

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 1 angka 1 menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Berdasarkan Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 24 ayat (2) menjelaskan bahwa Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar, 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medik, 8 (delapan) pelayanan medik spesialis lainnya dan 2 (dua) pelayanan medik subspecialis dasar.

2.1.2 Sistem Rujukan Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Kesehatan Perorangan, pasal 3 menjelaskan bahwa Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara balik baik vertikal maupun horizontal.

Rujukan horizontal dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap. Rujukan

vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi, apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.

Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Dalam meningkatkan pemerataan efektifitas pelayanan kesehatan, rujukan dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.

Berdasarkan penelitian sebelumnya di rumah sakit yang sama oleh (Tri Sulistyaningsih, 2018) terkait rujukan pada tahun 2013-2017 menjelaskan bahwa pelayanan bedah, pelayanan anak, pelayanan mata dan pelayanan paru jumlah yang dirujuk keluar RSUD lebih banyak dibanding yang masuk RSUD. Hal ini menurut prediksi peneliti sebelumnya disebabkan karena ketersediaan fasilitas RSUD dalam menangani kasus-kasus tersebut kurang, sehingga perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit yang memiliki fasilitas lebih lengkap. Sedangkan pada kasus lainnya seperti Penyakit Dalam, THT, Gigi dan mulut dan radiologi menunjukkan trend meningkat, hal ini menurut prediksi peneliti sebelumnya menunjukkan bahwa kemampuan RSUD dalam menangani kasus-kasus rujukan sudah selesai dengan

standart. Alat kasus kesehatan yang digunakan pelayanan sesuai kebutuhan penyakit yang dirujuk sehingga tidak perlu melakukan rujukan keluar RSUD untuk menangani kasus-kasus tersebut. Hal-hal tersebutlah dapat mempengaruhi utilisasi rawat inap.

2.1.3 Epidemiologi Penyakit dan Jenis Penyakit

Epidemiologi penyakit adalah kesehatan dan pola penyakit serta faktor yang terkait di tingkat populasi. Epidemiologi ini digunakan untuk mengetahui trend penyakit yang ada sehingga saat terjadi KLB (Kejadian Luar Biasa) dapat mempersiapkan pelayanan untuk menangani kasus tersebut.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1501/Menkes/Per/X/2010 tentang jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangan. Pada pasal 4 ayat (1) menjelaskan bahwa:

a. Jenis penyakit tertentu yang dapat menimbulkan wabah adalah :

- | | | |
|--------------------------|------------------|----------------|
| 1) Kholera | 7) Campak | 14) Pertusis |
| 2) Demam Kuning | 8) Difteri | 15) Malaria |
| 3) Tifus bercak wabah | 9) Rabies | 16) Hepatitis |
| 4) Pes | 10) Influenza | 17) Meningitis |
| 5) Demam bolak balik | 11) Tifus Perut | 18) Antrax |
| 6) Demam Berdarah Dengue | 12) Encephalitis | |
| 7) Campak | 13) Polio | |

b. Pasal 4 ayat (2)

Penyakit lain yang dapat menimbulkan wabah yang belum ditetapkan dalam peraturan ini akan ditetapkan kemudian oleh Menteri Kesehatan.

Berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu tertentu dapat mempengaruhi jumlah kunjungan rawat jalan maupun rawat inap.

2.1.4 Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*) adalah bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap. Pelayanan rawat jalan yang diberikan unit pelaksanaan fungsional rawat inap terdiri dari poliklinik umum dan poliklinik spesialis serta gawat darurat. Pola pasien yang masuk rumah sakit berdasarkan karakteristik pasien rawat jalan dan darurat. Dimana berdasarkan pada hasil penelitian sebelumnya (Tri Sulistyaningsih, 2018) jumlah pasien rawat jalan yang MRS (Masuk Rumah Sakit) sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Pola Tindak Lanjut Perawatan dari Rawat Jalan Tahun 2013-2017

No	Tahun	Jumlah Pasien Rawat Jalan yang MRS	Jumlah Pasien	Pola (%)
1	2013	5979	118,916	5%
2	2014	6193	119,109	5%
3	2015	7684	137,513	6%
4	2016	7996	158,118	5%
5	2017	8401	167,751	5%
	Rata-Rata	7250.6	140,281	5%
	Jumlah	36253	701407	5%

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Dr. R Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro Tahun 2013-2017

Berdasarkan penelitian sebelumnya pada rumah sakit yang sama oleh (Tri Sulistyaningsih, 2018) data tersebut menjelaskan bahwa pasien rawat jalan yang membutuhkan tindak lanjut perawatan atau MRS menurut pola diatas menunjukkan

angka 5%. Angka tersebut menunjukkan bahwa prosentase pasien dalam kurun waktu 5 tahun yaitu pada tahun 2013-2017.

2.1.5 Pelayanan Rawat Darurat

Pelayanan gawat darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/ Menkes/SK/IX/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit. Dimana pelayanan Instalasi gawat darurat rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu secara efektif dan efisien.

Pasien rawat darurat berdasarkan penelitian sebelumnya (Tri Sulistyaningsih,2018) terkait Pola dan Trend Kunjungan dari Rawat Darurat Tahun2013-2017, sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Pola Tindak Lanjut Perawatan dari Rawat Darurat Tahun 2013-2017

No	Tindak Lanjut Perawatan	Jumlah Pasien/Tahun					Rata-Rata	Presentase
		2013	2014	2015	2016	2017		
1	MRS	10568	9673	10044	10546	10884	8,814	70%
2	Di Rujuk Ke RS Lain	4	2	1	0	1	2	-38%
3	Pulang	3421	3916	4961	5197	3995	4,298	-7%
4	Meninggal	166	132	172	121	115	141	-19%
Jumlah		14159	13723	15178	15864	14995	14,784	1%

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Dr. R Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro Tahun 2013-2017.

Dari hasil penelitian (Tri Sulistyaningsih,2018) menjelaskan kebutuhan tindak lanjut perawatan pasien dari gawat darurat sebanyak 70%. Dari hasil tersebut dapat mempengaruhi utilisasi rawat inap.

2.1.6 Pelayanan Rawat Inap

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560/MENKES/SK/IV/2003 Tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit, sebagaimana dimaksud dalam pasal 1 bahwa Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit.

Pelayanan rawat inap merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan secara komprehensif untuk membantu menyelesaikan masalah yang dialami oleh pasien, dimana unit rawat inap merupakan salah satu *renew center* rumah sakit sehingga tingkat kepuasan pelanggan atau pasien bisa dipakai sebagai salah satu indikator mutu pelayanan. Arus pelayanan pasien rawat inap dimulai dari pelayanan pasien masuk di bagian penerimaan pasien, pelayanan ruang perawat (pelayanan tenaga medis, pelayanan tenaga perawat, lingkungan langsung, penyediaan peralatan medis/ non medis, pelayanan makanan/ gizi), dilanjutkan pelayanan administrasi dan keuangan, terakhir pelayanan pasien pulang (Azwar A.,1996).

Unit rawat inap memiliki peran penting dalam pengelolaan rumah sakit, dikarenakan sebagian besar pendapatan yang dihasilkan oleh rumah sakit berasal dari pelayanan yang diberikan oleh unit rawat inap.

