yang berjudul *Well-Child Care Clinical Practice Redesign at a Community Health Center: Provider and Staff Perspectives* yang di tulis oleh Mooney.dkk (2014) menyatakan, kurangnya sarana prasarana Puskesmas dengan pelayanan ramah anak, serta bagaimana kepuasan orang tua anak dengan pelayanan ramah di Puskesmas. Pengumpulan data dilakukan selama 6 bulan yaitu dari bulan Oktober 2010 sampai dengan bulan Maret 2011. Peneliti melakukan wawancara di lembaga kesehatan Federal Center di Los Angeles California. Wawancara dilakukan dengan 3 (tiga) tim pediatrik yang terdiri dari seorang dokter dan 2 (dua) asisten medis. Orang tua dan staf karyawan juga ikut serta dalam kegiatan wawancara. Hasilnya yaitu menyebutkan perawatan atau proses pelayanan seringkali tertunda karena ketidak lengkapan dokumen asuransi dari orang tua, selain itu orang tua juga kesulitan dalam membaca formulir registrasi. Kemudian kurangnya waktu bagi penyedia layanan pendidikan orang tua ke rumah-rumah. Hal ini terjadi karena meningkatnya kunjungan pasien ke Puskesmas atau klinik. Terakhir yaitu tidak ada sistem yang mendorong dokter untuk melakukan konsultasi dengan orang tua secara face-to-face terutama via telepon. Seperti halnya penelitian ini, kepuasan pasien atau pengunjung terhadap

pelayanan Puskesmas sangat diutamakan. Kesimpulannya adalah pasien selalu menginginkan pelayanan yang ramah, sopan, baik, dan sebagainya. Sebaliknya, jika Puskesmas tidak memberikan pelayanan yang ramah, masyarakat atau pasien menjadi tidak puas terhadap pelayanan pusat kesehatan masyarakat tersebut.

Sehingga dari latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes. Penelitian dapat menjadi contoh nyata dan referensi bagi Puskesmas-Puskesmas lain dalam menyelenggarakan Puskesmas ramah anak.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang masalah di atas, peneliti dapat merumuskan masalah yaitu bagaimanakah Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk menjelaskan Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian tersebut, penelitian ini diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Untuk menambah wawasan keilmuan mengenai pelaksanaan Puskesmas ramah anak.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Lembaga Puskesmas

Dapat menjadi penilaian untuk lebih mengoptimalkan kualitas pelayanan.

2. Bagi Orang tua

Menambah kenyamanan untuk berobat atau memeriksakan kesehatan anak ke Puskesmas.

3. Bagi Anak

Menambah kenyamanan saat anak berobat atau saat anak menunggu orang tua berobat.

4. Bagi Peneliti

Memberikan pengetahuan tambahan dan juga pengalaman yang sangat berharga, selain mendapatkan informasi dari kegiatan perkuliahan dan teori yang didapat, peneliti juga mendapatkan ilmu dari lembaga Puskesmas.

1.5 Pembatasan Masalah

Pembatasan masalah bertujuan agar dalam penelitian hal-hal yang diteliti jelas tidak biasa dan melebar. Keberadaan pembatasan masalah berguna untuk membatasi materi atau kajian penelitian sehingga bisa terarah. Fokus penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu ingin melihat bagaimana pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Puskesmas

2.1.1 Pengertian Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Menurut Muninjaya (Alamsyah, dkk. 2013) Puskesmas adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur dari pembangunan kesehatan, sarana peran serta masyarakat, dan pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah.

Purwandari (2011) Puskesmas adalah unit kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat, juga membina peran serta masyarakat selain memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Satrianegara (2009) Puskesmas adalah satu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan membina peran serta masyarakat, di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Menurut Winslow (Darmawan dkk.2016), *“Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health and efficiency through organized community effort for the sanitation of the environment, the control of communicable infections, the education of the individual in personal hygiene, the organization of medical and nursing service for early diagnosis and preventive treatment of disease, and development of social machinery to ensure for every individual a standard of living adequate for the maintenance of health, so organizing these benefit as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity”*.

Definisi kesehatan masyarakat di atas dijabarkan oleh CEA Winslow sebagai seorang tokoh yang berperan penting dalam sejarah kesehatan masyarakat di dunia. Winslow memetakan karakteristik kesehatan masyarakat sebagai ilmu dan seni dalam mencegah penyakit, memperpanjang usia hidup, dan promosi kesehatan melalui pengorganisasian masyarakat untuk menciptakan perbaikan sanitasi lingkungan, mencegah penyakit menular, pengorganisasian layanan medis dan perawatan dalam upaya deteksi penyakit secara dini, memberikan pendidikan mengenai kebersihan perorangan, serta pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatan, sehingga memungkinkan setiap orang mendapatkan hak dasar kesehatan dan umur panjang. Azwar (Prasetyawati, 2012) menyatakan Pusat Kesehatan Masyarakat adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk-bentuk usaha kesehatan pokok.

Dapat disimpulkan, Pusat Kesehatan Masyarakat adalah organisasi kesehatan yang berupaya memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam suatu wilayah dengan program-program tertentu seperti kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana (KB), pemberantasan penyakit menular (P2M), upaya peningkatan gizi, usaha kesehatan lingkungan, pengobatan, penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM), laboratorium, usaha kesehatan sekolah (UKS), perawatan kesehatan masyarakat/ *Public Health Nursing* (PHN), usaha kesehatan jiwa (UKJ), dan usaha kesehatan gigi.

2.1.2 Puskesmas Ramah Anak

Pelayanan Ramah Anak di Puskesmas (PRAP) adalah Puskesmas yang dalam menjalankan fungsinya berdasarkan 4 (empat) prinsip perlindungan anak yakni: 1) non diskriminasi, 2) kepentingan terbaik bagi anak, 3) hak untuk hidup, kelangsungan hidup dan perkembangan, dan 4) penghargaan terhadap pendapat anak. Hal utama untuk menciptakan pelayanan ramah anak di Puskesmas dimulai dari Sumber Daya Manusia (SDM), Sarpras dan lingkungan, pelayanan, pengelolaan, partisipasi anak dan pemberdayaan masyarakat, (DP3KB Kabupaten Brebes).

Berdasarkan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, Pelayanan Puskesmas Ramah Anak adalah upaya protektif yang diberikan Puskesmas berdasarkan pemenuhan, penghargaan dan perlindungan hak asasi anak atas kesehatan dengan prinsip hak anak. Puskesmas ramah anak akan terwujud apabila sumber daya manusia, pelayanan, sarana prasarana dan pengelolaan ramah anak.

Kesimpulannya Puskesmas dengan pelayanan ramah Anak adalah Puskesmas lebih mengedepankan pelayanan yang ramah kepada anak, baik kepada anak yang sedang berobat ataupun anak sehat yang sedang berkunjung ke Puskesmas. Upaya Kesehatan di Puskesmas sebagai Puskesmas dengan pelayanan Ramah Anak meliputi UKP (Upaya Kesehatan Perorangan), seperti Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA), Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) termasuk Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM), pelayanan deteksi dini tumbuh kembang, pelayanan kesehatan mata anak, pelayanan konsultasi anak, konsultasi kesehatan lingkungan, gizi, dan psikologi.

2.1.3 Komponen Puskesmas Ramah Anak

2.1.3.1 Sumber Daya Manusia

Pelayanan di Puskesmas akan ramah anak apabila tenaga di Puskesmas memahami, mempunyai sikap dan pola pikir yang sensitif dan responsif akan hak asasi anak khususnya hak atas kesehatan anak. Tenaga Puskesmas yang ada perlu dilatih dan ditingkatkan kapasitas dan sensitifitasnya tentang hak-hak anak dengan pelatihan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Tenaga yang ada harus memahami hak anak, prinsip pemenuhan hak anak serta kebutuhan khusus anak. Pelatihan tenaga Puskesmas dilakukan oleh tenaga dari Kabupaten/Kota dan/atau Provinsi yang telah dilatih oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak atau pihak lainnya. Selanjutnya, beberapa tenaga Puskesmas yang telah dilatih dapat melatih petugas lainnya melalui mekanisme pendidikan internal Puskesmas. Pelatihan dapat dilakukan serentak dalam satu waktu atau dilakukan secara bertahap.

2.1.3.2 Sarana, Prasarana dan Lingkungan

Sarana, prasarana dan lingkungan ramah anak di Puskesmas meliputi:

1. Tersedia ruang tunggu, ruang periksa dan ruang konseling untuk anak atau remaja.
2. Toilet terpisah untuk anak laki-laki dan anak perempuan.
3. Lingkungan yang sehat, bersih dan anak terlindung dari penularan penyakit.
4. Ada tempat atau sarana bermain anak ketika menunggu pemeriksaan atau menunggu orang tuanya untuk diperiksa.
5. Ada ruang laktasi/ASI.
6. Tersedia media untuk informasi kesehatan kepada anak dan orang tua/keluarga.
7. Ada larangan merokok.

2.1.3.3 Pelayanan

Pelayanan pemenuhan hak anak dan perlindungan anak dimulai dari anak dalam kandungan, bayi, balita, usia sekolah dasar, hingga remaja, termasuk anak yang memerlukan perlindungan khusus (sebanyak 15 kategori sesuai amanat UU Nomor 35 Tahun 2014). Dalam hal ini semua anak harus mendapat hak kesehatan tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan, jenis kelamin, etnik, budaya, bahasa, status hukum anak, urutan kelahiran dan kondisi fisik atau mental anak (prinsip non-diskriminasi). Selain anak berada di rumah, di sekolah/lembaga pendidikan, di panti atau Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA), anak yang berada di Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) akibat bermasalah hukum, serta anak yang tinggal bersama ibunya di lembaga pemasyarakatan, juga berhak dipenuhi hak kesehatannya.

Pelayanan meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan serta pemulihan kesehatan fisik dan mental termasuk pemberian informasi yang sesuai dengan usia kematangan anak, yang dilakukan melalui upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perseorangan. Petugas pemberi pelayanan bersikap baik, sopan dan menghargai anak. Pelayanan diberikan di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan milik pemerintah juga berfungsi memberdayakan orang tua/keluarga dalam pemenuhan hak anak atas kesehatan, memberikan informasi dan bantuan sesuai fungsinya kepada orang tua agar mampu memenuhi hak anak atas kesehatan. Pembinaan kepada Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), dan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) terkait anak harus dilakukan dengan lebih intensif. Diupayakan tersedia data terpilih sesuai usia, jenis kelamin, kebutuhan dan permasalahan kesehatan fisik dan mental anak. Data tersebut sangat penting untuk mengetahui kemajuan dan permasalahan pemenuhan hak anak atas kesehatan agar kebijakan, program dan kegiatan dirancang berdasarkan data, sehingga akan lebih efektif dan efisien.

2.1.3.4 Pengelolaan

Pengelolaan disesuaikan ketentuan pengelolaan Puskesmas yang ada, namun diharapkan upaya peningkatan pemenuhan hak anak atas kesehatan menjadi prioritas. Dalam perencanaan, pelaksanaan, serta pemantauan dan evaluasi program dan kegiatan hendaknya mempertimbangkan prinsip perlindungan anak yakni non diskriminasi (Sebagai contoh melayani semua anak yang datang ke Puskesmas meskipun bukan wilayah kerja Puskesmas),

kepentingan terbaik bagi anak, hak untuk hidup, kelangsungan hidup dan perkembangan, serta penghargaan terhadap pendapat anak. Malibatkan anak dalam proses pengelolaan Puskesmas merupakan penghargaan terhadap pendapat anak dalam pemenuhan hak kesehatannya.

Dengan mendengar pendapat anak dapat diketahui kebutuhan dan kepentingan anak sehingga program dan kegiatan yang dirancang lebih tepat dan lebih efektif. Mekanisme mendengar pendapat anak adapat dilakukan melalui forum anak atau kelompok anak, yang terdapat di tingkat Desa/Kelurahan, Kecamatan, dan Kabupaten/Kota. Selain itu, dalam pengelolaan juga harus menyediakan data secara terpilah menurut umur, jenis kelamin dan domisili sehingga pelayanan ramah anak akan terlaksana dengan optimal.

2.1.3.5 Partisipasi Anak

Partisipasi anak adalah keterlibatan anak dalam proses pengambilan keputusan hal-hal yang berhubungan dengan anak dan dilaksanakan atas kesadaran, pemahaman serta kemauan bersama sehingga anak dapat menikmati perubahan hasil keputusan tersebut. Sebagai wujud pemenuhan hak anak atas partisipasi maka dibentuklah forum anak, mulai dari tingkat nasional hingga tingkat Desa/Kota. Forum anak merupakan suatu organisasi yang anggotanya anak-anak yang menjadi pengurus organisasi anak, sanggar atau kelompok kegiatan anak dan sejenisnya yang pada umumnya berbasis pengembangan bakat, minat, kemampuan dan pemanfaatan waktu luang.

Forum anak sampai saat ini terbentuk di 32 Provinsi, 265 Kabupaten/Kota dan 300 Kecamatan. Dalam pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak (KLA)

telah ada forum anak yang terlibat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pembangunan daerah Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan. Dalam pengembangan pelayanan ramah anak, forum anak dapat dilibatkan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, agar dapat dipastikan bahwa pelayanan di Puskesmas telah ramah anak. Apabila forum anak belum terbentuk, maka Puskesmas dapat melibatkan kelompok anak yang ada di Kecamatan atau Desa/Kelurahan untuk didengar pendapatnya.

2.1.3.6 Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat berupa pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien agar klien tahu, mau dan mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan. Upaya pemenuhan hak anak atas kesehatan dilakukan oleh orang tua/keluarga. Untuk itu upaya pemberdayaan, pembinaan dan pendampingan keluarga merupakan kegiatan utama yang harus dilakukan secara berkesinambungan. Pemberdayaan keluarga perlu dibarengi dengan pengorganisasian masyarakat untuk mendukung keluarga.

Dalam hal ini pengembangan dan pembinaan upaya kesehatan berbasis masyarakat terkait kesehatan perlu ditingkatkan antara lain melalui: Gerakan Sayang Ibu (GSI), Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), posyandu,

Bina Keluarga Balita (BKB), Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Bina Kelurg Remaja (BKR), kelompok aktivitas remaja, dan pramuka. Upaya Kesehatan Sekolah (UKS) juga perlu dibina dan direvitalisasi. Pelatihan dan penyuluhan tentang pemenuhan hak anak atas kesehatan, termasuk pengasuhan anak yang tepat bagi orang tua/keluarga harus dilakukan secara berkala dan berkesinambungan. Upaya pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan bersama sektor terkait, lembaga masyarakat dapat dilakukan bersama sektor terkait, lembaga masyarakat peduli anak, perguruan tinggi, dan pihak swasta yang ada di wilayah Puskesmas atau Kabupaten/Kota.

2.1.4 Komponen dan Indikator Hasil Puskesmas Ramah Anak

Berdasarkan Panduan Model Pengembangan Pelayanan Ramah Anak di Puskesmas (2016) komponen dan indikator hasil Puskesmas ramah anak, sebagai berikut:

Tabel 2.1. Komponen dan Indikator Hasil Puskesmas dengan Pelayanan Ramah Anak.

No	Komponen	Indikator Hasil
1.	Sumber Daya Manusia.	a. Cakupan tenaga kesehatan dilatih Konvensi Hak Anak (KHA) minimal 2 orang.
2.	Sarana, Prasarana dan Lingkungan.	a. Tersedia media dan materi KIE terkait kesehatan anak. b. Tersedia rusng pelayanan dan konseling bagi anak. c. Tersedia ruang tunggu/bermain bagi anak yang berjarak aman dari ruang tunggu pasien. d. Tersedia fasilitas khusus menyusui dan atau memerah ASI. e. Terdapat tanda peringatan dilarang merokok sebagai kawasan tanpa rokok. f. Tersedia sanitasi lingkungan Puskesmas yang sesuai standar. g. Tersedeia sarana dan prasarana bagi anak penyandang disabilitas.
3.	Pelayanan.	a. Cakupan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali (K4 : > 80%). b. Cakupan persalinan di fasilitas kesehatan > 85%. c. Cakupan kunjungan neonatal pertama > 90%. d. Melaksanakan pelayanan neonatal esensial. e. Cakupan inisiasi menyusui dini > 50%.

- f. Cakupan bayi kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif > 50%.
- g. Cakupan perawatan gizi buruk 100%.
- h. Cakupan imunisasi dasar lengkap > 95%.
- i. Balita dan anak pra sekolah mendapat pelayanan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) 2 kali pertahun.
- j. Tersedia tenaga terlatih SDIDTK.
- k. Mempunyai laporan penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- l. Tersedianya pelayanan konseling kesehatan pada remaja.
- m. Cakupan remaja yang terlayani > 100%.
- n. Adanya laporan penyelenggaraan tata laksana kasus Kekerasan Terhadap Anak (KTA).
- o. Adanya data pelayanan kesehatan anak di Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA, dulu: panti) dan Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA, dulu: lapas anak).
- p. Tersedia materi KIE tentang efek samping bahaya narkoba.

4. Pengelolaan.

- a. Tersedia data anak yang memperoleh pelayanan kesehatan anak terpilah menurut jenis kelamin dan kelompok umur.
- b. Pusat informasi tentang hak-hak anak atas kesehatan.

5. Partisipasi Anak.

- a. Adanya mekanisme untuk menampung

suara anak.

6. Pemberdayaan Masyarakat.
 - a. SK Tim Pembina UKS dan Tim Pelaksana UKS di Kecamatan.
 - b. Cakupan D/S (Balita Ditimbang/Seluruh Balita) > 80%.
 - c. Cakupan N/D (Balita Naik/Balita Ditimbang).

2.1.5 Indikator Puskesmas Ramah Anak

Berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes Nomor 026/3957 Tahun 2015 Tentang Puskesmas Dengan Pelayanan Ramah Anak (PPRA), Puskesmas Dengan Pelayanan Ramah Anak (PPRA) memiliki indikator. Indikator yang dimaksud sebagai berikut:

Tabel 2.2 Indikator Puskesmas dengan Pelayanan Ramah Anak.

No	Indikator	Definisi	Target
1.	Cakupan pengelola Puskesmas dilatih Konvensi Hak Anak.	Pelatihan KHA adalah pelatihan khusus yang memenuhi standar yang dilakukan selama 2 hari dengan modul Klaster 3 KHA.	Minimal 2 orang dan bertambah setiap tahun.
2.	Tersedia media dan materi Kesehatan Ibu dan Anak (KIE) terkait kesehatan anak.	Media yang dimaksud antara lain media elektronik (audio, visual dan digital), media cetak (booklet, poster, leaflet, banner) materi atau pesan dalam media tersebut tentang hak anak atas kesehatannya.	Ada 2 media dan 2 materi pesan serta secara rutin ditambah dan berganti tema.
3.	Tersedia ruang pelayanan dan konseling bagi anak.	Ruang pelayanan dan konseling bagi anak adalah tempat dimana kegiatan pelayanan kesehatan (pemeriksaan dan pengobatan) dan konseling oleh tenaga kesehatan.	Ada.
4.	Tersedia ruang tunggu/bermain bagi anak yang berjarak aman dari ruang tunggu pasien.	Ruang tunggu/bermain adalah ruangan atau tempat yang disediakan untuk anak ketika menunggu orang tuanya berobat atau berkonsultasi di Puskesmas.	Ada dan dimanfaatkan.
5.	Tersedia Ruang ASI.	Ruang ASI adalah ruangan yang dilengkapi dengan prasarana menyusui dan memerah ASI yang digunakan untuk menyusui bayi, memerah ASI, menyimpan ASI	Ada dan dimanfaatkan.

perah, dan/atau konseling menyusui/ASI.