Hal ini dikarenakan fungsi rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan banyak ditentukan oleh pelayanan di unit rawat inap. Proses pengelolaan unit rawat inap, salah satu aspek yang perlu diperhatikan adalah pengelolaan tempat tidur pasien. Pengelolaan tempat tidur pasien membutuhkan perhatian besar dari

manajer rumah sakit, seorang manajer rumah sakit perlu mengevaluasi efisiensi penggunaan tempat tidur untuk masing-masing kelas unit rawat inap.

Kelas unit rawat inap dibagi menjadi kelas-kelas pelayanan berdasarkan kebutuhan masyarakat yang memerlukan sesuai dengan kemampuan mereka membayar fasilitas yang lebih baik. Berikut ini tipe ruang rawat inap berdasarkan Pedoman Teknis Direktorat Bina Upaya Kesehatan Tahun 2012, terdiri dari :

- a) Ruang rawat inap 1 tempat tidur setiap kamar (VIP)
- b) Ruang rawat inap 2 tempat tidur setiap kamar (Kelas 1)
- c) Ruang rawat inap 4 tempat tidur setiap kamar (Kelas 2)
- d) Ruang rawat inap 6 tempat tidur atau lebih setiap kamar (kelas 3)

Pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud dalam permenkes No.56 Tahun 2014 tentang Klarifikasi dan perizinan rumah sakit. Pada permenkes tersebut dinyatakan bahwa untuk rumah sakit tipe B jumlah TT minimal harus 200 TT dengan komposisi kelas III minimal 30% dari total TT rumah sakit, dan TT pada perawatan intensif minimal 5 % dari total TT RS, sedangkan pada komposisi TT Kelas II, I, atau VIP/VVIP tidak diatur (sesuai kebutuhan)

Dalam pelayanan rawat inap untuk mengukur kinerja pelayanan rumah sakit, melalui berikut ini :

2.4.3.1 Utilisasi Rawat Inap

Utilisasi pelayanan kesehatan merupakan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan baik dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, kunjungan rumah sakit oleh tenaga kesehatan maupun dalam bentuk kegiatan lain dari

pemanfaatan pelayanan kesehatan. Utilisasi kapasitas adalah rasio dari kapasitas yang sebenarnya digunakan dengan kapasitas total yang tersedia.

Utilisasi rawat inap menggambarkan indikator tingkat efisiensi dan efektifitas mutu pengelolaan pelayanan rawat inap. Indikator-indikator yang dimaksud sebagai berikut:

a. BOR (*Bed Occupancy Rate*)

Indikator BOR (*Bed Occupancy Rate*) yaitu indikator yang memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat penggunaan tempat tidur rumah sakit atau persentase penggunaan tempat tidur. Adapun standar internasional untuk nilai BOR yakni 75-85% dan standar yang ditetapkan oleh Depkes RI,2005 adalah sebesar 60-85%. Nilai standar tersebut merupakan nasional standar, yang berlaku untuk seluruh rumah sakit dan seluruh indonesia dengan variasi kelas rumah sakit yang berbeda-beda, sedangkan standar lokal nilai rata-rata dari angka absolut selama 3 tahun. Bila angka BOR misalnya berada di bawah 60%, artinya tidak efisien tetapi efektif karena jumlah pasien kecil sehingga kontak time antara petugas dengan pasien lebih inten. Disisi lain, semakin rendah BOR berarti semakin sedikit TT yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan dengan TT yang telah disediakan. Jumlah pasien yang sedikit ini bisa menimbulkan kesulitan pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit. Sedangkan angka BOR yang melebihi rasio 85% artinya efisien tetapi tidak efektif. Menurut (Sudra, 2010:44) semakin tinggi nilai BOR berarti semakin tinggi pula penggunaan tempat tidur yang tersedia untuk perawatan pasien. Namun perlu diperhatikan pula bahwa semakin banyak pasien yang dilayani berarti semakin sibuk dan semakin berat pula beban kerja petugas kesehatan di unit

tersebut. Akibatnya pasien kurang mendapat perhatian yang dibutuhkan dan kemungkinan infeksi nosokomial juga meningkat. Pada akhirnya, peningkatan BOR yang terlalu tinggi ini justru menurunkan kualitas kinerja tim medis dan menurunkan kepuasan serta keselamatan pasien.

Dengan memperhatikan hal-hal tersebut diatas maka perlu adanya suatu ideal yang menyeimbangkan kualitas medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien dan aspek pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit. Disebut efektif dan efisien apabila rasio pemakaian atau penggunaan tempat tidur oleh pasien hasilnya sekitar 60-85%.

(1) Perhitungan BOR ketika adanya perubahan jumlah tempat tidur

Dengan adanya penambahan ataupun pengurangan ini maka akan mempengaruhi perhitungan BOR (*Bed Occupancy Rate*). Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit adalah antara 60%-85% . Berdasarkan rumus kepmenkes No. 129

Tahun 2008 bahwa rumus BOR yaitu sebagai berikut:

$$\text{Rumus BOR} = \frac{(\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit})}{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam 1 periode})} \times 100\%$$

Jika terjadi perubahan penambahan ataupun pengurangan jumlah tempat tidur dalam periode perhitungan BOR, maka BOR dapat dihitung dengan cara berikut ini:

Rumus BOR Penambahan Tempat Tidur

$$\frac{(\text{Jumlah hari perawatan})}{\left(\frac{\text{jumlah TT}}{\text{periode}} \times \frac{\text{jumlah hari}}{\text{periode}} \right) + \left(\frac{\text{jumlah TT}}{\text{Setelah penambahan}} \times \frac{\text{jumlah TT}}{\text{setelah penambahan}} \right)} \times 100\%$$

✚ Rumus BOR Pengurangan Tempat Tidur

$$\frac{\text{(Jumlah hari perawatan)}}{\left(\frac{\text{jumlah TT}}{\text{periode}} \times \frac{\text{jumlah hari}}{\text{periode}} \right) + \left(\frac{\text{jumlah TT}}{\text{Setelah pengurangan}} \times \frac{\text{jumlah TT}}{\text{setelah pengurangan}} \right)} \times 100\%$$

Rumus tersebut digunakan ketika terjadi perubahan kapasitas tempat tidur di ruang perawatan maupun kelas perawatan, sehingga dapat meminimalisir hasil capaian BOR yang Irrasional.

b. TOI (*Turn Over Interval*)

TOI (*Turn Over Interval*) menunjukkan rata-rata jumlah hari sebuah tempat tidur tidak ditempati pasien, hari kosong ini terjadi antara saat tempat tidur yang ditinggalkan oleh seseorang pasien sehingga digunakan oleh pasien berikutnya. Angka yang dianggap baik untuk TOI adalah 1-3 hari tempat tidur kosong sebelum diisi kembali. Angka TOI yang berkepanjangan artinya bahwa fasilitas tempat tidur terlalu lama kosong. Indikasinya bahwa rancangan fasilitas yang ada tidak efektif terpakai dibandingkan kebutuhan realistik dari suatu rumah sakit. Berikut ini rumus perhitungan TOI :

$$\text{Rumus TOI} = \frac{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Periode hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}$$

Berdasarkan perhitungan TOI tersebut menggambarkan efisiensi rumah sakit dalam mengatur pemasukan dari pasien (*emergency*) selama satu periode tertentu. Dengan interpretasi, semakin kecil nilainya maka semakin baik (Sudra,2010).

c. ALOS (*Average Length of Stay*)

Angka ALOS (*Average Length of Stay*) atau lama rata-rata seorang pasien tinggal di rumah sakit. Angka ALOS yang normal tersebut secara teoritis dapat menggambarkan bahwa kualitas perawatan unit rawat inap rumah sakit adalah baik

efektif dan efisien. ALOS yang tinggi sering dikaitkan dengan buruknya kualitas pelayanan perawatan dan pengobatan yang ada di rumah sakit. Perusahaan pelanggan yang membayar biaya pelayanan rawat inap pasien tanggungannya tidak menyukai hari pelayanan rawat inap yang berkepanjangan. Sehingga manfaat dari perhitungan ini salah satunya yaitu untuk menghitung tingkat penggunaan sarana dan untuk kepentingan finansial (Sudra,2010). Berikut ini rumus perhitungan ALOS :

$$\text{Rumus ALOS} = \frac{\text{Jumlah Lama hari dirawat}}{(\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)})}$$

d. BTO (*Bed Turn Over*)

BTO (*Bed Turn Over*) adalah jumlah rata-rata berapa orang semua tempat tidur pernah dipakai oleh pasien dalam rentang relatif per tahun. Jumlah yang terlalu sedikit dianggap kurang memadai sementara jumlah yang terlalu tinggi melebihi 50x/tahun dianggap fasilitas ruang rawat inap terlalu padat, sehingga terburu-buru memulangkan pasien karena ada pasien lain yang antri. Berikut ini rumus BTO

$$\text{Rumus BTO} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}}{\text{jumlah tempat tidur}}$$

Manfaat dalam perhitungan ini untuk memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur, dengan indikator TOI dan ALOS dapat mengetahui tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur rumah sakit.

2.2 Rasionalitas

Menurut Dwight Waldo (1986) dalam bukunya (Pasolong, 2017) menjelaskan bahwa rasional merupakan suatu tindakan yang telah diperhitungkan secara tepat untuk merealisasikan tujuan tertentu yang diinginkan dengan pengorbanan yang sedikit-dikitnya bagi realisasi tujuan yang lain. Dengan kata lain tindakan rasional

adalah tindakan yang dapat diterima oleh logika praktis. Oleh karena itu, tujuan yang hendak dicapai dengan menerapkan kemampuan dan keterampilan kerja sehingga tercapai tujuan secara “efektif” dan “efisien” melalui tindakan rasional. Tujuan secara efektif dan efisien melalui tindakan rasional dapat terwujud bila ada perencanaan yang realistis dan benar-benar tepat, logis dan dapat dikerjakan. Selain itu dapat dilihat dari kualitas SDM, kualitas yang dimaksud seharusnya memiliki kompetensi pengetahuan, keterampilan dan moral yang tinggi.

(1) BOR Rasional

Berdasarkan standar internasional untuk nilai BOR yakni 75-85% dan standar yang ditetapkan oleh Depkes RI,2005 berdasarkan standar nasional adalah sebesar 60-85%. Dikatakan BOR Rasional ketika nilai mencapai nilai diantara 60-85%, hasil tersebut untuk menyeimbangkan kualitas pelayanan medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, kesejahteraan petugas sehingga akan berpengaruh terhadap pendapatan bagi pihak fasilitas pelayanan pelayanan kesehatan, sedangkan standar lokal merupakan nilai rata-rata dari angka absolut selama 3 tahun.

(2) BOR Irrasional

BOR Irrasional ketika melebihi batas diatas standar dan dibawah standar. Dengan membuat kriteria berdasarkan standar BOR sebagai berikut:

- a. 0-59%= tidak rasional
- b. 60-85%= rasional
- c. 86-99%= tidak rasional
- d. >100= sangat tidak rasional

2.3 Pemberdayaan Organisasi

Secara terminologi, pemberdayaan (*empowerment*) berasal dari kata dasar “daya” (*power, energy*) dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia berarti “kemampuan”. Berdaya berarti berkemampuan (melakukan sesuatu), berkekuatan (bertenaga), berakal (ikhtiar, upaya) untuk melakukan sesuatu, atau kemampuan bertindak. Pemberdayaan diartikan sebagai proses, cara perbuatan memberi daya, agar memiliki kemampuan, kekuatan dan akal, sehingga mampu bertindak menyelesaikan pekerjaan atau mengatasi masalah.

Pemberdayaan Kerja merupakan salah satu cara pengembangan karyawan melalui keterlibatan karyawan (*employee involvement*) yaitu dengan memberikan tanggung jawab yang cukup untuk menyelesaikan tugas dan pengambilan keputusan tentang pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya.

Pemberdayaan organisasi merupakan salah satu tolok ukur keberhasilan suatu organisasi. Pemberdayaan organisasi menurut teori *Kanter* terdiri dari dua komponen utama yaitu *opportunity*, yang meliputi:

a. Pertumbuhan karyawan

Pada teori *Kanter* (1997,1993) menyatakan bahwa memiliki akses peluang untuk pembelajaran, pertumbuhan dan kemajuan dalam organisasi memainkan peran kunci dalam kepuasan kerja dan produktivitas karyawan. Mereka yang memiliki akses ke peluang ini lebih termotivasi, berkomitmen dan inovatif dalam pekerjaan mereka. Sebaliknya, karyawan dalam posisi dengan peluang rendah digambarkan sebagai merasa “terjebak” dalam pekerjaan mereka, menghasilkan aspirasi karier yang lebih rendah dan komitmen organisasi yang

lebih rendah. Kesempatan untuk tumbuh yang disediakan oleh organisasi seperti keikutsertaan dalam program pelatihan, melanjutkan pendidikan, dan sebagainya.

b. Hubungan kerja pimpinan dan staf

Adanya kesempatan dukungan dan sumber daya di lingkungan kerja dalam menjalin hubungan kerja dan staf. Dukungan sosial yang baik, terutama rekan kerja dan pimpinan untuk menciptakan lingkungan kerja yang aman dan efektif (Baumann, 2000).

c. Kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan staf

Adanya strategi pendidikan dan pelatihan berkelanjutan maupun pendidikan dan pelatihan profesional, menurut Sicherman dan Galor (1987) mengemukakan bahwa *human capital* akan mempengaruhi mobilisasi karir, peluang promosi, kemampuan dan pengalaman kerja. Pekerja yang memiliki latar belakang pendidikan yang baik dan terlatih akan memulai karir pada jenjang pekerjaan di tingkatan yang lebih tinggi dari pada pekerja dengan latar belakang pendidikan yang lebih rendah dan kurang terampil.