6. Terdapat tanda Kawasan tanpa rokok adalah Ada. peringatan dilarang kawasan yang ditetapkan sebagai merokok sebagai kawasan bebas asap rokok kawasan tanpa menurut PP No. 109 tahun 2012 rokok. atau sesuai peraturan daerah yang mengatur kawasan tanpa rokok.
7. Tersedia sanitasi Sanitasi lingkungan Puskesmas Toilet, air bersih, lingkungan meliputi toilet, air bersih, pengelolaan Puskesmas yang pengelolaan sampah, pembuangan sampah sesuai sesuai standar. limbah yang memenuhi standar. standar.
8. Tersedia sarana dan Sarana dan prasarana bagi anak Minimal ada satu prasarana bagi anak penyandang disabilitas di sarana dan penyandang Puskesmas antara lain kursi roda, bertambah setiap disabilitas. ram, informasi audio untuk tuna tahun. netra, toilet untuk difabel, informasi visual untuk tuna rungu, rambu atau marka serta pendamping bagi penyandang disabilitas yang memerlukan pelayanan.
9. Cakupan bayi kurang Cakupan bayi kurang dari 6 bulan yang ≥ 50%. dari 6 bulan yang yang mendapat ASI eksklusif mendapat ASI eksklusif adalah bayi yang hanya mendapat ASI eksklusif. ASI saja selama 6 bulan pertama dibagi dengan semua bayi dikali 100%.

10. Cakupan Pelayanan Jumlah remaja yang mendapat 100%.
 konseling Kesehatan konseling dibagi jumlah remaja
 Peduli Remaja dikali 100%.
 (PKPR).
11. Menyelenggarakan Sesuai SPM. Ada laporan.
 Tata Laksana Kasus
 Kekerasan Terhadap
 Anak (KTA).
12. Tersedia data anak Data tentang cakupan ASI, Terpilah menurut
 yang memperoleh imunisasi, pemantauan tumbuh jenis kelamin dan
 pelayanan kesehatan kembang, penyakit/gangguan kelompok umur
 anak. kesehatan. anak.
13. Pusat informasi Merupakan perpustakaan atau Ada.
 tentang hak-hak pojok baca yang menyediakan
 anak atas kesehatan. informasi tentang hak anak atas
 kesehatan.
14. Adanya mekanisme Tersedia kotak saran, pertemuan Ada.
 untuk menampung dengan forum anak, menampung
 suara anak. pendapat anak melalui PKPR.
15. Pelayanan 1. Terwujudnya pelayanan $\geq 40\%$ UKS di
 penjangkauan kesehatan anak di Usaha Sekolah
 kesehatan anak. Kesehatan Sekolah (UKS). berfungsi.
2. Terwujudnya pelayanan $\geq 15\%$ Panti yang
 kesehatan anak di Lembaga ada terlayani.
 Kesejahteraan Sosial Anak
 (LKSA)/Panti.

LPKA yang ada

3. Terwujudnya pelayanan terlayani. kesehatan anak di Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA).
4. Terwujudnya pelayanan kesehatan anak di PAUD-HI. $\geq 10\%$ PAUD-HI.

2.1.6 Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak

Langkah-langkah Pengembangan Pelayanan Ramah Anak di Puskesmas (PPRAP) adalah sebagai berikut:

2.1.6.1 Pusat

1. Advokasi dan sosialisasi tentang pemenuhan hak dan perlindungan anak yang dilakukan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak yang bertujuan untuk membangun komitmen dan meningkatkan pemahaman *stakeholders* bidang kesehatan tentang hak anak atas kesehatan.
2. Menyusun kebijakan, program dan kegiatan serta pedoman untuk mengembangkan pelayanan ramah anak di Puskesmas.
3. Fasilitas pelatihan TOT tentang KHA yang dilakukan oleh Kementerian PP-PA dan Kementerian Kesehatan.
4. Melakukan pemantauan dan evaluasi secara terpadu dan terkoordinasi dengan program terkait lainnya agar lebih efektif dan efisien sesuai dengan mekanisme yang sudah diatur.

2.1.6.2 Provinsi

1. Advokasi dan sosialisasi tentang pemenuhan hak anak dan perlindungan anak yang dilakukan oleh Badan Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, yang bertujuan untuk membangun komitmen dan meningkatkan pemahaman *stakeholders* bidang kesehatan tentang hak anak atas kesehatan.
2. Fasilitas pelatihan TOT tentang KHA yang dilakukan oleh Kementerian PP-PA dan Kementerian Kesehatan.
3. Melakukan pemantauan dan evaluasi.
4. Fasilitas sarana dan prasarana yang diperlukan dalam mengembangkan pelayanan ramah anak di Puskesmas.

2.1.6.3 Kabupaten/Kota

1. Sosialisasi tentang pengembangan pelayanan ramah anak di Puskesmas kepada para pihak di Kabupaten/Kota oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Badan/Biro Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Provinsi atau Dinas Kesehatan Provinsi.
2. Identifikasi Puskesmas yang akan dikembangkan menjadi Puskesmas dengan pelayanan ramah anak sesuai dengan komitmen, sumber daya yang dimiliki, peluang yang ada serta kondisi Puskesmas, peluang yang dimaksud misalnya sumber daya pihak swasta, lembaga donor atau perorangan, Perguruan Tinggi yang dapat kontribusi dalam tenaga, fasilitas maupun pemikiran.

3. Identifikasi kebutuhan sarana prasarana untuk pemenuhan hak anak seperti ruangan, format pencatatan dan pelaporan, buku KIA, pencatatan kesehatan remaja, dan sebagainya. Dari dokumen tersebut mungkin ada yang perlu disempurnakan agar pemetaan pemenuhan hak anak atas kesehatan dapat menggambarkan permasalahan pada tiap tahap usia anak baik anak laki-laki maupun anak perempuan. Media untuk memberi informasi kepada orang tua/keluarga, masyarakat maupun anak perlu dibuat dan dilengkapi serta dirancang sesuai kebutuhan sasaran. Media juga harus dipublikasikan sesuai kesempatan/waktu yang tepat. Sarana dan prasarana tersebut dilengkapi dengan alokasi dana yang ada dari Dinas Kesehatan dan Dinas lain yang terkait misalnya Dinas Pekerjaan Umum, Dinas Pendidikan, Dinas Sosial, serta bantuan dari pihak swasta, donor atau perorangan yang peduli kesehatan anak.
4. Menyelenggarakan pelatihan tenaga kesehatan tentang hak anak. Tenaga yang dilatih tidak hanya paham menyebutkan hak anak tetapi diharapkan sensitif dan responsif terhadap hak anak, kepentingan terbaik bagi anak, tidak diskriminatif terhadap anak dan dapat mendengar pendapat anak. Dengan demikian tenaga kesehatan akan proaktif memenuhi hak anak karena menyadari bahwa kesehatan adalah hak asasi anak.
5. Membuat atau melengkapi sarana dan prasarana sesuai hasil identifikasi yang telah dilakukan sebelumnya.
6. Melakukan supervisi, pemantauan dan evaluasi. Sebaiknya kegiatan ini dirancang untuk memastikan apakah kegiatan dilakukan sesuai dengan

perencanaan. Umpan balik hasil juga perlu disampaikan Puskesmas agar Puskesmas memahami tindakan koreksi yang harus dilakukan sebagai tindak lanjut.

7. Menyediakan data yang meliputi data tentang kebijakan, pendanaan, petugas yang telah dilatih, peran masyarakat/swasta, partisipasi anak serta angka cakupan pencapaian program dan kegiatan sebagai hasil upaya pemenuhan hak anak di wilayah kerja Kabupaten/Kota. Data yang didapat diharapkan terpilah menurut usia, jenis kelamin serta permasalahan kesehatan anak.

2.1.6.4 Puskesmas

1. Setelah kepala Puskesmas atau pengelola Puskesmas yang bertanggung jawab diberi informasi tentang pengembangan Puskesmas dengan Pelayanan Ramah Anak oleh Kabupaten/Kota, selanjutnya kepala Puskesmas atau pengelola tersebut segera mensosialisasikan kepada seluruh tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas.
2. Menyusun rencana kegiatan meliputi:
 - 1) Penyesuaian dan/atau penyediaan sarana fisik dan peralatan untuk pelayanan kesehatan bagi anak.
 - 2) Menggerakkan seluruh kegiatan agar lebih intensif dan komprehensif.
 - 3) Melaksanakan kegiatan pelayanan komprehensif.
 - 4) Membentuk/membina/mengembangkan UKBM.
 - 5) Memberdayakan orang tua/keluarga dan anak.
 - 6) Membangun jejaring dengan para pemangku kepentingan.

- 7) Memastikan kelengkapan sarana prasarana dalam hal ini adalah membuat sendiri dengan sederhana, memfotokopi, mendapatkan dari lembaga yang ada, melibatkan sponsor, dan lain-lain.
3. Meningkatkan intensitas pembinaan UKBM terkait pemenuhan hak anak atas kesehatan. Dalam kegiatan ini seharusnya Pusekesmas mempunyai peta tentang kondisi UKBM di wilayahnya, sehingga pembinaan direncanakan dan dilaksanakan sesuai kondisi dan permasalahan masing-masing UKBM.
4. Menyediakan data hak kesehatan anak secara terpilah, antara lain meliputi:
 - 1) Jumlah pelayanan ibu hamil dan persalinan.
 - 2) Jumlah kematian ibu karena hamil, melahirkan dan nifas.
 - 3) Proporsi bayi yang dilahirkan oleh tenaga kesehatan.
 - 4) Jumlah kematian bayi dan balita.
 - 5) Proporsi bayi BBLR, kurang gizi dan *stunting*.
 - 6) Jenis penyakit pada anak.
 - 7) Kematian anak karena bunuh diri.
 - 8) Rumah tangga yang tidak memiliki akses fasilitas sanitasi dan air minum aman.
 - 9) Cakupan anak 1 tahun dengan imunisasi.
 - 10) Cakupan ASI eksklusif.
 - 11) Persentase anak dengan HIV.
 - 12) Jumlah kehamilan pada usia anak.
 - 13) Penyakit/infeksi menular seksual (PMS/IMS).

14) Anak koraban NAPZA dan jenis bantuan yang diberikan.

2.2 Manajemen

2.2.1 Pengertian Manajemen

Menurut Muninjaya (2004) manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sasaran atau tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerjanya yang telah ditetapkan.

Menurut Terry dan Franklin (Musfah, 2015) Manajemen adalah satu proses yang terdiri dari aktivitas perencanaan, pengaturan, penggerakan, dan pengendalian, yang dilakukan untuk menentukan dan memenuhi sasaran hasil yang diwujudkan dengan penggunaan manusia dan sumber daya lainnya (*Management is the process of designing and maintaining an environment in which individuals, working together in groups, efficiently accomplish selected aims*). Manajemen terkait dengan kejelasan tujuan atau sasaran dan kesiapan sumber daya serta bagaimana proses-proses mewujudkan tujuan ini. Keempat aktivitas ini bisa disingkat dengan POAC (*Planning, Organizing, Actuating, and Controlling*).

Wehrich dan Koontz (Musfah, 2015) menyatakan bahwa manajemen adalah proses pencatatan dan pemeliharaan lingkungan di mana individu, bekerja bersama dalam kelompok, mencapai tujuan-tujuan terpilih secara efektif.

Management is the process under taken by one on more person to coordinate the activities of other person to achieve results not attainable bay any one persons acting alone, (Manajemen adalah suatu proses yang dilakukan oleh satu orang atau lebih untuk mengkoordinasikan kegiata-kegiatan orang lain guna mencapai hasil tujuan yang tidak dapat dicapai oleh hanya satu orang saja), Evancevich (Notoatmodjo, 2007).

El-Khuluqo (2015) berpendapat manajemen berasal dari kata *to manage* yang berarti mengelola. Manajemen adalah melakukan pengelolaan sumber daya yang dimiliki organisasi yang diantaranya adalah manusia, uang, metode, material, mesin, dan pemasaran yang dilakukan dengan sistematis dalam satu proses. Pengelolaan tersebut dilakukan untuk mendayagunakan sumber daya yang dimiliki terintegrasi dan terorganisasi untuk mencapai tujuan organisasi.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas menyebutkan bahwa manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sasaran atau tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi

yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.

Dapat diambil suatu kesimpulan umum bahwa manajemen adalah suatu kegiatan untuk mengatur orang lain guna mencapai tujuan atau menyelesaikan pekerjaan. Seorang manajer dalam mencapai tujuan adalah secara bersama-sama dengan orang lain atau bawahannya.

2.2.2 Manajemen Puskesmas

Prasetyawati (2012) menyatakan manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan keluaran Puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan ini membentuk fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen Puskesmas, yakni perencanaan dan pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban.

Menurut Notoatmodjo (Alamsyah, 2013) di dalam manajemen Puskesmas, Puskesmas dalam pelaksanaannya dapat mewujudkan empat misi pembangunan kesehatan yaitu menggerakkan pembangunan kecamatan yang berwawasan pembangunan, mendorong kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau serta memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat serta lingkungannya.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, manajemen Puskesmas yaitu seluruh

manajemen yang ada (Sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi Puskesmas, dan mutu) di dalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya. Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sasaran atau tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat. Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan.

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pengertian di atas yaitu manajemen Puskesmas adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan atau Puskesmas dan non-petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan.

2.2.3 Fungsi Manajemen

Notoatmodjo (2007) menyatakan, fungsi manajemen adalah elemen-elemen dasar yang akan selalu ada dan melekat di dalam proses manajemen yang akan dijadikan acuan oleh manajer dalam melaksanakan kegiatan untuk mencapai tujuan. Manajemen berlangsung dalam suatu proses berkesinambungan secara sistematis, yang meliputi fungsi-fungsi manajemen, yaitu: perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan evaluasi. Menurut Darmawan (2016) proses

administrasi dalam organisasi kesehatan masyarakat terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian, dan evaluasi dapat dijabarkan sebagai berikut:

2.2.3.1 Perencanaan

2.2.3.1.1 Batasan Perencanaan

Robbins, dkk (Darmawan, 2016) mendefinisikan perencanaan sebagai sebuah proses yang dimulai dari penetapan tujuan organisasi, menentukan strategi untuk pencapaian tujuan organisasi, serta merumuskan sistem perencanaan yang menyeluruh untuk mengintegrasikan dan mengoordinasikan seluruh pekerjaan organisasi hingga tercapainya tujuan organisasi. (*Planing is process that involves defining the organization's goals, establishing an overall strategy for achieving those goals, and developing a comprehensive set of plans to integrate and coordinate organizational work*).

Terry (Darmawan, 2016) menyatakan bahwa dalam bidang manajemen, perencanaan merupakan dasar bagi fungsi manajemen lainnya, sehingga perencanaan bersifat vital. Secara sederhana, perencanaan berarti menentukan sebelumnya apa yang harus dilakukan dan bagaimana cara melakukannya. Levey, dkk (Darmawan, 2016) berpendapat bahwa perencanaan merupakan suatu proses menganalisis dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin atau hendak dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, menganalisis efektivitas dari kemungkinan yang terpilih, serta mengingatkannya dalam suatu sistem pengawasan yang terus-

menerus, sehingga dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut.

Maka, secara garis besar, yang dimaksud dengan perencanaan ialah mendeskripsikan situasi masa depan, berdasarkan pemahaman atas kondisi saat ini, mengembangkan kemungkinan dan pemilihan upaya untuk mencapai masa depan, menentukan langkah-langkah kerja untuk mencapai masa depan, memperkirakan kebutuhan sumber daya dan waktu yang diperlukan, serta menentukan indikator dan cara pengukuran keberhasilan. Wijono (Darmawan, 2016) Berpendapat bahwa perencanaan yang baik adalah perencanaan yang:

1. Mempunyai tujuan yang jelas dan uraian kegiatan yang lengkap.
2. Ditetapkan jangka waktu pelaksanaannya.
3. Memberi arahan bagi organisasi pelaksana.
4. Memberikan arahan faktor penghambat dan pendukung serta hal-hal yang perlu dilakukan.
5. Tidak terlepas dari sistem yang ada dan diketahui kaitannya dengan elemen-elemen sistem lainnya.
6. Memenuhi standar yang dipakai untuk menilai dan mekanisme kontrol.
7. Luwes, fleksibel, dan dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang dihadapi.

Perencanaan kesehatan menurut Suhadi (Darmawan, 2016) dimaknai sebagai suatu proses yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang yang didahului dengan penetapan tujuan, mengenai masalah kesehatan melalui analisis situasi masalah masyarakat, menentukan dan memilih sumber daya yang

dibutuhkan, menyusun kegiatan yang akan dilakukan, menetapkan besarnya biaya, menentukan waktu pelaksanaan, menentukan tempat kegiatan, menentukan sasaran, menetapkan target yang akan dicapai, dan menyusun indikator pencapaian bentuk evaluasi yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat.

2.2.3.1.2 Fungsi Perencanaan

Robbins, dkk (Darmawan, 2016) menjelaskan bahwa terdapat 4 (empat) fungsi dari perencanaan, yaitu perencanaan sebagai arahan, perencanaan meminimalkan dampak dari perubahan, perencanaan meminimalkan pemborosan dan kesia-siaan, serta perencanaan menetapkan standar dalam pengawasan kualitas.

1. Perencanaan Sebagai Pengarahan

Perencanaan akan menghasilkan upaya-upaya pencapaian tujuan dengan cara yang lebih terkoordinasi. Organisasi yang tidak menjalankan perencanaan sangat mungkin untuk mengalami konflik kepentingan, pemborosan sumber daya, dan ketidakberhasilan dalam pencapaian tujuan dikarenakan bagian-bagaian dari organisasi bekerja secara sendiri-sendiri tanpa ada koordinasi yang jelas dan terarah. Perencanaan dalam hal ini memegang fungsi pengarahan dari apa yang harus dicapai oleh organisasi.

2. Perencanaan Sebagai Minimalisasi Ketidakpastian

Pada dasarnya, segala sesuatu di duna ini akan mengalami perubahan. Tidak ada yang tidak berubah kecuali perubahan itu sendiri. Perubahan sering kali sesuai dengan apa yang diperkirakan, akan tetapi tidak jarang pula perubahan

terjadi di luar perkiraan sebelumnya, sehingga menimbulkan ketidakpastian bagi organisasi. Dengan adanya perencanaan, menjadikan ketidakpastian yang mungkin akan terjadi di masa yang akan datang dapat diantisipasi.