Komponen kedua pada teori struktural atau kekuasaan dalam organisasi (*strutural theory of power in organizations*), Kanter (1977,1993) dalam Laschinger et al. (2001), yang dikutip oleh (Debora, 2006)dalam jurnalnya menyatakan bahwa struktur organisasi yang diyakini kanter penting dalam menciptakan pemberdayaan, yaitu:

a. Kemampuan akses

Pada akses informasi yang diperlukan dukungan dan sumber daya di lingkungan kerja. Berdasarkan Kanter (1993) berpendapat ketika karyawan memiliki akses pada kondisi kerja, (misalnya akses jaringan atau akses terkait hubungan antara atasan dengan bawahan ketika adanya perubahan kebijakan), karyawan diberdayakan untuk menyelesaikan pekerjaan.

b. Ketersediaan sumberdaya

Dimana sumberdaya manusia dan material untuk menyelesaikan pekerjaan dan sumber-sumber pemberdayaan yang difasilitasi sejauh mana karyawan telah mengembangkan jaringan aliansi dalam organisasi (kekuatan informal) dan melalui pekerjaan yang memiliki banyak kebijakan, yang terlihat dan penting untuk tujuan organisasi (kekuasaan formal). Untuk menjalankan SIMRS dalam proses pencatatan maupun perhitungan maka harus adanya ketersediaan sarana dan peralatan yang mencukupi yaitu ketersediaan komputerisasi agar pasien yang daftar dari poli atau rawat darurat saat membutuhkan pelayanan penunjang dapat langsung terintegrasi secara otomatis (Tri Sulistyarningsih, 2018).

c. Akses informasi

Menurut Kanter (1977,1993) agar organisasi bisa memberdayakan pegawai, organisasi harus lebih banyak membuka informasi kepada banyak orang (pegawai) dalam level pekerjaan. Akses informasi memungkinkan individu untuk memahami peran mereka yang dijalankan didalam organisasi. Menurut Weick (1979) dalam Debra, ketika organisasi mengalami ketidakpastian,

maka akses informasi penting artinya bagi pegawai. Block (1987) dalam Debora beragumen bahwa untuk menciptakan lingkungan yang memberdayakan, para pimpinan harus memastikan bahwa ada penyebarluasan informasi secara sambung menyambung keseluruh organisasi. Apabila adanya perubahan kebijakan penetapan kapasitas TT, maka harus adanya akses informasi antara atasan kepada bawahannya sehingga informasi tersebut dalam digunakan ketika perhitungan BOR pada saat adanya perubahan kebijakan penetapan kapasitas TT.

d. Dukungan pedoman/SPO,

Akses dukungan merupakan indikator pemberdayaan kerja yang harus mendapat perhatian dalam manajemen. Akses dukungan pedoman/SOP sebagai standarisasi cara yang dilakukan pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan sehingga memberikan kepastian dan keseragaman dalam proses pelaksanaan suatu tugas. Selain itu juga dukungan pedoman/SPO untuk mengurangi tingkat kesalahan dan kelalaian yang mungkin dilakukan pegawai dalam melaksanakan tugas (Peraturan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia No. 14 Tahun 2012 tentang pedoman penyusunan SOP).

e. Supervisi oleh pimpinan dan umpan balik yang efektif.

Dalam pemberdayaan kerja supervisi sangat berpengaruh terhadap hasil kerja yang dilakukan pegawai dimana supervisi menurut (Azwar, 1998) yaitu melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan, apabila ditemukan masalah maka segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung

guna untuk mengatasinya. Dimana supervisi dapat meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan kerja yang lebih baik harmonis antara atasan dan bawahan.

Peran pemberdayaan sumber daya manusia dalam suatu organisasi dapat menentukan keberhasilan organisasi itu sendiri. Hal ini juga ditentukan dengan komponen-komponen yang menunjang pemberdayaan sumber daya manusia, semisal kemampuan, kewenangan yang jelas, tanggung jawab, kepercayaan, motivasi, serta sikap *leadership* atau kepemimpinan. Saat setiap komponen terpenuhi, maka untuk menanggapi organisasi yang sukses dan berhasil bukanlah suatu hal yang sulit.

2.4 Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

2.4.1 Definisi Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis pada pasal 1 angka 3 Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis baik secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di rumah sakit, praktik dokter klinik, asuransi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan menjaga rekaman, sedangkan pada pasal 1 angka 2 menjelaskan bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan.

2.4.2 Standar Profesi Perekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis pada pasal 1 angka 7 menjelaskan bahwa Standar Profesi Perekam Medis adalah batasan kemampuan minimal yang harus dimiliki/dikuasai oleh Perekam Medis untuk dapat melaksanakan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan secara profesional yang diatur oleh organisasi profesi.

Berdasarkan pendidikan Perekam Medis dikualifikasikan sebagai berikut:

- a. Standar kelulusan Diploma tiga sebagai Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang ditempuh selama 6 (enam) semester
- b. Standar kelulusan Diploma empat sebagai Sarjana Terapan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang ditempuh selama 8 (delapan) semester.
- c. Standar kelulusan Sarjana sebagai Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang ditempuh selama 8 (delapan) semester.
- d. Standar kelulusan Magister sebagai Magister Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang ditempuh selama 4 (empat) semester.

2.4.3 Kompetensi Petugas Rekam Medis

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SKIII/2007/Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Klarifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis
- b. Aspek hukum dan etika profesi

- c. Manajemen rekam medis dan informasi kesehatan
- d. Menjaga mutu rekam medis
- e. Statistik kesehatan
- f. Manajemen unit kerja manajemen informasi kesehatan/ rekam medis
- g. Kemitraan profesi

Perekam medis dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan kompetensi, berdasarkan pendidikan dan pelatihan serta berkewajiban mematuhi standar profesi perekam medis.

2.4.3.1 Petugas Pengadministrasi Rekam Medis dan Informasi

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016 Tentang Nomenklatur Jabatan Pelaksana Bagi Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Instansi Pemerintah pada lampiran menjelaskan tentang uraian tugas dan kualifikasi pendidikan pengadministrasi Rekam medis dan Informasi sebagai berikut :

a) Kualifikasi Pendidikan

SLTA/D1/DII/DIII di bidang manajemen perkantoran/ administrasi perkantoran/ tata perkantoran atau bidang lain yang relevan dengan tugas jabatan.

b) Tugas Jabatan

Melakukan kegiatan yang meliputi penerimaan, pencatatan dan pendokumentasian di bidang rekam medis dan informasi.

2.4.3.2 Petugas Pengadministrasi Umum

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2016 Tentang Nomenklatur Jabatan Pelaksana Bagi Pegawai Negeri Sipil Di Lingkungan Instansi Pemerintah pada lampiran menjelaskan tentang uraian tugas dan kualifikasi pendidikan pengadministrasi Umum sebagai berikut :

a) Kualifikasi Pendidikan

SLTA/DI/DII/DIII di bidang manajemen perkantoran/ administrasi perkantoran/ tata perkantoran atau bidang lain yang relevan dengan tugas jabatan

b) Uraian Tugas

Melakukan kegiatan yang meliputi penerimaan, pencatatan dan pendokumentasian dokumen administrasi

2.4.4 Batasan dan Ruang Lingkup

a) Ruang Lingkup Rekam Medis

1. Mengumpulkan, mengintegrasikan, menganalisis data pelayanan kesehatan primer dan sekunder, menyajikan dan mendesiminasi informasi, menata sumber informasi bagi kepentingan riset, perencanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan;
2. Membuat standar dan pedoman manajemen informasi kesehatan meliputi aspek legal dengan unsur keamanan (*safety*), kerahasiaan (*confidential*), sekuritas, privasi serta integritas data;

3. Manajemen operasional unit kerja manajemen informasi kesehatan, dibagi berdasarkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menjalankan manajemen informasi kesehatannya data pelayanan baik

Berdasarkan ruang lingkup pertama seorang rekam medis melakukan analisa terhadap data pelayanan baik secara primer dengan melakukan entri data yang kemudian diolah untuk mendapatkan informasi yang nantinya digunakan untuk pengambilan keputusan oleh *stakeholder*. Jika pencatatan yang dilakukan oleh petugas salah maka hasil yang diperoleh dari perhitungan dan analisa data juga akan terjadi kesalahan. Sehingga jika data yang digunakan itu salah maka dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan. Karena kevalidan data tergantung pencatatan yang dilakukan, jika data yang diperoleh valid maka informasi yang diolah dari data tersebut akan baik.

b) Bentuk Pelayanan Rekam Medis

1. Pelayanan rekam medis berbasis kertas

Rekam medis yang berisi manual (*paper based document*) adalah rekam medis yang berisi lembar administrasi dan medis yang diolah di tata/assembly dan disimpan secara manual.

2. Pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputerisasi

Rekam medis berbasis komputerisasi, namun masih terbatas pada sistem pendaftaran (*admission*), data pasien masuk (*transfer*) dan pasien keluar termasuk meninggal (*discharge*). Pengolahan masih terbatas pada sistem registrasi secara komputerisasi. Sedangkan lembar administrasi dan medis yang diolah secara manual.

3. Pelayanan Manajemen Informasi Kesehatan terbatas

Pelayanan rekam medis yang diolah menjadi informasi dan pengolahannya secara komputerisasi yang berjalan dalam satu sistem secara otomatis di unit kerja manajemen informasi kesehatan.

Pengelolaan rekam medis yang menggunakan perangkat komputer sebagai sarana pembuatan dan pengiriman informasi kesehatan yang merupakan upaya untuk mempercepat Bergeraknya informasi medis untuk kepentingan ketepatan tindakan medis. Dimana menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 Tentang Sistem Informasi Rumah Sakit, Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat sebagaimana diatur dalam undang-undang republik indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Sistem Informasi dapat dimanfaatkan untuk kegiatan pelayanan data dan informasi dengan lebih produktif, transparan, tertib, cepat, mudah, akurat, terpadu, aman dan efisien, khususnya membantu dalam memperlancar dan mempermudah pembentukan kebijakan dalam meningkatkan system pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang penyelenggaraan Rumah Sakit di Indonesia (Angesti, 2016:4).

Tata kelola sistem informasi yang baik harus selaras dengan fungsi, visi, misi dan strategi organisasi. Keberhasilan implementasi sistem informasi bukan hanya ditentukan oleh teknologi informasi tetapi juga oleh faktor lain, seperti proses bisnis, perubahan manajemen, tata kelola IT dan lain-lainnya. Karena itu bukan

hanya teknologi tetapi juga kerangka kerja secara komprehensif sistem informasi rumah sakit (Angesti, 2016:5).

2.4.5 Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis merupakan salah satu sumber informasi sekaligus sarana komunikasi yang dibutuhkan baik oleh penderita, maupun pemberi pelayanan kesehatan dan pihak-pihak terkait (klinisi, manajemen, asuransi dan lain-lain), untuk pertimbangan dalam menentukan suatu kebijakan tata laksana/ pengelolaan atau tindakan medik.

Menurut (Firdaus, 2008) Rekam medik sangat berguna dan dibutuhkan oleh banyak pihak untuk berbagai macam kepentingan, salah satunya untuk *Health Care Provider (Primary User)* yang dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Sebagai media komunikasi di antara tenaga kesehatan selama episode penyakitnya yang sekarang;
- 2) Untuk referensi bagi perawatan penyakitnya di masa datang;
- 3) Untuk membantu calon dokter atau calon tenaga kesehatan lainnya mempelajari hubungan antara teori dan praktek;
- 4) Untuk evaluasi retrospektif maupun prospektif terhadap kualitas pelayanan kesehatan;
- 5) Untuk analisa bagi kepentingan peningkatan efektifitas dan efisiensi pemanfaatan fasilitas, peralatan, pelayanan, personil dan finansial;
- 6) Untuk kepentingan akreditasi;

- 7) Untuk kepentingan riset bagi peningkatan metode terapi, penilaian terhadap metode deteksi penyakit serta penilaian terhadap efektifitas obat-obatan atau cara pengobatan lainnya;
- 8) Untuk dokumentasi sesuai peraturan yang berlaku;
- 9) Untuk kepentingan *follow up* bagi pasien yang memerlukan pengobatan lama serta menilai efektifitas pengobatan yang telah diberikan;

Rekam medik sangat terkait dengan manajemen informasi kesehatan karena data-data di rekam medik dapat dipergunakan sebagai:

- a. Alat komunikasi (informasi) dan dasar pengobatan bagi dokter, dokter gigi dalam memberikan pelayanan medik;
- b. Masukan untuk menyusun laporan epidemiologi penyakit dan demografi (data sosial pasien) serta sistem informasi manajemen rumah sakit;
- c. Masukan untuk menghitung biaya pelayanan
- d. Bahan untuk stastistik kesehatan
- e. Sebagai bahan/pendidikan dan penelitian data

2.4.6 Mekanisme dan proses pengambilan keputusan

Menurut (Jauhar, 2013) pengambilan keputusan (*decision making*) adalah proses identifikasi masalah dan kesempatan kemudian memecahkannya. Pengambilan keputusan yang baik merupakan bagian vital dari manajemen yang baik, karena keputusan-keputusan yang menentukan bagaimana suatu cara organisasi menyelesaikan masalah, mengalokasikan suatu cara organisasi

menyelesaikan masalah, mengalokasikan sumber daya dan meraih sasaran. Dalam pengambilan keputusan dibedakan sebagai berikut:

Tabel 2. 3 Jenis Pengambilan Keputusan dan Pihak Yang Menangani Keputusan

No	Jenis Pengambilan Keputusan	Deskripsi	Teknik Penanganan	Pihak Pengambilan
1	Keputusan terprogram	Berulang dan rutin serta telah dikembangkan prosedur untuk menangani	Ditangani dengan : norma, prosedur kerja, struktur organisasi	Middle manajemen, lower manajemen
2	Keputusan tidak terprogram	Keputusan baru dan tidak tersusun	Ditangani dengan : Proses pemecahan masalah umum, pertimbangan, intuisi, kreativitas	Top Manajemen

Dari tabel diatas pihak pengambilan keputusan juga dijelaskan secara rinci sebagai berikut :

- a. Mulai dari eselon IV yaitu kepala sub bagian dan kepala seksi yang berperan dalam menganalisis dan pengumpulan data.
- b. Eselon III yaitu kepala bagian/bidang yang berperan untuk memberi alternatif solusi.
- c. Eselon II yaitu wadir yang berperan dalam menetapkan prioritas solusi masalah.
- d. Eselon I yaitu direktur yang berperan menetapkan keputusan yang akan diambil.

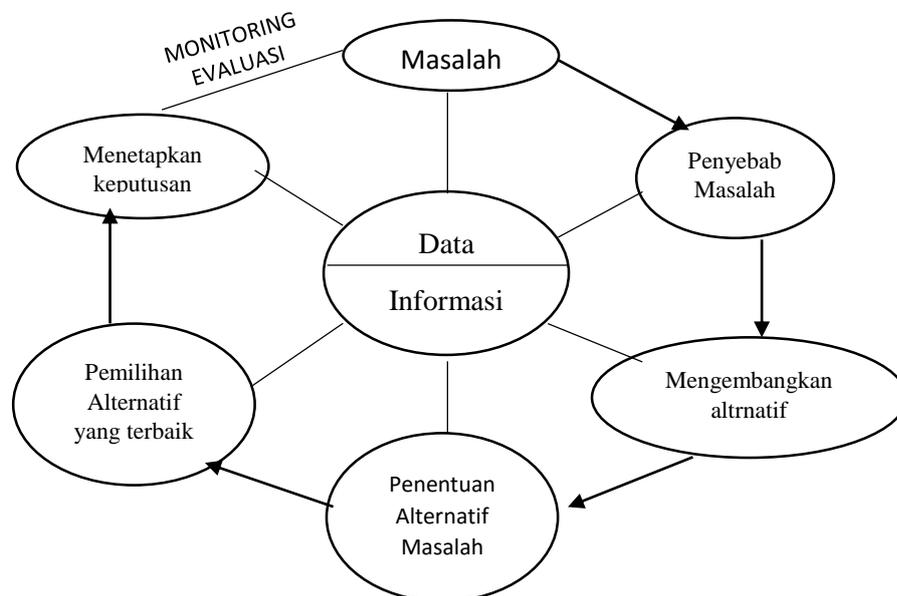
Pengambilan keputusan dapat berupa, seperti berikut ini :

- a. Kebijakan atau pedoman : Kebijakan ketika terjadinya pasien *overload* dan kebijakan terkait kapasitas yaitu penambahan kapasitas Tempat Tidur, Pengurangan kapasitas Tidur dan Konversi.
- b. Perencanaan : Salah satunya terkait pemanfaatan output rekam medis (BOR) yang digunakan sebagai perencanaan, berupa perencanaan linen, perencanaan

laundry, perencanaan makanan pasien, perencanaan SDM, kebutuhan sarana dan prasarana, kebutuhan penambahan TT, Pengembangan Ruang Rawat Inap, Analisis perhitungan ABK, Penetapan kapasitas dan kebijakan konversi, perencanaan tarif kamar dan keputusan untuk penilaian kinerja.

Pengambilan keputusan merupakan proses memilih suatu alternatif cara bertindak dengan metode yang efisien sesuai dengan situasi. Proses ini untuk menemukan dan menyelesaikan masalah organisasi. Masing-masing tahap dari proses pengambilan keputusan perlu dipertimbangkan dengan hati-hati, termasuk dalam penetapan sasaran tujuan. Setiap keputusan yang diambil itu merupakan perwujudan kebijakan yang telah digariskan. Oleh karena itu, analisis proses pengambilan keputusan pada hakikatnya sama saja dengan proses kebijakan.

Berikut ini proses pengambilan keputusan:



Gambar 2. 1 Proses Pengambilan Keputusan

Menurut Sondang P. Siagian dalam proses pengambilan keputusan tidak dapat dilakukan melalui ilham atau dengan mengarang, akan tetapi harus

didasarkan atas fakta-fakta atau data itu sungguh-sungguh dapat dipercayai dan bersifat *up-to date* yang terkumpul dengan sistematis dan terolah dengan baik, kemudian membuat keputusan yang telah dipilih dari berbagai alternatif yang paling tepat. Proses tersebut dijelaskan sebagai berikut :

1. Menerapkan masalah dan tujuan-sasaran : Sebelum memulai proses pengambilan keputusan, berdasarkan masalah yang didapat sesuai fakta atau data telah diolah dengan baik , tentukan tujuan dan sasaran keputusan harus ditetapkan terlebih dahulu. apa hasil yang harus dicapai dan apa ukuran pencapaian hasil tersebut.
2. Identifikasi Penyebab Masalah : Persoalan-persoalan di seputar pengambilan keputusan harus diidentifikasi dan diberi batasan agar jelas. Mengidentifikasi dan memberi batasan persoalan ini harus tepat pada inti persoalannya, sehingga memerlukan upaya penggalian.
3. Mengembangkan alternatif : Tahap ini berisi pengidentifikasian berbagai alternatif yang memungkinkan untuk pengambilan keputusan yang ada. Hal ini merupakan proses pencarian dimana lingkungan intern da ekstern yang relevan dengan organisasi diperiksa untuk memberikan informasi yang dapat dikembangkan menjadi alternatif yang akan dipilih.
4. Menentukan alternatif : Dalam tahap ini mulai berlangsung analisis terhadap berbagai alternatif yang sudah dikemukakan pada tahapan sebelumnya. Pada tahap ini juga disusun juga kriteriatentang alternatif yang sesuai dengan tujuan dan sasaran pengambilan keputusan. Hasil tahap ini mungkin

masih merupakan beberapa alternatif yang dipandang layak untuk dilaksanakan.

5. Memilih alternatif : Beberapa alternatif yang layak tersebut di atas harus dipilih satu alternatif yang terbaik. pemilihan alternatif harus mempertimbangkan ketersediaan sumberdaya, keefektifan alternatif dalam memecahkan persoalan, kemampuan alternatif untuk mencapai tujuan dan sasaran, dan daya saing alternatif pada masa yang akan datang.
6. Menerapkan keputusan : Keputusan yang baik harus dilaksanakan. Keputusan itu sendiri merupakan abstraksi, sedangkan baik tidaknya baru dapat dilihat dari pelaksanaannya.
7. Pengendalian dan evaluasi : Pelaksanaan keputusan perlu pengendalian dan evaluasi untuk menjaga agar pelaksanaan keputusan tersebut sesuai dengan yang sudah diputuskan.

2.5 Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasana menurut Kamus Besar Indonesia (KBBI) sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek).

Sarana yang digunakan dalam pengentrian data adalah perangkat komputer, ketersediaan komputer sangat dibutuhkan untuk proses entri dan analisa data agar menjadi informasi yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan.

2.6 Kepemimpinan

2.6.1 Definisi Kepemimpinan

Pada dasarnya kepemimpinan merupakan salah satu fungsi manajemen yang strategis, karena kepemimpinan dapat menggerakkan, memberdayakan, dan mengarahkan sumber daya secara efektif dan efisien ke arah pencapaian tujuan. Keberadaan kepemimpinan menjadi lebih penting untuk mengembangkan visi dan misi organisasi masa depan.

Dalam hal ini Ordway Tead (1935) dalam (Putong, 2015:13) "*leadership is the activity of influencing people to cooperate toward some goal which come to find desirable*" kepemimpinan adalah aktifitas mempengaruhi orang-orang agar mau bekerja sama untuk mencapai beberapa tujuan yang mereka inginkan. Sedangkan menurut Harold Koontz dan Cyrill O' Donnelle (1976) dalam (Putong, 2015) "*Leadership is the art of inducing subordinates to accomplish their assignment with zeal dan confidence*" kepemimpinan adalah seni membujuk bawahan untuk menyelesaikan pekerjaan-pekerjaan mereka dengan semangat keyakinan.