3. Perencanaan Sebagai Minimalisasi Pemborosan Sumber Daya

Perencanaan juga berfungsi sebagai minimalisasi pemborosan sumber daya organisasi yang digunakan. Jika perencanaan dilakukan dengan baik, maka jumlah sumber daya yang dibutuhkan, cara penggunaannya, dan tujuan penggunaannya dapat dipersiapkan dengan baik sebelum kegiatan dijalankan. Dengan demikian, pemborosan yang terkait dengan penggunaan sumber daya yang dimiliki organisasi dapat diminimalkan, sehingga tingkat efisien dari organisasi akan meningkat.

4. Perencanaan Sebagai Penetapan Standar Pengawasan Kualitas

Perencanaan berfungsi sebagai penetapan standar kualitas yang harus dicapai oleh organisasi dan diawasi pelaksanaannya. Dalam perencanaan, organisasi menentukan tujuan dan rencana-rencana untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam pengawasan, organisasi akan membandingkan antara tujuan yang ingin dicapai dengan realisasi atau kondisi faktual di lapangan, mengevaluasi penyimpangan-penyimpangan yang mungkin terjadi, hingga mengambil tindakan yang dianggap perlu untuk memperbaiki kinerja organisasi.

2.2.3.1.3 Persyaratan Perencanaan

Menurut Darmawan (2016) perencanaan yang baik memiliki berbagai persyaratan yang harus dipenuhi, yaitu faktual atau realistis, logis dan rasional, fleksibel, komitmen, serta komprehensif.

1. Faktual atau Realistis

Perencanaan yang baik perlu memenuhi persyaratan faktual atau realistis. Artinya, apa yang dirumuskan oleh perusahaan sesuai dengan fakta dan wajar untuk dicapai dalam kondisi tertentu yang dihadapi organisasi.

2. Logis dan Rasional

Perencanaan juga perlu untuk memenuhi syarat logis dan rasional. Artinya, apa yang dirumuskan dapat diterima oleh akal sehingga perencanaan dapat dijalankan.

3. Fleksibel

Perencanaan tidak seharusnya kaku dan kurang fleksibel. Perencanaan harus dapat beradaptasi dengan perubahan di masa yang akan datang, sekalipun tidak berarti bahwa *planning* dapat diubah dengan mudah tanpa dasar pertimbangan yang tepat.

4. Komitmen

Perencanaan harus dapat melahirkan komitmen terhadap seluruh anggota organisasi untuk bersama-sama melakukan upaya dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi. Komitmen dapat dibangun dalam sebuah organisasi jika seluruh anggota di organisasi beranggapan bahwa perencanaan yang dirumuskan telah sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh organisasi.

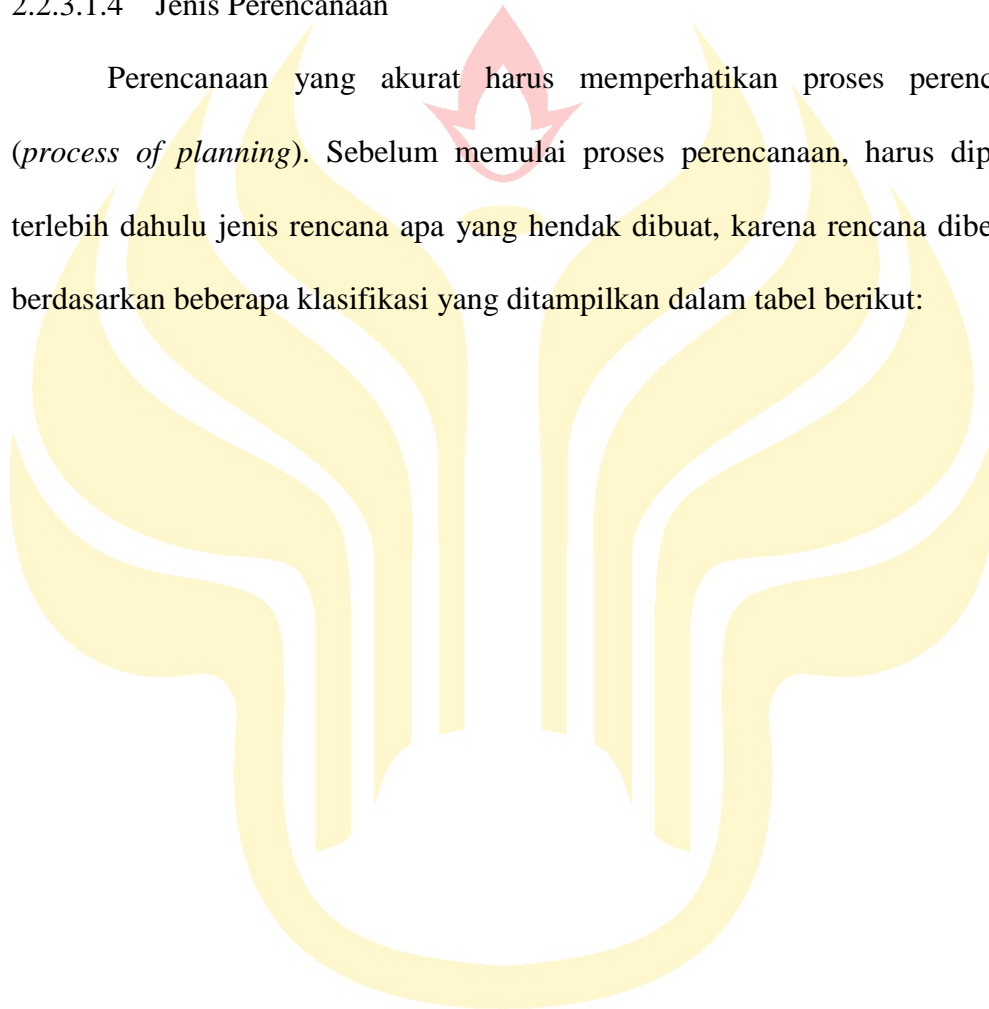
5. Komprehensif

Perencanaan harus memenuhi syarat komprehensif artinya menyeluruh dan mengakomodasi aspek-aspek yang terkait langsung maupun tidak langsung terhadap organisasi. Perencanaan tidak hanya terkait dengan bagian yang harus

dijalankan, tetapi juga dengan mempertimbangkan koordinasi dan juga integrasi dengan bagian lain perusahaan.

2.2.3.1.4 Jenis Perencanaan

Perencanaan yang akurat harus memperhatikan proses perencanaan (*process of planning*). Sebelum memulai proses perencanaan, harus dipahami terlebih dahulu jenis rencana apa yang hendak dibuat, karena rencana dibedakan berdasarkan beberapa klasifikasi yang ditampilkan dalam tabel berikut:



UNNES

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Tabel 2.3. Klasifikasi Rencana. Sumber Azwar (Darmawan, 2016).

Dasar Klasifikasi	Jenis Rencana	Definisi
Jangka waktu berlakunya rencana	<i>Longe-range planning</i>	Rencana jangka panjang yang lazimnya berlaku antara 12 sampai dengan 20 tahun.
	<i>Medium-range palnning</i>	Rencana jangka menengah yang lazimnya berlaku antara 5 sampai dengan 7 tahun.
	<i>Short-range planning</i>	Rencana jangka pendek yang lazimnya berlaku hanya untuk 1 tahun.
Frekuensi penggunaan rencana	<i>Single-use planning</i>	Rencana yang hanya dapat digunakan satu kali saja karena sengaja dibuat dengan ruang lingkupnya yang terbatas.
	<i>Repeat-use planning</i> atau <i>standard planning</i>	Rencana yang dapat digunakan beberapa kali. Rencana ini hanya dapat digunakan jika situasi dan kondisi lingkungan sistem normal tanpa perubahan yang berarti.
Tingkatan rencana	<i>Master planning</i>	Rencana yang lebih menitikberatkan uraiannya pada kebijakan. Dengan kata lain, rencana ini mengandung tujuan jangka panjang dan memiliki ruang lingkup yang luas.
	<i>Operational planning</i>	Rencana yang lebih menitikberatkan uraiannya pada pedoman dan/atau petunjuk yang akan digunakan dalam

melaksanakan suatu program.

Filosofi rencana	<i>Day to day planning</i>	Rencana harian yang biasanya ditemukan pada pelaksanaan program yang bersifat rutin.
	<i>Satisfying planning</i>	Rencana yang tidak terlalu mementingkan keuntungan, melainkan kepuasan semua pihak.
	<i>Optimizing planning</i>	Rencana yang mementingkan pencapaian tujuan secara optimal. Pada rencana ini, ukuran kualitas menjadi penting, karena perhatian lebih ditujukan pada bagian-bagian yang produktif.
	<i>Adaptivizer planning</i>	Rencana yang cenderung menyesuaikan dengan situasi dan kondisi yang dihadapi.

Orientasi waktu rencana	<i>Past-present planning</i>	Rencana yang dibuat karena kebutuhan yang mendesak dan akan berlaku pada saat itu saja.
	atau <i>ameliorative</i>	

UNNES

<i>Future oriented planning</i>	Rencana yang berorientasi pada masa depan. Adapun rencana ini dibedakan kembali menjadi 3 (tiga) jenis, yakni:
---------------------------------	--

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG



2.2.3.1.5 Unsur Perencanaan

1. Misi (*Mission*)

Sebelum rencana haruslah mengandung uraian tentang misi organisasi terkait. Uraian yang terkandung dalam misi ini mencakup bidang yang amat luas, antara lain meliputi latar belakang, cita-cita, tugas pokok, dan ruang lingkup kegiatan organisasi. Uraian misi menjadi unsur yang sangat penting dalam rencana. Peranannya bukan saja akan digunakan sebagai pedoman bagi pelaksanaan rencana, melainkan juga dapat digunakan untuk memperoleh dukungan dari pihak ketiga, seperti halnya dukungan dana, izin pelaksanaan, dan lain sebagainya.

2. Masalah (*Problem*)

Rumusan masalah harus ada dalam perencanaan. Terdapat 2 (dua) hal yang harus diperhatikan, yakni rumusan dapat menggambarkan kualitas dan kuantitas masalah dan gambaran kualitas dan kuantitas yang dimaksud harus dapat diukur. Dalam praktik di lapangan, rumusan masalah harus mampu menjawab beberapa pertanyaan pokok berikut ini: masalah apa yang ditemukan, siapa yang terkena masalah, berapa besar masalah yang terjadi, di mana masalah tersebut ditemukan dan kapan masalah tersebut terjadi.

3. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

Tujuan adalah keadaan tertentu yang ingin dicapai oleh suatu rencana. Tujuan umum (*goals*) disebut juga tujuan utama apabila tidak disertai dengan uraian tentang tolok ukurnya. Oleh karena tidak disertai dengan tolok ukur, maka pada umumnya, ditemukan kesulitan pengukuran keberhasilan atau kegagalan pencapaiannya. Adapun pencantuman tujuan umum dalam suatu rencana semata-mata ditujukan untuk memperluas cakrawala, sehingga diharapkan akan muncul

inisiatif, kreasi, dan/ataupun inovasi dari para pelaksana pada saat melaksanakan sebuah rencana.

Tujuan khusus (*objective*) yaitu suatu rumusan tujuan apabila telah dilengkapi dengan tolok ukurnya. Secara umum, tolok ukur pencapaian tujuan khusus mencakup jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut: masalah apa yang ingin diatasi, siapa yang terkena dampak masalah tersebut, di mana masalah tersebut ditemukan, berapa besar target yang ingin dicapai, dan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk dapat mencapai target tersebut.

4. Kegiatan (*Activity*)

Sebuah rencana yang baik harus mengandung uraian tentang kegiatan yang akan dilakukan. Di satu pihak, setiap kegiatan ditujukan untuk mengatasi masalah dan/atau peranannya dalam mencapai tujuan, maka kegiatan yang terdapat sebuah rencana dibedakan menjadi kegiatan pokok (*mollar activity*) dan kegiatan tambahan (*molucular activity*).

5. Asumsi Perencanaan (*Planning Asumtion*)

Sebuah rencana harus mengandung uraian tentang berbagai perkiraan ataupun kemungkinan yang akan dihadapi jika rencana tersebut dilaksanakan. Apabila ditinjau dari sudut pandang pelaksanaan suatu rencana, adanya perkiraan yang seperti ini sangatlah penting untuk digunakan sebagai dasar arahan dalam melaksanakan rencana tersebut. Secara umum asumsi perencanaan dibagi menjadi dua (2) yaitu: pertama asumsi yang bersifat positif, yaitu berbagai faktor penunjang yang dinilai akan ditemukan pada waktu melaksanakan rencana dan akan memberikan peranan yang amat besar untuk keberhasilan program. Kedua

asumsi yang bersifat negatif, yaitu berbagai faktor penghambat yang dinilai akan ditemukan pada pelaksanaan dan dapat menggagalkan pelaksanaan rencana.

6. Strategi Pendekatan

Strategi pendekatan suatu rencana terletak pada 2 (dua) kutub pendekatan ekstrem, yakni pendekatan institusi (*institution approach*), pada strategi pendekatan institusi, pelaksanaan program sangat tergantung dari ada atau tidaknya dukungan berbagai aparat pemerintah. Pada pendekatan ini, lebih banyak digunakan wewenang dan kekuasaan, termasuk penggunaan berbagai peraturan perundang-undangan. Kedua yaitu, pendekatan masyarakat (*community approach*) pendekatan masyarakat ditujukan untuk menimbulkan motivasi dalam diri masyarakat, sehingga dengan penuh kesadaran, masyarakat bersedia untuk berperan secara aktif dalam program yang akan dilaksanakan.

7. Sasaran (*Target Group*)

Setiap program kesehatan harus menguraikan sasaran tertentu yang ingin dituju atau kepada siapa program kesehatan tersebut diperuntukkan. Sasaran program dibagi menjadi 2 (dua) yaitu: sasaran langsung (*direct target group*) yakni, sasaran utama yang ingin dituju oleh suatu program. Adapun keberhasilan dan/ataupun kegagalan program sangat ditentukan oleh seberapa jauh sasaran langsung ini berhasil dicapai. Kedua yaitu sasaran tidak langsung (*indirect target group*), yakni sasaran tambahan yang ingin dituju oleh suatu program.

8. Waktu

Sebuah rencana harus mengandung uraian yang menunjuk pada jangka waktu dan/atau lamanya rencana tersebut dilaksanakan. Waktu sangat penting untuk

diperhatikan oleh manajer maupun tim perencana manajemen. Untuk menentukan waktu suatu rencana tidaklah mudah. Terdapat banyak faktor yang memengaruhi, seperti halnya sumber daya yang dimiliki, besarnya masalah yang dihadapi, rumusan tujuan yang ingin dicapai, dan/ataupun strategi pendekatan yang akan digunakan.



UNNES

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

9. Organisasi dan Tenaga Pelaksana (*Organization and staff*)

Ada atau tidaknya uraian tentang organisasi dan tenaga pelaksana turut menentukan baik atau tidaknya sebuah rencana. Hak, kewajiban, serta tugas masing-masing SDM yang harus diuraikan secara jelas. Adapun pembagaa tugas (*job description*) amat penting dalam rangka memperlancar kegiatan yang akan dilaksanakan.

10. Biaya (*Cost*)

Sebuah rencana harus mencantumkan uraian tentang biaya yang dibutuhkan untuk melaksanakan rencana itu sendiri. Pada bidang kesehatan, terdapat dasar yang dapat digunakan untuk memperkirakan besarnya biaya yang diperlukan, yakni: jumlah sasaran yang ingin dicapai, jumlah dan jenis kegiatan yang akan dilakukan, jumlah dan jenis kegiatan yang terlibat, waktu pelaksanaan program dan jumlah juga jenis sarana yang dibutuhkan. Adapun dalam penyusunan rancangan biaya, pengelompokkan dapat dilakukan seperti halnya biaya personalia, biaya operasional, biaya sarana dan fasilitas, biaya penilaian serta biaya pengembangan.

11. Metode dan Kriteria Penilaian

Metode dan kriteria penilaian adalah unsur terakhir yang harus terdapat dalam rencana. Adapun keduanya digunakan dalam menilai keberhasilan dan/ataupun kegagalan program.

2.2.3.1.6 Proses Perencanaan

Menurut Muninjaya (Darmawan, 2016) perencanaan merupakan suatu tuntutan terhadap proses pencapaian tujuan secara efektif dan efisien. Adapun

fungsi perencanaan ialah sebagai landasan dasar dalam manajemen secara keseluruhan. Perencanaan manajerial akan memberikan pola pandang secara menyeluruh terkait seluruh pekerjaan yang akan dijalankan, siapa yang akan melakukan dan kapan akan dilakukan. Adapun dalam proses perencanaan, terdapat beberapa tahapan yang harus dilalui, antar lain:

1. Analisis Situasi

Analisis situasi adalah langkah untuk mengkaji masalah program dan masalah yang akan digunakan sebagai dasar untuk menyusun perencanaan program aksi. Pada tahap ini, dilakukan pencarian dan pengolahan data hingga menjadi sebuah informasi yang utuh. Adapun pengolahan data dilakukan dengan menyesuaikan jenis dan juga ruang lingkup perencanaan program kesehatan yang akan disusun.

2. Identifikasi dan Penetapan Prioritas Masalah

Pada saat seseorang administrator menyusun sebuah perencanaan publik, maka setelah melakukan analisis situasi, dilakukan identifikasi dan penetapan prioritas masalah yang ditujukan agar perencanaan yang dibuat dapat secara tepat sasaran menjawab permasalahan yang ada secara efektif dan efisien. Proses identifikasi dan penetapan prioritas masalah tersebut, secara otomatis akan muncul 6 (enam) pertanyaan penting yang harus diketahui jawabannya, yakni: apa masalah kesehatan yang sedang dihadapi, apa faktor-faktor penyebabnya, kapan masalah tersebut timbul, siapa atau kelompok masyarakat mana yang paling banyak menderita dan di manakah kejadian yang terbanyak, apa mungkin dampak yang akan muncul apabila masalah kesehatan tersebut tidak dipecahkan, dan rencana aksi seperti apa yang seharusnya dilakukan.

3. Perumusan Tujuan dan Target Pencapaian

Merumuskan tujuan-tujuan program operasional akan sangat bermanfaat dalam proses penetapan langkah-langkah kegiatan untuk mencapai tujuan dan memudahkan evaluasi hasil. Adapun kriteria penentuan sebuah tujuan dapat dilakukan berdasarkan pada prinsip SMART (*Specific, Measurable, Appropriate, Realistic, dan Time Bound*). *Specific* berarti tujuan mengandung kesamaan interpretasi, *measurable* berarti bahwa tujuan dapat diukur kemajuannya, *appropriate* berarti bahwa tujuan sesuai dengan strategi nasional, *realistic* berarti bahwa tujuan dapat dilaksanakan sesuai fasilitas dan kapasitas organisasi, dan *time bound* berarti bahwa sumber daya dapat dialokasikan dengan baik dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan sesuai dengan target waktu.

4. Kajian Terhadap Hambatan Pelaksanaan

Langkah keempat dari sebuah proses perencanaan ialah mengkaji kembali hambatan dan kelemahan program yang pernah dilaksanakan. Tujuannya yakni untuk mencegah terulangnya hambatan yang serupa dalam program yang akan dilaksanakan. Selain mengkaji hambatan yang pernah dialami, perlu dilakukan pembahasan mengenai jenis hambatan atau kelemahan dapat dikategorikan ke dalam bentuk daftar hambatan. Terdapat 3 (tiga) kategori hambatan dan kendala yaitu: hambatan dan kendala yang dapat dihilangkan, hambatan dan kendala yang dapat dimodifikasi atau dikurangi dan hambatan dan juga kendala yang tidak dapat dihilangkan atau dimodifikasi. Selanjutnya, dilakukan penyusunan strategi atau alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan dengan mempertimbangkan hambatan dan kendala yang mungkin akan dihadapi di lapangan.

5. Penyusunan Rencana Kerja Operasional (RKO)

Penyusunan Rencana Kerja Operasional (RKO) harus dilengkapi dengan informasi-informasi sebagai berikut: mengapa kegiatan ini perlu dilaksanakan, apa yang akan dicapai, bagaimana cara mengerjakannya, siapa yang akan mengerjakan dan siapa sasaran kegiatan, sumber daya pendukung, di mana kegiatan akan dilaksanakan, dan kapan kegiatan ini akan dikerjakan.

2.2.3.2 Pengorganisasian

2.2.3.2.1 Batasan Pengorganisasian

Pengorganisasian (*organizing*) adalah rangkaian kegiatan dalam fungsi manajemen yang mencakup penghimpunan seluruh sumber daya atau potensi milik organisasi guna pemanfaatan secara efisien dalam mencapai tujuan. Batasan pengorganisasian (*organizing*) terkait dengan fungsinya, yaitu sebagai alat untuk memadukan setiap kegiatan yang mengandung aspek personel, finansial, material, dan tata cara dalam rangka pencapaian tujuan. Adapun organisasi merupakan wadah yang dihasilkan dari pengorganisasian. Apabila fungsi pengorganisasian (*organizing*) telah dilaksanakan, maka keuntungan yang diperoleh organisasi ialah diketahuinya hal-hal sebagai berikut, Muninjaya (Darmawan, 2016)

1. Pembagian tugas untuk perorangan dan kelompok.
2. Hubungan organisatoris antar SDM dalam organisasi melalui kegiatan-kegiatan yang dilakukannya.
3. Pendelegasian wewenang.
4. Pemanfaatan staf dan fasilitas fisik.

Terdapat 6 (enam) aspek menurut Muninjaya (Darmawan, 2016) dalam fungsi pengorganisasian (*organizing*) yakni :

1. Pemahaman tujuan organisasi oleh seluruh staf.
2. Pembagian kerja dalam bentuk kegiatan pokok ke dalam satuan kegiatan praktis.
3. Penggolongan kegiatan-kegiatan pokok ke dalam satuan kegiatan praktis.
4. Penetapan berbagai kewajiban yang harus dilaksanakan oleh seluruh staf disertai dengan penyediaan fasilitas pendukung yang dibutuhkan.
5. Penugasan personel yang memiliki kemampuan dan kecakapan dalam melaksanakan tugas.
6. Pendelegasian wewenang.

2.2.3.2.2 Prinsip Pokok Organisasi

Prinsip pokok organisasi yang dimaksud menurut Stoner, dkk (Darmawan, 2016) ialah:

1. Memiliki Pendukung

Pendukung yang dimaksud dalam konteks ini ialah orang perorangan yang bersepakat untuk membentuk persekutuan. Apabila ditinjau dari aspek pendukung, maka secara umum disebutkan bahwa semakin besar jumlah pendukung, semakin kuat pula organisasi tersebut.

2. Memiliki Tujuan

Setiap organisasi harus mempunyai tujuan, baik yang bersifat umum (*goal*) dan/ataupun bersifat khusus (*objective*). Pada dasarnya tujuan yang dimaksud dalam konteks ini ditujukan untuk mengikat para pendukung sebagai SDM

penggerak sebuah organisasi. Secara umum, disebutkan bahwa semakin tinggi kesesuaian antara tujuan organisasi dan tujuan para pendukung organisasi, semakin kokohnya ikatan persekutuan di dalam organisasi tersebut. Adapun hal yang harus diperhatikan ialah, agar organisasi dapat berfungsi sebagaimana yang diharapkan, maka selanjutnya tujuan organisasi harus dipahami oleh semua pihak yang berada dalam organisasi tersebut.

3. Memiliki Kegiatan

Organisasi harus memiliki kejelasan dan arah dalam hal pelaksanaan kegiatan untuk mencapai tujuan. Secara umum, disebutkan bahwa semakin aktif organisasi melaksanakan kegiatannya, maka semakin baik pula organisasi tersebut. Sama halnya dengan tujuan, setiap kegiatan haruslah dipahami oleh semua pihak yang berada dalam organisasi.

4. Memiliki Pembagian Tugas

Agar setiap kegiatan organisasi dapat terlaksana dengan baik, dibutuhkan pengaturan atau pembagian tugas (*job description*) antar para pendukung organisasi. Secara umum, disebutkan bahwa sebuah organisasi dapat dikatakan baik apabila setiap tugas yang ada dapat dibagi habis antar para pendukung organisasi dan selanjutnya para pendukung organisasi tersebut mengetahui serta memahami tugas dan juga tanggung jawabnya masing-masing.

5. Memiliki Perangkat Organisasi

Perangkat organisasi yang disebut sebagai satuan organisasi (*departemens, sub ordinates*) yang dibedakan berdasarkan tugas, tanggung jawab, dan wewenang. Dalam organisasi, prinsip ini dikenal dengan prinsip fungsionalisasi.

6. Memiliki Pembagian dan Pendelegasian Wewenang

Secara umum disebutkan bahwa suatu organisasi dapat dikatakan baik apabila pimpinan organisasi hanya memutuskan hal-hal yang bersifat penting, sedangkan wewenang pengambilan keputusan yang bersifat rutin didelegasikan kepada satuan organisasi di bawahnya. Prinsip tersebut dikenal dengan prinsip pengecualian (*exception principle*).

Perlu dipahami bahwa wewenang yang ditetapkan harus sesuai dengan tanggung jawab yang dimiliki. Apabila wewenang lebih besar dari tanggung jawab, ruang bagi penyalahgunaan wewenang akan terbuka lebar. Sebaliknya, apabila tanggung jawab lebih besar dari wewenang, maka kekuatan keputusan yang diambil tidak akan optimal. Selanjutnya, dalam menetapkan wewenang, perlu dipertimbangkan pula keterbatasan kemampuan serta potensi yang dimiliki oleh orang-orang dalam organisasi. Jika kemampuan dan potensinya tidak memadai, maka pemberian wewenang yang terlalu besar akan dapat menggagalkan kegiatan organisasi. Bertitik tolak dari adanya keterbatasan tersebut, maka suatu organisasi haruslah menetapkan rentang pengawasan (*span of control*) yang dimiliki oleh setiap satuan organisasi.

7. Memiliki Kesenambungan Kegiatan, Kesatuan Pemerintah, dan Arah

Agar tujuan organisasi yang ditetapkan dapat tercapai, maka kegiatan yang dilaksanakan oleh suatu organisasi harus bersifat kontinu (*continue*), fleksibel, serta sederhana. Selanjutnya, untuk menjamin kegiatan yang dilaksanakan oleh setiap perangkat organisasi berjalan sesuai dengan apa yang telah ditetapkan dalam rangka pencapaian tujuan, maka dibutuhkan prinsip kesatuan perintah

(*unity of command*) serta kesatuan arah (*unity of direction*). Adapun perintah dan pengarahan tanggung jawab haruslah jelas untuk setiap satuan organisasi, mulai dari tingkat pimpinan sampai dengan tingkat pelaksana.

2.2.3.2.3 Pengorganisasian Sebagai Suatu Proses

Proses oragnisasi menurut Stoner, dkk (Darmawan, 2016) sebagai berikut:

1. Memahami tujuan

Langkah pertama yang harus dilakukan dalam pengorganisasian ialah memahami tujuan yang ingin dicapai dari pembentukan organisasi itu sendiri. Tujuan hendaknya diuraikan hingga jelas tolok ukurnya.

2. Memahami kegiatan

Langkah kedua yang harus dilakukan ialah memahami berbagai kegiatan pokok yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi. Kegiatan hendaknya diuraikan hingga jelas arah dan sarannya.

3. Mengelompokkan kegiatan

Kegiatan yang ada perlu disederhanakan melalui pengklasifikasian dengan berdasarkan pada prinsip pokok yakni, pertama kegiatan dalam satu kelompok haruslah sejenis dan tidak bertentangan satu sama lain, kedua jumlah kegiatan yang dikelompokkan haruslah efisien dan yang ketiga jumlah kelompok kegiatan yang dihasilkan tidak terlalu banyak, karena akan memberatkan organisasi. Akan tetapi, jumlah kelompok yang dihasilkan juga tidak terlalu sedikit. Hal ini dimaksudkan agar mencegah kemungkinan terganggunya kegiatan yang tidak sejenis hingga dapat meenyulitkan organisasi dapat dicegah.

4. Mengubah kelompok kegiatan ke dalam bentuk jabatan

Langkah keempat dalam pengorganisasian ialah mengubah kelompok kegiatan ke dalam bentuk jabatan (*position clasification*). Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis tugas (*job analysis*) untuk memperjelas tugas setiap kelompok kegiatan, uraian tugas (*job description*) untuk melengkapi keterangan yang dibutuhkan dalam penjelasan tugas-tugas yang telah disusun, dan penilaian tugas (*job evaluation*) untuk mengkaji ulang dan menyempurnakan tugas-tugas yang telah disusun.

5. Melakukan pengelompokkan jabatan

Pengelompokkan jabatan sangatlah penting dilakukan guna mencegah ketidaksesuaian tugas yang berpotensi menyulitkan organisasi dimasa yang akan datang.

6. Mengubah kelompok jabatan ke dalam bentuk satuan organisasi

Secara umum, cara untuk membentuk satuan organisasi antar lain: atas dasar kesamaan fungsi pokok dari jabatan, seperti halnya bagian perencanaan, bagian pelaksanaan, dan lain sebagainya, atas dasar kesamaan proses atau cara kerja dari jabatan, seperti halnya bagian pencegahan penyakit, bagian rehabilitasi penderita, dan lain sebagainya, atas dasar kesamaan hasil (produksi) jabatan, seperti halnya, bagian produksi obat, bagian produksi makanan, bagian produksi bahan produksi, dan lain sebagainya. Selain itu atas dasar kesamaan kelompok masyarakat yang memanfaatkan hasil, seperti halnya bagian KIA, bagian UKS, dan lain sebagainya, dan yang terakhir yaitu atas dasar kesamaan lokasi jabatan, seperti halnya bagian pelayanan di dalam gedung, di luar gedung, dan lain sebagainya.

7. Membentuk struktur organisasi

Apabila suatu organisasi telah dirumuskan, maka langkah selanjutnya ialah menyusun dan juga memvisualisasikan berbagai satuan organisasi tersebut ke dalam bentuk bagan struktur organisasi. Adapun dalam membentuk struktur organisasi, perlu diperhatikan hierarki, pembagian tugas dan wewenang, serta kemampuan pengawasan yang dimiliki (*span of control*).

2.2.3.3 Penggerakan dan Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan upaya untuk menjadikan perencanaan menjadi kenyataan, dengan melalui berbagai pengarahan dan pemotivasi agar setiap karyawan dapat melaksanakan kegiatan secara optimal sesuai dengan peran, tugas dan tanggung jawabnya. Dari seluruh rangkaian proses manajemen, pelaksanaan (*actuating*) merupakan fungsi manajemen yang paling utama. Dalam fungsi perencanaan dan pengorganisasian lebih banyak berhubungan dengan aspek-aspek abstrak oleh proses manajemen, sedangkan fungsi pelaksanaan justru lebih menekankan pada kegiatan yang berhubungan langsung dengan orang-orang dalam organisasi.

Arifin, dkk (2012) Berpendapat pelaksanaan atau pengarahan merupakan usaha-usaha untuk menggerakkan bawahan agar melaksanakan tugasnya dengan baik sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam pengarahan, manajer melakukan motivasi, komunikasi, dan menjalankan kepemimpinannya. Motivasi pegawai perlu dibangkitkan agar mereka dapat melakukan pekerjaannya secara sukarela. Teori-teori yang dapat menjadi pedoman dalam memotivasi ialah teori kebutuhan Maslow, teori motivasi pemeliharaan dari Herzberg, teori Porter-

Lowler, dan lain-lain. Faktor motivasi merupakan faktor yang sangat penting untuk diperhatikan karena akan memengaruhi kinerja pegawai. Selain motivasi, kegiatan yang penting dalam fungsi pelaksanaan atau pengaruh dari manajemen ialah komunikasi. Komunikasi ialah proses pemindahan informasi dari satu orang ke orang lain. Kemudian memimpin, memimpin ialah memengaruhi orang lain agar dapat bekerja sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sementara kepemimpinan adalah segala usaha untuk memengaruhi orang lain agar bekerja untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dalam fungsi pelaksanaan atau pengarahan menurut Arifin, dkk (2012), akan bermanfaat jika dilakukan dengan baik. Pengarahan dapat meningkatkan semangat kerja karena di dalamnya ada motivasi dari pimpinan. Kemudian pengarahan dapat menyatukan kekuatan secara integral sehingga gerak organisasi menjadi harmonis dan saling menjunjung. Selain itu, para personel akan merasakan hadirnya pemimpin di tengah-tengah mereka sehingga mereka menjadi lebih bergairah.

Mubarak (2012) memiliki pendapat lain, menurutnya pelaksanaan rencana dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan di samping melaksanakan program dalam pelaksanaan dapat dilakukan pengawasan, pengendalian, supervisi, bimbingan dan konsultasi.

1. Penjadwalan meliputi: penentuan waktu, penentuan lokasi dan sasaran, serta pengorganisasian.
2. Pengalokasian sumber daya meliputi: sumber dana dan pemanfaatannya, jenis dan jumlah sarana yang dipergunakan, serta jumlah tenaga yang diperlukan.

3. Pelaksanaan kegiatan yang meliputi: persiapan, pergerakan dan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian, serta penilaian.

Adapun Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas tahun 2007 (Darmawan, 2016) menjabarkan bahwa pergerakan dan pelaksanaan merupakan sebuah upaya yang dilakukan sesuai dengan rencana kegiatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Batasan-batasan terkait aspek pengetahuan dan keterampilan yang harus dikuasai dalam fungsi *actuating* (pergerakan dan pelaksanaan), antara lain:

1. Pengetahuan dan keterampilan motivasi (*motivation*).
2. Pengetahuan dan keterampilan komunikasi (*communication*).
3. Pengetahuan dan keterampilan kepemimpinan (*leadership*).
4. Pengetahuan dan keterampilan pengarahan (*directing*).
5. Pengetahuan dan keterampilan pengawasan (*controlling*).
6. Pengetahuan dan keterampilan supervisi (*supervision*).

Dapat disimpulkan bahwa tujuan pelaksanaan fungsi aktuasi oleh organisasi antar lain:

1. Menciptakan kerja sama yang lebih efisien.
2. Mengembangkan kemampuan dan keterampilan staf.
3. Menumbuhkan rasa kepemilikan atas pekerjaan.
4. Mengusahakan terciptanya lingkungan kerja yang dapat mendukung peningkatan motivasi dan prestasi kerja staf.
5. Membuat organisasi berkembang secara lebih dinamis.
7. Pengetahuan dan keterampilan motivasi (*motivation*).

2.2.3.3.1 Motivasi (*Motivation*) dan Kebutuhan Manusia Akan Motivasi

Motivasi berasal dari kata motif (*motive*) yang berarti rangsangan, dorongan, atau pembangkit tenaga yang dimiliki seseorang, sehingga orang tersebut dapat memperlihatkan perilaku tertentu. Sedangkan yang dimaksud dengan motivasi adalah upaya untuk menimbulkan rangsangan dorongan dan/ataupun pembangkit tenaga pada seseorang atau sekelompok masyarakat agar yang bersangkutan ingin berbuat dan bekerja sama secara optimal dalam melaksanakan sesuatu yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Motivasi hanya akan berhasil sempurna jika tujuan organisasi dan tujuan SDM di dalamnya dapat diselaraskan. Dengan demikian, langkah pertama yang harus dilakukan ialah mengenali tujuan yang dimiliki oleh SDM dalam organisasi. Tujuan yang dimiliki seseorang ataupun masyarakat memiliki kaitan yang erat dengan kebutuhan yang ada pada diri mereka. Adapun cara umum, kebutuhan manusia dibedakan menjadi 5 (lima) tingkatan, yakni:

1. Kebutuhan pokok fisiologi (*physiological needs*), yakni kebutuhan untuk melangsungkan hidup.
2. Kebutuhan keamanan (*safety needs*), yakni kebutuhan yang terkait dengan kepastian untuk hidup secara bebas tanpa ancaman dan bahaya termasuk ancaman ekonomi dan sosial.
3. Kebutuhan sosial (*social needs*), yakni kebutuhan setiap manusia sebagai makhluk sosial, seperti halnya perkawinan, pengakuan sebagai anggota kelompok, dan rasa simpati.

4. Kebutuhan untuk dihargai dan dihormati, yakni kebutuhan akan status, kehormatan, pengakuan, kedudukan, dan status sosial.
5. Kebutuhan penampilan diri (*self-actualization needs*) yakni, kebutuhan untuk melakukan sesuatu sesuai dengan bakatnya dan kebutuhan untuk mengeluarkan ide dan gagasan.

Setelah mengetahui kebutuhan seseorang atau masyarakat, maka selanjutnya perlu dilakukan pendekatan terhadap orang atau masyarakat terkait. Kebutuhan sebaiknya dapat terpenuhi tujuannya untuk memberikan motivasi kepada individu maupun masyarakat. Pemberian motivasi bertujuan untuk memberikan semangat kepada individu maupun masyarakat. Adapun Strauss dan Sayles membedakan pendekatan pada motivasi menjadi (Darmawan, 2016):

1. Pendekatan yang keras (*be strong*), yakni pendekatan di mana kekuasaan dan kewenangan yang dimiliki digunakan dalam melakukan motivasi.
2. Pendekatan dengan sifat untuk memperbaiki (*be good*), yakni pendekatan yang dilakukan oleh administrator untuk memperbaiki sumber daya manusia melalui pemenuhan kebutuhan yang dimiliki.
3. Pendekatan dengan tawar-menawar (*implicit bargaining*), yaitu pendekatan yang dilakukan oleh administrator melalui tawar-menawar dengan sumber daya manusia dalam organisasi terkait kebutuhan yang akan dipenuhi.
4. Pendekatan melalui persaingan yang efektif (*effective competition*), yakni pendekatan yang dilakukan oleh administrator dengan memberikan kesempatan timbulnya persaingan yang sehat antar sumber daya manusia organisasi untuk mencapai kemajuan.