Menurut (Putong, 2015) mengemukakan bahwa efektivitas kepemimpinan tergantung pada sejumlah variabel: (1) pemimpin, (2) pengikut, (3) Situasi, dan (4) hubungan interpersonal. Efektivitas kepemimpinan itu bukan ditentukan oleh seseorang atau beberapa orang pemimpin saja, tetapi justru merupakan hasil bersama antara pemimpin dan orang-orang yang dipimpinya. Pemimpin tidak akan mampu berbuat banyak tanpa partisipasi bawahan, dan sebaliknya bawahan tidak akan efektif menjalankan tugas dan kewajibannya, tanpa pengendalian, pengarahan, dan kerja sama dengan pemimpin.

2.6.2 Peran Kepemimpinan

Menurut Winardi (2000) dalam bukunya (Wijono, 2018) merumuskan bahwa kepemimpinan memiliki kaitan dengan fungsi penggerakan (*actuacting*) dalam manajemen. Pada dasarnya, fungsi penggerakan termasuk memberi motivasi, memimpin, komunikasi, *training*, dan berbagai jenis aktivitas yang melibatkan keterampilan pribadi. Berbagai fungsi tersebut berguna bagi pemimpin dalam mendorong dan mengarahkan bawahan untuk mencapai tujuan organisasi.

Kasminto dan Sjamsuddin (2007) dalam bukunya (Wijono, 2018) menerangkan bahwa kepemimpinan berperan penting dalam manajemen karena “*unsure*” sumber daya manusia menjadi salah satu variabel yang paling utama dalam suatu organisasi. Sumber daya manusia dapat bertindak sebagai pemimpin meliputi para manajer, para kepala bagian, dan para supervisor serta sebagai para pelaksana yaitu para staf dan para bawahan dalam suatu organisasi dapat menjadi aset yang sangat berharga untuk menunjang tujuan organisasi.

Pemimpin agar dapat lebih berhasil dalam menjalankan perannya secara produktif, pemimpin perlu memfokuskan pada empat faktor yaitu gaya (*style*), bawahan (*staff*), dan keterampilan (*skill*), dan men-*sharing*-kan tujuan (*shre goal*).

Pertama, gaya (*style*). Pemimpin dalam memainkan perannya memerlukan gaya yang sesuai dengan situasi tempat dia memimpin para bawahan sebagai pengikutnya. Ada berbagai gaya kepemimpinan yang dapat digunakan dalam memimpin di antaranya gaya otokratik, gaya demokratik, dan gaya bebas kendali.

Kedua, bawahan (*staff*). Pada dasarnya, suatu organisasi dapat berjalan ketika ada pemimpin dan yang dipimpin yang disebut bawahan (staf). Bawahan

(staf) mempunyai peran yang cukup potensial dalam mendukung tercapainya tujuan organisasi. Peran bawahan diantaranya membantu memperlancar pemimpin dalam melakukan tugas dan tanggung jawabnya baik secara konseptual maupun operasional.

Ketiga, keterampilan (*Skill*). Pemimpin yang andal diharapkan mempunyai berbagai keterampilan (*skill*) yang dapat digunakan untuk memimpin para bawahan atau pengikutnya dalam suatu organisasi. Pada saat ini, paling tidak, ada dua keterampilan yang perlu dimiliki oleh pemimpin dalam memainkan perannya agar lebih berhasil dan produktif yaitu keterampilan berkomunikasi dan mendengarkan. Untuk menghindari terjadinya kesalahan komunikasi antara pemimpin dan bawahan, maka perlu dilakukan komunikasi dua arah.

Keempat, membagi tujuan (*share goal*). Pemimpin berusaha untuk *sharing*-kan tujuan organisasi kepada para bawahannya. *Sharing* tersebut berguna dalam memperjelas arah dan menghindari terjadinya kesalahpahaman di antara pemimpin dan para bawahan.

2.7 Perjanjian Kinerja

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah menjelaskan bahwa Perjanjian Kinerja adalah lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/ kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen

penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia. Kinerja yang disepakati tidak dibatasi pada kinerja yang dihasilkan atas kegiatan tahun bersangkutan, tetapi termasuk kinerja (*outcome*) yang seharusnya terwujud akibat kegiatan tahun-tahun sebelumnya. Dengan demikian target kinerja yang diperjanjikan juga mencangkup *outcome* yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahunnya. Sedangkan tujuan Penyusunan Perjanjian Kinerja dijelaskan sebagai berikut :

1. Sebagai wujud nyata komitmen antara penerima dan pemberi amanah untuk meningkatkan integritas, akuntabilitas, transparansi, dan kinerja Aparatur
2. Menciptakan tolok ukur kinerja sebagai dasar evaluasi kinerja aparatur
3. Sebagai dasar penilaian keberhasilan/kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran organisasi dan sebagai dasar pemberian penghargaan dan sanksi
4. Sebagai dasar bagi pemberi amanah untuk melakukan monitoring, evaluasi dan supervisi atas perkembangan/kemajuan kinerja penerima amanah
5. Sebagai dasar dalam penetapan sasaran kinerja pegawai.

2.8 FGD (*Focus Group Discussion*)

2.8.1 Definisi FGD (Focus Group Discussion)

Sebagai sebuah penelitian, maka FGD adalah sebuah upaya yang sistematis dalam pengumpulan data dan informasi. Menurut (Irwanto, 2006) FGD (*Focus Group Discussion*) atau diskusi kelompok terarah merupakan suatu proses

pengumpulan informasi mengenai suatu masalah tertentu yang sangat spesifik.

Sebagai mana makna dari *Focused Group Discussion*, maka terdapat 3 kunci, yaitu:

- a) Diskusi- buka wawancara atau obrolan
- b) Kelompok-bukan individual
- c) Terfokus- bukan bebas

2.8.2 Kegunaan FGD (*Focus Group Discussion*)

Koentjoro (2005), kegunaan FGD di samping sebagai alat pengumpul data adalah sebagai alat untuk meyakinkan pengumpul data (peneliti) sekaligus alat *re-check* terhadap berbagai keterangan/informasi yang didapat melalui berbagai metode penelitian yang digunakan atau keterangan yang diperoleh sebelumnya, baik keterangan yang sejenis maupun yang bertentangan.

Irwanto (2006), mengemukakan tiga alasan perlunya melakukan FGD, yaitu alasan filosofis, metodologis, dan praktis.

1. Alasan Filosofis

- a) Pengetahuan yang diperoleh dalam menggunakan sumber informasi dari berbagai latar belakang pengalaman tertentu dalam sebuah proses diskusi, memberikan perspektif yang berbeda dibanding pengetahuan yang diperoleh dari komunikasi searah antara peneliti dengan responden.
- b) Penelitian tidak selalu terpisah dengan aksi. Diskusi sebagai proses pertemuan antarpribadi sudah merupakan bentuk aksi.

2. Alasan Metodologis

- a) Adanya keyakinan bahwa masalah yang diteliti tidak dapat dipahami dengan metode survei atau wawancara individu karena pendapat kelompok dinilai sangat penting.
- b) Untuk memperoleh data kualitatif yang bermutu dalam waktu relatif singkat.
- c) FGD dinilai paling tepat dalam menggali permasalahan yang bersifat spesifik, khas, dan lokal. FGD yang melibatkan masyarakat setempat dipandang sebagai pendekatan yang paling sesuai.