5. Pendekatan dengan proses internalisasi (*internalization process*), yakni pendekatan yang dilakukan administrator dengan jalan menimbulkan kesadaran pada diri setiap SDM dalam organisasi.

Agar seseorang mau dan bersedia berkontribusi seperti apa yang diharapkan, maka organisasi perlu menciptakan perangsang (*incentive*) tertentu. Adapun secara umum, perangsang motivasi dibedakan atas 2 (dua) macam, yakni:

1. Perangsang Positif (*Positive Incentive*)

Perangsang positif ialah imbalan menyenangkan yang disediakan bagi SDM yang berprestasi. Perangsang positif dapat berupa hadiah, pengakuan, dan/atau promosi.

2. Perangsang Negatif (*Negative Incentive*)

Perangsang negatif ialah imbalan yang tidak menyenangkan dan berupa hukuman yang diperuntukkan bagi SDM yang melakukan sesuatu yang tidak diharapkan. Perangsang negatif dapat berupa denda, teguran, pemindahan tempat kerja, atau pemberhentian.

2.2.3.3.2 Komunikasi (*Communication*)

Komunikasi adalah pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti serta saling percaya demi terwujudnya hubungan yang baik antar individu ataupun kelompok. Berdasarkan definisi tersebut, dapat ditegaskan bahwa tujuan utama dari komunikasi ialah untuk menciptakan pengertian, bukan persetujuan. Artinya, seseorang atau kelompok dapat tidak setuju terhadap suatu hal, akan tetapi paham benar apa yang tidak disetujuinya.

Pada organisasi, peran komunikasi sangatlah penting, yakni:

1. Menyempurnakan pekerjaan administrasi, yakni melalui komunikasi, akan diperoleh berbagai keterangan yang apabila dikelola dengan baik dapat dimanfaatkan untuk membantu administrator dalam mengambil keputusan (*decision*).
2. Menimbulkan suasana kerja yang menguntungkan, dengan artian melalui komunikasi, dapat dibina suasana yang menguntungkan hubungan kerja antar sesama SDM dalam organisasi.

Secara umum, komunikasi terdiri dari unsur:

1. Sumber, yakni tempat asalnya pesan. Dalam manajemen, sumber atau pesan dapat berbentuk perorangan, kelompok, ataupun institusi serta organisasi tertentu.
2. Pesan, yakni rangsangan (stimulasi) yang disampaikan oleh sumber kepada sasaran yang pada dasarnya merupakan hasil pemikiran atau pendapat sumber yang ingin disampaikan kepada orang lain.
3. Media, yakni alat pengirim pesan atau saluran pesan yang dipilih oleh sumber untuk menyampaikan pesannya kepada sasaran.
4. Sasaran, yakni pihak penerima pesan dalam konteks kepada siapa pesan tersebut ditujukan yang juga dapat berbentuk perorangan, organisasi, maupun masyarakat.
5. Umpan balik, yakni reaksi dari sasaran terhadap pesan yang disampaikan dapat dimanfaatkan oleh sumber untuk memperbaiki atau menyempurnakan komunikasi yang dilakukan.

6. Akibat, yakni hasil dari komunikasi yang dilakukan, berupa perubahan pada diri sasaran, baik pengetahuan, sikap, ataupun perilaku.

Adapun proses komunikasi dapat berjalan dengan lancar dan mencapai tujuan yang diharapkan, maka administrator perlu memerhatikan faktor-faktor apa yang memengaruhinya. Menyederhanakan penjabaran oleh Azwar (Darmawan, 2016), faktor-faktor yang memengaruhi proses komunikasi antara lain:

1. *Credibility*

Faktor ini terdapat dan berperan pada sumber, dengan artian semakin tinggi kredibilitas sumber, maka kepercayaan sasaran juga akan semakin tinggi.

2. *Content*

Faktor ini terdapat dan berperan pada pesan, dengan artian pesan yang disampaikan hendaknya mengandung isi yang memiliki manfaat bagi sasaran. Apabila manfaat yang terkandung dalam pesan dirasakan besar oleh sasaran, maka hasil komunikasi akan jauh lebih baik.

3. *Context*

Faktor ini terdapat dan berperan pada pesan, dengan artian pesan yang disampaikan memiliki hubungan dengan kepentingan dan kehidupan serta realitas sehari-hari. Semakin erat hubungan tersebut, maka semakin besar pula peluang keberhasilan proses komunikasi.

4. *Clarity*

Faktor ini terdapat dan berperan pada pesan, dengan artian pemilihan keelasan pesan komunikasi, sehingga pesan dapat lebih mudah diterima.

5. *Continuity dan Consistency*

Faktor ini juga terdapat dan berperan pada pesan, dengan artian pesan dikomunikasikan secara konsisten tanpa perubahan dari satu komunikasi dengan komunikasi lainnya, sehingga pesan yang diterima akan selalu sama.

6. *Channels*

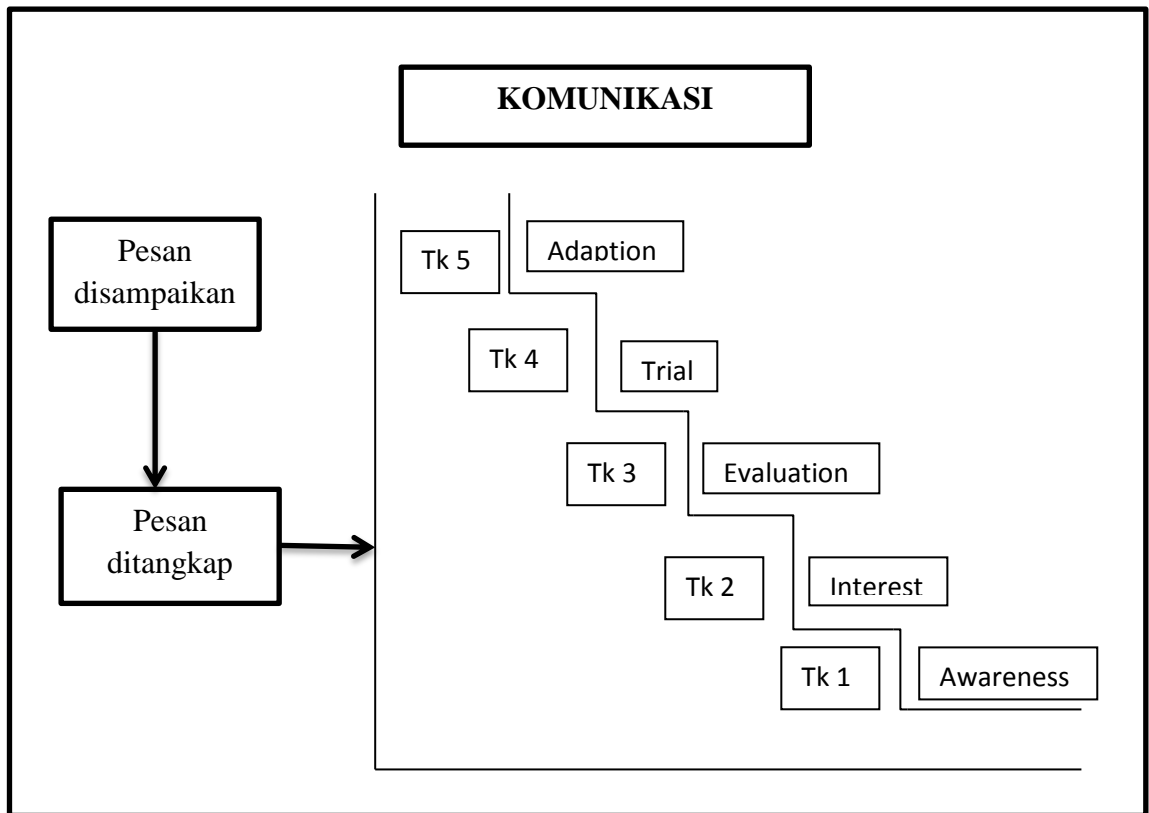
Faktor ini terdapat dan berperan pada media, dengan artian media penyampaian pesan yang dipilih harus disesuaikan dengan sasaran yang akan dicapai.

7. *Capability of the Audience*

Faktor ini terdapat dan berperan pada sasaran, dengan artian turut menyertakan kemampuan sasaran dalam menerima pesan yang dapat ditentukan oleh latar belakang, seperti halnya pendidikan, tingkat sosial ekonomi, tingkat sosial budaya, dan lain sebagainya.

Telah dijabarkan sebelumnya bahwa tujuan dari komunikasi adalah untuk menimbulkan pengertian baik dari sumber terhadap sasaran dan/ataupun dari sasaran terhadap sumber. Pada dasarnya, komunikasi selalu diupayakan agar sasaran dapat memahami dengan selengkap-lengkapnyanya terkait pesan apa yang disampaikan. Untuk lebih jelasnya, Darmawan (2016) memvisualisasikan proses penerimaan pesan melalui gambar berikut:

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG



Gambar 2.1 Tahapan Komunikasi.

Sumber: Stoner, James A. F. dan Charles Wankel dalam Management Third Edition (Darmawan, 2016).

Berdasarkan gambar di atas, dapat kita pahami bahwa setelah pesan ditangkap oleh pancaindra, maka pesan tersebut seakan melalui keempat tahapan sebelum akhirnya dapat diadopsi. Tahap pertama adalah *awareness*, yakni tahap di mana seseorang menyadari adanya pesan yang disampaikan. Tahap kedua adalah *interest*. Pada tahap ini, seseorang yang telah menyadari keberadaan pesan mulai merasa tertarik dan mulai mencoba mencari keterangan tambahan terkait pesan yang diterimanya. Selanjutnya ialah tahap *evaluation*, di mana seseorang telah memiliki keterangan yang lengkap seputar pesan yang diterimanya dan

mulai melakukan penilaian terhadap pesan tersebut. *Evaluation* pun berlanjut pada tahap *trial* dengan ciri telah dilakukannya dan mulai melaksanakan pesan tersebut sebagai uji coba. Tahap ini akan menentukan apakah pesan akan diadopsi sebagai perilaku sehari-hari, karena mendapatkan kepuasan dalam dirinya.

Walaupun tahap di atas terjadi secara beruntunan, namun bukan berarti proses tersebut akan dengan pasti berlangsung. Apabila ditemukan adanya hambatan pada tahap tertentu, maka proses penerimaan pesan dapat terhenti pada tahapan dengan hambatan tersebut. Adapun ketika hambatan muncul pada tahap uji coba, maka yang akan ditemukan bukanlah penerimaan pesan, melainkan penolakan pesan (*disadoption*).

2.2.3.3 Kepemimpinan (*Leadership*)

Kepemimpinan adalah kemampuan untuk memengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu situasi tertentu. Pada dasarnya kepemimpinan sangat dipengaruhi oleh sifat dan juga perilaku pemimpin yang merujuk pada gaya kepemimpinan.

Hersey, dkk (Darmawan, 2016) membagi gaya kepemimpinan menjadi 4 (empat) yaitu:

1. Gaya kepemimpinan diktator (*dictatorial leadership style*)

Pada gaya kepemimpinan ini, upaya pencapaian tujuan dilakukan dengan menimbulkan ketakutan melalui ancaman hukuman. Tidak kenal hubungan dengan bawahan, karena dalam gaya kepemimpinan ini, mereka dianggap hanya sebagai pelaksana saja.

2. Gaya kepemimpinan autokratis (*autocratic leadership style*)

Pada gaya kepemimpinan ini, segala keputusan berada di tangan pemimpin. Pendapat ataupun kritik yang bersal dari bawahan tidak dibenarkan. Pada dasarnya, sifat dari gaya kepemimpinan ini sama dengan sifat dari gaya kepemimpinan diktator, hanya saja dalam bobot yang lebih rendah.

3. Gaya kepemimpinan demokratis (*democratic leadership style*)

Pada gaya kepemimpinan ini, ditemukan peran serta bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan secara musyawarah. Dengan kata lain, hubungan dengan para bawahan telah dibangun dan dipelihara dengan baik.

4. Gaya kepemimpinan santai (*laissez-faire leadership style*)

Pada gaya kepemimpinan ini, peranan seorang pemimpin hampir tidak terlihat, karena segala keputusan telah diserahkan kepada bawahan dan setiap anggota organisasi dapat melakukan kegiatannya masing-masing.

Selain 4 (empat) gaya kepemimpinan yang telah diuraikan sebelumnya, Robbins (Darmawan, 2016) dalam buku yang bertajuk “*Essential of Organization Behaviour*” membedakan gaya kepemimpinan menjadi 2 (dua) kutub utama, yakni:

1. *Employee-centered leadership*

Gaya kepemimpinan disebut sebagai *employee-centered leadership* apabila pemimpin lebih mengutamakan kepentingan bawahan. Pimpinan dalam gaya kepemimpinan *employee-centered* tidak memntingkan kepentingan pribadi.

Oleh karena itu, hubungan baik dengan bawahan selalu diupayakan.

2. *Production-centered leadership*

Gaya kepemimpinan disebut sebagai *production-centered leadership* apabila pemimpin lebih mengutamakan kepentingan perusahaan atau organisasi dalam peningkatan produktivitas serta pemimpin cenderung menggunakan wewenang dan juga kekuasaan. Oleh karena itu, hubungan pemimpin dengan bawahan bukan merupakan fokus utama.

2.2.3.3.4 Pengarahan (*Directing*)

Pengarahan yaitu upaya pengambilan keputusan yang berkesinambungan dan terus-menerus yang terwujud dalam bentuk perintah ataupun petunjuk sebagai pedoman dalam organisasi. Untuk dapat melaksanakan pengarahan secara optimal, maka harus dipahami terlebih dahulu persyaratan pengarahan yang baik menurut Robbins (Darmawan, 2016) di bawah ini:

1. Kesatuan Perintah (*unity of command*)

Agar pengarahan dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan, maka sudah tentu perintah dan petunjuk yang diberikan harus terpelihara kesatuannya.

2. Informasi Lengkap (*comprehensive information*)

Syarat selanjutnya yang harus dipenuhi untuk dapat melaksanakan pengarahan yang optimal ialah kelengkapan keterangan terkait perintah yang diberikan. Keterangan yang dimaksud harus disusun dalam uraian khusus yang disebut dengan petunjuk pelaksanaan.

3. Hubungan Langsung dengan SDM dalam Organisasi (*direct relationship*)

Agar pengarahan dapat berjalan sesuai dengan rencana, maka langkah awal yang harus dilakukan ialah mengupayakan optimalisasi penerimaan perintah dan

petunjuk. Oleh karena itu, hubungan langsung antara pimpinan dan anggota organisasi dapat dinilai membantu kelancaran penerimaan dan pelaksanaan perintah dan petunjuk program.

4. Suasana Informal (*informal situation*)

Disampaikan perintah atau petunjuk ialah agar perintah dan petunjuk tersebut dapat diterima, dimengerti, dan ditetapkan dengan sebaik-baiknya. Oleh karena itu, suasana informal dapat membantu dalam menghilangkan perasaan beban atas perintah dan juga petunjuk yang didapatkan.

2.2.3.3.5 Pengawasan (*Controlling*)

Schermerhorn, dkk (Darmawan, 2016) mengemukakan bahwa “*Controlling is the process of measuring performance and taking action to ensure desired result*”. Dapat didefinisikan, pengawasan dapat dipahami sebagai proses menetapkan ukuran kinerja dan pengambilan tindakan yang dapat mendukung pencapaian hasil yang diharapkan sesuai dengan standar kinerja yang telah ditetapkan tersebut. Selaras dengan definisi yang dikemukakan oleh Stoner, dkk (Darmawan, 2016) di mana berpendapat bahwa: “*Control is the process of ensuring that actual activities conform the planned activities*”. Pengawasan adalah proses memastikan segala aktivitas yang terlaksana telah sesuai dengan apa yang direncanakan sebelumnya.

Mockler, dkk (Darmawan, 2016) mengemukakan fungsi pengawasan sebagai berikut: “*A systematic effort to set performance standards with planning objectives, to design information feedback systems, to compare actual performance with these predetermined standards, to determine wheter there are*

any deviations and to measure their significance, and to take any action required to assure that all corporate resources are being used in the most effective and efficient way possible in achieving corporate objective”.

Dari pendapat di atas, dapat dijabarkan bahwa secara garis besar, fungsi pengawasan dalam manajemen adalah upaya sistematis dalam menetapkan standar kinerja dan berbagai tujuan yang direncanakan, mendesain sistem informasi umpan balik, membandingkan antara kinerja yang dicapai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan apakah terdapat penyimpangan dan tingkat signifikansi dari setiap penyimpangan tersebut, serta mengambil tindakan yang dibutuhkan untuk memastikan bahwa sumber daya yang dimiliki digunakan secara efektif dan efisien dalam pencapaian tujuan.

Terdapat 3 (tiga) jenis pengawasan manajerial yang berkembang pada organisasi pemerintahan di Indonesia, antara lain menurut Muninjaya (Darmawan, 2016):

1. Pengawasan Fungsional (Struktural)

Fungsi pengawasan ini melekat pada seseorang yang menjabat sebagai pimpinan. Adapun pengawasan dilakukan terhadap seluruh kegiatan staf yang berada di bawah koordinasinya.

2. Pengawasan Publik

Fungsi pengawasan publik dilakukan oleh masyarakat terhadap jalannya proses pembangunan. Masyarakat dalam hal ini dapat mengawasi secara terbuka jalannya suatu pembangunan di suatu wilayah.

3. Pengawasan Non Fungsional

Fungsi pengawasan non fungsional biasanya dilakukan oleh badan-badan yang diberikan kewenangan atas fungsi sosial kontrol.

Selain fungsi pengawasan, terdapat manfaat dari pengawasan. Apabila pengawasan dilaksanakan secara tepat, maka organisasi akan memperoleh manfaat berupa:

1. Mengetahui apakah suatu kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan standar dan rencana kerja.
2. Mengetahui apakah terdapat penyimpangan terkait dengan pengetahuan dan pengertian SDM dalam melaksanakan tugas.
3. Mengetahui apakah waktu serta sumber daya lainnya telah mencukupi kebutuhan dan telah digunakan secara efisien.
4. Mengetahui sebab-sebab terjadinya penyimpangan.
5. Mengetahui staf yang perlu diberikan penghargaan, baik dalam bentuk promosi maupun pelatihan lanjutan.

Griffin (Darmawan, 2016) menjelaskan bahwa terdapat 4 (empat) tujuan dari fungsi pengawasan. Keempat tujuan tersebut antara lain guna adaptasi lingkungan, meminimalkan kegagalan, meminimalkan biaya, dan juga mengantisipasi kompleksitas dari organisasi.

1. Adaptasi Lingkungan

Tujuan utama dari fungsi pengawasan adalah agar organisasi dapat terus beradaptasi dengan perubahan yang terjadi di lingkungan, baik yang bersifat internal maupun lingkungan eksternal. Fungsi pengawasan tidak saja dilakukan

untuk memastikan kegiatan berjalan sebagaimana rencana yang telah ditetapkan, akan tetapi juga agar kegiatan yang dijalankan sesuai dengan perubahan lingkungan, karena sangat memungkinkan organisasi juga mengubah rencana disebabkan terjadinya berbagai perubahan di lingkungan yang dihadapi.

2. Meminimumkan Kegagalan

Tujuan kedua dari fungsi pengawasan adalah untuk meminimumkan kegagalan. Selain menetapkan target pencapaian program, organisasi harus menetapkan langkah, strategi, dan standar kerja. Adapun penerapan langkah, strategi, dan standar kerja tersebut dapat lebih optimal apabila diiringi dengan pelaksanaan fungsi pengawasan. Dengan demikian, maka ketidaksesuaian yang berpotensi menyebabkan kegagalan program pun dapat ditekan dan diminimalisasi.

3. Meminimumkan Biaya

Tujuan ketiga dari fungsi pengawasan adalah untuk meminimumkan biaya. Fungsi pengawasan melalui penetapan standar tertentu, dapat meminimumkan kegagalan-kegagalan dalam produksi atau dapat meminimumkan biaya yang harus dikeluarkan karena kesalahan kerja.

4. Adaptasi Kompleksitas Organisasi

Tujuan terakhir dari fungsi pengawasan adalah organisasi dapat mengantisipasi berbagai kegiatan yang kompleks. Kompleksitas yang dimaksud mencakup besar cakupan program, periode pelaksanaan program, jumlah SDM, dan lain sebagainya. Adapun pelaksanaan fungsi pengawasan dapat menjamin bahwa kompleksitas tersebut dapat diantisipasi dengan baik.

2.2.3.3.6 Supervisi (*Supervision*)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Asisten Tenaga Kesehatan, pasal 1 ayat 3 menyebutkan bahwa supervisi adalah pengarahan dan pengendalian kepada asisten tenaga kesehatan yang berada di bawahnya dalam suatu lingkup bidang profesi kesehatan.

Supervisi adalah proses dimana pimpinan ingin mengetahui apakah hasil pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan bawahannya sesuai dengan rencana, perintah, tujuan atau kebijakan yang telah ditentukan, Farland (Rakhmawati, 2009). Selain itu Swansburg (Rakhmawati, 2009) juga mendefinisikan supervisi sebagai segala usaha untuk mengetahui dan menilai kenyataan yang sebenarnya mengenai pelaksanaan tugas, dimana dalam pelaksanaannya ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu menghargai potensi tiap individu, mengembangkan potensi tiap individu, dan menerima tiap perbedaan.

Dalam supervisi keperawatan dapat dilakukan oleh pemangku jabatan dalam berbagai level seperti ketua tim, kepala ruangan, pengawas, kepala seksi, kepala bidang perawatan atau pun wakil direktur keperawatan. Namun pada dasarnya seorang supervisor harus memiliki kemampuan sebagai berikut:

1. Membuat perencanaan kerja.
2. Kontrol terhadap pekerjaan.
3. Memecahkan masalah.
4. Memberikan umpan balik terhadap kinerja.
5. Melatih (*coaching*) bawahan.

6. Membuat dan memelihara atmosfir kerja yang motivatif.
7. Mengelola waktu.
8. Berkomunikasi secara informal.
9. Mengelola diri sendiri.
10. Mengetahui sistem manajemen perusahaan.
11. Konseling karir.
12. Komunikasi dalam pertemuan resmi.

Adapun Prinsip supervisi menurut Rakhmawati (2009) yaitu:

1. Sesuai dengan struktur organisasi.
2. Dilandasi pengetahuan manajemen, HAM, klinis atau keperawatan, dan kepemimpinan.
3. Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas dan terorganisir.
4. Merupakan suatu kerjasama yang demokratis.
5. Menggunakan proses manajemen menerapkan visi, misi, tujuan yang harus direncanakan dengan baik.
6. Harus mendukung atau menciptakan lingkungan yang mendukung komunikasi efektif.
7. Menjadikan kepuasan klien, perawat dan manajer sebagai fokus utama.

Selanjutnya terdapat pula teknik dalam mensupervisi, Menurut Rakhmawati (2009) teknik supervisi dibagi menjadi:

1. Langsung

Teknik supervisi dimana supervisor berpartisipasi langsung dalam melakukan supervisi. Kelebihan dari teknik ini pengarahan dan petunjuk dari supervisi

tidak dirasakan sebagai perintah, selain itu umpan balik dan perbaikan dapat dilakukan langsung saat ditemukan adanya penyimpangan.

2. Tidak langsung

Teknik supervisi yang dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan sehingga supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan.

Elemen dalam proses supervisi juga sangat diperlukan. Elemen tersebut diantaranya:

1. Standar praktek keperawatan yang digunakan sebagai acuan dalam menilai dan mengarahkan penyimpangan yang terjadi.
2. Fakta empirik di lapangan, sebagai pembanding untuk pencapaian tujuan dan menetapkan kesenjangan.
3. Adanya tindak lanjut sebagai upaya mempertahankan kualitas maupun upaya memperbaiki.

2.2.3.4 Pengawasan dan Pengendalian

2.2.3.4.1 Batasan Pengawasan dan Pengendalian

Pengawasan disertai dengan pengendalian merupakan proses pengamatan secara terus-menerus pada pelaksanaan rencana kerja untuk selanjutnya diadakan pengoreksian terhadap penyimpangan-penyimpangan yang telah terjadi. Menurut Schermerhorn, dkk (Darmawan, 2016), (*Controlling is the process of measuring performance and taking action to ensure desired result*). Dapat didefinisikan, pengawas dapat dipahami sebagai proses menetapkan ukuran kinerja dan pengambilan tindakan yang dapat mendukung pencapaian hasil yang diharapkan sesuai dengan standar kinerja yang telah ditetapkan tersebut. Pendapat mengenai

definisi dari pengawasan tersebut sejalan dengan definisi pengawasan yang dikemukakan oleh Stoner, dkk (Darmawan, 2016) di mana berpendapat bahwa: (*Control is the process of ensuring that actual activities conform the planned activities*). Maka dapat dikatakan bahwa pengawasan adalah proses memastikan segala aktivitas yang terlaksana telah sesuai dengan apa yang direncanakan sebelumnya.

Terdapat 3 (tiga) jenis pengawasan manajerial yang berkembang pada organisasi pemerintahan di Indonesia, antara lain menurut Muninjaya (Darmawan, 2016):

1. Pengawasan Fungsional (Struktural)

Fungsi pengawasan ini melekat pada seseorang yang menjabat sebagai pimpinan. Adapun pengawasan dilakukan terhadap seluruh kegiatan staf yang berada di bawah koordinasinya.

2. Pengawasan Publik

Fungsi pengawasan publik dilakukan oleh masyarakat terhadap jalannya proses pembangunan.

3. Pengawasan Non Fungsional

Fungsi pengawasan non fungsional biasanya dilakukan oleh badan-badan yang diberikan kewenangan atas fungsi sosial kontrol.

2.2.3.4.2 Standar Pengawas dalam Fungsi Administrasi

Menurut Muninjaya (Darmawan, 2016), terdapat 2 (dua) jenis standar pengawasan dalam pelaksanaan fungsi administrasi, yakni:

1. Norma

Standar pengawasan berupa norma didasarkan pada pengalaman dimasa lalu dalam pelaksanaan program sejenis dengan situasi yang sama.

2. Kriteria

Standar pengawasan berupa kriteria didasarkan pada harapan atau target dari pelaksanaan upaya-upaya pelayanan tertentu.

2.2.3.4.3 Manfaat Pengawasan

Apabila pengawasan dan pengendalian dilaksanakan secara tepat, maka organisasi akan memperoleh manfaat berupa:

1. Mengetahui apakah suatu kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan standar dan rencana kerja.
2. Mengetahui apakah terdapat penyimpangan terkait pengetahuan dan pengertian SDM dalam melaksanakan tugas.
3. Mengetahui apakah waktu serta sumber daya lainnya telah mencukupi kebutuhan dan telah digunakan secara efisien.
4. Mengetahui sebab-sebab terjadinya penyimpangan.
5. Mengetahui staf yang perlu diberikan penghargaan, baik dalam bentuk promosi maupun pelatihan lanjutan.

2.2.3.4.4 Tujuan Pengawasan dan Pengendalian

Griffin (Darmawan, 2016) menjelaskan bahwa terdapat 4 (empat) tujuan dari fungsi pengawasan. Keempat tujuan tersebut antara lain guna adaptasi lingkungan, meminimalkan kegagalan, meminimalkan biaya, dan juga mengantisipasi kompleksitas dari organisasi.

1. Adaptasi Lingkungan

Tujuan utama dari fungsi pengawasan adalah agar organisasi dapat terus beradaptasi dengan perubahan yang terjadi di lingkungan, baik yang bersifat internal maupun lingkungan eksternal. Fungsi pengawasan tidak saja dilakukan untuk memastikan kegiatan berjalan sebagaimana rencana yang telah ditetapkan, akan tetapi juga agar kegiatan yang dijalankan sesuai dengan perubahan lingkungan, karena sangat memungkinkan organisasi juga mengubah rencana disebabkan terjadinya berbagai perubahan di lingkungan yang dihadapi.

2. Meminimalkan Kegagalan

Tujuan kedua dari fungsi pengawasan adalah untuk meminimalkan kegagalan. Selain menetapkan target pencapaian program, organisasi harus menetapkan langkah, strategi, dan standar kerja. Adapun penerapan langkah, strategi, dan standar kerja tersebut dapat lebih optimal apabila diiringi dengan pelaksanaan fungsi pengawasan. Dengan demikian, maka ketidaksesuaian yang berpotensi menyebabkan kegagalan program dapat ditekan dan diminimalisasi.

3. Meminimalkan Biaya

Tujuan ketiga dari fungsi pengawasan adalah untuk meminimalkan biaya. Fungsi pengawasan melalui penetapan standar tertentu, dapat meminimalkan kegagalan-kegagalan dalam produksi atau dapat meminimalkan biaya yang harus dikeluarkan karena kesalahan kerja.

4. Adaptasi Kompleksitas Organisasi

Tujuan terakhir dari fungsi pengawasan adalah organisasi dapat mengantisipasi berbagai kegiatan yang kompleks. Kompleksitas yang dimaksud

mencakup besar cakupan program, periode pelaksanaan program, jumlah SDM, dan lain sebagainya. Adapun pelaksanaan fungsi pengawasan dapat menjamin bahwa kompleksitas tersebut dapat diantisipasi dengan baik.

2.2.3.5 Fungsi Evaluasi

Menurut kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), evaluasi memiliki arti yakni penilaian hasil. *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1990, mendefinisikan evaluasi sebagai cara yang bersifat sistematis untuk mempelajari sesuatu berdasarkan pengalaman dan mempengaruhi teori yang telah dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan di masa yang akan datang. Darmawan (2016).

2.2.3.5.1 Evaluasi dalam Manajemen Administrasi

Pada dasarnya, pelaksanaan evaluasi memiliki tujuan yang sama dengan pengawasan dan pengendalian, yakni untuk memperbaiki efisiensi serta efektivitas pelaksanaan program melalui perbaikan fungsi manajemen. Tujuan dari efisiensi serta efektivitas untuk mempermudah pelaksanaan manajemen.

Terdapat beberapa jenis evaluasi, yaitu: pertama yakni evaluasi terhadap masukan (*input*), kedua evaluasi terhadap proses, dan ketiga evaluasi terhadap keluaran (*output*).

Evaluasi terhadap masukan (*input*) dilakukan sebelum program dimulai. Kegiatan ini bersifat pencegahan dengan tujuan untuk mengetahui apakah pemilihan setiap sumber daya program telah sesuai dengan kebutuhan. Masukan (*input*) terdiri dari:

1. Sumber Daya Manusia (SDM)

Widjaja (Darmawan, 2016) mengemukakan bahwa SDM merupakan aspek yang sangat penting bagi tercapainya keberhasilan dalam penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, serta peningkatan pelayanan kepada masyarakat.

2. Sumber Daya Dana

Muninjaya (Darmawan, 2016) telah mengemukakan bahwa apabila terjadi kekurangan pada ketersediaan dana kurang, maka moral dan motivasi kerja staf akan menurun dan pada akhirnya akan memengaruhi kinerja yang dihasilkan sehingga target dan tujuan program pun tidak akan tercapai.

3. Sarana dan Prasarana

Sarana atau alat merupakan bagian dari organisasi yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan pelayanan dan mencapai suatu tujuan. Apabila sarana atau alat tidak sesuai dengan standar, maka suatu pelayanan yang bermutu akan sulit dihasilkan.

4. Petunjuk Pelaksanaan

Kebijakan merupakan cara untuk mencapai sasaran tahunan yang mencakup pedoman, peraturan, dan juga prosedur yang ditetapkan guna mendukung usaha pencapaian sasaran yang telah ditetapkan dan dinyatakan. Adapun kebijakan juga dapat mempermudah upaya penyelesaian masalah yang telah terjadi berulang kali. Selain itu, kebijakan merupakan dasar dalam pengendalian manajemen untuk memungkinkan koordinasi di segala unit organisasi dan mengurangi jumlah waktu yang digunakan oleh para manajer untuk membuat keputusan. Selain itu,

kebijakan juga memperjelas pekerjaan apa yang harus dilakukan dan siapa yang melakukannya. David (Darmawan, 2016).

Selanjutnya evaluasi terhadap proses dilakukan saat program tengah berlangsung. Tujuannya ialah untuk mengetahui apakah metode yang dipilih benar-benar efektif dalam mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan, apakah motivasi dan komunikasi dalam organisasi telah berkembang dengan baik dan lain sebagainya, dan yang terakhir adalah evaluasi terhadap keluaran (*output*). Evaluasi terhadap keluaran atau yang biasa disebut dengan *summative evaluation* ini dilakukan pasca pelaksanaan program. Tujuannya ialah untuk mengetahui apakah *output* program telah sesuai dengan target pencapaian yang telah ditetapkan.

2.2.3.5.2 Tujuan Evaluasi Program

Tujuan evaluasi program ialah untuk mendapatkan sejumlah informasi yang dapat digunakan dalam pengambilan keputusan. Pernyataan tersebut didukung oleh pendapat yang dikemukakan oleh Tyler (Darmawan, 2016). Tyler menyatakan bahwa evaluasi program merupakan proses untuk mengetahui apakah tujuan program sudah dapat terealisasi.

Memahami urgensi dari pelaksanaan evaluasi program, maka dapat dijabarkan bahwa evaluasi program dilakukan dengan 3 (tiga) tujuan utama, yakni:

1. Untuk memperoleh informasi tentang perencanaan dan pelaksanaan suatu program. Sehubungan dengan hal ini, perlu dilakukan kegiatan berupa pemeriksaan kembali kesesuaian program terkait dengan perubahan-perubahan kecil yang terjadi secara terus-menerus, pengukuran kemajuan

target yang direncanakan, pengkajian penyebab atau faktor-faktor baik internal maupun eksternal yang memengaruhi pelaksanaan suatu program.

2. Untuk memperbaiki kebijakan perencanaan dalam pelaksanaan program. Hasil dari evaluasi akan memberikan informasi mengenai hambatan dalam pelaksanaan program yang dapat digunakan untuk memperbaiki kebijakan perencanaan program di masa yang akan datang.
3. Untuk memperbaiki alokasi sumber daya manajemen. Secara khusus, tujuan evaluasi program kesehatan ialah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya guna mengantarkan dan juga mengarahkan alokasi tenaga dan dana untuk program dan pelayanan yang sedang berjalan dan yang akan berjalan di masa mendatang.

2.2.4 Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Notoatmodjo (2007) menyatakan sistem adalah gabungan elemen-elemen (sub sistem) di dalam suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi. Di dalam suatu sistem terdapat elemen-elemen atau bagian-bagian di mana di dalamnya juga membentuk suatu proses di dalam suatu kesatuan, maka disebut sub-sistem (bagian dari sistem). Selanjutnya sub-sistem tersebut juga terjadi suatu proses berfungsi sebagai suatu kesatuan sendiri sebagai bagian dari sub-sistem tersebut. Demikian seterusnya dari sistem yang besar ini, misalnya: pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem terdiri dari sub-sistem pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan sebagainya, dan masing-masing sub-sistem terdiri dari sub-sub-sistem lagi.

Darmawan (2016) menyatakan terdapat 5 (lima) unsur pokok yang peranannya amat penting dalam menentukan berhasil atau tidaknya pelaksanaan administrasi kesehatan masyarakat. Simbolo, dkk (Darmawan, 2016) menyatakan bahwa kelima unsur pokok yang dimaksud ialah masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), sasaran (*terget*), serta dampak (*inpact*).

2.2.4.1 Masukan (*Input*)

Masukan (*input*) dalam administrasi adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan administrasi. Adapun masukan dikenal pula dengan istilah perangkat administrasi (*tool of administration*). Masukan dan/atau perangkat administrasi tersebut banyak macamnya. Beberapa di antaranya yang terpenting adalah unsur 5 M (*Man, Money, Material, Method, Machine*) sebagai berikut:

1. Sumber daya Manusia (*Man*)

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan aspek yang sangat penting bagi keberhasilan penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, dan juga peningkatan pelayanan kepada masyarakat. Warni (Darmawan, 2016) mengemukakan bahwa prakiraan kebutuhan pegawai merupakan bagian yang terpenting dan tersulit untuk dilakukan. Pertama, diidentifikasi berbagai tantangan yang memengaruhi permintaan, baik secara langsung seperti persediaan personalia dan aspek-aspek organisasional lainnya, maupun secara tidak langsung seperti halnya perubahan lingkungan eksternal. Kedua, organisasi perlu melakukan perkiraan kebutuhan karyawan dalam satu periode waktu tertentu.

2. Sumber Daya Dana (*Money*)

Muninjaya (Darmawan, 2016) mengemukakan bahwa jika ketersediaan dana kurang, maka moral dan motivasi kerja staf akan cenderung menurun dan pada akhirnya akan memengaruhi kinerja yang dihasilkan sehingga target tujuan program pun tidak akan tercapai.

3. Sarana dan Prasarana (*Material*)

Azwar (Darmawan, 2016) berpendapat bahwa sarana atau alat merupakan bagian organisasi yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan pelayanan dan juga mencapai suatu tujuan. Adapun Bruce (Darmawan, 2016) menyatakan bahwa apabila sarana atau alat tidak sesuai dengan standar, maka suatu pelayanan yang bermutu akan sulit dihasilkan. Terkait pelayanan di Puskesmas Muninjaya (Darmawan, 2016) menyatakan bahwa pada dasarnya, unsur logistik yang tersedia di Puskesmas direncanakan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan program pokok.