3. Alasan Praktis

Penelitian yang bersifat aksi membutuhkan perasaan memiliki dari objek yang diteliti- sehingga pada saat peneliti memberikan rekomendasi dan aksi, dengan mudah objek penelitian bersedia menerima rekomendasi tersebut. Partisipasi dalam FGD memberikan kesempatan bagi tumbuhnya kedekatan dan perasaan memiliki.

2.8.3 Langkah-Langkah Pelaksanaan FGD

Sebagai sebuah metode penelitian, pelaksanaan FGD memerlukan perencanaan matang dan tidak asal-asalan. Untuk diperlukan beberapa persiapan sebagai berikut:

1) Membentuk Tim

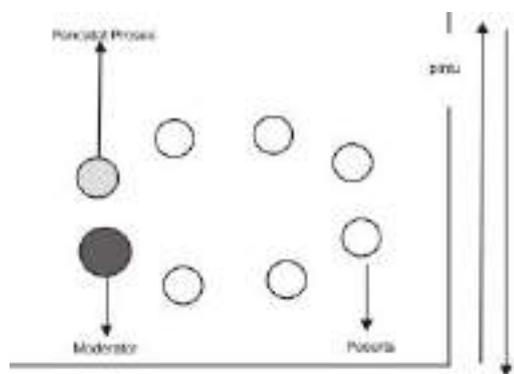
Tim FGD umum mencakup, sebagai berikut :

1. **Moderator**, yaitu fasilitator diskusi yang terlatih dan memahami masalah yang dibahas serta tujuan penelitian yang hendak dicapai (*keampilan substantif*), serta terampil mengelola diskusi (*keampilan proses*).
2. **Asisten Moderator/co-fasilitator**, yaitu orang yang intensif mengamati jalannya FGD, dan ia membantu moderator mengenai: waktu, fokus diskusi (apakah tetap terarah atau keluar jalur), apakah masih ada pertanyaan penelitian yang belum terjawab, apakah ada peserta FGD yang terlalu pasif sehingga belum memperoleh kesempatan berpendapat.
3. **Pencatat Proses/Notulen**, yaitu orang bertugas mencatat inti permasalahan yang didiskusikan serta dinamika kelompoknya. Umumnya dibantu dengan alat pencatatan berupa satu unit komputer atau laptop yang lebih fleksibel.
4. **Penghubung Peserta**, yaitu orang yang mengenal (person, medan), menghubungi, dan memastikan partisipasi peserta. Biasanya disebut mitra kerja lokal di daerah penelitian.
5. **Penyedia Logistik**, yaitu orang-orang yang membantu kelancaran FGD berkaitan dengan penyediaan transportasi, kebutuhan rehat, konsumsi, akomodasi (jika diperlukan), insentif (bisa uang atau barang/cinderamata), alat dokumentasi, dll.
6. **Dokumentasi**, yaitu orang yang mendokumentasikan kegiatan dan dokumen FGD: memotret, merekam (audio/video), dan menjamin berjalannya alat-alat dokumentasi, terutama perekam selama dan sesudah FGD berlangsung.

7. **Lain-lain** jika diperlukan (tentatif), misalnya petugas antar-jemput, konsumsi, bloker (penjaga “keamanan” FGD, dari gangguan, misalnya anak kecil, preman, telepon yang selalu berdering, teman yang dibawa peserta, atasan yang datang mengawasi)

2) Memilih dan Mengatur Tempat

Pada prinsipnya, FGD dapat dilakukan di mana saja, namun seyogianya tempat FGD yang dipilih hendaknya merupakan tempat yang netral, nyaman, aman, tidak bising, berventilasi cukup, dan bebas dari gangguan yang diperkirakan bisa muncul (preman, pengamen, anak kecil, dsb). Selain itu tempat FGD juga harus memiliki ruang dan tempat duduk yang memadai (bisa lantai atau kursi). Posisi duduk peserta harus setengah atau tiga perempat lingkaran dengan posisi moderator sebagai fokusnya. Jika FGD dilakukan di sebuah ruang yang terdapat pintu masuk yang depannya ramai dilalui orang, maka hanya moderator yang boleh menghadap pintu tersebut, sehingga peserta tidak akan terganggu oleh berbagai “pemandangan” yang dapat dilihat diluar rumah. Jika digambarkan, layout ruang diskusi dapat dilihat sebagai berikut:



(Irwanto, 2006: 68)

3) Menyiapkan Logistik

Logistik adalah berbagai keperluan teknis yang diperlukan sebelum, selama, dan sesudah FGD terselenggara. Umumnya meliputi peralatan tulis (ATK), dokumentasi (audio/video), dan kebutuhan-kebutuhan peserta FGD: seperti transportasi, properti rehat: alat ibadah, konsumsi (makanan kecil dan atau makan utama), insentif, akomodasi (jika diperlukan).

Insentif dalam penyelenggaraan FGD adalah suatu hal yang wajar diberikan. Selain sebagai strategi untuk menarik minat peserta, pemberian insentif juga merupakan bentuk ungkapan terimakasih peneliti karena peserta FGD bersedia meluangkan waktu dan pikiran untuk mencurahkan pendapatnya dalam FGD. Jika perlu, sejak awal, dicantumkan dalam undangan mengenai insentif apa yang akan mereka peroleh jika datang dan aktif dalam FGD. Mengenai bentuk dan jumlahnya tentu disesuaikan dengan sumberdaya yang dimiliki peneliti. Umumnya insentif dapat berupa sejumlah uang atau souvenir (cinderamata).

4). Jumlah Peserta

Dalam FGD, jumlah peserta menjadi faktor penting yang harus dipertimbangkan. Menurut (Irwanto, 2006) jumlah yang ideal adalah **7 -11 orang**, namun ada juga yang menyarankan jumlah peserta FGD lebih kecil, yaitu **4-7 orang** (Koentjoro, 2005: 7). Terlalu sedikit tidak memberikan variasi yang menarik, dan terlalu banyak akan mengurangi kesempatan masing-masing peserta untuk memberikan sumbangan pikiran yang mendalam. Jumlah peserta dapat dikurangi atau ditambah tergantung dari tujuan penelitian dan fasilitas yang ada.

2.8.4 Analisis Data dan Penyusunan Laporan FGD

Analisis data dan Penulisan Laporan FGD adalah tahap akhir dari kerja keras peneliti. Langkah-langkahnya dapat ditempuh sebagai berikut:

1. Mendengarkan atau melihat kembali rekaman FGD
2. Tulis kembali hasil rekaman secara utuh (membuat transkrip)
3. Baca kembali hasil transkrip
4. Cari mana masalah-masalah (topik-topik) yang menonjol dan berulang-ulang muncul dalam transkrip, lalu kelompokkan menurut masalah atau topik. Kegiatan ini sebaiknya dilakukan oleh dua orang yang berbeda untuk mengurangi “bias” dan “subjektifitas”. Pengkategorian bisa juga dilakukan dengan mengikuti Topik-topik dan subtopik dalam Panduan diskusi. Jangan lupa merujuk catatan yang dibuat selama proses FGD berlangsung.
5. Karena berhubungan dengan kelompok, data-data yang muncul dalam FGD biasanya mencakup:
 - a) Konsensus
 - b) Perbedaan Pendapat
 - c) Pengalaman yang Berbeda
 - d) Ide-ide inovatif yang muncul, dan sebagainya.