4. Petunjuk Pelaksanaan (*Method*)

Kebijakan merupakan cara untuk mencapai sasaran tahunan. Kebijakan mencakup pedoman, peraturan, dan juga prosedur yang ditetapkan untuk mendukung usaha pencapaian sasaran yang sudah dinyatakan. Adapun kebijakan dapat mempermudah penyelesaian masalah yang terjadi berulang kali. Kebijakan koordinasi di segala unit organisasi, dan juga mengurangi jumlah waktu yang digunakan oleh para manajer untuk membuat keputusan. Selain itu, kebijakan juga memperjelas pekerjaan apa yang harus dilakukan oleh siapa, David (Darmawan, 2016).

2.2.4.2 Proses

Proses dalam administrasi adalah langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini dikenal pula dengan nama fungsi administrasi (*function of administration*). Pada umumnya, proses dan/ataupun fungsi administrasi ini merupakan tanggung jawab pimpinan.

2.2.4.3 Keluaran (*Out put*)

Keluaran (*Out put*) adalah hasil dari suatu pekerjaan administrasi. Untuk administrasi kesehatan, keluaran tersebut dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*helath service*). Pada saat ini pelayanan kesehatan tersebut banyak macamnya dan secara umum dapat dibedakan atas 2 (dua) macam, yakni pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health servis*).

2.2.4.4 Sasaran

Sasaran adalah kepada siapa keluaran yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut, ditujukan. Untuk administrasi kesehatan sasaran yang dimaksud dibedakan atas 4 (empat) macam yakni perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target group*), ataupun bersifat sasaran tidak langsung (*indirect target group*).

2.2.4.5 Dampak (*Impact*)

Dampak (*impact*) adalah akibat yang ditimbulkan oleh keluaran. Dalam lingkup administrasi kesehatan, dampak yang diharapkan adalah semakin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat tersebut hanya akan dicapai apabila kebutuhan (*needs*) dan tuntutan

(*demans*), baik perseorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat akan kesehatan, pelayanan kedokteran, serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi. Kebutuhan dan tuntutan ini adalah sesuatu yang terdapat pada pihak pemakai jasa pelayanan kesehatan (*healt consumer*).

2.3 Penelitian Terdahulu

Penelitian dari jurnal (Ariani, N.N. dkk, 2017) yang berjudul *Implementation of quality function deployment to identify priority needs of customers and health providers of child-friendly community health centre*, dengan hasil: *“There were 16 and 13 expectations from customers and staff respectively. To ensure quality of a child-friendly health centre, several considerations for quality improvement are required. These include hospitality of health staff, short waiting time and on time services, effective medication services, effective communication strategy to explain patients’ condition, availability of safe and accurate diagnostic facilities for children, parent participation in medication planning, and comprehensive explanation on medication planning including its side effects. Clients demand a friendly health staff from Blahbatuh II Health Centre, both to the children and parent. This demand from clients is aligned with the health centre vision to provide friendly services. Friendly services mean that all staff are able to provide health services to patient that are polite, considerate, and respectfull”*.

Jurnal di atas menjelaskan bahwa ada 16 dan 13 harapan dari masing-masing pelanggan dan staf Puskesmas. Untuk memastikan kualitas pusat kesehatan ramah anak, beberapa pertimbangan untuk kualitas perlu perbaikan. Ini

termasuk keramahan staf kesehatan, waktu tunggu yang singkat dan layanan tepat waktu, layanan obat yang efektif, strategi komunikasi yang efektif untuk menjelaskan kondisi pasien, ketersediaan fasilitas diagnostik yang aman dan akurat untuk anak-anak, partisipasi orang tua dalam perencanaan pengobatan, dan penjelasan komprehensif tentang pengobatan perencanaan termasuk efek sampingnya. Klien menuntut staf kesehatan yang ramah dari Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Blahbatuh II, untuk anak dan orang tua. Permintaan dari klien ini sejalan dengan visi pusat kesehatan menyediakan layanan yang ramah. Layanan ramah artinya semua staf mampu memberikan kesehatan pelayanan kepada pasien yang sopan, perhatian, dan hormat.

Penelitian di atas menggambarkan bahwa pelayanan pusat kesehatan masyarakat yang ramah anak dituntut memberikan pelayanan dengan benar-benar ramah anak sesuai dengan apa yang telah diinisiasi oleh Puskesmas tersebut. Penelitian tersebut menjelaskan layanan yang ramah berarti semua staf mampu memberikan kesehatan pelayanan kepada pasien yang sopan, perhatian, dan hormat khususnya pada pasien anak. Oleh karena itu seperti halnya penelitian ini, peneliti akan melihat pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes. Apakah harapan pasien sudah tercapai mengenai pelayanan ramah anak tersebut, dimana pelayanan ramah anak yaitu pelayanan yang dalam menjalankan fungsinya berdasarkan 4 (empat) prinsip perlindungan anak, yakni non diskriminasi, mengedepankan kepentingan terbaik bagi anak, memberikan hak untuk hidup, kelangsungan hidup dan perkembangan, serta penghargaan terhadap pendapat anak.

Penelitian yang dilakukan oleh (Purwati, Sri. Dkk, 2017) dengan judul Kepuasan Ibu Pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Di UPTD Puskesmas Japah Kabupaten Blora yaitu studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 10 Ibu-ibu pengunjung poli Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) mendapatkan hasil bahwa 6 orang dari ibu-ibu pengunjung Poli KIA dan PONED mengeluhkan pelayanan yang diberikan oleh bidan sangat lamban dan kurang komunikasi, 2 orang mengeluhkan bidan selaku pemberi pelayanan kurang perhatian dengan pasien yang mereka hadapi, dan 2 orang mengatakan cukup puas dengan pelayanan di Poli KIA dan PONED. Baik atau tidaknya pelayanan dapat dilihat dari seberapa besar dimensi kualitas pelayanan melalui 5 prinsip (*Service Qualit*), seperti: *Tangible* (bukti fisik), *Reliability* (keandalan), *Responsiveness* (Daya Tanggap), *Assurance* (Jaminan), *Emphaty* (Empati). Populasi penelitian ini adalah ibu-ibu yang berkunjung di poli KIA dan PONED UPTD Puskesmas Japah pada bulan Maret 2016 sampai bulan Mei 2016. Dengan rata-rata kunjungan ibu hamil, ibu nifas dan KB sebanyak 60 perbulan dan kunjungan balita sehat maupun sakit sebanyak 50 perbulan. Sedangkan rata-rata kunjungan ibu bersalin sebanyak 5 orang perbulan. Jumlah sampel 100 ibu yang berkunjung di Poli KIA pada bulan Maret sampai Mei 2016. Teknik sampling yang digunakan *accidental sampling*.

Analisa dari hasil penelitian bahwa pengunjung di poli KIA UPTD Puskesmas Japah ada 34% mengalami ketidakpuasan karena pelayanan yang diterimanya. Pelayanan yang mereka dapatkan tidak sesuai dengan harapan, mereka berharap pelayanan yang cepat tanggap, ramah, dan transparan dalam

segala hal. Faktor yang menyebabkan ketidakpuasan dari 34% responden dengan pelayanan di Poli KIA UPTD Puskesmas Jajah, terutama dari segi pemberi layanan yang beraneka karakter. Dimana di setiap hari terdapat pergantian petugas layanan. Sebanyak 24% responden tidak puas dan kecewa terhadap cara bidan menanggapi keluhan dari responden.

Dari penelitian terdahulu yang dilakukan diatas, dapat dilihat bahwa faktor pelayanan yang cepat tanggap, ramah, dan transparan sangat diperlukan dalam pelayanan. Untuk itu seperti halnya penelitian ini, disini peneliti juga akan melakukan penelitian yang berhubungan dengan pelayanan Puskesmas, dimana pelayanan Puskesmas dapat dilihat dari bagaimana pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes melalui beberapa sampel Puskesmas yang peneliti ambil untuk mendapatkan hasil yang menggambarkan pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes.

Penelitian dari jurnal (Suparwati. Dkk, 2016) yang berjudul Analisis Pelaksanaan Sistem Pelayanan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Di Puskesmas Sitanggal Kabupaten Brebes, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 22 Puskesmas PONED, ada beberapa Puskesmas PONED yang kinerjanya masih rendah, hal ini dibuktikan dengan rendahnya angka kasus kegawatdaruratan yang dikelola oleh PONED. Penelitian ini ingin mengetahui bagaimana pelaksanaan sistem Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas Sitanggal Kabupaten Brebes. Hasilnya secara umum pelaksanaan sistem PONED di Puskesmas Sitanggal belum berjalan optimal dikarenakan masih terdapat beberapa kekurangan dalam pelaksanaan sistem. Artinya

Pelaksanaan Sistem Pelayanan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Di Puskesmas Sitanggal Kabupaten Brebes belum optimal.

Penelitian tersebut menunjukkan bahawa sistem pelayanan PONED yang dilakukan oleh 22 Puskesmas masih ada beberapa Puskesmas yang kinerjanya masih rendah. Artinya sistem tersebut belum optimal terlaksana di 22 Puskesmas yang telah melaksanakan sistem pelayanan PONED. Seperti halnya penelitian di atas, peneliti dalam penelitian ini juga ingin melihat pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes. Salah satu alasannya yaitu karena 38 Puskesmas yang ada di Kabupaten Brebes dinyatakan sebagai Puskesmas dengan pelayanan ramah anak oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes melalui surat keputusan yang dikeluarkan. Dalam hal ini penulis akan melihat bagaimana pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes, sehingga akan terlihat apakah pelaksanaannya sudah optimal atukah belum.

Penelitian yang dilakukan oleh (Adams, 2012) yang berjudul *New research, improved public health outcomes for children?* dengan hasil: *“The Strategic Review into Health Inequalities in England. One of the greatest challenges of having finite health services is how the available resource can be used most effectively to maximise health gain. MESCH is a programme which can reach all those families in need of additional services, No one queries the importance of promoting breast feeding as a public health measure and the WHO/UNICEF baby friendly initiative has provided a great impetus to working towards as near universal breast feeding as possible. In the UK there is also good evidence based guidance to support practitioners as they encourage mothers to*

breastfeed. However, even with such guidance, and access to appropriate training, there remains many discrepancies in the incidence of breastfeeding in different communities. where existing practices are not bringing about health improvement, The Powell and Appleton paper raises a very important issue with respect to safeguarding children, that is, how services are organised when vulnerable children are not brought to appointments. It advises that so called 'did not attend' appointments must be treated differently when they occur with children, as in fact the child 'was not brought', this is particularly significant in the case of vulnerable children. The reality of practice is that do not attend situations cause anxiety to health visitors/public”.

Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kurangnya pelayanan kunjungan kesehatan anak-anak (bagi anak-anak miskin), karena mempertimbangkan jika anak-anak datang ke pelayanan kesehatan akan lebih rentan tertular penyakit atau memperparah rasa sakit anak. Padahal di Inggris terdapat program MESCH yaitu program yang bisa menjangkau semua keluarga yang membutuhkan layanan tambahan. Tetapi program itu tidak berjalan dengan optimal. Selain kesehatan anak, WHO/UNICEF juga mempromosikan ASI sebagai alat kesehatan masyarakat dan inisiatif ramah bayi. WHO/UNICEF telah memberikan dorongan besar untuk bekerja menuju menyusui universal. Namun walaupun terdapat bimbingan dan pelatihan menyusui, masih banyak perbedaan dalam kejadian menyusui di setiap komunitas.

Relevansi penelitian di atas dengan penelitian ini yaitu bagaimana pelayanan kesehatan terhadap anak-anak. Hasil penelitian di atas yaitu masih

kurangnya kunjungan pelayanan kesehatan untuk anak-anak dan juga keberbedaan implementasi orang tua saat menyusui bayi, walaupun dari pemerintah sudah melakukan pelatihan. Disini terlihat bahwa pelayanan yang optimal terbukti sangat penting, setiap pasien menginginkan pelayanan yang ramah, baik, dan memuaskan.

Penelitian dari jurnal kebidanan yang ditulis oleh Kuswanto, dkk (2017) dengan judul Kepuasan Ibu Pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di UPTD Puskesmas Japah Kabupaten Blora menunjukkan hasil, pengunjung di poli KIA UPTD Puskesmas Japah ada 34% pasien mengalami ketidakpuasan karena pelayanan yang diterimanya. Pelayanan yang mereka dapatkan tidak sesuai dengan harapan, mereka berharap pelayanan yang cepat tanggap, ramah dan transparan dalam segala hal. Faktor yang menyebabkan ketidakpuasan dari 34% responden dengan pelayanan di Poli KIA UPTD Puskesmas Japah, terutama dari segi pemberi layanan yang beraneka karakter. Dimana di setiap hari terdapat pergantian petugas layanan. Sebanyak 24% responden tidak puas dan kecewa cara bidan menanggapi keluhan dari responden. Hasil penelitian sebanyak 28% responden mempersepsikan bukti fisik yang tidak baik, disebabkan oleh beberapa faktor yaitu ada 55% responden yang mempersepsikan bahwa setelah dipakai alat-alat tidak ditata dengan rapi kembali dan alat-alat tersebut berserakan di meja tempat periksa. Kerapian yang kurang menyebabkan tempat periksa menjadi tidak nyaman dan terkesan *amburadul*. Mengenai kelengkapan bidan dalam penggunaan alat, ada 50% responden yang mempersepsikan bahwa bidan tidak memakai peralatan dengan lengkap pada waktu memeriksa pasien. Dalam

penegakan diagnosa harus dilakukan pemeriksaan dengan lengkap memakai alat-alat yang sesuai standar. Jika pemeriksaan tidak memakai alat-alat dengan baik diagnosa yang ditegakkan kurang bisa dipertanggungjawabkan. Responden juga mempersepsikan bahwa proses pendaftaran sulit dan rumit yaitu sebanyak 20%, pada dasarnya pendaftaran tidak rumit dan sulit, namun pada proses pendaftaran memang harus sesuai dengan prosedur.

Penelitian tersebut menunjukkan bahawa sistem pelayanan sangat penting. Pasien selalu berharap mendapatkan pelayanan yang cepat tanggap, ramah dan transparan dalam segala hal. Tidak hanya itu, kelengkapan bidan dalam penggunaan alat-alat untuk pemeriksaan pun diperhatikan oleh pasien sehingga pasien dapat menilai pelayanan di sebuah layanan kesehatan. Selaras dengan penelitian yang akan peneliti lakukan. Penelitian ini akan melihat bagaimana proses pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes. Pelayanan yang ramah tentunya menjadi unggulan dalam Puskesmas Ramah Anak sesuai dengan inisiasi nama yang digalakan.

Penelitian dari jurnal yang dilakukan oleh Wijaya (2012) dengan judul Evaluasi Persiapan Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Brebes, menunjukkan hasil bahwa Puskesmas PONED di Kabupaten Brebes yang ditunjuk langsung oleh DKK, terdapat 18 Puskesmas PONED dan hanya 5 Puskesmas yang aktif dalam pelaksanaan sistem PONED. Sosialisasi Puskesmas PONED oleh DKK sudah dilakukan, materi dan tujuan sosialisasi sudah diterima oleh sasaran dengan baik. Tidak terdapat tim persiapan pembentukan Puskesmas PONED oleh DKK, kriteria Puskesmas PONED belum

semuanya menjadi dasar penunjukan Puskesmas PONED dan langkah-langkah pengembangan Puskesmas PONED belum dilakukan semua oleh DKK. Tidak terdapat kesepakatan antara DKK dan Puskesmas dan tidak terdapat SK khusus Puskesmas PONED. Persiapan Puskesmas terpilih untuk pelayanan PONED meliputi persiapan sarana prasarana dan SDM secara bertahap serta pengajuan kebutuhan PONED oleh DKK. Sumber dana Puskesmas PONED belum mencukupi dan sedikit lama turun. Penggerakan yang dilakukan DKK yaitu pembinaan dan pengawasan, pertemuan, pembuatan SK, pembagian tugas dan wewenang, inventarisir, pemenuhan kebutuhan Puskesmas, dan supervisi semua kinerja Puskesmas bersama program lain. Belum ada supervisi khusus Puskesmas PONED, tidak ada peresmian Puskesmas menjadi Puskesmas PONED di Kabupaten Brebes.

Penelitian di atas menunjukkan bahwa pelaksanaan suatu program atau kebijakan yang digalakan disuatu wilayah seperti halnya sistem Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) atau pun seperti pada penelitian ini yaitu adanya Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes harus memiliki manajemen perencanaan yang baik. Semua pihak harus bekerja sama sama lain agar terwujudnya tujuan yang ingin dicapai. Penelitian di atas menyebutkan bahwa dari 18 (delapan belas) Puskesmas PONED yang ada di Kabupaten Brebes, hanya 5 Puskesmas yang aktif dalam pelaksanaan sistem PONED tersebut. Begitu juga dalam penelitian yang akan peneliti lakukan dengan judul Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes, apakah seluruh Puskesmas yang terdapat di Kabupaten Brebes 38 (tiga puluh delapan) Puskesmas yang tercantum

dalam SK Puskesmas dengan Pelayanan Ramah Anak telah seluruhnya menginisiasi Puskesmas dengan Pelayanan Ramah Anak.

Penelitian selanjutnya yaitu berjudul Evaluasi Kualitas Pelayanan Antenatal di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang yang ditulis oleh Qodriyah (2016) dan selaras dengan penelitian dengan judul Analisis Pelaksanaan Program Antenatal Terpadu di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang, ditulis oleh Amran (2016) dengan hasil, evaluasi kualitas pelayanan antenatal yang ada di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang terkait tenaga kesehatan yakni bidan belum memenuhi standar dilihat dari jumlahnya. Terdapat 2 (dua) bidan yang bertugas di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang, sedangkan terdapat 3 (tiga) bidan di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. Idealnya berdasarkan Permenkes RI Nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, jumlah bidan untuk Puskesmas non rawat inap di daerah perkotaan adalah 4 orang. Selain itu di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang terdapat kendala dalam segi proses, yaitu proses temu wicara atau pemberian konseling secara efektif. Hal tersebut dikarenakan keterbatasan jumlah tenaga sehingga waktu pemberian konseling sangat terbatas.

Relevansi penelitian di atas dengan penelitian ini adalah pada penelitian ini juga terdapat indikator Puskesmas Ramah Anak yang salah satu di dalamnya harus terdapat ruang pelayanan dan konseling bagi anak, yaitu tempat dimana kegiatan pelayanan kesehatan (pemeriksaan dan pengobatan) dan konseling oleh tenaga kesehatan. Melihat penelitian yang dilakukan oleh Qodriyah (2016) yang menyebutkan belum berjalannya efektivitas konseling atau temu wicara di

Puskesmas Ngempak Simongan Kota Semarang, peneliti juga ingin melihat apakah pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes sudah sesuai dengan indikator Puskesmas dengan Pelayanan Ramah Anak.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Utami (2016) dengan judul Analisis Kinerja Petugas Rekam Medis Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Ungaran menunjukkan hasil yaitu berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) rekam medis belum dikatakan baik karena prosedur pengembalian rekam medis yang tidak lengkap pada bagian *assembling* di instansi rekam medis RSUD Ungaran. Selain itu Kinerja petugas RM belum melaksanakan kegiatan berdasarkan standar indikator waktu yang telah ditetapkan.

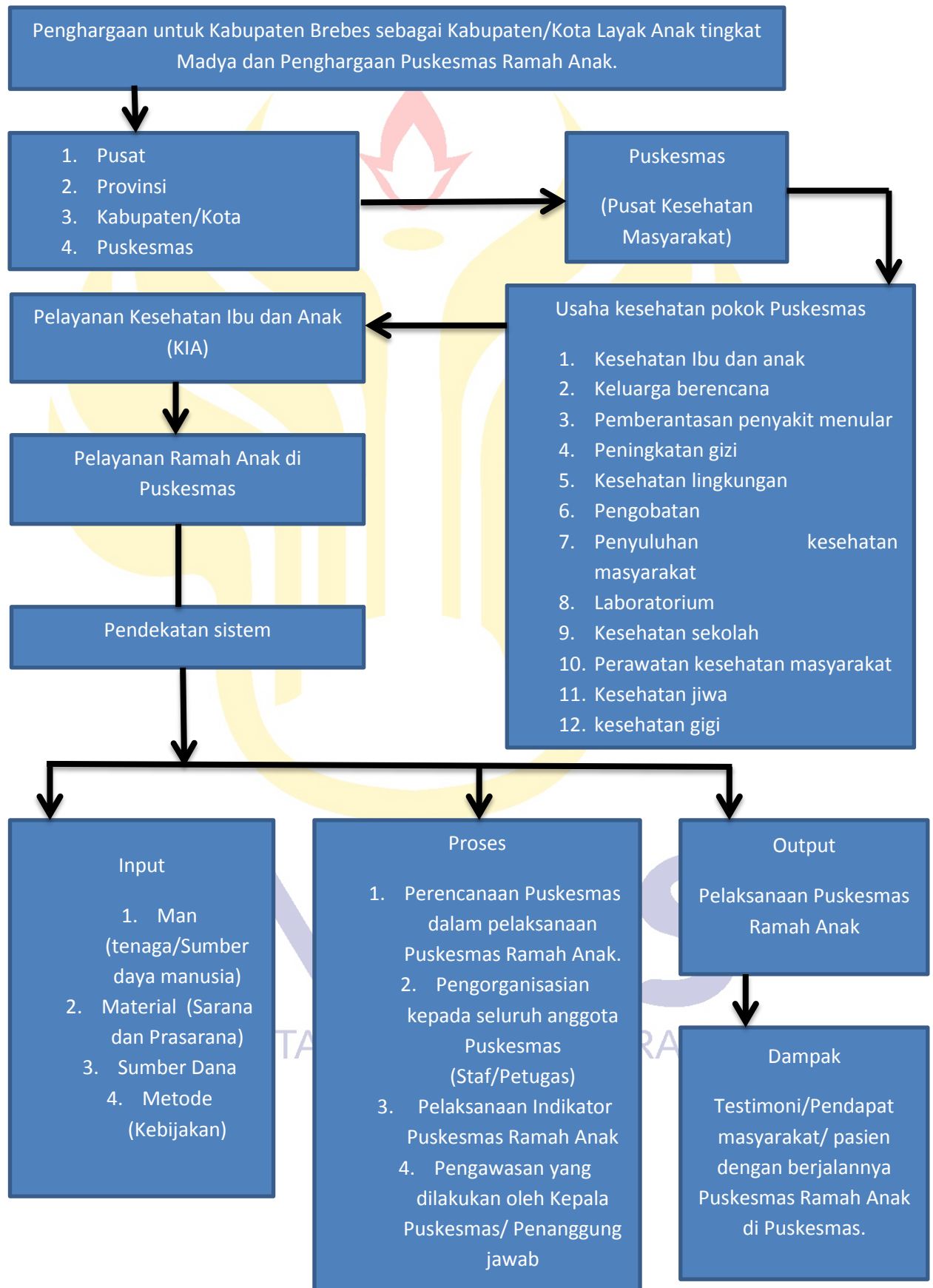
Penelitian di atas menunjukkan pada sebuah instansi baik itu RSUD maupun Puskesmas, terdapat sebuah SOP dan juga standar dari sebuah indikator yang menjadi tolak ukur keberhasilan. Dalam penelitian ini peneliti ingin melihat Pelaksanaan Puskesmas Ramah anak di Kabupaten Brebes apakah sudah memenuhi standar indikator yang telah ditetapkan dan juga apakah Puskesmas membuat SOP untuk Pelaksanaan Puskesmas Ramah Anak di Kabupaten Brebes.

2.4 Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan teori pendekatan sistem. Maurdick (Amran, 2016) mendefinisikan sistem sebagai seperangkat elemen yang digabungkan satu dengan yang lainnya untuk suatu tujuan bersama. Menurut Load (Amran, 2016), mendefinisikan sistem sebagai kelompok elemen-elemen yang terintegrasi dengan maksud yang sama untuk

mencapai tujuan. Pendekatan sistem adalah penerapan dari cara berpikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah keadaan yang dihadapi.

Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Apabila salah satu bagian sub sistem tidak berjalan dengan baik, maka akan mempengaruhi bagian yang lain. Pendekatan sistem akan mengkaji berjalannya suatu sistem dengan cara mengelompokkan sesuai dengan komponen sistem, yang terdiri dari: masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*output*), dan dampak (*inpact*). Keterkaitan komponen-komponen tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan dan dilakukan analisis pembahasan, maka dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan Puskesmas ramah anak di Kabupaten Brebes:

1. Sumber Daya Manusi (SDM)

Sumber daya manusia meliputi seluruh karyawan Puskesmas. Pemeriksaan pasien dilakukan oleh dokter, bidan dan perawat. Tim medis di Puskesmas telah mengikuti pelatihan Konvensi Hak Anak (KHA).

2. Sarana, Prasarana dan Lingkungan

Sarana dan prasarana yang ada di puskesmas Brebes, Ketanggungan, dan Bumiayu telah sesuai dengan indikator Puskesmas ramah anak.

3. Pelayanan

Pelayanan dilakukan oleh seluruh karyawan Puskesmas dan Tim medis seperti dokter, bidan, dan perawat. Pelayanan diberikan kepada anak, ibu dan seluruh masyarakat tanpa terkecuali sebagai peningkatan derajat kesehatan. Melalui program Puskesmas di luar gedung seperti penyuluhan kesehatan dan posyandu dapat meminimalisasi adanya kasus kekerasan terhadap anak dan dapat mendeteksi lebih dini adanya kasus-kasus kekerasan yang terjadi kepada anak.

4. Pengelolaan

Puskesmas Brebes, Ketanggungan dan Bumiayu telah melakukan pengelolaan Puskesmas dengan mempertimbangkan kepentingan terbaik bagi anak, hak untuk

hidup, kelangsungan hidup dan perkembangan, serta penghargaan terhadap pendapat anak.

5. Partisipasi Anak

Puskesmas Brebes, Ketanggungan, dan Bumiayu melakukan kerja sama dengan lintas sektor. Anak sekolah dilibatkan dalam kegiatan konseling yang ada di Puskesmas. Tersedia ruang konseling untuk anak adalah upaya kerjasama antara Puskesmas dengan lembaga sekolah untuk meminimalisasi kasus kekerasan terhadap anak.

6. Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas telah melakukan kerjasama dan pemberdayaan masyarakat melalui program posyandu dan Manajemen Terpadu Balita Sakit yang sudah dikembangkan di Masyarakat (MTBSM).

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang dilakukan oleh peneliti, maka peneliti mengemukakan saran-saran sebagai berikut:

5.2.1 Bagi Puskesmas

1. Diharapkan Puskesmas memberi tanda larangan untuk membawa pulang alat main yang tersedia di ruang bermain anak.
2. Puskesmas diharapkan tidak membatasi jumlah pengunjung atau pasien yang datang ke Puskesmas.
3. Marka jalan diharapkan lebih jelas lagi dikarenakan masih banyak pasien yang kebingungan mencari ruangan bagi Puskesmas rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, Cheryll. 2012. "New research, improved public health outcomes for children?". *Research in Nursing*. Vol 17 (2) : 100-104.
- Alamsyah, Dedi. Dkk. 2013. *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Al-Assaf, A. (Ed). 2009. *Mutu Pelayanan Kesehatan : Perspektif Internasional*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Amran, Niken. 2016. "Analisis Kinerja Petugas Rekam Medis Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Ungaran". Skripsi. Universitas Negeri Semarang.
- Ardiyanti, Ifrita. 2016. "Persepsi Guru Pada Layanan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Di Taman Kanak-Kanak". Proposal Skripsi. Universitas Negeri Semarang.
- Ariani, N.N. Dkk. 2017. "Implementation of quality function deployment to identify priority needs of customers and health providers of child-friendly community health centre". *Public Health and Preventive Medicine Archive*. Vol 5 (1) : 12-16.
- Arifin, M. Dkk. 2012. *Manajemen Saranana dan Prasarana Sekolah*. Jogjakarta: Ar-Ruz Media.
- Arifin, Syamsul. 2016. "Kota Layak Anak Berbasis Kesehatan". *Berkala Kedokteran*. Volume 12 (1) : 121.
- Buchbinder, Sharon. B. 2014. *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Darmawan, Ede Surya. Dkk. 2016. *Administrasi Kesehatan Masyarakat: Teori dan Praktik*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 1999.
- Detiknews. 2017. *Kekerasan Anak di Kampung TKI di Brebes Tinggi*. <https://m.detik.com/news/berita-jawa-tengah/d-357213>. (Diunduh pada 9 mei 2018).
- Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. 2016. *Data Dasar Puskesmas Tahun 2016*.
- Dinas Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*.
----- . *Profil Kesehatan Kabupaten Brebes tahun 2016*.
- DinkesBrebeskab. 2017. *Brebes Raih Penghargaan Kabupaten/Kota Layak Anak Dan Puskesmas Ramah Anak Tahun 2017* .dinkes.brebeskab.id. (Diunduh pada 20 Desember 2017).
- DP3KB (Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana) Kabupaten Brebes. 2016. *Indikator Puskesmas Ramah Anak*.
- DP3KB. 2015. *Brebes Fokuskan 6 Prioritas Program Tumbuh Kembang Anak*. http://www.kla.or.id/index.php?option=com_content&view=article&i

- d=2838:brebes-fokuskan-6-prioritas-program-tumbuh-kembang-anak&catid=110:brebes&Itemid=133. (Diunduh pada 17 april 2017).
- El-Khuluqo, Ihsan. 2015. *Manajemen PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Fathoni, Abdurrahmat. 2006. *Organisasi dan Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Fitri, Nurdeni Mai. 2012. “Studi Deskriptif Efektifitas Pola Asuh Orang Tua Terhadap Perkembangan Sosial Anak Usia Dini Di Taman Kanak-Kanak Pembina Painan”. *Pesona PAUD*. Volume 1 (1).
- Kartini, Wiati. 2017. “Pengaruh Pelaksanaan Kebijakan Tentang Puskesmas dan Dukungan Sarana Prasarana Terhadap Manajemen Pelayanan Kesehatan untuk Meningkatkan Produktivitas Kerja”. *Jurnal Publik*. Volume 11 (02) : 147.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI Tentang Tujuan Kabupaten/Kota layak Anak (KLA).
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/MENKES/ SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes Nomor 026/3957 Tahun 2015 Tentang Puskesmas Dengan Pelayanan Ramah Anak (PPRA) di Kabupaten Brebes.
- KLA. <http://www.kla.id/puskesmas-bontoa-kabupaten-maros-inovator-pra-di-sul-sel/>. (Diunduh pada 17 April 2017).
- Komnas PA. 2015. *Kekerasan Anak Tertinggi Selama 5 Tahun Terakhir*. <http://news.liputan6.com/read/2396014/komnas-pa-2015-kekerasan-anak-tertinggi-selama-5-tahun-terakhir>. (Diunduh pada 20 Desember 2017).
- Kuswanto, Dkk. (2017). “Kepuasan Ibu Pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di UPTD Puskesmas Japah Kabupaten Blora”. *Jurnal Kebidanan*. Volume 6 (13): hal 42-48.
- Mahendra, Gerry.K. 2017. “Analisis Implementasi Kebijakan Kota Layak Anak Bidang Kesehatan Ramah Anak”. *Health Studies*. Volume 1 (2): hal 96-97.
- Mandagi, Chreisy.K.F. dkk. 2017. “Analisis Penempatan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas Kolongan Kabupaten Minahasa Utara”. *Kesehatan Masyarakat*.
- Metrotvnews. 2015. *Brebes Mendapat Penghargaan KLA Madya dari Presiden RI*. <file:///D:/matei%20kuliah/semester%206/SEMINAR/data%20brebes%20KLA/Brebes%20Mendapat%20Penghargaan%20KLA%20Madya%20Dari%20Presiden%20RI%20-%20suara%20rakyat.htm>. (Diunduh pada 17 April 2017).
- Mooney, Kelly. Dkk. 2014. “Well-Child Care Clinical Practice Redesign at a Community Health Center: Provider and Staff Perspectives”. *Primary Care and Community Health*. Volume 5 (1): hal 20.
- Mubarak, Wahit Iqbal. 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi dalam Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Muninjaya, A.A.G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Musfah, Jejen. 2015. *Manajemen Pendidikan*. Jakarta: Kencana.
- Nantabah, Zainul. dkk. 2012. “Ketersediaan dan Kelayakan Ruangan Pelayanan Puskesmas Berdasarkan Topografi, Demografi, dan Geografi di Indonesia”. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Volume 15 (2) : 409.
- Ngadri. 2017. *Menteri PPPA Hadiri Deklarasi Layak Anak Di Kalbar*. <https://www.deliknews.com/2017/03/22/menteri-pppa-hadiri-deklarasi-layak-anak-di-kalbar/>. (Diunduh pada 28 April 2017).
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Panduan Model Pengembangan Pelayanan Ramah Anak di Puskesmas. 2016. Yogyakarta.
- Pangemanan, J.N. dkk. 2014. “Analisis Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Minahasa Tenggara”. *Suplemen*. Volume 4 (4) : 626-630.
- Peraturan Daerah Kabupaten Brebes Nomor 004 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Perlindungan Anak.
- , 2 Tahun 2011 Tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten Brebes Tahun 2010 – 2030.
- Perturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.
- , 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
- , 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- , 80 Tahun 2016 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Asisten Tenaga Kesehatan.
- Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2011 Tentang Kebijakan Pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak.
- Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2011 Tentang Panduan Pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak.
- Pidarta, Made. 2004. *Manajemen Pendidikan Indonesia*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Prasetyawati, A.E. 2012. *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purwandari, Atik. 2011. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dalam Konteks Kebidanan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Purwati, Sri. Dkk. 2017. “Kepuasan Ibu Pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Di UPTD Puskesmas Japah Kabupaten Blora”. *Kebidanan*. Volume 6 (13) hal: 41-41.
- Qodriyah, Lailatul. 2016. “Evaluasi Kualitas Pelayanan Antenatal di Puskesmas Ngemplak Simongan Kota Semarang”. Sripsi. Universitas Negeri Semarang.

- Rahmawati, Ati. 2017. "Manajemen Penyelenggaraan Pementasan Anak Di PAUD Inklusi (Studi Di Lembaga PAUD Kota Semarang)". Proposal Skripsi. Universitas Negeri Semarang.
- Rakhmawati, Windy. 2009. *Pengawasan dan Pengendalian dalam Pelayanan Keperawatan (Supervisi, manajemen Mutu dan Resiko*. Kuningan: Jaya.
- Restila, Ridha. dkk. 2017. "Analisis Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan". *Kesehatan Melayu*. Hal 15.
- Ristiani, Ida Yunari. 2017. "Pengaruh Sarana Prasarana dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien (Studi Pada Pasien Rawat Jalan Unit Poliklinik IPDN Jatinangor)". *Coopetition*. Volume 8 (2) :157.
- Rudi, Halim. 2013. *Brebes Mendapat Penghargaan Kota Layak Anak*. http://www.kla.or.id/index.php?option=com_content&view=article&id=2838:brebes-fokuskan-6-prioritas-program-tumbuh-kembang-anak&catid=110:brebes&Itemid=140. (Diunduh pada 15 April 2017).
- Satrianegara, M Fais. Dkk. 2009. *Buku Ajar Organsasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sjaaf, Amal. C. Dkk. 2016. *Administrasi Kesehatan Masyarakat Teori dan Praktek*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Simorangkir, Lindawati. dkk. 2018. "Penerapan UKS dengan PHBS di Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Batu Kabupaten Deli Serdang". *Kesehatan Lingkungan Indonesia*. Volume 17 (1) : 17.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung : Alfabeta.
- Sunardi. 2016. "Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Batuah Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara". *Ilmu Administrasi Negara*. Volume 4 (1) : 2477 – 2478.
- Suparwati, Anneke. Dkk. 2016. "Analisis Pelaksanaan Sistem Pelayanan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Di Puskesmas Sitanggal Kabupaten Brebes". *Kesehatan Masyarakat*. Volume 4 (4) hal : 155-160.
- Suratman. dkk. 2013. "Peran Kader Dalam Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak". *Kesehatan Masyarakat*. Volume 8 (2) : 103.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
-----, 25 Tahun 2000 Tentang Program
Pembangunan Nasional (PROPENAS) Tahun 2000-2004.
-----, 35 Tahun 2014 Tentang
Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang
Perlindungan Anak.
- Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 1945, pasal 28 H.
- Utami, Novita Priyanti. 2016. "Analisis Kinerja Petugas Rekam Medis Pada Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Ungaran". Skripsi. Universitas Negeri Semarang.
- Wijaya, Karya. 2012. "Evaluasi Persiapan Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Kabupaten Brebes". *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Volume 1 (2) : 9-10.

- Yuliani, Sri. dkk. 2017. "Partisipasi Forum Anak dalam Implementasi Kebijakan Kelurahan Layak Anak di Kota Surakarta (Studi Tentang Partisipasi Forum Anak Jebres di Kelurahan Jebres)". *Wacana Publik*. Volume 1 (1) : 48.
- Zuhdi, Zerlinda.S. dkk. 2016. *Analisis Implementasi Puskesmas Ramah Anak Sebagai Bagian dari Program kabupaten/Kota Layak Anak di Kota Bogor oleh Kelompok 3 Ekstensi Adm Negara 2015*. <file:///C:/Users/SAMSUNG/Documents/dara.aisyah's%20blog%20-%20Analisis%20Implementasi%20Puskesmas%20Ramah%20Anak%20Sebagai%20Bagian%20dari%20Program%20Kabupaten%20Kota%20Layak%20Anak%20di%20Kota%20Bogor%20oleh%20Kelompok%203%20Ekstensi%20Adm%20Negara%202015.htm>. (Diunduh pada 1 April 2017).



UNNES

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG