MODUL KEPEMIMPINAN

DALAM PELAYANAN KEBIDANAN

PROGRAM STUDI S1 KEBIDANAN

STIKES SAPTA BAKTI BENGKULU

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN ..... **Error! Bookmark not defined.**

DAFTAR ISI ii

BAB 1. VISI DAN MISI 1

Visi ..... **Error! Bookmark not defined.**

Misi ..... **Error! Bookmark not defined.**

Tujuan S2 Ilmu Kebidanan ..... **Error! Bookmark not defined.**

BAB 2 PENDAHULUAN ..... **Error! Bookmark not defined.**

1. Latar Belakang ..... **Error! Bookmark not defined.**
2. Deskripsi MK ..... **Error! Bookmark not defined.**
3. Capaian Pembelajaran MK ..... **Error! Bookmark not defined.**
4. Bahan kajian ..... **Error! Bookmark not defined.**
5. Daftar Rujukan ..... **Error! Bookmark not defined.**

BAB 3 . MATERI 1 1

BAB 4. MATERI 2 3

BAB 5. MATERI 3 4

BAB 6. MATERI 4 5

BAB 7. MATERI 5 6

BAB 8. MATERI 6 7

BAB 9. MATERI 7 8

BAB 10. MATERI 8 9

BAB 11. MATERI 9 10

BAB 12. MATERI 10 11

BAB 13. MATERI 11 12

BAB 14. MATERI 12 12

BAB 16. MATERI 14 15

BAB 17. MATERI 15 15

LAMPIRAN 3. Kepemimpinan 39

1. TEORI LEADERSHIP DI TINJAU DARI PRESPEKTIF INDIVIDU ORGANISASI DAN PROFESI 39

2. PENGARUH KEPEMIMPINAN TERHADAP KEPEDULIAN SOSIAL DAN PELAYANAN KESEHATAN 55

3. INOVASI DAN MANAJEMEN PERUBAHAN DALAM PRAKTIK PELAYANAN KESEHATAN 75

4. ANGKA KEMATIAN BAYI NATIONAL 78

5. INOVASI DALAM MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN 78

5. PENYUSUNAN RENCANA STRATEGI DAN KEBIJAKAN BAGI PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK 99

6. KAJIAN STRATEGI DALAM PENGARUH KEPEMIMPINAN DALAM PERBAIKAN PELAYANAN KESEHATAN DAN SOSIAL CARE 117

7. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TANGGUNG JAWAB PEMIMPIN DALAM KETERLIBATAN PELAYANAN KESEHATAN 132

8. PENYUSUNAN KEPUTUSAN STRATEGI YANG AKUNTABILITAS 146

9. PENGARUH KEPEMIMPINAN DALAM KEBIJAKAN YANG BERPIHAK PADA PEREMPUAN 159

DAFTAR PUSTAKA 188

Lampiran

Lampiran 1. Penilaian Tugas makalah

Lampiran 2. Penilaian sikap Hard Skills

Lampiran 3. Penilaian Soft Skills

Lampiran 4. Materi

Lampiran 5. Penilaian tugas

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirabbil'alamin, puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta inayah-Nya, hingga penyusunan Modul Kepemimpinan Dalam Pelayanan Kebidanan telah selesai disusun.

Modul ini disusun dengan tujuan memberikan kemudahan kepada para mahasiswa dan pembaca umumnya terutama mahasiswa S1 Kebidanan dalam menyiapkan kegiatan pembelajaran Kepemimpinan Dalam Pelayanan Kebidanan lebih dekat mengenal Kepemimpinan Dalam Pelayanan Kebidanan.

Pada kesempatan ini penyusun mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan Modul Kepemimpinan Dalam Pelayanan Kebidanan. Akhir kata, penyusun mengharapkan masukan dari semua pihak demi perbaikan selanjutnya .

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Bengkulu, 25 Agustus 2020

Penyusun

BAB 1.

A. VISI DAN MISI

1. Visi Program Studi Kebidanan Sarjana Dan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

Menghasilkan Lulusan Bidan yang Terpercaya Pada Bidang Asuhan Kebidanan Berorientasi Komplementer Berbasis Evidence Based.

2. Misi Program Studi Kebidanan Sarjana Dan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi

1) Menyelenggarakan proses pendidikan dan pengajaran yang berkualitas sehingga dapat menghasilkan lulusan bidan yang terpercaya pada bidang asuhan kebidanan berbasis evidance based berorientasi komplementer.
2) Melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat secara profesional dalam mengembangkan asuhan kebidanan berbasis evidance based berorientasi komplementer.
3) Meningkatkan kompetensi lulusan dalam mengaplikasikan asuhan kebidanan berbasis evidance based berorientasi komplementer.
4) Membina kerjasama dan kemitraan dengan berbagai institusi pendidikan, pemerintah daerah, pelayanan kesehatan baik lokal, regional, nasional maupun Internasional dalam rangka Tri Dharma perguruan tinggi dan membuka peluang kerja bagi lulusan.
5) Menerapkan tata kelola dan sistem penjaminan mutu internal dan eksternaL

BAB 3 . MATERI 1

1) **Judul materi**

   Paradigma sosiologi kebidanan dan sistem kesehatan

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa mampu memahami dan menganalisa Paradigma sosiologi kebidanan dan sistem kesehatan

3) **Materi**

   1. Teori leadership dari perspektif inividu, organisasi dan profesi (nasional dan internasional)
   2. Struktur pelayanan kesehatan dan kepedulian sosial *(social care)*
   3. Entrepreneurial leadership dalam pelayanan kesehatan dan social care

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan menyusun makalah sesuai tema yang di bagi dari dosen dan kelompok di bagi mahasiswa dengan membaca sumber – sumber referensi.

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 4. MATERI 2

1) **Judul materi**

   Karakteristik pelayanan kesehatan berfokus pada perempuan dan tantangan dalam pengembangan pelayanan kesehatan dan social care

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa mampu mengkritisi Karakteristik pelayanan kesehatan berfokus pada perempuan dan tantangan dalam pengembangan pelayanan kesehatan dan social care

3) **Materi**

   1. Kompetensi utama, karakteristik sebagai pimpinan pelayanan kesehatan yang berfokus pada perempuan.
   2. Tantangan dan pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Mencari jurnal terkait sosial support pada wanita dalam siklus kehidupan. Mahasiswa presentasikan dalam kelompok. 5 anggota kelompok dengan tema berbeda

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 5. MATERI 3

1) **Judul materi**

   Inovatif dan manajemen perubahan dalam desain teamwork pada pelayanan kesehatan dan sosial care

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa mampu menyusun Inovatif dan manajemen perubahan dalam desain teamwork pada pelayanan kesehatan dan sosial care

3) **Materi**

   1. Inovatif dalam pelayanan kesehatan dan *social care*
   2. Manajemen perubahan

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema di tentukan dosen pengampu dan mahasiswa

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian Sikap isian terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 6. MATERI 4

1) **Judul materi**

   Konsep leadership dari perspektif individu, organisasi dan profesi (nasional dan internasional) dalam melakukan teamwork dan menjalin komunikasi efektif dalam kepemimpinan

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa mampu memahami konsep leadership dari perspektif inidvidu, organisasi dan profesi (nasional dan internasional) dalam melakukan teamwork dan menjalin komunikasi efektif dalam kepemimpinan

3) **Materi**

   1. Teamwork dalam pelayanan kebidanan
   2. Komunikasi efektif dalam kepemimpinan
   3. Organisasi profesi nasional dan internasional

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care.

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 7. MATERI 5

1) **Judul materi**

   Analisis perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa mampu menunjukkan analisis perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas

3) **Materi**

   Rencana strategis dan pembuatan kebijakan dalam konteks pelayanan kesehatan dan sosial

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema di tentukan dosen pengampu dan mahasiswa

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Isian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 8. MATERI 6

1) **Judul materi**

   Perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif di skala yg lebih luas

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa mampu menganalisa perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif di skala yg lebih luas

3) **Materi**

   1. Perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas
   2. Inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif di skala yg lebih luas

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian sikap diisi terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 9. MATERI 7

1) **Judul materi**

   Mendesain kerangka kerja perkembangan leadership dan manajemen kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa Mampu mendesain Mendesain kerangka kerja perkembangan leadership dan manajemen kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan

3) **Materi**

   1. Kerangka kerja perkembangan leadership
   2. Manajemen perubahan pada praktik pelayanan kesehatan untuk mengidentifikasi strategi
   3. Desain manajemen dan kepemimpinan

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema mendesain Mendesain kerangka kerja perkembangan leadership dan manajemen kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan secara individu

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian presentasi terlampir

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 10. MATERI 8

1) Judul materi

Kebijakan politik yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan perempuan dan isu strategis global dan nasional dalam pelayanan kesehatan perempuan, ibu, dan anak dengan mempertimbangkan aspek sosial ekonomi, politik, legal etik, budaya

2) Capaian pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami Kebijakan politik yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan perempuan dan isu strategis global dan nasional dalam pelayanan kesehatan perempuan, ibu, dan anak dengan mempertimbangkan aspek sosial ekonomi, politik, legal etik, budaya

3) Materi

1. Kebijakan politik yang berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan perempuan
2. Isu strategis global dan nasional dalam pelayanan kesehatan perempuan, ibu, dan anak dengan mempertimbangkan aspek sosial ekonomi, politik, legal etik, budaya
3. Mendesain komunikasi efektif dalam kepemimpinan sebagai rencana strategis dalam pembuatan kebijakan dalam konteks pelayanan kesehatan dan sosial

4) Prosedur Pembelajaran

Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT

5) Prosedur Penilaian

Ujian : 80%

Tugas : 20%

Penilaian presentasi terlampir

Penilaian sikap terlampir

6) Referensi

Daftar Pustaka terlampir

BAB 11. MATERI 9

1) **Judul materi**

   Menganalisis Rencana kajian stategis untuk memperbaiki pelayanan kesehatan dan sosial

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa Mampu Menganalisis Rencana kajian stategis untuk memperbaiki pelayanan kesehatan dan sosial

3) **Materi**

   1. Rencana kajian stategis untuk memperbaiki pelayanan kesehatan dan sosial
   2. Analisis kebijakan kontemporer
   3. Inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas
   4. Kerangka kerja perkembangan leadership

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi mahasiswa PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema Rencana kajian stategis untuk memperbaiki pelayanan kesehatan dan sosial

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian presentasi terlampir

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 12. MATERI 10

1) **Judul materi**

   Share governance in Midwifery (berbagi tanggung jawab dan keterlibatan dalam pelayanan kebidanan

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa Mampu menilai *Share governance in Midwifery* (berbagi tanggung jawab dan keterlibatan dalam pelayanan kebidanan)

3) **Materi**

   1. *Share governance in Midwifery* (berbagi tanggung jawab dan keterlibatan dalam pelayanan kebidanan)
   2. Menilai secara kritis sosial ekonomi, politik, legal etik, budaya, dan pengaruh organisasi pada leadership

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi mahasiswa PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema *Share governance in Midwifery* (berbagi tanggung jawab dan keterlibatan dalam pelayanan kebidanan)

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian presentasi terlampir

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 13. MATERI 11

1) **Judul materi**

   Keputusan strategis dengan akuntabilitas dan tanggung jawab penuh

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa Mampu membuat Keputusan strategis dengan akuntabilitas dan tanggung jawab penuh

3) **Materi**

   1. Keputusan strategis dengan akuntabilitas dan tanggung jawab penuh
   2. Menilai penilaian secara kritis sosial ekonomi politik legal etik, budaya dan pengaruh organisasi pada leadership

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi mahasiswa PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema Keputusan strategis dengan akuntabilitas dan tanggung jawab penuh

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian presentasi terlampir

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 14. MATERI 12

1) Judul materi

Negosiasi dan advokasi dalam pengembangan kebijakan kualitas kesehatan perempuan dan keluarga

2) Capaian pembelajaran

Mahasiswa Mampu menyusun Negosiasi dan advokasi dalam pengembangan kebijakan kualitas kesehatan perempuan dan keluarga

3) Materi

1. Negosiasi
2. Advokasi dalam pengembangan kebijakan kualitas kesehatan perempuan dan keluarga

4) Prosedur Pembelajaran

Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema di tentukan dosen pengampu dan mahasiswa

5) Prosedur Penilaian

Ujian : 80%

Tugas : 20%

Penilaian presentasi terlampir

Penilaian sikap terlampir

6) Referensi

Daftar Pustaka terlampir

BAB 15. MATERI 13

1) **Judul materi**

   Kebijakan yang berpihak pada perempuan untuk meningkatkan kesehatannya *(policy brief)*

2) **Capaian pembelajaran**

   Mahasiswa mampu menganalisa Kebijakan yang berpihak pada perempuan untuk meningkatkan kesehatannya *(policy brief)*

3) **Materi**

   Kebijakan yang berpihak pada perempuan untuk meningkatkan kesehatannya *(policy brief)*

4) **Prosedur Pembelajaran**

   Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema Kebijakan yang berpihak pada perempuan untuk meningkatkan kesehatannya *(policy brief)*

5) **Prosedur Penilaian**

   Ujian : 80%

   Tugas : 20%

   Penilaian presentasi terlampir

   Penilaian sikap terlampir

6) **Referensi**

   Daftar Pustaka terlampir

BAB 16. MATERI 14

1) Judul materi

Konsep feminisme, kontroversi, pengaruh terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia dan Internasional

2) Capaian pembelajaran

Mahasiswa Mampu memahami Konsep feminisme, kontroversi, pengaruh terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia dan Internasional

3) Materi

1. Konsep feminisme dan kontroversi
2. Pengaruh feminisme terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia dan Internasional

4) Prosedur Pembelajaran

Dengan E-learning/Zoom presentasi dosen PPT dan penyusunan hasil analisis isu terkini dalam pengembangan pada pelayanan kesehatan dan social care dalam bentuk makalah tema Konsep feminisme, kontroversi, pengaruh terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia dan Internasional

5) Prosedur penilaian

Ujian : 80%

Tugas : 20%

Penilaian presentasi terlampir

Penilaian sikap terlampir

6) Referensi

Daftar Pustaka terlampir

SKENARIO PROFESIONALISME

SKENARIO 1

Tujuan Pembelajaran:

Pada akhir pembelajaran mahasiswa mampu:

1. Menganalisa perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif pada managemen perubahan, pengaturan emosional, strategi dan kerjasama
2. Membuat komunikasi efektif dalam organisasi di skala yang lebih luas

Skenario :

Perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas pada pelayanan kesehatan dan sosial, dalam jurnal banyak dijelaskan terkait dengan penelitian kebijakan dalam pelayanan kesehatan dan sosial.Penentu kebijakan terkait kesehatan perempuan belum banyak di tentukan oleh kaum perempuan itu sendiri. Angka Kematian Ibu yang masih tinggi (350/ 100.000 KH) dasar penentuan AKI sampai sekarang masih dipertanyakan sumbernya. Evidence-based practice memerlukan pendekatan dalam decision making untuk asuhan kesehatan (kebidanan).Teamwork dalam pelayanan kebidanan, teamwork dan cara bekerja dalam tim pelayanan kesehatan dan social saat ini dalam bentuk IPE belum seimbang melihat pendidikan kebidanan ditinjau dari pendidikan bagi bidan, care pada critical penting untuk perempuan dan anak belum mendapatkan perhatian sepenuhnya, kolaborasi interprofesi dalam pengelolaan KIA, stategi untuk kerjasama, rencana strategis dan pembuatan kebijakan dalam konteks pelayanan kesehatan dan sosial, diperlukan pemikiran baru dalam perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas.

Pertanyaan minimal:

1. Jelaskan upaya menunjukkan analisis perkembangan kebijakan kontemporer dan inisiatif pada managemen perubahan, pengaturan emosional, starategi dan kerjasama ?
2. Jelaskan komunikasi efektif dalam organisasi di skala yang lebih luas ?

Kata Kunci:

1. Teamwork dalam pelayanan kebidanan
2. teamwork dan cara bekerja dalam tim pelayanan kesehatan dan social
3. kolaborasi interprofesi dalam pengelolaan KIA

4. stategi untuk kerjasama
5. Rencana strategis dan pembuatan kebijakan dalam konteks pelayanan kesehatan dan sosial
6. Kebijakan kontemporer dan inisiatif dalam organisasi di skala yang lebih luas.

STEP	**HASIL DISKUSI**
1: *Clarifying unfamiliar terms*	
2: *Problem definition*	
3: *Brainstorming*	
4: *Analyzing the problem*	
5: *Formulating learning issues*	
6: *Self Study*	
7: *Reporting*	

SKENARIO 2

Tujuan Pembelajaran:

Pada akhir pembelajaran mahasiswa mampu:

1. Mendesain manajemen yang dilakukan untuk kesehatan ibu dan anak.
2. Menganalisa Kepemimpinan yang dilakukan untuk kesehatan ibu dan anak.

Skenario :

Di Negara maju banyak ditemukan dalam kehidupan menolak untuk menikah dan bila akan menikah memilih sewa rahim sebagai alternative untuk mendapatkan keturunan, juga ditemukan penyuka sesame jenis melakukan adopsi Karena tidak memungkinkan untuk melahirkan. Kondisi sosial yang demikian menjadikan pelayanan kebidanan sebagai antispasi di era globalisasi dan di zaman yang akan datang kemungkinan akan lebih kompleks lagi permasalahanya, hal ini diperlukan satu konsep kepemimpinan untuk mempertimbangkan didalam kebijakan kesehatan reproduksi perempuan.

Pertanyaan minimal:

1. Jelaskan desain manajemen yang dilakukan untuk kesehatan ibu dan anak
2. Jelaskan Kepemimpinan yang dilakukan bidan dalam menangani kesehatan ibu dan anak

Kata Kunci:

Isu kesehatan perempuan dan anak dan pengambilan keputusan yang berpihak pada perempuan, strategi yang dimungkinkan pada pelayanan kesehatan yang berwawasan perempuan termasuk teamwork dalam pelayanan kesehatan dan sosial, interprofesi, aspek social ekonomi, politik, legal, etik, budaya dan pengaruh organisasi pada peran leadership, tanggungjawab dan keterlibatan pelayanan kebidanan leadership dan management, sosial care dalam konteks pelayanank ebidanan, konsep feminisme, pengaruh terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia dan internasional, performance dalam pelayanan kesehatan dan keterlibatan profesi bidan dalam pelayanan kesehatan.

STEP	HASIL DISKUSI
1: *Clarifying unfamiliar terms*	
2: *Problem definition*	
3: *Brainstorming*	
4: *Analyzing the problem*	
5: *Formulating learning issues*	
6: *Self Study*	
7: *Reporting*	

Ujian : 80%

Tugas : 20%

Penilaian presentasi terlampir

Penilaian sikap terlampir

Referensi

Daftar Pustaka terlampir

BAB 13. PENUTUP

Modul Kepemimpinan Dalam Pelayanan Kesehatan Dan *Social Care* sebagai matrikulasi akan terlaksana dalam mencapai keberhasilan jika benar-benar menjadi tekad dan kesungguhan sepenuh hati segenap mahasiswa dalam menggunakan seluruh ikhtiar yang optimal yang didukung oleh berbagai faktor yang positif menuju tujuannya. Dengan senantiasa memohon pertolongan dan kekuatan dari Allah SWT, insyaAllah melalui Unisa dapat melaksanakan mengantarkan kesuksesan bagi mahasiswa sebagai bagian perwujudan ibadah kepadaNya demi Islam berkemajuan dalam menyebarkan risalah rahmatanlilalamin. Sehingga Aisyiyah dengan visi Islam yang berkemajuan, gerakan pencerahan, dan perempuan berkemajuan, mengembangkan gerakan keilmuan.

Penyusun

Yogyakarta, Agustus 2020

LAMPIRAN 1. Luaran Tugas

a. Deskripsi Luaran tugas yang dihasilkan:

Laporan hasil tugas dibuat dalam bentuk paper berjilid. Tugas dibuat dengan menyertakan buku sumber.

b. Kriteria Penilaian

1. Penilaian *Hard Skills*

GRADING SCHEME

SKOR	DESKRIPSI
80 - 100	Hasil jawaban menggunakan metode yang tepat, analisis yang sistematis, benar dan bahasa baik
70 - <80	Hasil jawaban menggunakan metode yang tepat, analisis yang sistematis dan benar
55 - <70	Hasil jawaban menggunakan metode yang tepat dan analisis yang tidak sistematis
40 - <55	Hasil jawaban menggunakan metode yang kurang tepat, analisis yang tidak sistematis
… < 40	Tidak menjawab

Lampiran 2. Penilaian Softskills (SIKAP MELIHAT DI CPL)

KRITERIA

1. Menjunjung tinggi nilai-nilai kebenaran dalam pengembangan keilmuan kebidanan (Midwifery)
2. Berkontribusi dalam peningkatan mutu kehidupan bermasyarakat, berbangsa, bernegara, dan kemajuan peradaban berdasarkan Pancasila

No	Aspek Pengamatan	Skor			
		Kurang	Cukup	Baik	Sangat Baik
1	Mampu bekerjasama dalam kelompok				
2	Mengatur waktu belajar sendiri dengan baik				
3	Materi sesuai dengan topik bahasan				
4	Mengevaluasi pemahaman terhadap materi yang dipelajari				
5	Menunjukan motivasi belajar yang konsisten				
6	Merefleksikan hasil belajar dengan baik				
7	Menghargai pendapat teman				
Jumlah Skor Rata2					

Keterangan

Sangat Baik (SB) Skor 80-100 = selalu, apabila selalu melakukan sesuai pernyataan.

Baik (B) Skor 70-79 = sering, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukannya.

Cukup (C) Skor 55-69 = kadang-kadang, apabila kadang-kadang melakukan dan sering tidak melakukannya.

Kurang Skor < 55 = tidak pernah, apabila tidak pernah melakukannya

LAMPIRAN 3.

Materi Kepemimpinan Dalam Pelayanan Kesehatan dan *Social Care*

1. TEORI LEADERSHIP DI TINJAU DARI PRESPEKTIF INDIVIDU ORGANISASI DAN PROFESI

A. Pengertian Kepemimpinan (Leadership)

Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi orang lain untuk bekerja secara sukarela terhadap suatu tujuan organisasi (Igbaekemen, 2014). Kepemimpinan juga merupakan keterampilan yang dimiliki oleh seorang pemimpin untuk menginspirasi dan memotivasi anggota organisasi untuk mencapai tujuan organisasi (Ainur, 2017). Kewajiban dalam membina bawahannya akan sangat dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan seseorang. Pimpinan perlu melakukan pembinaan yang sungguh-sungguh terhadap karyawan agar dapat menimbulkan kepuasan dan komitmen organisasi sehinga pada akhirnya dapat meningkatkan kinerja yang tinggi (Sari et al., 2012). Pemimpin, sebagai pembuat keputusan utama, menentukan akuisisi, pengembangan, dan penyebaran sumber daya organisasi, konversi sumber daya ini menjadi produk berharga dan layanan, dan pengiriman nilai ke pemangku kepentingan organisasi (Madanchian, Hussein, Noordin, & Taherdoost, 2016).

B. Prinsip Dasar Kepemimpinan

Dalam menjalankan kepemimpinannya, seorang pimpinan harus memiliki prinsip agar pengaruh kepemimpinannya dapat diarahkan pada gerak tujuan yang ditetapkan. Menurut Covey (1997) prinsip adalah bagian dari suatu kondisi, realisasi dan konsekuensi. Prinsip merupakan suatu pusat atau sumber utama sistem pendukung kehidupan yang ditampilkan dengan 4 dimensi seperti; keselamatan, bimbingan, sikap yang bijaksana, dan kekuatan. Berikut merupakan prinsip-prinsip kepemimpinan menurut *Cover* (1997) sebagai berikut:

1. Seorang yang Belajar Seumur Hidup

   Tidak hanya melalui pendidikan formal, tetapi juga di luar sekolah. Contohnya, belajar melalui membaca, menulis, observasi, dan mendengar. Mempunyai pengalaman yang baik maupun yang buruk sebagai sumber belajar.
2. Berorientasi pada Pelayanan

Seorang pemimpin tidak dilayani tetapi melayani, sebab prinsip pemimpin dengan prinsip melayani berdasarkan karir sebagai tujuan utama. Dalam memberi pelayanan, pemimpin seharusnya lebih berprinsip pada pelayanan yang baik.

3. Membawa Energi yang Positif

   Setiap orang mempunyai energi dan semangat. Menggunakan energi yang positif didasarkan pada keikhlasan dan keinginan mendukung kesuksesan orang lain. Untuk itu dibutuhkan energi positif untuk membangun hubungan baik. Seorang pemimpin harus dapat dan mau bekerja untuk jangka waktu yang lama dan kondisi tidak ditentukan. Oleh karena itu, seorang pemimpin harus dapat menunjukkan energi yang positif, sebagai berikut:

   a. Percaya pada orang lain

      Seorang pemimpin mempercayai orang lain termasuk staf bawahannya, sehingga mereka mempunyai motivasi dan mempertahankan pekerjaan yang baik. Oleh karena itu, kepercayaan harus diikuti dengan kepedulian.

   b. Keseimbangan dalam kehidupan

      Seorang pemimpin harus dapat menyeimbangkan tugasnya. Berorientasi kepada prinsip kemanusiaan dan keseimbangan diri antara kerja dan olah raga, istirahat dan rekreasi. Keseimbangan juga berarti seimbang antara kehidupan dunia dan akhirat.

   c. Melihat kehidupan sebagai tantangan

      Kata „tantangan‟ sering di interpretasikan negatif. Dalam hal ini tantangan berarti kemampuan untuk menikmati hidup dan segala konsekuensinya. Sebab kehidupan adalah suatu tantangan yang dibutuhkan, mempunyai rasa aman yang datang dari dalam diri sendiri. Rasa aman tergantung pada inisiatif, keterampilan, kreativitas, kemauan, keberanian, dinamisasi dan kebebasan.

   d. Sinergi

      Orang yang berprinsip senantiasa hidup dalam sinergi dan satu katalis perubahan. Mereka selalu mengatasi kelemahannya sendiri dan lainnya. Sinergi adalah kerja kelompok dan memberi keuntungan kedua belah pihak. Menurut The New Brolier Webster International Dictionary, Sinergi adalah satu kerja kelompok, yang mana memberi hasil lebih efektif dari pada bekerja secara perorangan. Seorang pemimpin harus dapat bersinergis dengan setiap orang atasan, staf, teman sekerja.

   e. Latihan mengembangkan diri sendiri

Seorang pemimpin harus dapat memperbaharui diri sendiri untuk mencapai keberhasilan yang tinggi. Jadi dia tidak hanya berorientasi pada proses. Proses dalam mengembangkan diri terdiri dari beberapa komponen yang berhubungan dengan: (1) pemahaman materi; (2) memperluas materi melalui belajar dan pengalaman; (3) mengajar materi kepada orang lain; (4) mengaplikasikan prinsip-prinsip; (5) memonitoring hasil; (6) merefleksikan kepada hasil; (7) menambahkan pengetahuan baru yang diperlukan materi; (8) pemahaman baru; dan (9) kembali menjadi diri sendiri lagi.

C. Unsur-Unsur Kepemimpinan

Terbentuknya suatu kepemimpinan tidak terlepas dari unsur – unsur sebagai berikut menurut Wahjosumodjo (1987):

a. Adanya Kepemimpinan

   Pemimpin itu sendiri adalah unsur utama kepemimpinan yang akan menjadi pendorong dan atau mempengaruhi seseorang atau sekelompok orang lain, sehingga tercipta hubungan kerja yang serasi dan menguntungkan untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu untuk mencapai tujuan tertentu.

b. Adanya Pengikut

   Unsur kedua kepemimpinan adalah adanya pengikut, yakni seorang atau sekelompok orang yang mendapat dorongan atau pengaruh sehingga bersedia dan dapat melakukan berbagai aktivitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

c. Adanya Sifat dan Ataupun Perilaku Tertentu

   Unsur selanjutnya kepemimpinan adalah adanya sifat ataupun perilaku tertentu yang dimiliki oleh seorang pimpinan yang dapat dimanfaatkan untuk mendorong dan ataupun mempengaruhi seorang atau sekelompok orang.

d. Adanya Situasi dan Kondisi Tertentu

   Unsur terakhir adalah adanya situasi dan kondisi tertentu yang memungkinkan terlaksananya kepemimpinan. Situasi dan kondisi yang dimaksud dibedakan atas dua macam. Pertama situasi dan kondisi internal organisasi, kedua situasi dan kondisi eksternal organisasi yakni lingkungan secara keseluruhan.

D. Teori Kepemimpinan

Perspektif tentang kepemimpinan dari beberapa pakar sangat beragam. Keberagaman ini tentu berdasarkan pada sudut pandang dari masing-masing pakar tersebut, di antaranya: Mc Shane (2008) membagi perspektif kepemimpinan dalam 5 kategori

yakni perspektif kompetensi (sifat), perspektif perilaku, perspektif kontingensi, perspektif transformasional dan perspektif *implicit leadership*. Kreitner (2005) membagi pandangan kepemimpinan yang sedikit berbeda tapi juga dalam 5 kategori yakni pendekatan sifat, perilaku, situasional, transaksional, kharismatik dan tambahan, sedangkan Schermerhorn (2010) membagi perspektif kepemimpinan dalam empat kategori yakni teori sifat, teori perilaku, teori kontingensi dan teori-teori baru.

Dari beberapa pendapat pakar terlihat bahwa semuanya memasukkan tiga teori utama yakni teori sifat, teori perilaku dan teori kontingensi sedangkan teori-teori yang lain seperti transaksional, transformasional, kharismatik, tambahan dan teori-teori baru sangat dipengaruhi oleh sudut pandang dari masing-masing pakar. Beberapa perspektif kepemimpinan dari beberapa pakar di atas selanjutnya akan dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

1. Teori Sifat

   Teori sifat ini menekankan pada faktor genetik, asumsi yang digunakan adalah bahwa keberhasilan seorang pemimpin sangat ditentukan oleh sifat-sifat khusus yang dimilikinya yang melekat sejak lahir. Horner (1997) mengatakan bahwa penelitian tentang kepemimpinan dimulai oleh *Bernard* pada tahun 1926 yang menemukan bahwa kepemimpinan dapat dijelaskan oleh kualitas internal/sifat yang dibawa manusia sejak lahir. Teori ini merupakan sebuah pandangan yang mengatakan bahwa seseorang dianggap, diposisikan dan dipilih sebagai pemimpin berdasarkan sifat khusus yang dimiliki oleh individu tersebut. Sifat khusus inilah yang membuat seorang pemimpin berbeda dengan orang lain. Inti teori sifat ini adalah bahwa pemimpin dilahirkan bukan dibuat dan bukan rekayasa.

   Beberapa pakar perilaku organisasi telah mengemukakan beberapa sifat yang dimiliki individu yang bisa membuatnya menjadi seorang pemimpin di antaranya McShane *(*2008) menyebutkan beberapa sifat khusus yang membuat seseorang menjadi pemimpin adalah drive, motivasi memimpin, integritas, kepercayaan diri, kecerdasan, pengetahuan bisnis dan kecerdasan emosional. Sifat-sifat khusus tersebut dikemukakan pula oleh Robbins (2009) yang berbeda hanya karena dimasukkannya unsur kejujuran dan *exstraversion*. Untuk memahami makna dari sifat-sifat pemimpin tersebut maka berikut penjelasan dari masing-masing sifat tersebut :

   a. *Drive* berarti bahwa seorang pemimpin harus memiliki dorongan kuat dari dalam untuk selalu melakukan berkarya, berprestasi dan melakukan hal terbaik.

b. Motivasi memimpin, seorang pemimpin harus selalu berusaha mendapatkan kekuatan agar mampu mempengaruhi dan meyakinkan orang lain.
c. Integritas, pemimpin harus memiliki prinsip perkataan sesuai perbuatan.
d. Kepercayaan diri, seorang pemimpin harus yakin bahwa keterampilan dan kemampuan yang dimilikinya akan membuatnya mampu mengantarkan organisasi pada pencapaian tujuan.
e. Kecerdasan, seorang pemimpin harus mampu mengumpulkan, menyatukan dan menafsirkan banyak informasi, juga dapat menciptakan misi, menyelesaikan berbagai masalah, dan membuat berbagai keputusan dengan tepat.
f. Pengetahuan bisnis, pemimpin harus punya pemahaman yang baik tentang bisnis serta lingkungan bisnis di mana bisnisnya dijalankan, hal ini perlu agar pemimpin mampu menetapkan strategi terbaik bagi kesuksesan bisnisnya.
g. Kecerdasan emosi, seorang pemimpin harus selalu mampu mengendalikan diri, tenang dan memiliki sikap dewasa dalam menghadapi berbagai kondisi.
h. Kejujuran, seorang pemimpin harus berkata dan bertindak apa adanya, berani mengakui kesalahan serta *supportive* terhadap setiap keberhasilan. Kejujuran harus selalu diutamakan dalam hubungan pemimpin dengan bawahan.
i. *Exstraversion*, seorang pemimpin harus energik, semangat, suka bergaul, tegas.
j. Kreativitas, seorang pemimpin harus kreatif dalam artian selalu memiliki ide-ide yang bagus agar mampu berbagai situasi yang sulit sekalipun.
k. Fleksibilitas, seorang pemimpin harus fleksibel luwes dan tidak kaku namun tetap harus memiliki ketegasan.

2. Teori Prilaku

Kelemahan teori sifat menjadi dasar munculnya teori perilaku. Teori perilaku memandang kesuksesan seorang pemimpin dilihat dari apa yang mereka lakukan. Teori ini meyakini bahwa keefektifan kepemimpinan dalam mencapai tujuan organisasi sangat ditentukan oleh perilaku atau cara bertindak dari seorang pemimpin.

a. *Ohio State University Study*

Penelitian yang dilakukan oleh Ohio State University mengindikasikan bahwa perilaku pimpinan didasarkan pada dua dimensi yaitu *consideration* dan *initiating structure* (Schermerhorn. et.al. 2010). Pemimpin dengan *consideration* yang tinggi sangat mempertimbangkan rasa kemanusiaannya. Pemimpin seperti ini biasanya sensitif akan perasaan orang-orang di sekitarnya, dan selalu mencoba untuk melakukan hal terbaik bagi bawahannya, mendengarkan keluhan dan pendapat

bawahan, memperlakukan bawahan secara adil, dan menunjukkan perhatian pada kebutuhan bawahan. Sedangkan pemimpin yang memiliki *initiating structure* yang tinggi, memberi perhatian pada persyaratan pekerjaan, pengendalian yang ketat atas agenda-agenda kerja dan memacu karyawan untuk memaksimalkan kapasitas kinerja.

b. *Michigan University Study*

Studi yang dilakukan *Michigan University* menemukan dua bentuk perilaku kepemimpinan yakni perilaku pemimpin yang berorientasi karyawan (*employee centered behavior*) yakni menekankan pada hubungan antar pribadi dan pemimpin yang berorientasi tugas (*job centered behavior*) menekankan pada aspek teknis dari tugas atau pekerjaan (Certo, 2009).

c. *Teori* Kepemimpinan *Manajerial Grid*

Menurut Blake & Mouton (1955) mengidentifikasi gaya kepemimpinan yang diterapkan di dalam manajemen yang disebut dengan gaya manajerial grid. Gaya kepemimpinan ini lebih menekankan pada pendekatan dua aspek yaitu aspek produksi di satu pihak, dan orang-orang di pihak lain. Blake dan Mouton menghendaki bagaimana perhatian pemimpin terhadap produksi dari bawahannya. Model kepemimpinan „manajerial grid" menerangkan kepemimpinan yang berfokus pada dua hal yaitu „*concern for people'* dan „*concern for production'*.

Berdasarkan gambar di atas, terdapat lima gaya kepemimpinan dalam manajerial grid, di antaranya:

1) *Impoverished*, artinya pemimpin menggunakan usaha yang paling sedikit untuk menyelesaikan tugas tertentu dan hal ini dianggap cukup untuk mempertahankan organisasi.
2) *Country club*, artinya kepemimpinan didasarkan pada hubungan informal antara individu, keramah-tamahan, dan kegembiraan. Tekanan terletak pada penghargaan kepada hubungan kemanusiaan secara maksimal.
3) *Team*, yang berarti keberhasilan suatu organisasi tergantung kepada hasil kerja sejumlah individu yang penuh pengabdian. Penekanan kelompok terletak pada rasa saling ketergantungan dengan dasar sikap saling percaya dan menghargai antar sesama kelompok.
4) *Task*, artinya pemimpin memandang efisiensi kerja sebagai faktor utama untuk keberhasilan organisasi. penekanan terletak pada penampilan individu dalam organisasi.

d. Teori Getzels dan Guba

Getzels dan Guba (1957) mengadakan studi yang menganalisa perilaku pemimpin dalam sistem sosial. Mereka mengemukakan dua kategori perilaku. Yang pertama ialah perilaku kepemimpinan yang bergaya normatif dengan dimensi nomotetis yang meliputi usahanya untuk memenuhi tuntutan organisasi. Dimensi ini mengacu kepada lembaganya yang ditandai dengan peranan-peranan dan harapan tertentu sesuai dengan tujuan-tujuan organisasi. Yang kedua ialah perilaku kepemimpinan yang bergaya personal yang disebut dimensi ideografis yaitu pemimpin mengutamakan kebutuhan dan ekspektasi anggota organisasinya. Dimensi kedua ini mengacu kepada individu-individu dalam organisasi yang masing-masing dengan kepribadian dan disposisi kebutuhan tertentu. Dimensi pertama disebut juga dimensi sosiologis, sedangkan dimensi kedua disebut dimensi psikologis. Sekolah selaku sistem sosial bisa dibayangkan memiliki kedua dimensi tersebut, yang bisa dianggap berdiri sendiri-sendiri, tetapi dalam situasi sebenarnya saling mempengaruhi.

3. Teori Situasional/ Kontingensi

Kelemahan teori perilaku akhirnya menjadi dasar munculnya teori situasional. Teori situasional pada dasarnya menjelaskan bahwa efektivitas kepemimpinan sangat tergantung pada situasi yang dihadapi, hal ini sekaligus berarti bahwa tidak ada satu pun gaya kepemimpinan yang cocok untuk berbagai situasi yang berbeda. Horner (1997) mengatakan bahwa teori situasional dianggap sebagai pendekatan ideal untuk menjelaskan hubungan pemimpin, bawahan dan situasi.

a. Model Kontingensi Fiedler

Model ini muncul pada tahun 1967 (Luthans, 2005). Model Fiedler‟s menjelaskan gaya kepemimpinan yang terbaik bergantung pada 3 *situasional control* yaitu (1) *leader-member relations* terkait tingkat kepercayaan dan penghargaan bawahan terhadap pemimpinnya serta tingkat kesediaan bawahan untuk mengikuti petunjuk dari atasan; (2) *Task Structure* merujuk pada kejelasan atau ambiguitas dari prosedur-prosedur kerja; dan (3) *Position Power* terkait seberapa besar kekuatan yang dimiliki pemimpin untuk melegitimasi, memberikan reward, bahkan memaksa para bawahan.

Kombinasi dari tiga variabel kontrol situasi akan berdampak pada gaya kepemimpinan seperti apa yang paling sesuai. Pertama, seorang supervisor yang berpengalaman dan terlatih dengan baik yang berada pada suatu perusahaan akan sangat didukung oleh para bawahannya dan memiliki wewenang penuh untuk merekrut dan memecat

bawahannya. Pemimpin ini akan memiliki *control* situasi yang tinggi dan akan bekerja pada situasi I,II dan III (tingkat kontrol situasi pada situasi II, III tentunya akan sedikit lebih rendah daripada situasi I). sebaliknya, pemimpin yang memiliki *control* situasi rendah biasanya tidak disukai oleh bawahannya. Fiedler‟s beranggapan bahwa pemimpin tersebut harus berperilaku *directive* untuk menjaga kebersamaan kelompok kerja.

b. *Path Goal Theory* Robbins

Path Goal Theory merupakan teori kepemimpinan yang menjelaskan bagaimana perilaku pemimpin yang akan mempengaruhi bagaimana persepsi karyawan tentang harapan (path) antara usaha yang mereka lakukan dengan tujuan (*goals*). Robbins (2009) menegaskan bahwa *Path Goal Theory* menekankan pada empat perilaku utama dari pemimpin yakni:

1) *Supportive Leadership,* memberi perhatian pada kebutuhan para bawahan, memperlihatkan perhatian terhadap kesejahteraan mereka dan menciptakan suasana bersahabat dalam unit kerja mereka.
2) *Directive Leadership,* memberitahukan kepada para bawahan apa yang diharapkan pemimpin dari mereka, memberi pedoman yang spesifik, meminta bawahan untuk mengikuti peraturan-peraturan dan prosedur-prosedur, mengatur waktu dan mengkoordinasi pekerjaan mereka.
3) *Partisipative Leadership,* melakukan konsultasi dengan para bawahan dan memperhatikan opini dan pendapat mereka.
4) *Achievement oriented leadership,* menetapkan tujuan-tujuan yang menantang, mencari perbaikan dalam kinerja, menekankan kepada keunggulan dalam kinerja dan memperlihatkan kepercayaan bahwa para bawahan akan mencapai standar tinggi (Robbins, 2009).

   Seperti teori situasional yang lain, *path goal theory* juga mengatakan bahwa pemimpin akan sukses jika mereka mampu menyesuaikan perilaku mereka dengan situasi yang mereka hadapi. Misalnya kepemimpinan direktif akan cocok jika karyawan kurang memiliki pengalaman dan pengetahuan tentang pekerjaan, serta jika pekerjaan tidak terstruktur dan kompleks.

c. Teori Situasional Hersey dan Blanchard

Teori situasional Hersey *and* Blanchard menjelaskan bahwa keefektifan seorang pemimpin akan ditentukan oleh tingkat kesiapan dari para pengikut. Tingkat kesiapan yang dimaksudkan dalam hal ini merujuk pada sejauh mana seseorang mempunyai

kemampuan dan kesediaan untuk menyelesaikan tugas tertentu. Hersey dan Blanchard (1977) dalam Robbins (2011) mengembangkan 4 perilaku spesifik yakni:

1) *Telling*, sangat baik diterapkan bagi bawahan yang memiliki tingkat kesiapan rendah. Gaya kepemimpinan yang cocok adalah direktif karena pada situasi ini bawahan biasanya tidak punya kemampuan dan keinginan untuk bertanggung jawab pada suatu pekerjaan dan dirinya sendiri.
2) *Selling,* sangat baik diterapkan bagi bawahan yang memiliki tingkat kesiapan rendah dan menengah. Kepemimpinan yang sesuai adalah *directive* dan *supportive* karena pada situasi ini, biasanya bawahan tidak memiliki kemampuan tapi punya keinginan untuk bertanggung jawab pada pekerjaan.
3) *Participating,* sangat baik diterapkan bagi para bawahan yang memiliki tingkat kesiapan menengah dan atas. Kepemimpinan yang cocok adalah *supportive* karena pada situasi ini, bawahan mempunyai kemampuan tetapi tidak dibarengi oleh keinginan yang kuat untuk menyelesaikan pekerjaan.
4) *Delegating,* sangat baik diterapkan bagi para bawahan yang memiliki tingkat "*readiness"* yang tinggi.

4. Teori Transaksional Dan Teori Transformasional

Teori transformasional dan transaksional yang dikemukakan oleh Bass (1985) dikembangkan dari ide awal yang dikemukakan oleh Burns pada tahun 1976. Inti dari teori kepemimpinan transaksional adalah terjadinya pertukaran di antara karyawan dan pimpinan artinya pimpinan akan memberikan sesuatu sesuai dengan apa yang karyawan berikan pada pemimpinnya. Kepemimpinan transaksional dicirikan oleh gaya kepemimpinan yang memotivasi para pengikut mereka menuju sasaran yang telah ditetapkan dengan memperjelas persyaratan peran/tugas. Beberapa perilaku kepemimpinan transaksional adalah:

a. *Management by Exception*, biasa disebut *correction transactional* di mana para bawahan diberi penghargaan ataupun hukuman untuk suatu tindakan yang dilakukan dan untuk kondisi-kondisi tertentu intervensi pemimpin sangat dibutuhkan karena kemampuan karyawan yang sangat kurang.
b. *Contingent reward*, atau *constructive transactional* yakni pemimpin memberi penghargaan kepada para pengikut tergantung keberhasilan anggota pada tingkat yang telah ditetapkan.

c. *Nontransactional passive behavior,* pemimpin yang menunggu masalah meningkat baru mengambil tindakan, menghindari pengambilan keputusan, dan tidak pernah ada ketika dibutuhkan (Avolio & Bass, 1994).

Kepemimpinan transformasional, pada dasarnya adalah pemimpin yang memotivasi para pengikutnya untuk melakukan lebih dari pada apa yang diharapkan dengan cara merentangkan kemampuan mereka dan meningkatkan kepercayaan diri mereka. Avolio, Bass & Jung (1999) mengatakan bahwa pada awalnya kepemimpinan transformasional ditunjukkan melalui tiga bentuk perilaku yaitu kharisma, konsiderasi individu dan stimulasi intelektual. Namun pada perkembangannya perilaku kharisma dipecah menjadi dua yaitu pengaruh ideal dan motivasi inspirational. Dengan demikian kepemimpinan transformasional terdiri dari empat perilaku yakni pengaruh ideal, motivasi inspirasi, konsiderasi individu dan stimulasi intelektual. Para pemimpin transformasional akan membawa organisasi mereka ke arah masa depan yang mungkin berakibat pada proses dan tingkat prestasi yang secara nyata berbeda. Empat komponen perilaku pemimpin transformasional adalah :

a. *Idealized Influence*, adalah seorang pemimpin yang bertindak sebagai *role* model. Pemimpin ini menunjukkan ketekunan dalam pencapaian sasaran, menunjukkan etika dan moral yang tinggi dalam berperilaku, mementingkan kepentingan umum, mau berbagi sukses dan perhatian, Hasilnya pemimpin menjadi dihormati.
b. *Individualized Consideration*, adalah perilaku pemimpin yang memiliki perhatian kepada para pengikutnya, membangun hubungan tenggang rasa dan saling menghargai, mengidentifikasi kebutuhan para karyawannya. Pemimpin ini juga memberikan tantangan, kesempatan belajar dan memberikan pendelegasian guna meningkatkan keterampilan dan kepercayaan
c. *Inspirational Motivation*, adalah perilaku kepemimpinan transformasional yang mampu memotivasi dan memberikan inspirasi para pengikutnya agar mencapai kemungkinan-kemungkinan yang tidak terbayangkan. Pemimpin menetapkan harapan yang tinggi dan menantang pengikutnya mencapai standar yang tinggi dan mampu mengkomunikasikan visinya dengan baik. Pemimpin menggunakan simbol-simbol dan metafora untuk memotivasi mereka. Pemimpin ini jika bicara selalu antusias, ia seorang yang optimis. Para karyawan dibantu menemukan makna mendalam dalam bekerja sehingga mereka mau mengikutinya secara suka rela.

d. *Intellectual Stimulation*, adalah perilaku kepemimpinan transformasional yang mendorong para pengikut untuk menggunakan imajinasi mereka dan memikirkan kembali permasalahan dengan cara dan metode yang baru, mendorong pembelajaran, dan mendorong para pengikut untuk menciptakan solusi dari berbagai masalah. Hasilnya adalah para pengikut diharapkan menjadi lebih kreatif, (Avolio & Bass, 2002)

Kebanyakan pemimpin memperlihatkan gaya transaksional dan transformasional sekaligus, walaupun mereka melakukannya dengan kadar yang berbeda (Avolio & Bass, 2002). Hal senada dikemukakan *Luthans* (2005) bahwa kepemimpinan yang efektif adalah gabungan antara transaksional dan transformasional. Dengan pemahaman ini maka dalam penelitian ini, dimensi yang digunakan untuk mengukur kepemimpinan adalah gabungan antara transaksional dan transformasional, yakni *idealized influenced, individual consideration, inspirational motivation, intellectual stimulation, management by exception, contingent reward* dan ditambahkan dengan dimensi *nontransactional passive behavior.*

5. Teori Implisit

Implicit Leadership Perspective pada dasarnya menyatakan bahwa kepemimpinan tergantung pada persepsi dari para pengikutnya terhadap perilaku aktual dan karakteristik dari orang- orang yang menyebut dirinya pemimpin. Distorsi persepsi tentang pentingnya keberadaan kepemimpinan dalam organisasi meliputi *attribution error, stereotyping* dan *need for situational control* yang akan dijelaskan berikut:

a. *Attributing Control*

Setiap orang memiliki keinginan untuk memberikan atribusi pada setiap kejadian yang dialami agar mereka mampu mengkontrol kejadian yang sama di masa yang akan datang. Kesalahan mendasar dari pengatribusian sering kali disebabkan karena sebagian besar orang cenderung memberi atribut pada orang lain dengan hanya melihat motivasi dan kemampuan mereka secara individu daripada mempertimbangkan faktor situasi yang ada. Dalam konteks kepemimpinan karyawan percaya bahwa setiap kejadian disebabkan karena motivasi dan kemampuan dari pemimpin bukan karena faktor lingkungan.

b. *Stereotyping Leadership*

Streotype sangat dipengaruhi oleh harapan tentang bagaimana pemimpin yang efektif seharusnya bertindak, sehingga sering kali karyawan menilai keefektifan

seorang pemimpin hanya berdasarkan penampilan dan tindakan mereka bukan berdasarkan hasil nyata dari tindakan mereka tersebut.

c. *Need for Situational Control*

Harapan yang tinggi terhadap seorang pemimpin selalu dimiliki oleh setiap orang di mana mereka berharap bahwa pemimpin akan melakukan hal yang berbeda. Keyakinan ini disebabkan karena kepemimpinan merupakan cara mudah untuk menyederhanakan setiap kejadian dalam organisasi di mana kegagalan dan kesuksesan organisasi akan lebih mudah dijelaskan dengan melihat kemampuan pemimpin daripada menganalisis faktor lingkungan, dan juga karena adanya kecenderungan yang kuat bahwa kejadian-kejadian yang terjadi dalam kehidupan lebih disebabkan oleh individu bukan karena kehendak lingkungan (McShane, 2008).

6. Teori Kharismatik

Teori kharismatik melihat pemimpin sebagai simbol, komunikasi nonverbal, visi, kemampuan menginspirasi, kepercayaan diri dan kemampuan persuasif yang luar biasa yang dapat mempengaruhi para pengikutnya. Pemimpin kharismatik dapat mempengaruhi pengikutnya ketika mereka mampu menyampaikan visi yang menarik, mengkomunikasikan harapan dan kinerja yang tinggi dan mengemukakan keyakinan bahwa pengikutnya mampu mewujudkan harapan tersebut. Kondisi ini semakin meningkatkan keyakinan dan harga diri dari pengikutnya (Kreitner and Kinichi, 2006). Dari pemahaman ini, pandangan kharismatik ini pada akhirnya hampir sama dengan transformasional. Bass (1985) mengatakan kharisma adalah bagian penting dari kepemimpinan transformasional namun kharisma itu sendiri tidak cukup untuk proses transformasional.

7. Kepemimpinan Substitus

Schermerhorn (2010) menyatakan bahwa pendekatan *substitutes leadership* kadangkala hierarki kepemimpinan tidak memiliki dampak yang berarti bagi suatu pekerjaan terlebih apabila variabel-variabel individu, pekerjaan dan organisasi telah memiliki kompetensi tinggi sehingga dapat dijadikan pengganti sebuah kepemimpinan.

Pemimpin yang memiliki gaya *task oriented* jika para bawahan telah memiliki pengalaman, keahlian dan pelatihan yang baik begitu pula jika pekerjaan telah terstruktur dengan baik. Beberapa contoh dari *neutralizes* dalam gambar di atas menunjukkan apabila pemimpin memiliki posisi kekuatan yang rendah, pengaruh

kepemimpinannya akan sangat rendah, walaupun sebenarnya penstrukturan kerja dan dukungan pemimpin sebenarnya masih dibutuhkan. Atau, bila secara fisik seorang pemimpin terpisah dari bawahannya, gaya *task oriented* dan *supportive* juga akan memiliki pengaruh yang rendah walaupun sebenarnya masih dibutuhkan (Schermerhorn R.John et.al. 2010).

a. *Servant Leadership*

   Kepemimpinan ini menyiratkan bahwa para pemimpin sebenarnya memimpin dengan melayani orang lain, para karyawan, pelanggan dan masyarakat dengan karakteristik meliputi mendengarkan, empati, memulihkan, kesadaran, persuasi, konseptualisasi, memandang ke depan, tanggung jawab, komitmen terhadap pertumbuhan orang lain, dan membangun masyarakat (Kreitner & Kinichi, 2006)

b. *Enterpreneur Leadership*

   Model kepemimpinan ini menjelaskan keefektifan seorang pemimpin didasarkan pada sikap dan keyakinan bahwa pemimpin juga merupakan karyawan sehingga pemimpin bertindak dan memposisikan diri mereka sebagai individu yang memegang peran penting bagi kelangsungan organisasi. Mereka selalu yakin bahwa segala tindakannya akan menguntungkan serta mereka juga tidak pernah memandang remeh kesalahan sekecil apapun yang mereka lakukan.

E. Syarat-Syarat Pemimpin yang Baik dan Benar

Pengembangan kemampuan itu adalah suatu proses yang berlangsung terus menerus dengan maksud agar yang bersangkutan semakin memiliki ciri-ciri kepemimpinan. Walaupun belum ada kesatuan pendapat antara para ahli mengenai syarat-syarat ideal yang harus dimiliki oleh seorang pemimpin, akan tetapi beberapa di antaranya yang terpenting adalah sebagai berikut :

1. Pendidikan umum yang luas.
2. Pemimpin yang baik adalah pemimpin yang genoralist yang baik juga.
3. Kemampuan berkembang secara mental
4. Ingin tahu
5. Kemampuan analistis
6. Memiliki daya ingat yang kuat
7. Mempunyai kapasitas integratif
8. Keterampilan berkomunikasi
9. Keterampilan mendidik

10. Personalitas dan objektivitas
11. Pragmatismo
12. Mempunyai naluri untuk prioritas
13. Sederhana
14. Berani
15. Tegas dan sebagainya.

F. Gaya Kepemimpinan

Gaya kepemimpinan adalah pola-pola perilaku konsisten yang mereka terapkan dalam bekerja dengan dan melalui orang lain (Toman, 2015). Dalam ilmu kepemimpinan saat ini, ada beberapa gaya kepemimpinan yang dikenal secara umum, yaitu:

1. Gaya Diktatorial yaitu berwenang penuh dan memikul tanggung jawab sepenuhnya.
2. Gaya Militeristis yaitu pemberian perintah dalam menggerakan bawahannya
3. Gaya Paternalistik yaitu pemimpin diharapkan menjadi bapak bagi para pengikutnya
4. Gaya Partisipatif yaitu pemimpin yang mendesentralisasi wewenangnya
5. Gaya Laissez Faire yaitu gaya kemepimpinan yang memberi kebebasan penuh untuk membuat keputusan
6. Gaya Bebas Kendali yaitu pemimpin yang menghindari kuasa dan tanggung jawab
7. Gaya Karismatis pemimpin yang memiliki daya tarik yang tinggi
8. Gaya Demokratis yaitu pemimpin yang cenderung melibatkan karyawan dalam mengambil keputusan (Toman, 2015).

G. Kepemimpinan dalam organisasi

Kepemimpinan dalam organisasi mencakup segala aspek yang sudah dijelaskan tadi, didalamnya terdapat peran dari pemimpin dan sikap kepemimpinan yang harus dimiliki untuk mengatur organisasi tersebut, kepemimpinan tentu saja sangat penting bagi jalannya organisasi karena jika sebuah organisasi berjalan tanpa adanya unsure kepemimpinan yang baik dari anggotanya juga dari pemimpin organisasinya, maka setiap masalah yang muncul dalam berjalannya organisasi tersebut akan sulit untuk diselesaikan secara cepat dan efisien, yang mengakibatkan tujuan adanya organisasi tersebut terhambat dan kepuasan dari tercapainya tujuan tersebut persentasenya sangatlah rendah.

1. Karakteristik pemimpin sukses terdiri dari :
    a. Cerdas
    b. Terampil secara konseptual
    c. Kreatif
    d. Diplomatis dan taktis
    e. Lancar berbicara
    f. Memiliki pengetahuan ttg tugas kelompok
    g. Persuasive
    h. Memiliki keterampilan sosial

Sedangkan Robins (1996) mengatakan bahwa teori ini adalah teori yang mencari ciri-ciri kepribadian sosial, fisik atau intelektual yang membedakan pemimpin dan yang bukan pemimpin.

2. Fungsi – Fungsi Kepemimpinan
    a. Menyampaikan Informasi
    b. Memberikan Perintah
    c. Mendelegasikan wewenang
    d. Memberikan motivasi
    e. Menerima Umpan balik
    f. Mengkoordinasikan manusia dan pekerjaan
    g. Melakukan Pengendalian
3. Mitos Mengenai Kepemimpinan Organisasi

    Dijaman sekarang ini sudah sedikit sekali sosok – sosok pemimpin yang benar – benar memiliki jiwakepemimpinan.Mereka hanya sekedar ingin mendapatkan posisi tersebut namun tidak dapatbertanggung jawab dengan posisinya, yaitu sebagai pemimpin.Dan ada beberapa omong kosong yangmasih beredar mengenai kepemimpinan. Berikut ada beberapa bentuk omong kosong yang masihbiasa didapati :

    a. Seorang pemimpin harus mempunyai kepribadian
    b. Seorang pemimpin harus demokratis
    c. Seorang pemimpin harus mempunyai garis keturunan kepemimpinan
    d. Seorang pemimpin harus manis dan cerdik
    e. Seorang Pemimpin harus mempunyai karisma
    f. Seorang pemimpin harus menciptakan situasi yang tepat

g. Seorang pemimpin harus agresif.

4. sifat – sifat seorang pemimpin harus memiliki seperti dibawah ini :

a. Kemampuan mendapatkan kerjasama
b. Kemampuan administrasi
c. Daya Tarik
d. Kemampuan bekerja sama
e. Kemampuan mengasuh
f. Popularitas
g. Kecakapan hubungan antar manusia
h. Partisipasi sosial
i. Cepat tanggap

Dan sifat – sifat yang berhubungan dengan tugas juga penting :

a. Kebutuhan berprestasi
b. Dorongan bertanggung jawab
c. Inisiatif
d. Tanggung jawab

5. Peranan Kepemimpinan Dalam Konflik Organisasi

Dalam pelaksanaan penyelesaian konflik ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh para manajer, yaitu :

a. Bahwa penyelesaian konflik bukanlah menilai mana yang benar atau yang salah, tetapi untuk membawa pihak-pihak yang terlibat agar melihat apa yang menjadi inti permasalahan secara lebih obyektif. Disini seorang manajer dituntut untuk melihat permasalahan secara dingin, tetapi dalam menghadapi pihak-pihak yang terlibat konflik harus secara hangat.
b. Dalam penyelesaian konflik organisasi manajer dituntut untuk mempunyai sikap empati dan adil, bukannya netral. Karena kalau netral berarti tidak tahu apa-apa. Empati artinya bahwa seolah-olah kita menghayati atau mengetahui apa yang dirasakan oleh pihak-pihak yang terolibat, tetapi bukan berarti setuju. Sedangkan adil artinya bahwa tak aa pihak yang merasa direndahkan atau diabaikan.

c. Mencari temuan-temuan fakta, penelusuran bersama sejauh mungkin dan pemecahan masalah yang masuk di akal sehingga membuka pintu menuju hal-hal yang konstruktif.

2. PENGARUH KEPEMIMPINAN TERHADAP KEPEDULIAN SOSIAL DAN PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian Kepemimpinan

Pemimpin (leader) adalah seseorang yang mempergunakan wewenang dan kepemimpinannya, mengarahkan bawahannya untuk mengerjakan sebagian pekerjaannya dalam mencapai tujuan organisasi (Hasibuan, 2002). Kepemimpinan adalah cara seorang pemimpin mempengaruhi perilaku bawahan, agar mau bekerja sama dan bekerja secara produktif untuk mencapai tujuan organisasi (Hasibuan, 2002). Berdasarkan hal tersebut seorang pemimpin harus bersikap sebagai pengasuh yang mendorong, menuntun dan membimbing asuhannya.

Kepemimpinan merupakan kemampuan pemimpin untuk mempengaruhi karyawan dalam sebuah organisasi, sehingga mereka termotivasi untuk mencapai tujuan organisasi. Dalam memberikan penilaian terhadap gaya kepemimpinan yang diterapkan pemimpin, karyawan melakukan proses kognitif untuk menerima, mengorganisasikan, dan memberi penafsiran terhadap pemimpin (Solso, dalam Tondok dan Andarika 2004).

Malahayati (2010) menjelaskan bahwa kepemimpinan merupakan suatu proses dengan berbagai cara mempengaruhi orang atau sekelompok orang untuk mencapai suatu tujuan bersama. Kepemimpinan ini sebagai tindakantindakan tertentu yang dilakukan oleh seorang pemimpin yaitu keterlibatan seorang pemimpin untuk mengarahkan aktifitas kelompok. Handoko (2007) menyatakan bahwa kepemimpinan sebagai kemampuan untuk mempengaruhi kelompok menuju pencapaian sasaran. Sumber dari pengaruh ini dapat bersifat formal, seperti yang disajikan oleh kepemilikan peringkat manajerial dalam organisasi. Hal ini terjadi karena posisi manajemen muncul bersama sejumlah tingkat wewenang yang dirancang secara formal, seseorang dapat menjalankan peran kepemimpinan sematamata karena kedudukannya dalam organisasi itu.

2. Gaya Kepemimpinan

Sebagai usaha untuk mendorong gairah kerja, kepuasan kerja dan produktivitas kerja karyawan yang tinggi maka diperlukan model atau gaya kepemimpinan. Menurut Hasibuan (2002) terdapat empat macam gaya kepemimpinan, yaitu :

1) Kepemimpinan otoriter

   Kepemimpinan otoriter adalah jika kekuasaan atau wewenang sebagian besar mutlak tetap berada pada pimpinan atau kalau pimpinan itu menganut sistem sentralisasi wewenang. Pengambilan keputusan dan kebijaksanaan hanya ditetapkan sendiri oleh pemimpin, bawahan tidak diikutsertakan untuk memberikan saran, ide dan pertimbangan dalam proses pengambilan keputusan. Orientasi kepemimpinannya difokuskan hanya untuk peningkatan produktivitas kerja karyawan dengan kurang memperhatikan perasaan dan kesejahteraan bawahan. Pimpinan menganut sistem manajemen tertutup (closed management), kurang menginformasikan keadaan perusahaan pada bawahannya.

2) Kepemimpinan partisipatif

   Kepemimpinan partisipatif adalah apabila dalam kepemimpinannya dilakukan dengan cara persuasif, menciptakan kerja sama yang serasi, menumbuhkan loyalitas dan partisipasi para bawahan. Pemimpin memotivasi bawahan agar merasa ikut memiliki perusahaan. Pemimpin dengan gaya partisipatif akan mendorong kemampuan bawahan mengambil keputusan. Dengan demikian, pimpinan akan selalu membina bawahan untuk menerima tanggung jawab yang lebih besar.

3) Kepemimpinan delegatif

   Kepemimpinan delegatif apabila seorang pemimpin mendelegasikan wewenang kepada bawahan dengan agak lengkap. Dengan demikian, bawahan dapat mengambil keputusan dan kebijaksanaan dengan bebas atau leluasa dalam melaksanakan pekerjaannya. Pemimpin tidak peduli cara bawahan mengambil keputusan dan mengerjakan pekerjaannya. Di sini pemimpin menyerahkan tanggung jawab atas pelaksanaan pekerjaan kepada bawahan dalam arti pimpinan menginginkan agar para bawahan bisa mengendalikan diri mereka sendiri dalam menyelesaikan pekerjaan tersebut. Pimpinan tidak akan membuat peraturan-peraturan tentang pelaksanaan pekerjaanitu dan hanya sedikit melakukan kontak dengan bawahannya. Dalam hal ini, bawahan dituntut memiliki kematangan dalam pekerjaan dan

kematangan psikologis. Kematangan pekerjaan dikaitkan dengan kemampuan untuk melakukan sesuatu yang berdasarkan pengetahuan dan keterampilan. Kematangan psikologis dikaitkan dengan kemauan atau motivasi untuk melakukan sesuatu yang erat kaitannya dengan rasa yakin dan keterikatan.

4) Kepemimpinan situasional

Model kepemimpinan situasional dikembangkan oleh Paul Hersey dan Keneth H. Blanchard di pusat Studi Kepemimpinan pada akhir tahun 1960. Model kepemimpinan sutuasional ini mengacu pada pendekatan teori situasional yang menekankan perilaku pemimpin dan merupakan model praktis yang dapat digunakan manajer, tenaga pemasaran, guru, orang tua untuk membuat keputusan dari waktu ke waktu secara efektif dalam rangka mempengaruhi orang lain. Berdasarkan kepemimpinan situasional, tidak ada satupun cara yang terbaik untuk mempengaruhi orang lain. Gaya kepemimpinan mana yang harus digunakan terhadap individu atau kelompok tergantung pada tingkat kesiapan orang yang akan dipengaruhi.

3. Gaya pengambilan keputusan pimpinan

a. Gaya otoratif, diterapkan pada situasi ketika manajer memiliki pengalaman dan informasi untuk menghasilkan konlkusi, sementara pengikut tidaka memiliki kemampuan, kesediaan dam keyakinan untuk memecahkan masalah, jadi manajer harus membuat keputusan tanpa melibatkan pengikut.

b. Gaya konsultatif atau komunikatif, adalah strategi yang tepat apabila manajer mengenali bahwa pengikut juga mempunyai beberapa pengalaman atau pengetahuan tentang masalah dan bersedia memecahkan masalah meskipun belum mampu. Dalam situasi ini strategi yang terbaik adalah memperoleh masukan dari pengikut sebelum membuat keputusan final. Pemimpin yang komunikatif merupakan pemimpin yang dengan penuh kesabaran mau mendengar, bukan melulu menuntut didengar. Suara bawahan adalah inspirasi pemimpin itu sehingga setiap keputusan yang dibuat tetap menghormati bawahan.

c. Gaya partisipatif atau koordinatif, merupakan upaya kooperatif yaitu manajer dan pengikut bekerja sama mencapai keputusan bersama. Dalam hal ini, pemimpin secara efektif memiliki komitmen terhadap diri sendiri

untuk berbagi dalam proses pengambilan keputusan. Gaya ini merupakan cara yang sempurna manakala berhadapan dengan pengikut yang mampu, tetapi belum yakin akan dirinya.

d. Gaya delegatif, digunakan terhadap pengikut yang memiliki tingkat kesiapan yang memiliki pengalaman dan informasi yang diperlukan untuk keputusan atau rekomendasi yang layak (Hasibuan, (2002).
e. Gaya kemimpinan motivatif, dalam proses kepemimpinan, motivasi merupakan sesuatu yang esensial dalam kepemimpinan, karena memimpin adalah memotivasi. Seorang pemimpin harus bekerja bersama-sama dengan orang lain atau bawahannya, untuk itu diperlukan kemampuan memberikan motivasi kepada bawahan. Kepemimpinan mempunyai kaitan yang erat dengan motivasi, sebab keberhasilan seorang pemimpin dalam menggerakkan orang lain dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan sangat bergantung kepada kewibawaan, dan juga pemimpin itu di dalam menciptakan motivasi di dalam diri setiap orang bawahan, kolega maupun atasan pemimpin itu sendiri.

Faktor Yang Mempengaruhi Gaya Kepemimpinan

Dalam melaksanakan aktivitas pemimpin dipengaruhi oleh berbagai macam faktor.

Berikut adalah pendapat dari pada ahli dalam menanggapi Faktor Yang Mempengaruhi Gaya Kepemimpinan. H. Jodeph Reitz (1981) yang dikutif Nanang Fattah, sebagai berikut :

1. Kepribadian (personality), pengalaman masa lalu dan harapan pemimpin, hal ini mencakup nilai-nilai, latar belakang dan pengalamannya akan mempengaruhi pilihan akan gaya kepemimpinan
2. Harapan dan perilaku atasan.
3. Karakteristik, harapan dan perilaku bawahan mempengaruhi terhadap apa gaya kepemimpinan.
4. Kebutuhan tugas, setiap tugas bawahan juga akan mempengaruhi gaya pemimpin.
5. Iklim dan kebijakan organisasi mempengaruhi harapan dan perilaku bawahan.
6. Harapan dan perilaku rekan.

Berdasarkan faktor-faktor tersebut, maka jelaslah bahwa kesuksesan pemimpin dalam aktivitasnya dipengaruhi oleh factor-faktor yang dapat menunjang untuk berhasilnya suatu kepemimpinan, oleh sebab itu suatu tujuan akan tercapai apabila terjadinya keharmonisan dalam hubungan atau interaksi yang baik antara atasan dengan

bawahan, di samping dipengaruhi oleh latar belakang yang dimiliki pemimpin, seperti motivasi diri untuk berprestasi, kedewasaan dan keleluasaan dalam hubungan social dengan sikap-sikap hubungan manusiawi.

Selanjutnya peranan seorang pemimpin sebagaimana dikemukakan oleh M. Ngalim Purwanto, sebagai berikut

1. Sebagai pelaksana (executive).
2. Sebagai perencana (planner).
3. Sebagai seorangahli (expert).
4. Sebagai mewakili kelompok dalam tindakannya ke luar (external group representative).
5. Sebagai mengawasi hubungan antar anggota-anggota kelompok (controller of internal relationship).
6. Bertindak sebagai pemberi gambaran/pujian atau hukuman (purveyor of rewards and punishments).
7. Bentindak sebagai wasit dan penengah (arbitrator and mediator).
8. Merupakan bagian dari kelompok (exemplar).
9. Merupakan lambing dari pada kelompok (symbol of the group).
10. Pemegang tanggung jawab para anggota kelompoknya (surrogate for individual responsibility).
11. Sebagai pencipta/memiliki cita-cita (ideologist).
12. Bertindak sebagai seorang aya (father figure).
13. Sebagai kambing hitam (scape goat).

Berdasarkan dari peranan pemimpin tersebut, jelaslah bahwa dalam suatu kepemimpinan harus memiliki peranan-peranan yang dimaksud, di samping itu juga bahwa pemimpin memiliki tugas yang embannya, sebagaimana menurut M. Ngalim Purwanto, sebagai berikut

1. Menyelami kebutuhan-kebutuhan kelompok dan keinginan kelompoknya.
2. Dari keinginan itu dapat dipetiknya kehendak-kehendak yang realistis dan yang benar-benar dapat dicapai.
3. Meyakinkan kelompoknya mengenai apa-apa yang menjadi kehendak mereka, mana yang realistis dan mana yang sebenarnya merupakan khayalan. Tugas pemimpin tersebut akan berhasil dengan baik apabila setiap pemimpin memahami akan tugas yang harus dilaksanaknya. Oleh sebab itu kepemimpinan akan tampak dalam proses di mana seseorang mengarahkan, membimbing,

mempengaruhi dan atau menguasai pikiran-pikiran, perasaan-perasaan atau tingkah laku orang lain. Untuk keberhasilan dalam pencapaian suatu tujuan diperlukan seorang pemimpian yang profesional, di mana ia memahami akan tugas dan kewajibannya sebagai seorang pemimpin, serta melaksanakan peranannya sebagai seorang pemimpin. Di samping itu pemimpin harus menjalin hubungan kerjasama yang baik dengan bawahan, sehingga terciptanya suasana kerja yang membuat bawahan merasa aman, tentram, dan memiliki suatu kebebsan dalam mengembangkan gagasannya dalam rangka tercapai tujuan bersama yang telah ditetapkan.

Hasil studi Tannenbaum dan Schmid sebagaimana dikutip Kadarman, et.al.(1996) menunjukkan bahwa gaya dan efektifitas gaya kepemimpinan dipengaruhi oleh :

1. Diri pemimpin.

   Kepribadian, pengalaman masa lampau, latar belakang dan harapan pemimpin sangat mempengaruhi efektifitas kepemimpinan disamping mempengaruhi gaya kepemimpinan yang dipilihnya.

2. Ciri Atasan.

   Gaya kepemimpinan atasan dari manajer sangat mempengaruhi orientasi kepemimpinan manajer.

3. Ciri Bawahan.

   Respon yang diberikan oleh bawahan akan menentukan efektivitas kepemimpinan manajer. Latar belakang pendidikan bawahan sangat menentukan pula caramanajer menentukan gaya kepemimpinannya.

4. Persyaratan Tugas.

   Tuntutan tanggungjawab pekerjaan bawahan akan mempengaruhi gaya kepemimpinan manajer.

5. Iklim Organisasi dan Kebijakan.

   Ini akan mempengaruhi harapan dan prilaku anggota kelompok serta gaya kepemimpinan yang dipilih oleh manajer.

6. Perilaku dan Harapan Rekan.

   Rekan sekerja manajer merupakan kelompok acuan yang penting. Segala pendapat yang diberikan oleh rekan-rekan manajer sangat mempengaruhi efektivitas hasil kerja manajer.

Pengaruh Kepemimpinan

Menurut Siagian (2000), menyebutkan bahwa kepemimpinan adalah inti dari manajemen, karena kepemimpinan adalah motor penggerak bagi sumber daya manusia dan sumber daya alam lainnya. Kurangnya pemeliharaan dan perhatian pada tenaga kerja biasa menyebabkan semangat kerja rendah, cepat lelah dan bosan serta lamban dalam menyelesaikan pekerjaannya, yang pada akhirnya menurunkan prestasi kerja.

Menjadi pemimpin mempunyai tugas untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya dalam bekerja sehingga apa yang mejadi tujuan dalam suatu organisasi dapat tercapai dengan baik. Selain itu seorang pemimpin harus mempunyai keimanan yang tinggi kepada Allah swt. Agar selalu bersikap dan berperilaku untuk berbuat kebajikan sehingga mereka dapat memutar roda pemerintahan dan memegang kendali kepengurusan dengan baik dan bertanggung jawab.

Pemimpin harus mampu memastikan bahwa bawahan melaksanakan pekerjaannya berdasarkan keerampilan yang dimiliki dan komitmen terhadap pekerjaan untuk menghasilkan keluaran yang baik.

Pemimpin yang efektif harus berurusan dengan tujuan individu, kelompok, dan organisasi. Hasi penelitian dari Hikmatul 2019 bahwa Keefektifan seorang pemimpin di lihat darri ukuran pencapaian tujuan, kepemimpinan kepala puskesmas di Kabupaten Gowa berpengaruh terhadap kinerja bidan dalam pelayanan *antenatal care* karena kepala puskesmas cepat tanggap, memberikan ide dalam merumuskan rencana kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan antenatal care serta memberikan arahan kepada bidan agar melaksanakan tugas sesuai dengan prinsip tindakan, aman dan tepat. Semakin baik kepemimpinan kepala Puskesmas maka kinerja bidan dalam pelayanan *antenatal care* juga akan semakin baik terutama dalam meminimalisir angka kematian ibu di Kabupaten Gowa.

Karakteristik Pemimpin Dalam Pelayanan Kesehatan Yang Berfokus Perempuan

1. Pengertian pemimpin

Dalam perkembangan zaman, kepemimpinan itu secara ilmiah kemudian berkembang, bersamaan dengan pertumbuhan scientific management (manajemen ilmiah), yang dipelopori oleh ilmuan Frederick W.Taylor pada awal abad ke-20 dan

kemudian hari berkembang menjadi satu ilmu kepemimpinan (Kartono, 2010). Kepemimpinan adalah rangkaian kegiatan penataan berupa kemampuan mempengaruhi prilaku orang lain dalam situasi tertentu agar bersedia bekerjasama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Sutarto, 1991).

Cara pemimpin mempengaruhi bawahan dapat bermacam-macam, antara lain dengan memberikan gambaran masa depan yang lebih baik, memberikan perintah, memberikan imbalan, melimpahkan wewenang, mempercayai bawahan, memberikan penghargaan, memberikan kedudukan, memberi tugas, memberi tanggung jawab, memberikan kesempatan mewakili, mengajak, membujuk, meminta saran, meminta pendapat, meminta pertimbangan, memberikan kesempatan berperan, memenuhi keinginannya, memberikan motivasi, membela, mendidik, membimbing, memberikkan petunjuk, memelopori, mengantarkan, mengobarkan semangat, menegakkan disiplin, memberikan teladan, mengemukakan gagasan baru, memberikan arah, memberikan keyakinan, mendorong kemajuan, menciptakan perubahan, memberikan ancaman, memberikan hukuman dan lain-lain (Sutarto, 1991).

Kepemimpinan dan nilai kepemimpinan tidak lagi didasarkan pada bakat alamnya dan pengalaman saja, tetapi pada penyiapan secara analisis, perencanaan, penyelidikan, percobaan, supervisi dan pengembangan secara sistematis yang diperoleh melalui pelatihan dan pendidikan (Kartono, 2010).

Dalam organisasi, pemimpin terbagi dalam tiga strata utama yakni:

1. Top manager: yang tekanan tugasnya pada pelaksanaan administrasi dalam menyusun rencana, policy dan laporan terdiri dari pada direksi.
2. Middle Manager: eksekutif pelaksanaan rencana dan policy organisasi terdiri dari para kepala bagian.
3. Low Manager: eksekutif di lapangan yang terdiri dari kepala-kepala unit pelaksana, para pengawas di lapangan (Ardana, 2012).

Kepemimpinan selalu diperlukan dalam setiap organisasi termasuk organisasi pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit. Beberapatahun terakhir ini rumah sakit di Indonesia mengalami perkembangan, sejalan dengankemajuan teknologi, ilmu pengetahuan dansistem informasi. Peningkatan ini berdampakpada persaingan antar

rumah sakit, sehinggarumah sakit saling berlomba untukmeningkatkan kualitas jasa pelayanan yangdiberikan kepada masyarakat.

Ada kebutuhan untuk menemukan kepemimpinan yang lebih relevan dengan situasi kompleks seperti sekarang ini. Kepemimpinan transformasional merupakan salah satu konsep terobosan yang berhasil menghidupkan kembali gairah studi kepemimpinan yang hampir mati selama dekade terakhir ini. Konsep kepemimpinan oleh Burns pada tahun 1978 ini, menjelaskan tentang tugas seorang pemimpin adalah berupaya memotivasi bawahannya agar dapat berprestasi melampaui harapan dan perkiraan sebelumnya. Esensi kepemimpinan adalah memfasilitasi pengembangan individu untuk merealisasi potensi dirinya.

Keefektifan dalam memimpin organisasi juga dipengaruhi oleh gender, seperti yang diungkap oleh Boatwright & Forrest (2007) bahwa wanita lebih menyukai untuk menafsirkan kepemimpinan dalam bentuk transformasi, sedangkan pria lebih menyukai untuk menafsirkan kepemimpinan dalam bentuk transaksi. Juga bahwa wanita lebih menyukai untuk menggambarkan gaya kepemimpinan mereka dengan mengadopsi bentuk transformasional, sendangkan pria lebih menyukai bentuk transaksional. Elliot dan Stead (2008) mengatakan bahwa ide-ide kontemporer tentang gender dan kepemimpinan menyebabkan karakteristik feminin memberikan wanita suatu keunggulan di tempat kerja di mana gaya organisasional lebih disukai partisifatif dan demokratis.

2. Unsur unsur kepemimpinan

Empat unsur pokok kepemimpinan :

1. Adanya kepemimpinan

   Unsur pertama dari kepemimpinan adalah adanya pemimpin yakni seorang yang mendorong dan atau mempengaruhi seseorang atau sekelompok orang lain, sehingga tercipta hubungan kerja yang serasi dan menguntungkan untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu untuk mencapai tujuantertentu.

2. Adanyapengikut

   Seorang atau sekelompok orang yang mendapat dorongan atau pengaruh sehingga bersedia dan dapat melakukan berbagai aktivitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

3. Adanya sifat dan ataupun perilaku tertentu

   Unsur ketiga dari kepemimpinan adalah adanya sifat ataupun perilaku tertentu yang dimiliki oleh pemimpin yang dapat dimanfaatkan untuk mendorong dan ataupun memepengaruhi seseorang atau sekelompokorang.

4. Adanya situasi dan kondisitertentu

   Unsur keempat dari kepemimpinan adalah adanya situasi dan kondisi tertentu yang memungkinkan terlaksananya kepemimpinan. Situasi dan kondisi yang dimaksud dibedakan atas dua macam. Pertama, situasi dan kondisi yang terdapat di dalam organisasi. Kedua, situasi kondisi yang terdapat di luar organisasi yakni lingkungan secara keseluruhan.

3. Fungsi kepemimpinan

Fungsi artinya jabatan (pekerjaan) yang dilakukan atau kegunaan sesuatu hal atau kegunaan sesuatu hal atau kerja suatu bagian tubuh. Sedangkan fungsi kepemimpinan berhubungan langsung dengan situasi sosial dalam kehidupan kelompok/ organisasi masing-masing yang mengisyaratkan bahwa setiap pemimpin berada didalam dan bukan diluar situasi itu. Fungsi kepemimpinan merupakan gejala sosial, karena harus diwujudkan dalam situasi sosial suatu kelompok/ organisasi. Fungsi kepemimpinan memiliki dua dimensi seperti:

1. Dimensi yang berkenaan dengan tingkat kemampuan mengarahkan (*direction*) dalam tindakan atau aktivitaspemimpin.
2. Dimensi yang berkenaan dengan tingkat dukungan *(support*) atau keterlibatan orang-orang yang dipimpin dalam melaksanakan tugas-tugas pokok kelompok/organisasi.

   Secara operasional dapat dibedakan dalam lima fungsi pokok kepemimpinan, yaitu :

   1. Fungsi Instruksi

      Fungsi ini bersifat komunikasi satu arah. Pemimpin sebagai komunikator merupakan pihak yang menentukan apa, bagaimana , dan dimana perintah itu dikerjakan agar keputusan dapat dilaksanakan secara *efektif*. Kepemimpinan yang *efektif* memerlukan kemapuan untuk menggerakkan dan *memotivasi* orang lain agar mau melaksanakan perintah.

   2. Fungsi Konsultasi

      Fungsi ini bersifat *komunikasi dua arah*. Pada tahap pertama dalam usaha

menetapkan keputusan, pemimpin kerapkali memerlukan bahan pertimbangan yang mengharuskannya berkonsultasi dengan orang-orang yang dipimpinnya untuk memperoleh berbagai bahan informasi yang diperlukan dalam menetapkan keputusan. Tahap berikutnya konsultasi dari pimpinan pada orang-orang yang dipimpin dapat dilakukan setelah keputusan ditetapkan dan sedang dalam pelaksanaan. Konsultasi itu dimaksudkan untuk memperoleh masukan berupa umpan balik (*feedback*) untuk memperbaiki dan menyempurnakan keputusan-keputusan yang telah ditetapkan dan dilaksanakan.Dengan menjalankan fungsi konsultatif dapat diharapkan keputusan-keputusan pimpinan, akan mendapat dukungan dan lebih mugah menginstruksikannya, sehingga kepemimpinan berlangsung *efektif*.

3. Fungsi Partisipasi

   Dalam menjalankan fungsi ini pemimpin berusaha mengaktifkan orang-orang yang dipimpinnya , baik dalam keikutsertaan mengambil keputusan maupun dalam melaksanakannya. Partisipasi tidak berarti bebas berbuat semaunya, tetapi dilakukan secara terkendali dan terarah berupa kerjasama dengan tidak mencampuri atau mengambil tugas pokok orang lain.Keikutsertaan pemimpin harus tetap dalam fungsi sebagai pemimpin dan bukan pelaksana.

4. Fungsi Delegasi

   Fungsi ini dilaksanakan dengan memberikan *pelimpahan wewenang* membuat/ menetapkan keputusan, baik melalui persetujuan maupun tanpa persetujuan dari pimpinan. Fungsi delegasi pada dasarnya berarti kepercayaan. Orang-orang penerima delegasi itu harus diyakini merupakan pembantu pemimpin yang memiliki kesamaan prinsip, persepsi danaspirasi.

5. Fungsi Pengendalian

   Fungsi pengendalian bermaksud bahwa kepemimpinan yang sukses dan efektif mampu mengatur aktivitas anggotanya secara terarah dan dalam koordinasi yang *efektif*, sehingga memungkinkan tercapainya tujuan bersama secara maksimal. Fungsi pengendalian dapat diwujudkan melalui kegiatan bimbingan, pengarahan, *koordinasi* dan pengawasan.

4. Tipe Kepemimpinan

Dalam melaksanakan fungsi-fungsi kepemimpinan, maka akan berlangsung

aktivitas kepemimpinan. Apabila aktivitas tersebut dipilah- pilah, akan terlihat gaya kepemimpinan dengan polanya masing-masing. Gaya kepemimpinan tersebut merupakan dasar dalam mengklasifikasikan tipe kepemimpinan. Gaya kepemimpinan memiliki tiga pola dasar, yaitu:

1. Gaya kepemimpinan yang berpola pada kepentingan pelaksanaan tugas.
2. Gaya kepemimpinan yang brepola pada pelaksanaan hubungan kerjasama.
3. Gaya kepemimpinan yang berpola pada kepentingan hasil yang dicapai.

Berdasarkan ketiga pola dasar tersebut terbentuk prilaku kepemimpinan yang berwujud pada kategori kepemimpinan yang terdiri dari tiga tipe pokok kepemimpinan, yaitu

1. Tipe kepemimpinan *Otoriter*

   Tipe kepemimpinan ini menempatkan kekuasaan ditangan satu orang.Pemimpin bertindak sebagai penguasa tunggal. Kedudukan dan tugas anak buah semata-mata hanya sebagai pelaksana keputusan, perintah, dan bahkan kehendak pimpinan.Pimpinan memandang dirinya lebih dalam segala hal, dibandingkan dengan bawahannya. Kemampuan bawahan selalu dipandang rendah, sehingga dianggap tidak mampu berbuat sesuatu tanpaperintah.

   Ciri kepemimpinan ini adalah sebagai berikut :

   a. Semua *determinasi policy* dilakukan oleh pemimpin.
   b. Teknik-teknik dari langkah-langkah aktivitas ditentukan oleh pejabat satu persatu, hingga langkah-langkah mendatang senantiasa tidak pasti.
   c. Pemimpin biasanya mendikte tugas pekerjaan khusus dan teman sekerja setiap anggota.
   d. *Dominator* cenderung bersikap pribadi dalam pujian dan kritik pekerjaan setiap anggota, ia tidak turut serta dalam partisipasi kelompok secara aktif kecuali apabila ia memberikan demonnstran.

2. Tipe kepemimpinan kendali bebas (*LaizzesFaire*)

   Tipe kepemimpinan ini merupakan kebalikan dari tipe kepemimpinan otoriter. Pemimpin berkedudukan sebagai simbol. Kepemimpinan dijalankan dengan memberikan kebebasan penuh pada orang yang dipimpin dalam mengambil keputusan dan melakukan kegiatan menurut kehendak dan kepentingan masing- masing, baik secara perorangan maupun kelompok-kelompok kecil.

Pemimpin hanya memfungsikan dirinya sebagaipenasihat.

Ciri kepemimpinan ini adalah sebagai berikut :

a. Kebebasan lengkap untuk keputusan kelompok atau individu dengan minimum partisipasipemimpin.
b. Macam-macam bahan disediakan oleh pemimpin, yang dengan jelas mengatakan bahwa ia akan menyediakan keterangan apabila ada permintaan. Ia tidak turut mengambil bagian dalam diskusikelompok.
c. Pemimpin tidak berpartisipasi samasekali.
d. Komentar spontan yang tidak *frekuen* atas aktivitas-aktivitas anggota dan ia tidak berusaha sama sekali untuk menilai atau mengaturkejadian-kejadian.

3. Tipe kepemimpinan *Demokratis*.

Tipe kepemimpinan ini menempatkan manusia sebagai faktor utama dan terpenting dalam setiap kelompok/ organisasi. Pemimpin memandang dan menempatkan orang-orang yang dipimpinnya sebagai subjek yang memiliki kepribadian dengan berbagai aspeknya, seperti dirinya juga.Kemauan, kehendak, kemampuan, buah pikiran, pendapat, keratifitas, inisitaf yang berbeda-beda dan dihargai disalurkan secara wajar. Tipe pemimpin ini selalu berusaha untuk memanfaatkan setiap orang yang dipimpin. Kepemimpinan demokratis adalah kepemimpinan yang aktif, dinamis, dan terarah. Kepemimpinan tipe ini dalam mengambil keputusan sangat mementingkan musyawarah yang diwujudkan padasetiap jenjang dan didalam unit masing-masing.

Ciri kepemimpinan ini adalah sebagai berikut :

a. Semua policies merupakan pembahasan kelompok yang dirangsang dan dibantu olehpemimpin.
b. Perspektif aktivitas dicapai selama diskusi berlangsung. Dilukiskan langkah-langkah umum kearah tujuan kelompok dan apabila diperlukan nasihat teknis, maka pemimpin menyarankan dua atau lebih banyak prosedur-prosedur alternatif,yang dapatdipilih.
c. Para anggota bebas untuk bekerja dengan siapa yang mereka kehendaki dan pembagian tugas terserah padakelompok.
d. Pemimpin bersifat objektif dalam pijian dan kritiknya dan ia berusaha untuk menjadi anggota kelompok secara mental, tanpa terlampau banyak

melakukan pekerjaantersebut.

Ketiga tipe kepemimpinan diatas dalam praktisnya saling isi mengisi atau saling menunjang secara bervariasi, yang disesuaikan dengan situasinya sehingga akan menghasilkan kepemimpinan yang *efektif.*

5. Tipe-tipe kepemimpinan

Berdasarkan sikap-sikap pemimpin dan dari cara mereka menjalankan kepemimpinan, dikenal adanya beberapa tipe kepemimpinan.

a. Kepemimpinan Pribadi

Tipe kepemimpinan di mana pemimpin secara langsung mengadakan kontak dengan bawahan. Sehingga hasil kerja langsung diketahui oleh pimpinan tingkat atas yang juga menginginkan mengetahui segala hal secara detail. Dalam hal ini mudah timbul kepemimpinan yang sentralistis yang kurang memperhatikan hirarki atau pendelegasian wewenang dan tanggung jawab. Akibatnya jika ada pekerjaan yang gagal, banyak pihak tidak mau ikut bertanggung jawab.

b. Kepemimpinan Non-Pribadi

Tipe kepemimpinan di mana pimpinan tidak mengadakan kontak langsung dengan bawahan, melainkan melalui saluran jenjang hirarki yang sudah ada. Dengan demikian masing-masing bagian lebih merasa bertanggung jawab. Kelemahannya ada kemungkinan pekerjaan dan keputusan berjalan lambat karena segala sesuatu harus diputuskan melalui tingkatan-tingkatan hirarki yang panjang.

c. Kepemimpinan *Otoriter*

Tipe kepemimpinan di mana pemimpin menganggap bahwa kepemimpinan adalah hak pribadinya sehingga ia tidak perlu berkonsultasi dengan orang lain dan tidak boleh ada orang lain yang turut campur. Kepemimpinan semacam ini sering dianggap berbahaya dan banyak mengandung resiko.

d. Kepemimpinan *Demokratis*

Tipe kepemimpinan di mana pemimpin selalu bersedia menerima dan menghargai saran-saran, pendapat, dan nasehat dari staf dan bawahan, melalui forum musyawarah untuk mencapai kata sepakat

e. Kepemimpinan Kebapakan

Tipe kepemimpinan di mana pemimpin bertindak sebagai ayah kepada anak-

anaknya: mendidik, mengasuh, mengajar, membimbing, dan menasehati. Pada dasarnya kepemimpinan semacam ini baik, tetapi kelemahannya tidak memberikan kesempatan kepada bawahan untuk tumbuh menjadi dewasa dan lebih bertanggung jawab.

f. Kepemimpinan Karismatis

Tipe kepemimpinan di mana pemimpin memiliki daya tarik yang amat kuat. Seolah-olah dalam diri pemimpin tersebut terdapat kekuatan yang luar biasa, sehingga dalam waktu singkat dapat menggerakkan banyak pengikut. Termasuk pemimpin semacam ini misalnya: Gandhi, J.F.Kennedy dan Khomeini. Kepemimpinan tipe ini adalah baik selama pemimpin berpegang teguh kepada moral yang tinggi dan hukum- hukum yangberlaku.

g. Kepemimpinan *Populistik*

Kepemimpinan *populistik* berpegang teguh pada nilai-nilai masayarakat yang tradisional. Juga kurang memepercayai dukungan kekuatan serta bantuan hutang luar negeri. Kepemimpinanjenisinimengutamakan penghidupan kemabali Nasionalisme. Dan oleh Profesor S.Neisenstadt serta dikaitkan dengan modernitas tradisional.

h. Kepemimpinan Administrasi

Kepemimpinan tipe administratif adalah kepemimpinan yang mampu menyelenggarakan tugas-tugas administratif. Para pemimpiannya terdiri dari *teknokrat* dan administrator yang mampu menggerakkan dinamika *modernisasi* dan pembangunan. Dengan ini dapat dibangun sistem administrasi dan birokrasi yang *efisien* untuk memerintah dan memantapkan intergritas bangsa pada khususnya serta usaha pembangunan pada umumnya. Dengan kepemimpinan ini diharapkan adanya perkembangan teknis yaitu industri manajemen dan perkembangan teknis teknologi, industri, manajemen modern dan perkembangan sosial ditengahmasyarakat.

Masing-masing tipe pemimpin tersebut diatas tentu memiliki karakteristik tertentu yang membedakan saru *tipe* dengan yang lain. Pendekatan analisis yang dapat menganalisa tipe tipe tersebut denagn melakukan kategorisasi dari berbagai karakter itu berdasarkan :

a. Persepsi seorang pimpinan tentang peranannya selaku pimpinan.

b. Nilai-nilai yangdianut

c. Sikap dalam mengemudikan jalannyaoperasi.

d. Perilaku dalam memimpindan

e. Gaya kepemimpinan yangdominan.

6. Gaya Kepemimpinan

Kepemimpinan tersebut dipengaruhi oleh sifat dan perilaku yang dimiliki oleh pemimpin. Karena sifat dan perilaku antara seseorang dengan orang lainnya tidak persis sama, maka gaya kepemimpinan (*leadership style*) yang diperlihatkanpun tidak sama pula. Bertitik tolak dari pendapat adanya hubungan antara gaya kepemimpinan dengan perilaku tersebut, maka dalam membicarakan gaya kepemimpinan yang untuk bidang adrninistrasi sering dikaitkan dengan pola manajemen (*pattern of management*), seringdikaitkandengan pembicaraan tentang perilaku.

Tergantung dari sifat dan perilaku yang dihadapi dalam suatu organisasi dan atau yang dimiliki oleh pemimpin. Maka gaya kepemimpinan yang diperlihatkan oleh seorang pemimpin dapat berbeda antara satu pemimpin dengan pemimpin lainnya. Berbagai gaya kepemimpinan tersebut jika disederhanakan dapat dibedakan atas empat macam yakni:

1. Gaya kepemimpinan *diktator*

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

2. Gaya kepemimpinan *autokratis*

   Pada gaya kepemimpinan autokratis (*autocratic leadership style*) ini segala keputusan berada di tangan pemimpin. Pendapat atau kritik dari bawahan tidak pernah dibenarkan. Pada dasamya sifat yang dimiliki sama dengan gaya kepemimpinan diktator tetapi dalam bobot yang agak kurang. Gaya kepemimpinan autokratik ini juga merupakan pelaksanaan teori X dari McGregor.

3. Gaya kepemimpinan demokratis

   Pada gaya (*democratic leadership style*) ini ditemukan peran serta bawahan

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

4. Gaya kepernimpinansantai

   Pada gaya kepemimpinan santai (*laissez-faire leadership style*) ini peranan pimpinan hampir tidak terlihat karena segala keputusan diserahkan kepada bawahan. Setiap anggota organisasi dapat melakukan kegiatan masing-masing sesuai dengan kehendak masing- masing pula. Ditinjau dari rumusan McGregor, gaya kepernimpinan ini adalah pelaksanaan *ekstrim* dari teori Y.

   Tidaklah mudah untuk menentukan macam gaya kepernimpinan yang terbaik, karena sebagaimana telah dikemukakan, gaya kepemimpinan tersebut tergantung dari situasi dan kondisi yang dihadapi. Lester R. Bitel menyebutkan bahwa semua gaya kepemimpinan ini memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing dan karena itu dapat mendatangkan keuntungan atau kerugian tergantung dari penggunaannya yang tepat atautidak untuk menerapkan gaya kepemimpinan yang tepat, banyak pendapat pernah dikemukakan. Salah satu diantaranya ialah yang diajukan oleh Fred Fiedler yang dalam bukunya " *A Theory of Leadership Effectiveness*" (1967). Disebutkan penerapan gaya kepemimpinan tersebut sangat ditentukan oleh situasi dan kondisi yang dihadapi. Situasi dan kondisi yang dimaksud dibedakannya atas ditentukan oleh tiga unsur utama yakni:

   1. Hubungan pemimpin dengan bawahan

      Dalam menerapkan gaya kepemimpinan, harus dikaji dahulu hubungan antara pemimpin dengan bawahan. Apakah hubungan tersebut baik atau tidak. Apakah bawahan percaya serta loyal kepada pemimpin.

   2. Struktur tugas

      Setelah itu lanjutkan dengan mengkaji struktur tugas yang ada dalam organisasi yang meliputi jenis dan pembagian tugas antar karyawan. Apakah pengaturannya telah baik atau tidak serta apakah tugas tersebut cukup dijelaskan atautidak.

   3. Derajat kekuasaan yang dimilik pimpinan

      Langkah selanjutnya yang dilakukan ialah mengkaji derajat kekuasaan

yang dimiliki oleh pimpinan. Sampai seberapa jauh wewenang yang dimiliki serta sampai seberapa jauh pula wewenang tersebut didukung oleh peraturan dan berbagai ketentuan yang ada dan ataupun oleh pimpinan lain yang lebihtinggi.

7. Kepemimpinan Perempuan

Peran wanita dalam kehidupan bermasyarakat dalam pembangunan bukan hanya sebagai prosespembangunan, tapi juga sebagai fondasi yang berstruktur kuat. Perjuangan akan figure R.A. Kartini dapatdirasakan dengan adanya pergerakkan emansipasi wanita. Keberadaan peran wanita sebagai pimpinan kinimulai dihargai dan disetarakan.Sejalan dengan gerakan emansipasi dan gerakan kesetaraan gender yang intinya berusahamenuntut adanya persamaanhak wanita dalam berbagai bidang kehidupan, maka setahap demi setahaptelah terjadi pergeseran dalam mempersepsi tentang sosok wanita. Mereka tidak dipandang lagi sebagaisosok lemah yang selalu berada pada garis belakang, namun mereka bisa tampil di garis depan sebagaipemimpin yang sukses dalam berbagai sektor kehidupan, yang selama ini justru dikuasai oleh kaum lakilaki.Wanita memiliki kemampuan yang sama untuk berada di posisi puncak dalam karier," Faktanya, dalam berbagai organisasi saat ini, saatgaya kepemimpinan yang keras dan kaku tidak lagi sesuai untuk karyawan, gaya kepemimpinan wanitayang komprehensif serta nilai-nilai positif lainnya membuat mereka lebih cocok untuk menduduki posisipuncak.

Wanita dapat menjadi pemimpin bila dididik dengan cara berbeda dan tidak melulu menganggapdiri mereka sebagai wanita melainkan bagian dari sesama manusia. Dewasa ini, makin banyak wanita yang bekerja di bidang pekerjaan laki-laki. Mereka tidak saja bisabertahan, namun juga sukses menjadi pemimpin. Kaum wanita pun bisa menunjukkan dirinya sebagaimakhluk yang luar biasa kuat dan berani, dan tidak kalah dari kaum pria. Secara esensial dalammanajemen dan kepemimpinan pun pada dasarnya tidak akan jauh berbeda dengan kaum pria. Beberapatokoh perempuan yang berhasil menjadi pemimpin, Margareth Tatcher di Inggris yang dijuluki sebagai "SiWanita Besi", Indira Gandhi di India, Cory Aquino di Philipina. Emansipasi bukan diartikan pertukaran fungsi karena seorang pemimpin wanita yang memahamiposisi dirinya sebagai wanita jangan diartikan sebagai sebuah kelemahan melainkan kekuatan &kecerdasan dalam

menempatkan diri di rumah, dunia kerja, tempat ibadah, dan lingkungan masyarakatsekitar. Peran sebagai wanita tidak dapat digantikan oleh kaum pria, maka secara tidak langsungpemimpin wanita sudah memiliki ekstra posisi yang tidak dapat digantikan.Dengan memberi kesempatan dan menyemangati wanita untuk berperan sebagai pemimpin,pemerintah dan organisasi dapat memperluas bakat yang ada," Berdasarkan dari hasil penelitian terdahulu, peneliti menemukan lima ciri yang banyak dimiliki oleh wanita pemimpin:

1) Kemampuan untuk membujuk, wanita pemimpin umumnya lebih persuasif bila dibandingkan denganpria, la cenderung lebih berambisi dibandingkan pria – keberhasilannya dalam membujuk orang lain untukberkata "ya" akan meningkatkan egonya dan memberinya kepuasan. Meskipun demikian, saatmemaksakan kehendaknya, sisi sosial, feminin, dan sifat empatinya tidak akan hilang,
2) Membuktikankritikan yang salah, mereka "belum bermuka tebal", wanita pemimpin memiliki tingkat kekuatan egoyang lebih rendah dibandingkan pria, artinya mereka masih bisa merasakan rasa sakit akibat penolakandan kritik. Namun, tingkat keberanian, empat, keluwesan, dan keramahan yang tinggi membuat merekacepat pulih, belajar dari kesalahan, dan bergerak maju dengan sikap postif "akan saya buktikan",
3) Semangat kerja tim, wanita pemimpin yang hebat cenderung menerapkan gaya kepemimpinan secarakomprehensif saat harus menyelesaikan masalah dan membuat keputusan. Mereka juga lebih fleksibel,penuh pertimbangan, dan membantu stafnya. Bagaimanapun, wanita masih harus banyak belajar dari priadalam hal ketelitian saat memecahkan masalah dan membuat keputusan,
4) Sang pemimpin, wanitapemimpin yang hebat umumnya memiliki karisma yang kuat, begitu juga pria. Mereka persuasif, percayadiri, serta berkemauan kuat untuk menyelesaikan tugas dan energik,
5) Berani mengambil risiko, tidaklagi berada di wilayah yang aman, wanita pemimpin pada dasarnya berani melanggar aturan danmengambil risiko, sama seperti pria sekaligus memberi perhatian yang sama pada detail. Merekaberspekulasi di luar batas-batas perusahaan, dan tidak sepenuhnya menerima aturan struktural yang ada,seperti peraturan dan kebijakan

perusahaan.

Wanita adalah mahluk yang mampu mengerjakan banyak hal (multi tasking) dan seluruhnya bias dilakukan dengan konsentrasi yang sama. Ini tidak ditemui pada lelaki yang kurang mampu menghadapikompleksitas masalah dan cenderung memperbaikinya satu-satu, sementara perempuan ingin semua bias cepat selesai dengan baik serta memahami masalah lebih prioritas agar solusi makin cepat.Wanita juga mampu mengontrol emosinya. Dia tidak sembarangan mengucurkan air mata ataumarah berlebihan di depan orang banyak. Kepemimpinan seringkali membutuhkan figur seperti inisehingga dalam mengambil keputusan lebih matang terutama soal kebijakan luar negeri.Karakter alami, banyak wanita menyukai keindahan, kedamaian, ketenangan, dan tentunyakondisi ini bisa menyejukkan hawa panas dunia tengah bergejolak lantaran konflik di pelbagai belahanbumi.Namun perlu diakui sentuhan Wanita diperlukan agar pemerintah mempunyai banyak pertimbanganuntuk menentukan kebijakan. Pada dasarnya, wanita memiliki sifat-sifat dasar untuk sukses sebagai pemimpin. Merekacenderung lebih sabar, memiliki empati, dan multitasking mampu mengerjakan beberapa hal sekaligus.wanita juga memiliki bakat untuk menjalin networking dan melakukan negosiasi. Demikian menurutHelen Fisher, seorang penulis dan profesor di Rutgers University. Kemampuan-kemampuan itu tentu sajatidak eksklusif hanya ada pada wanita. Namun ketimbang lakilaki, kaum wanita yang cenderung lebihsering menunjukkan sifat-sifat tersebut.Wanita juga bertanggung jawab dan suka mengatasitantangan-tantangan dalam pekerjaannya.Ada banyak tantangan yang dihadapi kaum wanita dalam mendaki puncak karier di organisasi. Salah satu yang utama adalah faktor budaya. Sejak jaman dahulu, wanita dan laki-laki telah melakukanpekerjaan yang berbeda. Tugas-tugas yang mereka kerjakan membutuhkan keahlian yang berbeda. Faktorbudaya ini juga mempengaruhi bagaimana cara wanita dan laki-laki bertindak dan berpikir. Faktor budayaini juga terlihat dalam organisasi. Laki-laki dituntut untuk bersikap tegas dalam memimpin. Tetapi ketikawanita bersikap tegas, dia kerap disebutagresif. Kebanyakan pemimpin laki-lakijuga mementor anak buahnya yang laki-laki. Masih jarang ada pemimpin laki-laki yang mementorwanita. Dari contoh tersebut, terlihat bahwa masalah budaya menjadi faktor utama dalam kemajuanperempuan28 Faktor lain yang menghambat

kemajuan perempuan adalah kurangnya kebijakan dalam organisasiyang mendukung keseimbangan antara keluarga dan pekerjaan, khususnya bagi wanita yang telahberkeluarga. Kendati demikian, sudah mulai banyak perusahaan yang women-friendly. Perusahaanperusahaanitu memberikan kesempatan bagi wanita untuk meniti kariernya, serta menghasilkan parawanita yang sukses dalam karier dan keluarga. Mereka sadar bahwa memberikan kesempatan bagi wanitauntuk naik ke posisi kepemimpinan merupakan salah satu langkah strategis dan humanis untukmemajukan organisasi.

Ada beberapa hal yang dapat dilakukan wanita untuk mengembangkan kariernya,yaitu:

1) Mencari pekerjaan yang sesuai dengan passion.
2) Mencari mentor untuk membimbing ke posisipuncak.
3) Meningkatkan visibilitas dengan menunjukkan prestasi kerja.

3. INOVASI DAN MANAJEMEN PERUBAHAN DALAM PRAKTIK PELAYANAN KESEHATAN

1. Definisi Pelayanan Kesehatan

Lovely dan Loomba dalam Ariyani (2016), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perseorangan,kelompok, keluarga, dan ataupun masyarakat.

a. Jenis Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan kesehatan berdasarkan tingkatan yaitu rumah tangga, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatanprofesional tingkat pertama, Fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat pertama, dan fasilitas pelayanan rujukan yang lebih tinggi (Satianegara, 2014).

b. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki persyaratan pokok, antara lain tersedia dan berkesinambungan, dapat diterima dan wajar, mudah dicapai, mudah dijangkau dan bermutu (Azwar dalam Sanah, 2017).

2. Inovasi

Inovasi merupakan bahasa serapan dari bahasa Inggris yaitu innovation, istilah ini kemudian merujuk pada sesuatu hal yang baru. Definisi inovasi sangat luas digunakan, terutama oleh organisasi sektor bisnis. Beberapa definisi inovasi yang sering digunakan antara lain yang dikemukakan oleh Rogers (1995) bahwasanya inovasi merupakan ide atau gagasan, praktik, atau objek yang dipersepsikan sebagai sesuatu hal yang baru baik oleh individu atau kelompok organisasi tertentu yang mengadopsi hal-hal baru tersebut.

Tiga variabel dalam sebuah inovasi yaitu kesejahteraan masyarakat, pelayanan publik dan daya saing daerah (Noor, 2013). Inti dari inovasi sektor publik adalah mengubah suatu hal menjadi sesuatu yang baru dalam rangka meningkatkan efisiensi serta efektifitas didalam organisasi sektor public.

a. Atribut Inovasi

Rogers yang dikutip oleh Suwarno (2008) memaparkan lima macam atribut inovasi yaitu Relative Adventage, Compatibility, Complexity, Triability dan yang terakhir adalah Observability. 3 Tipologi Inovasi Mulgan dan Alburry yang dikutip oleh Alkema (2015) menyatakan ada lima tipologi dalam proses inovasi yaitu:

1) Inovasi produk atau layanan
2) Inovasi proses pelayanan
3) Inovasi metode pelayanan
4) Inovasi kebijakan
5) Inovasi sistem

b. Difusi Inovasi

Suwarno (2008) dikenal dua jenis model difusi yaitu:

1) Model difusi pengaruh internal Perilaku mendasar dari anggota sosial yaitu meniru perilaku seseorang yang dianggap sebagai model panutan sistem sosial.
2) Model difusi pengaruh eksternal. Mensyaratkan adanya infrastruktur yang memungkinkan terjadinya pertukaran informasi dari satu sistem ke sistem yang lain dalam waktu yang cepat

c. Proses dan Siklus Pengembangan Inovasi

Tahapan proses pengembangan inovasi menurut Suwarno (2008) yaitu:

1) Kebutuhan atau masalah
2) Riset Dasar dan Aplikatif
3) Pengembangan
4) Komersialisasi
5) Difusi dan Adopsi
6) Konsekuensi

d. Pengembangan Sistem Inovasi Publik

Faktor kritis dalam pengembangan inovasi menurut Alkema (2015) yaitu pengembangan kepemimpinan inovasi, budaya inovasi, pengembangan pegawai, engembangan kinerja inovasi dan pengembangan jaringan inovasi.

e. Faktor Pendukung dan Penghambat Inovasi

1) Faktor Pendukung

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu inovasi dalam mendorong terwujudnya Good Governance (Sumarto, 2009) yaitu faktor lingkungan, keberadaan arsitek inovasi, dukungan komunitas internasional, partisipasi warga, dukungan dan pertukaran antar rekan sejawat, struktur manajemen dan struktur intensif.

2) Faktor Penghambat

a) Mulgan dan Albury dalam Noor (2013) mengungkapkan delapan hambatan inovasi pada sektor publik,yaitu :
b) Keengganan untuk menutup program yang gagal
c) Ketergantungan yang berlebihan pada tampilan kinerja tinggi sebagai sumberinovasi
d) Teknologi yang tersedia, tetapi menghambat budaya atau organisasi
e) Tidak ada imbalan atau intensif untuk beinovasi atau mengadopsi inovasi
f) Tidak berani mengambil resiko.
g) Anggaran jangka pendek dan perencanaan
h) Tekanan dan hambatan administrative
i) Budaya rick aversion

3. Angka Kematian Ibu dan Bayi

World Health Organization dalam Kementrian Kesehatan RI (2014) mendefinisikan kematian ibu sebagai kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan serta penanganannya tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan ataupun cedera.

4. Angka Kematian Bayi National

Center for Health Statistics dan Centers for Disease Control and Prevention (dalam Leveno et al., 2009) mendefinisikan Angka Kematian Bayi sebagai jumlah bayi yang meningal per 1000 kelahiran hidup.

5. Inovasi Dalam Manajemen Pelayanan Kesehatan

Pelayanan diartikan sebagai sekumpulan aktivitas yang dilakukan oleh individu dan/atau sekelompok individu di dalam suatu organisasi untuk memenuhi kebutuhan tertentu baik secara langsung maupun tidak langsung (Mindarti dan Juniar, 2018). Dalam konteks ini pelayanan yang dimaksud ialah pelayanan publik. Menurut Horton (2008), pelayanan publik mencakup 3 (tiga) hal yaitu sekelompok orang yang digaji oleh pemerintah untuk menjalankan fungsi-fungsi administratif, pelayanan yang dilakukan oleh otoritas pemerintah dengan menggunakan dana pemerintah, dan pelayanan yang disediakan oleh agen-agen publik/pemerintah. Pelayanan kesehatan ialah segala aktivitas atau upaya yang dijalankan oleh agen-agen pemerintah, agen-agen bisnis, dan masyarakat dalam memberikan pelayanan kepada seseorang di bidang kesehatan mulai dari pencegahan penyakit, penyembuhan, dan pengobatan (Mindarti dan Juniar, 2018).

Fokus studi ini ialah pada pelayanan publik di bidang kesehatan atau sering disebut sebagai pelayanan kesehatan publik. Pelayanan kesehatan publik diartikan sebagai suatu aktivitas yang struktur untuk pelaksanaan dan cara penyampaian pelayanan di bidang kesehatan, dikelola dan dimiliki oleh publik (pemerintah) (European Observatory and WHO, 2018). Berdasar definisi-definisi di atas, studi ini mengartikan pelayanan kesehatan sebagai segala bentuk aktivitas yang diselenggarakan oleh agenagen publik/pemerintah yang memiliki otoritas di bidang kesehatan dan didukung oleh fasilitasfasilitas kesehatan tertentu yang bertujuan untuk

meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat mulai dari pencegahan dan penyembuhan penyakit serta peningkatan kesadaran akan kesehatan.

Paradigma keberlanjutan untuk *outcome* kesehatan di dalam masyarakat (kelompok sasaran) seperti perubahan perilaku, *rate* penyakit dan partisipatif menjadi riskan manakala para pengambil kebijakan dan praktisi *public health* dihadapkan pada persoalan yang mengharuskan mereka mengembangkan konsep baru pemecahan masalah, berani mengambil resiko dan mengembangkan kemitraan yang bersifat multi dimensi. Kondisi tersebut pada akhirnya mengharuskan pembuat kebijakan dan praktisi *public health* menyusun dan mengembangkan *best practice* atau model perencanaan yang kompatibel. Namun, tuntutan tersebut tidak didukung dengan kemampuan dan kreativitas yang memadai dari pembuat kebijakan dan praktisi bidang *public health*.

Model perencanaan yang kompatibel adalah model yang didesain untuk memenuhi kebutuhan spesifik dari sasaran atau masyarakat. Untuk menghasilkan model perencanaan yang kompatibel maka sangat diperlukan inovasi. Inovasi bukan berarti selalu baru tetapi merupakan terobosan untuk mengembangkan dan menerapkan strategi sesuai dengan kebutuhan sasaran. Inovasi menjadi solusi yang cukup efektif manakala hasil dari pelaksanaan inovasi mampu menghindarkan program dari kegagalan dan memberikan dampak positif ketika program berakhir. Alasan mendasar perlunya model perencanaan yang kompatibel dalam *public health* didasari oleh pertimbangan bahwa model perencanaan klasik (tradisional) memang masih dapat digunakan tetapi pembuat kebijakan dan praktisi perlu melakukan akselerasi melalui pengembangan inovasi.

Selain itu, model perencanaan klasik masih belum mampu mengatasi penghambat efektivitas program yaitu

1. Proses perencanaan yang berjalan linear sehingga solusi yang diberikan dipaksakan untuk diimplementasikan pada semua keadaan dan situasi;
2. Sumber pendanaan sangat terbatas dan tidak stabil karena sangat bergantung pada pemerintah; serta
3. Alokasi pendanaan tidak mampu menjamin *outcomes* program yang dilaksanakan.

Untuk memudahkan pembuat kebijakan dan praktisi melakukan perencanaan yang inovatif (kompatibel) dalam bidang *public health* maka Lister et al. (2017) telah

mengembangkan model inovasi dalam bidang kesehatan yang dikenal dengan *Public Health Innovation Model* (PHIM). Model PHIM mengkombinasikan dan mengintegrasikan desain model berpikir sektor swasta dengan model perencanaan klasik (tradisional) dan berfokus lebih dekat pada *outcomes* program. Inovasi yang dimaksudkan dalam model PHIM adalah inovasi yang mampu menyeimbangkan antara peran pemerintah, swasta dan masyarakat dengan membandingkan model perencanaan di sektor pemerintah dan swasta.

Hal yang bisa diadopsi dari perencanaan sektor swasta (bisnis) adalah:

1. **P**embuat kebijakan harus mengembangkan solusi yang inovatif**.** Hal ini dapat dilakukan melalui pengembangan pola pikir dalam pemecahan masalah yang dimulai dari konsumen dan berfokus pada sisi *demand* manusia, berdasarkan hasil penelitian, kolaboratif dan iterasi.
2. **P**embuat kebijakan dan praktisi harus berupaya mengakses sumber pendanaan swasta yang bisa digunakan melalui CSR untuk menjamin keberlangsungan dukungan pendanaan program.

Selain itu, model PHIM juga memberikan beberapa strategi yang harus diperhatikan oleh pembuat kebijakan dan praktisi ketika mengimplementasikan dan mengadopsi model ke dalam kegiatan atau program sehari-hari. Untuk mencapai keberhasilan inovasi maka strategi yang harus dilakukan adalah kerja sama lintas sektor, menumbuhkan *community buy-in*, otonomi (kemandirian) dan kreativitas. Kerja sama lintas sektor (*cross-collaboration*) bertujuan untuk membangun kemitraan dan *sharing risk* dan sumber daya sehingga dapat mengatasi keterbatasan sumber daya suatu program.

1. ***Community buy-in*** menekankan dua prinsip yang harus diperhatikan yakni menciptakan kebutuhan masyarakat akan program atau kegiatan dan yang kedua mampu membaca level inovasi dan momentum yang tepat untuk mentransfer inovasi ke dalam sasaran program.
2. **Otonomi** menekankan pada kemandirian dan kemampuan untuk melaksanakan inovasi.
3. **Kreativitas** mengarah pada kemampuan untuk menciptakan ide dan inovasi melalui kegiatan yang bersifat *sharing* ide.

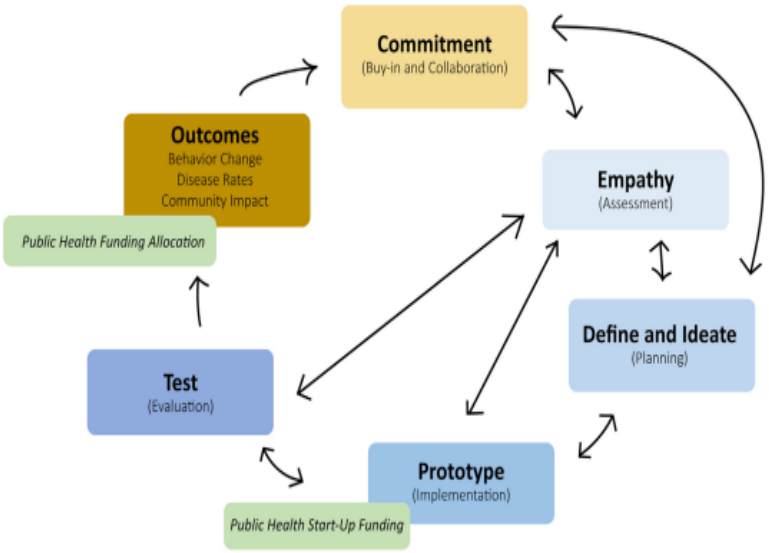


FIGURE 3 | Public Health Innovation Model.

1. Gerakan Serentak Keluarga Siaga (Gertak Kasi)

a. Bentuk Inovasi Pelayanan

Program Gertak Kasi termasuk suatu hal yang baru / cara baru yang dilakukan oleh Puskesmas Bades dalam memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik kepada masyarakat khususnya keluarga ibu hamil di wilayah kerjanya, agar resiko kematian ibu dan bayi dapat terhindarkan. Inovasi dimaksudkan agar keluarga ibu hamil siaga "siap antar jaga", yang diuraikan sebagai berikut :

1) Siap
    1) Mendata kehamilan istri sehingga tau kapan akan bersalin,
    2) Rencana persalinan (tempat, penolong dan pendamping),
    3) Pembiayaan bersalin,
    4) Calon pendonor darah,
2) Antar
    1) Mendampingi ibu hamil saat dan sesudah melahirkan,
    2) Anjuran ASI segera ASI saja
3) Jaga

Inovasi program Gertak Kasi, tidak hanya suami namun keluargalah yang memiliki andil besar dalam mempersiapkan sekaligus menjadi pihak yang memiliki hak otonomi terhadap ibu hamil. Dalam hal ini bentuk inovasi program Gertak Kasi telah sesuai dengan pendapat yang dipaparkan oleh Alkema (2015)), yang menjelaskan bahwa inovasi metode pelayanan merupakan suatu hal yang baru dalam

memberikan pelayanan, baik itu cara baru dalam memberikan pelayanan atau model baru dalam berinteraksi dengan pelanggan.

b. Aktor dalam Program Gertak Kasi

Puskesmas Gucialit merupakan inisiator dilakukannya replikasi program, kemudian sebagai implementor terdiri dari Puskesmas Bades, Dinas Penduduk dan Catatan Sipil, Pemerintah Kecamatan Pasirian, Pemerintah desa Bago, bidan desa, kader serta tokoh masyarakat di desa Bago. Kemudian pihak lintas program yang terlibat antara lain STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), Gizi, KIA KB (Kesehatan Ibu Anak dan Keluarga Berencana), Kesling (Kesehatan Lingkungan), dan Promkes (Promosi Kesehatan).

Lintas sektor dan lintas program juga ikut andil dalam program tersebut, kurang lebih terdapat 24 (dua puluh empat) sumber daya manusia yang terlibat secara langsung, dari awal proses inovasi hingga pelaksanaan program.Dari total jumlah sumber daya manusia yang berjumlah 24 orang, diantaranya terdiri dari 5 orang fasilitator yakni pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, Puskesmas Gucialit dan LSM Kompak, serta 19orang lainnya yang berperan dalam pengembangan program.

c. Proses Inovasi

Gertak Kasi Inovasi Gertak Kasi muncul disebabkan pada kurun waktu 2016 hingga 2017 Puskesmas Bades menjadi salah satu Puskesmas di Kabupaten Lumajang yang dihadapkan dengan permasalahan terkait tingginya angka kematian bayi dengan jumlah kasus sebanyak 11 (sebelas) kasus dan juga dihadapkan dengan permasalahan terkait tingginya angka persalinan ke dukun.Kemudian untuk mengatasi permasalah tersebut maka Puskesmas Bades Kecamatan Pasirian mengikuti instruksi bupati Lumajang sekaligus menindaklanjuti rekomendasi Dinas Kesehatan bersama LSM Kompak (Kolaborasi Masyarakat dan Pelayanan untuk Kesejahteraan) untuk mereplikasi program Suami Siaga yang sukses dilaksanakan oleh Puskesmas Gucialit.

Setelah disepakati, Puskesmas Bades segera menindaklanjuti dengan mengeluarkan SK Kepala Puskesmas Bades Bades Nomor 441/2460/427.55.06/2017 tentang tim Gertak Kasi. Langkah selanjutnya Puskesmas Bades melakukan identifikasi permasalahan dan ditemukan 8 faktor determinan penyebab AKI dan AKB. Kemudian tim Gertak Kasi melakukan Koordinasi, dilanjutka dengan

koordinasi lintas sektor dan lintas program oleh Puskesmas Bades guna mengembangkan program.

Pengembangan tersebut meliputi kapasitas fasilitas dan pelaksana. Pengembangan fasilitas kesehatan seperti penyediaan alat peraga kesehatan, cara memandikan bayi hingga fasilitas penunjang untuk mendukung pelaksanaan kelas dan kunjungan rumah. Sedangkan pengembangan kapasitas pelaksana dilakukan melalui bimbingan teknis dan rapat koordinasi lintas sektor dan lintas program. Proses tersebut telah sesuai dengan pendapat Suwarno (2008) yang menyatakan setidaknya terdapat beberapa proses/siklus terbentuknya inovasi, diantaranya; kebutuhan atau masalah; riset dasar dan aplikatif; pengembangan; komerialisasi; disfusi/adopsi; dan konsekuensi.

d. Indikator Keberhasilan Gertak Kasi

Pada awal sebelum inovasi Gertak Kasi lahir, tepatnya pada periode tahun 2016, angka kematian bayi di wilayah kerja Puskesmas Bades berjumlah 11 (sebelas) kasus.Dan 8 (delapan) diantaranya terjadi di desa Bago yang merupakan desa dengan praktek persalinan dukun yang paling tinggi.Sinambela (2006:6) menjelaskan bahwa indicator kualitas pelayanan dapat dilihat dari transparansi, akuntabilitas, kesamaan hak, keseimbangan hak dan kewajiban. Inovasi program Gertak Kasi memang masih belum ada indikator yang secara resmi dan baku yang digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan program, mengingat program Gertak Kasi masih dalam tahapan / proses pengenalan kepada masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bades.

Beberapa aspek yang dapat dijadikan indikator penilaian terhadap keberhasilan program GERTAK KASI selain angka kematian bayi yang sudah turun, yakni akses kemudahan masyarakat untuk mengikuti program, cakupan, tingkat pemahaman peserta terhadap materi yang telah diberikan, serta kesesuaian program dengan kebutuhan. Akses pelayananan yang mudah dan gratis ditunjukkan agar masyarakat antusias mengikuti program Gertak Kasi sehingga resiko terhadap kesehatan ibu hamil dapat dicegah dan angka kematian ibu, bayi dan persalinan dukun dapat ditekan hingga titik terendah.

Selain itu, inovasi program Gertak Kasi sudah sangat sesuai dengan kondisi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Bades, khususnya desa Bago, terlebih

antusiasme masyarakat sangat tinggi dan harapan mereka terhadap program Gertak Kasi juga sangat baik.

e. Model Inovasi Program Gertak Kasi Setelah inovasi pelayanan kesehatan melalui program Gertak Kasi selesai dilakukan, pelaksana yakni Puskesmas Bades beserta lintas sektor dan lintas program berupaya untuk memperbaiki sekaligus mengembangkan ide – ide lain atau inovasi – inovasi lain, yang ditujukan agar program Gertak Kasi dapat berjalan lebih baik lagi kedepannya.

Terdapat ide baru yang dikembangkan oleh Puskesmas Bades di dalam pelaksanaan inovasi progam Gertak Kasi. Konsep ide tersebut adalah tabulin (tabungan bersalin) dan dasolin (dana social bersalin). Tabulin merupakan tabungan yang harus di siapkan oleh pasangan ibu hamil dan suami jauh – jauh hari sebelum tiba masanya untuk bersalin. Tabungan tersebut nantinya akan dikoordinir oleh petugas Gertak Kasi atau kader Posyandu desa Bago. Selain tabulin adalah dasolin atau dana social bersalin, dimana masyarakat khususnya ibu hamil peserta Gertak Kasi yang tidak mampu atau memilki keterbatasan dalam penyediaan biaya bersalin akan diberikan bantuan dana social bersalin yang bersala dari iuran semua elemen masyarakat yang ada.

Selain tabulin dan dasolin, inovasi serta ide – ide lain juga terus dikembangkan, salah satunya terkait mekanisme pengurusan akta kelahiran. Melalui kerjasama lintas sektor antara Puskesmas Bades dan Dinas Kependudukan dn Catatan Sipil yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan, program Gertak Kasi melakukan upaya kombinasi dengan program Kuda Kencak. Dimana Kuda Kencak sendiri merupakan program dari Dispendukcapil yang berarti “Kudapatkan Akta Dengan Mudah dan Cepat”.

Melalui pengembangan ide – ide tersebut diharapkan masyarakat dapat lebih antusias dan dapat meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak. Melalui pemaparan tersebut, Puskesmas Bades dinilai telah mampu melakukan pengembangan inovasi pada sektor publik. Sesuai dengan pendapat Alkema (2015) organisasi public harus mampu mengembangkan budaya inovasi yang berkelanjutan melalui peningkatan kemampuan setiap anggota yang ada di dalam organisasi. Pengembangan tersebut penting dilakukan demi menciptakan system pelayanan yang mudah digunakan dan dijangkau oleh masyarakat secara berkelanjutan.

2. Inovasi GANCANG ARON

Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Blambangan Kabupaten Banyuwangi, inovasi pelayanan kesehatan Gancang Aron dihadirkan sebagai salah satu solusi untuk mengurangi antrian panjang bagi pasien atau keluarga pasien dalam pengambilan obat di rumah sakit tersebut. Inovasi tersebut telah masuk dalam jajaran Top 40 Inovasi Pelayanan Publik versi Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (KemenPAN dan RB). Implementasi inovasi tersebut ternyata bukan hanya perubahan yang terjadi di bagian pelayanan kesehatan saja, melainkan ada perubahan-perubahan yang sebelumnya dilakukan di tataran manajemen organisasi. Studi ini fokus pada praktik inovasi pelayanan kesehatan Gancang Aron di RSUD Blambangan – Kabupaten Banyuwangi

Inovasi pelayanan kesehatan Gancang Aron yang dilakukan oleh RSUD Blambangan bukanlah merupakan inovasi tunggal yang hanya terjadi di bagian pelayanan saja. Lebih dari itu, inovasi ini merupakan rangkaian dari bentuk inovasi-inovasi lain yang sifatnya cenderung integral, namun di beberapa hal prosesnya memang tidak berjalan linear. Artinya, ada beberapa inovasi di tataran manajemen internal organisasi yang harus dilakukan untuk mewujudkan inovasi pelayanan tersebut. Tiap inovasi yang dilakukan bisa saja pengaruh dari bentuk inovasi tertentu, atau suatu bentuk inovasi bisa mempengaruhi munculnya bentuk inovasi lainnya. Munculnya berbagai bentuk inovasi di organisasi RSUD Blambangan inni juga sarat dipengaruhi oleh organisasi eksternal dan masyarakat sebagai pengguna layanan yang mana aktor-aktor tersebut juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Demikian pula dampaknya, yang terasa tidak hanya bagi pengguna layanan, tapi juga bagi organisasi itu sendiri. Dengan kata lain, inovasi Gancang Aron bukanlah aktivitas yang terjadi di ruang isolasi, melainkan ada keterlibatan antar aktor di area-area tertentu yang itu berkontribusi terhadap munculnya praktik inovasi tersebut.

Keberhasilan RSUD Blambangan dalam menggaungkan inovasi pelayanan kesehatan Gancang Aron telah menarik beberapa instansi pemerintah lain untuk berkunjung dan belajar dari praktik inovasi tersebut terutama di sektor kesehatan. Namun demikian, praktik inovasi pelayanan publik bukan serta merta yang hanya nampak di permukaan, lebih dari itu, ada bentuk inovasi lain yang perlu dilakukan oleh organisasi publik tersebut agar menghasilkan inovasi pelayanan publik. Artinya, tidak setiap

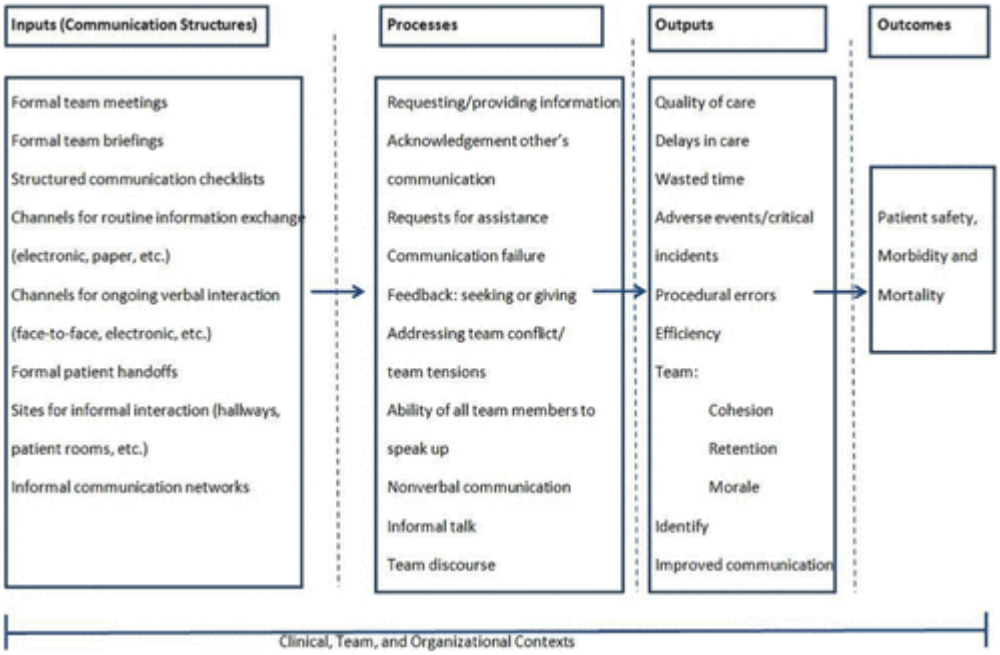
organisasi publik mampu meniru dan memodifikasi bentukbentuk inovasi pelayanan publik yang sudah ada di organisasi lain untuk diterapkan di organisasi tersebut tanpa melakukan beberapa bentuk inovasi yang menjadi prasyarat utama dari inovasi pelayanan publik.

4. KOMUNIKASI EFEKTIF DALAM KEPEMIMPINAN YANG BERPENGARUH DALAM PELAYANAN

Komunikasi didefinisikan sebagai menyampaikan atau bertukar informasi, pemikiran atau ide menggunakan ucapan, tulisan, atau media lain seperti sinyal atau perilaku. Komunikasi yang efektif melindungi pasien dari potensi bahaya yang timbul dari kesalahpahaman. Meskipun kegagalan komunikasi yang menyebabkan cedera serius seperti kaki yang salah diamputasi (jarang terjadi), bahkan kekurangan kecil pun dapat berakibat serius. Misalnya, kesalahan komunikasi antar kolega dapat mengakibatkan perawat memberikan obat yang salah, atau pasien salah mengambil dosis obat yang tepat. Komunikasi yang buruk pada penyerahan akhir giliran kerja dapat menyebabkan cedera pasien jika informasi penting tidak diteruskan dari satu profesional ke profesional lainnya (Ali, 2017).

a. Komunikasi Interprofesional

Dalam perawatan kesehatan, seperti konteks pekerjaan lainnya, perilaku setiap individu dipengaruhi oleh jaringan sosial di sekitarnya. Jejaring sosial ini penting untuk penyebaran informasi. Jejaring sosial bermanfaat bagi karier dan kinerja orang. Jaringan komunikasi terdiri dari karyawan yang secara teratur membahas masalah terkait pekerjaan. Jaringan nasihat atau konsultasi mencakup karyawan yang dipanggil untuk memecahkan masalah dan bertukar informasi. Jaringan kepercayaan menjelaskan mereka yang berbagi dan menerima informasi sensitif atau sensitif dalam situasi masalah. Kualitas jaringan komunikasi dan nasehat berhubungan negatif dengan jumlah staf perawat di unit. Kepuasan kerja berbeda secara signifikan secara interindividu dan antar unit dan dipengaruhi oleh jumlah staf perawat.



Model input / proses / output komunikasi dalam tim perawatan kesehatan (Real & Poole, 2011)

Model komunikasi input-proses-output (IPO) dalam tim perawatan dikembangkan dan berasal dari perspektif kelompok. "Perspektif dinamika kelompok" ini menyampaikan pemahaman tentang bagaimana dan mengapa pengasuh berinteraksi dengan cara tertentu dan menjelaskan bagaimana tim berfungsi. Model menggambarkan struktur komunikasi (input) dan proses. Ini, pada gilirannya, menciptakan keluaran yang dapat mempengaruhi hasil tim perawatan (Vermeir *et al.*, 2017).

Dalam tim perawatan kesehatan, komunikasi yang kurang dapat timbul dari informasi penting yang tidak dikomunikasikan di antara anggota tim, hubungan yang saling bertentangan, atau kurangnya kejelasan tentang peran dan uraian tugas. Salah tafsir informasi dapat disebabkan oleh penggunaan terminologi yang berbeda atau pemberian informasi yang tidak lengkap. Meskipun seluruh tim memberikan perawatan medis, kualitas dan keamanan medis terutama dipusatkan pada praktisi ahli individu

b. Defisit dalam Komunikasi dan Pengaruh pada Keselamatan Pasien

Komunikasi dan kerja tim yang efektif sangat penting untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi dan keselamatan pasien. Komunikasi yang buruk dapat menyebabkan berbagai hasil negatif, seperti penghentian perawatan dan

membahayakan keselamatan pasien (Vermeir *et al.,* 2015). Kompleksitas perawatan medis bersama dengan batasan tindakan manusia memperkuat pentingnya komunikasi standar dan lingkungan yang aman, di mana anggota tim dapat mengungkapkan keprihatinan mereka tentang keselamatan pasien (Vermeir *et al.*, 2017).

Kegagalan komunikasi, seperti kegagalan untuk memperkenalkan diri, dapat terjadi ketika staf menganggap pasien sebagai serangkaian gejala dan tugas daripada sebagai orang dengan kebutuhan sosial dan emosional; hal ini dapat membuat pasien merasa tidak manusiawi, sementara tindakan positif sederhana seperti penjelasan dapat memiliki efek menguntungkan yang sangat besar. Pasien terkadang secara selektif memproses informasi, hanya mendengar apa yang ingin mereka dengar, dan secara tidak sadar mengubah atau menyederhanakan pesan jika mereka tidak menyukai isinya. Jika pesan tidak diinterpretasikan seperti yang direncanakan, memahami di mana kesalahannya dan mengapa dapat membantu menyusun ulang sehingga dapat dipahami.

Sangat wajar untuk merasa gugup saat melakukan percakapan yang sulit dengan pasien atau kerabat mereka. Namun, kegugupan dapat berdampak buruk pada komunikasi, jadi disaat mungkin lupa memperkenalkan diri atau mempertahankan kontak mata yang sesuai, akan menyebabkan tersipu, gagap, atau cemberut semuanya itu akan mengganggu komunikasi yang efektif. Jangan biarkan kegugupan berlebihan menghancurkan kepercayaan diri atau kepercayaan pasien. Jika merasa gugup tentang percakapan dengan pasien atau kerabat, ingatlah untuk:

1) Identifikasi apa yang perlu disampaikan kepada pasien dan tujuan pembicaraan;
2) Tarik napas dalam-dalam sebelum mendekati pasien;
3) Perhatikan bahasa tubuh;
4) Latihlah kata-kata pembuka secara mental - fasih akan membuat pasien merasa nyaman sejak awal.

c. Kepuasan dalam berkomunikasi

Dalam pengaturan non-perawatan kesehatan, komunikasi telah dipelajari sebagai kontributor kepuasan kerja dan prestasi kerja. Hubungan positif antara kepuasan komunikasi dan kepuasan kerja telah dibuktikan di antara perawat juga.

Kepuasan komunikasi dengan atasan seseorang telah terbukti dikaitkan dengan komitmen organisasi yang lebih besar. Dalam penelitian ini, hampir 50% perawat bekerja berlebihan, tidak puas dengan penghasilannya, dan mengalami keterbatasan otonomi serta komunikasi yang buruk dengan atasan (Vermeir *et al.*, 2017).

d. Rekomendasi Peningkatan Komunikasi dan Kepuasan Komunikasi sebagai Prasyarat Peningkatan Kepuasan Kerja

Untuk mencegah hasil negatif yang dijelaskan, pendidikan interprofesional, yang berfokus pada membantu tim untuk berkomunikasi dengan cara yang tepat dan efektif, diperlukan. Program Team STEPPS terdiri dari tiga fase. Langkah pertama terdiri dari penilaian kebutuhan komunikasi. Kedua, pelatihan dan latihan dilakukan dalam lingkungan yang terkendali dan simulasi. Pada tahap terakhir, program pelatihan diimplementasikan dan dipertahankan dalam situasi kerja. Team STEPPS telah berhasil diadaptasi dan diterapkan untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui pelatihan tim. Di satu sisi, pelatihan tim meningkatkan komunikasi dan mengurangi kesalahan; di sisi lain, membangun infrastruktur keselamatan pasien mendukung kerja tim

Strategi tim dan alat (STEPPS) untuk meningkatkan kinerja dan model komunikasi keselamatan pasien.

Team STEPPS telah berhasil diadaptasi dan diterapkan untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui pelatihan tim. Di satu sisi, pelatihan tim meningkatkan komunikasi dan mengurangi kesalahan; di sisi lain, membangun infrastruktur keselamatan pasien mendukung kerja tim. Kesalahan yang dilakukan oleh satu atau lebih anggota tim perlu didiskusikan secara terbuka dan minimalisasi perlu dihindari. Ini tidak

selalu dijamin. Namun demikian, dalam budaya perawatan kesehatan, penekanannya terletak pada kualitas perawatan dan penyampaian kinerja yang sempurna. Belajar dari kesalahan harus menjadi lebih tertanam dalam pemberian perawatan kesehatan. Jika kesalahan tidak dapat didiskusikan secara terbuka, individu mengalami stres dan kelelahan, mengakibatkan gangguan memori dan kemampuan terbatas untuk multitask.

Bidan harus mampu menjadi pemimpin perawatan kesehatan yang efektif untuk memengaruhi perawatan pasien individu, kinerja tim klinis yang beragam, dan arahan organisasi perawatan kesehatan utama dan seterusnya. Pentingnya kepemimpinan layanan kesehatan yang efektif sulit untuk ditaksir terlalu tinggi karena kepemimpinan tidak hanya meningkatkan hasil klinis utama pada pasien, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan penyedia dengan mempromosikan keterlibatan di tempat kerja dan mengurangi kelelahan.

Pada kepemimpinan transformasional membutuhkan pemimpin untuk mengkomunikasikan visi mereka dengan cara yang bermakna, menarik, dan menciptakan kesatuan dan tujuan kolektif; manajer yang berkomitmen, memiliki visi, dan mampu memberdayakan orang lain dapat digambarkan sebagai pemimpin transformasional. Pemimpin transformasional mampu memotivasi kinerja melebihi ekspektasi melalui kemampuan mereka untuk mempengaruhi sikap. Namun pada kepemimpinan kolaboratif, kepemimpinan kolaboratif melibatkan komunikasi informasi kepada rekan kerja dan organisasi terkait, untuk memungkinkan mereka membuat keputusan sendiri.

Terlepas dari pentingnya praktik kerja kolaboratif yang diakui, hanya sebagian kecil waktu yang dihabiskan untuk kolaborasi sejati. Konflik dapat menjadi kekuatan yang menyebar dalam organisasi perawatan kesehatan dan, karena kesenjangan dalam komunikasi berkembang dan berpotensi, kegagalan dalam praktik kerja dapat terjadi. Sumber-sumber konflik yang paling umum diakui sebagai berikut: perilaku individualistis dalam organisasi, komunikasi yang buruk, struktur organisasi, dan konflik antar individu atau antar kelompok. Konflik biasanya berkembang dari masalah laten yang mendasarinya (yang menyiratkan adanya kondisi yang sebelumnya) dan dapat berkembang menjadi konflik yang dirasakan (di mana masalah menjadi jelas) dan kemudian menjadi konflik nyata (fase perilaku / tindakan), dengan tahap terakhir adalah konflik setelahnya.

Kerja tim yang efektif adalah kunci dari pendekatan kepemimpinan bersama, dengan fokus mengidentifikasi nilai-nilai tim dan mengoptimalkan efisiensi tim untuk meningkatkan praktik. Kepemimpinan bersama idealnya menghasilkan anggota staf individu mengadopsi perilaku kepemimpinan, otonomi yang lebih besar, dan hasil perawatan pasien yang lebih baik. Hambatan untuk mengembangkan kepemimpinan bersama dapat mencakup etos tim yang buruk, beban kerja yang tinggi dan tingkat pergantian staf, pekerjaan yang tidak menarik, kurangnya tanggung jawab, dan penetapan tujuan yang tidak memadai.

Menurut Hargett (2017) melalui analisis cluster hierarkis, pernyataan kompetensi dibagi menjadi lima domain yaitu integritas, Kerja Sama Tim, Berpikir Kritis, dan Kecerdasan Emosional. *Patient Centeredness* adalah komponen unik yang menentukan yang ditemukan dalam pemimpin perawatan kesehatan yang efektif, dikonfirmasi melalui umpan balik dan pengalaman yang kami terima saat menguji versi awal model dalam pengaturan pendidikan kepemimpinan. Kami menyimpulkan bahwa *Patient Centeredness* lebih dari sekadar kompetensi untuk kepemimpinan perawatan kesehatan; itu adalah prinsip inti. Kecerdasan Emosional sebagai kompetensi inti yang menyatukan kompetensi lainnya, dan oleh karena itu ditempatkan sebagai "batu kunci" dalam model; jika Kecerdasan Emosional dihilangkan, modelnya akan hancur. Layanan Integritas dan Tanpa pamrih sengaja ditempatkan di dasar model; meskipun mereka mungkin sulit untuk diajarkan, mereka sangat penting untuk kepemimpinan perawatan kesehatan yang efektif dan harus diakui dan ditekankan sebagai kompetensi inti “dasar” yang esensial. Berpikir Kritis dan Kerja Tim diposisikan sebagai "kerangka kerja kompetensi inti", menyatukan model dan tumpang tindih dengan tiga kompetensi lainnya.

(Hargett *et al.*, 2017) menyimpulkan model kepemimpinan definisi isi pernyataan kompetensi bahwa:

1. Bertindak dengan Integritas Pribadi; berperilaku secara terbuka, jujur, dan dapat dipercaya
2. Berkomunikasi secara Efektif; kemampuan untuk berkomunikasi dengan pasien dan tim; berhasil menavigasi percakapan yang sulit dan memberikan umpan balik
3. Bertindak dengan Nilai Etika Profesional; menerapkan prinsip-prinsip etika medis untuk situasi sulit
4. Mengejar Keunggulan; berjuang untuk keunggulan di semua bidang kehidupan pribadi, tim, dan organisasi
5. Membangun Dan Menjaga Hubungan; mendengarkan dan mendukung orang lain; mendapatkan kepercayaan; dan menunjukkan pengertian
6. Berpikir Kritis - mampu berpikir analitis dan konseptual untuk mengevaluasi dan memecahkan masalah
7. Memotivasi - menginspirasi diri sendiri dan orang lain untuk mencapai tujuan
8. Mengoptimalkan Dinamika Tim - memahami peran, kekuatan, dan kelemahan anggota tim; mempengaruhi bakat yang beragam untuk mencapai tujuan bersama
9. Mengelola Orang - mendelegasikan, memberikan arahan, dan mempromosikan kesetaraan dan keragaman
10. Mempertahankan Keterpusatan Pasien - berfokus pada kepentingan terbaik pasien; bekerja dalam kemitraan dengan pasien; memastikan keselamatan pasien
11. Adaptasi Terhadap Perubahan - fleksibilitas, beradaptasi dengan perubahan dengan mudah, menjadi yang pertama berubah saat diperlukan
12. Mengelola Kinerja Pribadi dan Tim - kemampuan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan diri sendiri dan anggota tim serta melakukan penyesuaian sesuai kebutuhan
13. Bersikap Tegas - menggunakan nilai dan bukti untuk bertindak secara tegas, terutama dalam situasi sulitMendorong Peningkatan dan Inovasi - menciptakan iklim peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan mengidentifikasi area untuk pertumbuhan
14. Mendorong Kontribusi - menciptakan lingkungan di mana orang lain memiliki kesempatan untuk berbagi pemikiran dan ide mereka tanpa takut dikritik

15. Perencanaan - mengembangkan rencana jangka pendek dan jangka panjang untuk mencapai tujuan pribadi, tim, dan organisasi
16. Mengembangkan Kesadaran Diri - menyadari nilai, prinsip, dan asumsi sendiri
17. Fostering Vision - mengembangkan visi organisasi, mengomunikasikan visi itu, dan mewujudkan prinsip-prinsipnya
18. Mengembangkan dan Menerapkan Strategi - mengintegrasikan dan menyelaraskan rencana, sumber daya, dan orang-orang untuk mencapai tujuan
19. Mengelola Diri - mengatur dan mengatur diri sendiri tindakan dan emosiMelayani tanpa pamrih - kemampuan untuk menempatkan kebutuhan orang lain di atas kebutuhan sendiri; menunjukkan perhatian besar untuk kebaikan bersama / orang lain
20. Pengembangan Pribadi Berkelanjutan - belajar melalui pengembangan profesional berkelanjutan dan terbuka untuk umpan balik
21. Mengelola Sumber Daya - mengetahui sumber daya apa yang tersedia dan menggunakan pengaruh seseorang untuk memastikan bahwa sumber daya digunakan secara efisien dan aman, yang mencerminkan keragaman kebutuhan dalam populasi tertentu
22. Memupuk Ketahanan Pribadi - kemampuan untuk mengatasi situasi yang menuntut
23. Menerapkan Pengetahuan dan Bukti - kemampuan untuk menerjemahkan penelitian dan praktik berbasis bukti untuk mengoptimalkan hasil
24. Menjaga Keseimbangan Pribadi - memprioritaskan kegiatan untuk menjaga kesehatan mental dan fisik
25. Memiliki Basis Pengetahuan yang Kuat - menjadi ahli di bidang tertentu dan menunjukkan penguasaan pengetahuan inti
26. Memfasilitasi Transformasi - secara aktif berkontribusi pada perubahan positif
27. Mengevaluasi Dampak Sistemik - mengukur dan mengevaluasi hasil; mengambil tindakan korektif jika diperlukan
28. Memahami Konteks Situasional - mencari perspektif yang lebih luas tentang masalah; memahami perspektif masyarakat dan pemangku kepentingan
29. Mengembangkan Jaringan - mengembangkan koneksi profesional dengan pemangku kepentingan di dalam dan di luar lembaga
30. Memahami Dampak Komunitas - memiliki kesadaran bahwa keputusan tentang perawatan pasien berdampak pada kesehatan populasi

31. Memahami Konteks Historis - menyadari sejarah, budaya, dan tradisi lembaga dan memasukkannya dalam pengambilan keputusan

Jenis tantangan yang dihadapi dokter ketika memimpin dalam pengaturan kompleks layanan perawatan kesehatan modern meliputi: kebutuhan yang beragam dan berubah, harapan pasien yang meningkat, dan biaya tinggi untuk intervensi dan perawatan baru Ini mengharuskan dokter untuk: mempertimbangkan kebutuhan populasi pasien yang lebih luas; untuk mengambil keputusan yang tidak hanya membuat sumber daya terbaik tetapi juga memberikan kualitas klinis; dan menerapkan peningkatan layanan yang dipimpin secara klinis yang kemungkinan besar akan berhasil. Gaya kepemimpinan berorientasi hasil fungsional berfokus pada proses organisasi yang menyiratkan kepemimpinan sebagai memiliki peran dan keterampilan khusus yang diperlukan untuk menyampaikan hasil yang diinginkan kelompok berdasarkan dan memenuhi kebutuhan tiga bidang, yaitu; individu, tim, dan tugas. Ini menekankan dalam membangun peran kepemimpinan yang memfasilitasi penyediaan perawatan kesehatan yang efektif dan efisien. Memang, hasil menjadi pusat perhatian yang penting pada model jenis ini (Al-Sawai, 2013).

Riet (2019) menganalisis tiga pandangan tentang apa yang penting untuk kepemimpinan medis yang efektif dalam pengaturan rumah sakit, dengan 36 (92%) responden berhubungan secara statistik secara signifikan dengan salah satu faktor. Pandangan tersebut dijelaskan di bawah ini dengan mengacu pada penempatan pernyataan dalam peringkat faktor yang ideal (van de Riet *et al.*, 2019) yaitu

1. Pemimpin Strategis.

   Pandangan ini mengandung dua aspek utama yang menurut responden penting bagi seorang pemimpin medis.

   a. Aspek pertama berkaitan dengan kekhawatiran responden tentang kurangnya persatuan di rumah sakit. Responden berpendapat bahwa setiap departemen lebih mengutamakan kepentingannya sendiri daripada tujuan luas rumah sakit yang menghasilkan budaya 'pulau-pulau yang saling bertentangan' yang pada gilirannya dapat membahayakan kualitas pemberian perawatan.

      Oleh karena itu, mereka menginginkan pemimpin medis yang mampu menempa persatuan antara dan di luar departemen klinis dengan berpartisipasi dalam strategi rumah sakit dan pengambilan keputusan. Menurut responden,

seorang pemimpin medis perlu melampaui batasan profesional, menghubungkan domain klinis dan manajemen dan mengejar kepentingan rumah sakit, bukan hanya departemen.

Responden berpendapat bahwa meningkatkan persatuan di dalam rumah sakit dan meningkatkan kolaborasi antara profesional perawatan kesehatan dan non-klinisi (misalnya manajer, staf pendukung, dan direktur) pada akhirnya akan berdampak positif pada departemen klinis juga. Memiliki visi yang jelas untuk departemen klinis yang sejalan dengan strategi rumah sakit dan mampu menyampaikannya kepada orang lain oleh karena itu menempati peringkat paling penting. Dalam pandangan ini pasien harus selalu menjadi prioritas utama, meskipun banyak responden berpendapat bahwa hal ini harus jelas dan oleh karena itu tidak perlu disebutkan secara eksplisit.

b. Aspek kedua yang dianggap penting bagi kepemimpinan medis dalam pandangan ini adalah pentingnya memiliki personal skill yang kuat. Yang terpenting, seorang pemimpin medis harus memiliki integritas dan mampu memotivasi dan antusias orang lain. Integritas dianggap penting untuk mendapatkan kepercayaan dan rasa hormat. Meskipun tidak digolongkan sebagai yang relatif paling penting, keterampilan komunikasi dan kolaborasi sering digarisbawahi sebagai kebutuhan untuk menciptakan persatuan dan melibatkan orang lain dalam melaksanakan visi.

   Sebaliknya, responden menilai "dijunjung tinggi oleh sesama dokter" sebagai relatif kurang penting untuk kepemimpinan medis yang efektif. Responden menyatakan bahwa popularitas tidak serta merta mengubah seseorang menjadi pemimpin medis yang baik, Responden menganggap pelatihan, pengalaman kerja dan deskripsi pekerjaan yang jelas relatif tidak penting untuk kepemimpinan medis. Responden berpendapat bahwa menjadi pemimpin medis adalah bagian dari kepribadian Anda atau bukan dan oleh karena itu tidak dapat diajarkan. Mereka menyatakan bahwa pendidikan atau deskripsi pekerjaan dapat mendukung seorang pemimpin medis, tetapi keterampilan pribadi yang kuat seperti mampu menyampaikan visi kepada orang lain lebih penting untuk dimiliki oleh seorang pemimpin medis.

2. Pemimpin Sosial

Pemegang pandangan ini menganggap keterampilan pribadi, khususnya keterampilan komunikasi dan kolaborasi yang kuat, sebagai yang paling penting

untuk kepemimpinan medis. Responden berpendapat bahwa keterampilan ini memungkinkan seorang pemimpin medis untuk mengelola departemen secara efektif dan menyelesaikan konflik di antara anggota departemen. Selain itu, oleh peserta dianggap keterampilan komunikasi dan kemampuan untuk berkolaborasi diperlukan untuk menyampaikan visi yang jelas kepada orang lain dan untuk melibatkan orang lain dalam melaksanakan visi mereka.

Responden menjelaskan, bahwa dalam hal tipe formal kepemimpinan medis, manajer medis sering tidak dipilih karena keterampilan ini, tetapi untuk alasan yang lebih praktis, seperti ketersediaan atau motivasi mereka. Akibatnya, pimpinan departemen medis tidak selalu memiliki keterampilan sosial. Responden berpendapat bahwa memiliki ikatan yang kuat dengan semua staf dan mengetahui "apa yang terjadi" penting untuk mencegah gesekan di antara staf dan meningkatkan pengambilan keputusan.

Para pemegang pandangan kedua ini menyiratkan bahwa lebih penting bagi seorang pemimpin medis untuk memiliki keterampilan kepemimpinan daripada keunggulan medis atau menjadi seorang dokter yang berpraktik. Responden berpendapat bahwa kepemimpinan medis hanya dapat efektif jika dokter berkomitmen penuh untuk bertanggung jawab menjadi pemimpin. Berbeda dengan pandangan pertama — bahwa seorang pemimpin medis harus menyeimbangkan antara menjadi pemimpin medis dan seorang dokter — pandangan kedua mencerminkan seorang pemimpin medis yang tidak menganggap diri mereka terutama seorang dokter.

Menurut responden, menjadi dokter yang berpraktik bahkan dapat menghalangi upaya untuk menjadi pemimpin medis yang baik karena dapat meningkatkan kemungkinan menyukai masalah klinis, yang mungkin tidak menguntungkan tujuan jangka panjang. Memiliki latar belakang medis, bagaimanapun dianggap sebagai prasyarat untuk menjadi pemimpin medis atau kepala departemen klinis karena memungkinkan pemimpin untuk menafsirkan masalah dengan benar dan menetapkan tujuan yang tepat untuk departemen tersebut.

Namun, para responden berpendapat bahwa seorang pemimpin medis tidak perlu menguasai pengetahuan manajerial tertentu. Sebagai contoh, pengetahuan khusus tentang sistem kesehatan Belanda dianggap paling tidak penting untuk kepemimpinan medis yang efektif. Ketika seorang pemimpin medis memiliki keterampilan sosial yang kuat dan dapat berkolaborasi dengan orang lain, informasi

keuangan atau kebijakan apa pun dapat dengan mudah diperoleh jika diperlukan dari kolega (non-klinis).

3. Pemimpin yang diterima

Pandangan ketiga mencerminkan pemimpin medis yang dipandu oleh uraian tugas yang jelas dan diterima oleh orang lain dalam peran kepemimpinan medis mereka. Responden yang memegang pandangan ini merasa bahwa mereka, dan sesama dokter, tidak selalu mendapat informasi yang baik tentang tugas dan tugas seorang pemimpin medis. Ambiguitas tentang kepemimpinan medis dipandang sebagai penyebab kebingungan dan frustrasi sesekali di dalam departemen klinis. Responden mengatakan bahwa memiliki uraian tugas yang jelas tentang kepemimpinan medis memungkinkan pemimpin medis untuk melaksanakan tugas dengan lebih efisien dan meningkatkan manajemen ekspektasi di antara rekan klinis.

Responden menekankan kembali akan pentingnya keterampilan komunikasi dan kemampuan untuk membuat antusias dan memotivasi orang lain. Keterampilan ini dianggap perlu untuk menciptakan kejelasan tentang tanggung jawab pemimpin medis, tetapi bahkan lebih untuk membuat semua staf mendapat informasi tentang dan terlibat dalam (yang diusulkan) perubahan dalam proses departemen dan pemberian perawatan. Pada gilirannya, para responden berpendapat bahwa kejelasan mengarah pada suasana kerja yang baik yang mendukung kesejahteraan staf dan kualitas perawatan.

Penerimaan seorang pemimpin medis dikatakan sangat penting untuk melibatkan sesama dokter (dokter dan perawat) dalam perubahan atau perkembangan di masa depan. Pada saat yang sama, responden berpendapat bahwa dokter memainkan peran besar dalam pengambilan keputusan dan oleh karena itu rekan kerja menganggap kredibilitas mereka sebagai pemimpin medis sebagai kunci kepemimpinan yang efektif. Seorang pemimpin medis untuk menciptakan penerimaan di antara rekan klinis, mampu berkolaborasi , memiliki visi yang jelas dan mampu menyampaikannya kepada orang lain dianggap relatif penting.

Beberapa rekomendasi dapat diambil dari tinjauan pustaka ini menurut Vermeir (2017):

1. Menggarisbawahi pentingnya lingkungan kerja psikososial dan hubungan antara kelelahan, konflik peran, kepuasan kerja, dan kesehatan psikosomatik (masalah) pada staf layanan kesehatan .

2. Mengakui bahwa perbaikan di bidang ini harus menjadi prioritas dan bahwa implementasi intervensi, yang berfokus pada nilai-nilai intrinsik perawat dapat membantu mencegah kelelahan kerja, meningkatkan kepuasan kerja, dan mengurangi pergantian. Informasi tentang iklim kerja psikososial diperlukan untuk memberikan dasar bagi intervensi tersebut. Dari perspektif praktis, isu-isu ini menjadi inti dari perubahan dalam praktik manajemen, yang harus diintegrasikan dalam reformasi berkelanjutan.
3. Akui bahwa "perubahan budaya adalah inti dari pencarian ini" . Perawatan harus diubah dari budaya dokter ahli individu menjadi lingkungan tim yang benar-benar kolaboratif. Saat ini, gaya komunikasi yang berbeda dari dokter, perawat, dan lainnya menghambat tujuan ini. Kompleksitas sistem perawatan memerlukan perubahan ke arah budaya komunikasi dan kolaborasi terbuka. Perubahan tersebut penting untuk menjaga hasil klinis.
4. Menciptakan dan memelihara lingkungan kerja di mana manajemen partisipatif berkembang pesat. Ini dapat dicapai dengan meningkatkan pemberdayaan psikologis, sambil menegaskan kembali dan memperkuat peran serta keterampilan pemimpin perawat. Memacu aktivitas pengembangan tim untuk memastikan bahwa anggota tim menghargai "pentingnya tanggung jawab bersama, komunikasi, dan pengambilan keputusan bersama, dan memiliki pemahaman yang baik tentang peran mereka masing-masing"
5. Berusaha keras untuk meningkatkan motivasi kerja dengan menciptakan lingkungan kerja yang tepat yang meningkatkan otonomi dan memungkinkan perawat untuk bekerja sebagai spesialis. Motivasi kerja dapat ditingkatkan dengan menunjukkan penghargaan atas pekerjaan yang dilakukan dengan baik. Sangat penting bahwa penghargaan diungkapkan baik oleh manajemen umum maupun kepemimpinan langsung manajer perawat, yang memainkan peran perantara penting di tingkat bangsal.
6. Menerapkan pelatihan simulasi tim interprofessional sebagai langkah pertama dalam membangun keterampilan komunikasi yang lebih baik dalam berlatih tim klinis.
7. Tanamkan alat dan perilaku standar ke dalam proses perawatan, seperti metode SBAR, untuk meningkatkan keselamatan. Nilai teknik komunikasi semacam itu telah dibuktikan di industri dengan keandalan tinggi lainnya,

dan teknik tersebut menyajikan sumber daya berharga yang dapat disesuaikan dengan pengobatan masa kini.

8. Berikan perhatian khusus pada situasi yang sangat rentan atau rentan terhadap gangguan komunikasi, seperti handoff dan transfer dalam perawatan. Ini dapat ditangani melalui pendekatan protokol terstruktur pemicu atau daftar periksa.
9. Bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terlibat dalam organisasi tertentu dan mengeksplorasi hubungannya dengan kepuasan kerja untuk membantu pengembangan intervensi manajemen

Manajemen rumah sakit harus mengakui relevansi peningkatan kepuasan kerja dan komunikasi dengan praktik klinis dan integritas organisasi. Setengah dari perawat melaporkan terlalu banyak bekerja dan menunjukkan profil risiko kelelahan dan kesalahan, yang pada gilirannya membahayakan keselamatan pasien (Kaddourah et al., 2013). Manajemen harus memberikan kepemimpinan yang positif dan memperhatikan faktor-faktor tertentu yang mempengaruhi perawat untuk meningkatkan retensi perawat, mengurangi niat untuk pergi, dan menghindari kekurangan perawat.

5. PENYUSUNAN RENCANA STRATEGI DAN KEBIJAKAN BAGI PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

A. Latar Belakang

Program kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan program prioritas nasional dalam pembangunan kesehatan. Departemen Kesehatan memberikan alokasi anggaran terbesar untuk program KIA. Kebijakan ini diambil dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi melalui implementasi strategi *making pregnancy safer* (MPS) dengan melakukan penajaman pada beberapa kegiatan yang dianggap *cost effective*. Kesinambungan program KIA sangat tergantung pada komitmen politik dan dukungan dari para *stakeholder* yang ada di daerah (Chigozie J. Uneke et al. 2017).

Isu kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan isu penting untuk diangkat kepermukaan karena untuk kasus Indonesia, angka kematian ibu (AKI) masih tinggi. Persoalan KIA ini semakin berat dihadapi oleh keluarga migran miskin di perkotaan karena mereka menghadapi keterbatasan akses pada beragam hal, yang pada gilirannya dapat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup. Salah satu

permasalahan AKIditengerai terkait dengan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang belum secara menyeluruh dan adil dapat dinikmati oleh berbagai pihak, meskipun berbagai program pemerintah sudah banyak diimplementasikan untuk mengatasi permasalahan tersebut.

Arah kebijakan kesehatan sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi, menurunnya angka kematian ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita.

Di sebagian besar negara di dunia, termasuk sejumlah besar negara berpenghasilan rendah dan menengah, minat terhadap penggunaan proses yang lebih ketat untuk memastikan bahwa rekomendasi perawatan kesehatan diinformasikan oleh bukti penelitian terbaik yang tersedia semakin meningkat. Hal ini didukung oleh berbagai laporan ilmiah yang menunjukkan bahwa bukti dari penelitian dapat meningkatkan pengembangan kebijakan kesehatan dengan mengidentifikasi isu-isu baru untuk agenda kebijakan, menginformasikan keputusan tentang isi dan arah kebijakan atau dengan mengevaluasi dampak kebijakan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam laporan sebelumnya dengan jelas menunjukkan bahwa penggunaan bukti penelitian yang lebih baik dalam pembuatan kebijakan pembangunan dapat menyelamatkan nyawa melalui kebijakan yang lebih efektif yang menanggapi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, menggunakan sumber daya secara lebih efisien, dan lebih memenuhi kebutuhan warga negara.(Chigozie Jesse Uneke et al. 2016).

Menanggapi kepentingan global dalam proses bukti ke kebijakan di sektor kesehatan, pemerintah Nigeria mengakui pentingnya kebijakan kesehatan berbasis bukti sebagai persyaratan penting untuk peningkatan sistem kesehatan negara. Sebagai bagian dari upaya pemerintah untuk mempromosikan dan mendorong pembuatan kebijakan berdasarkan bukti, Nigeria Evidence-Based *Health System Initiative* (NEHSI) didirikan dengan tujuan membangun sistem kesehatan berbasis bukti yang responsif, dengan penekanan pada perawatan kesehatan pada dasarnya untuk meningkatkan hasil kesehatan ibu dan anak. (Uneke et al. 2016)

B. WHO menetapkan 8 elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas kebijakan kesehatan:

1. Pendekatan holistik: Dimensi fisik, mental, sosial dan spiritual
2. Partisipatori: Partisipasi masyakan meningkatkan efektifitas dan efisiensi kebijakan
3. Kebijakan publik yang sehat: Pembangunan kesehatan yang kondusif
4. Ekuitas : Distribusi yang merata
5. Efisiensi:Mengoptimalkan biaya dan teknologi
6. Kualitas: Pelayanan kesehatan yang berkualitas
7. Pemberdayaan Masyarakat: terutama didaerah terpencil
8. *Self reliant*: keyakinan masyarakat terhadap kesehatan diwilayah sendiri.

C. Sistem dan Komponen Kebijakan

Sistem adalah serangkaian bagian yang saling berhubungan dan bergantung dan diatur dalam aturan tertentu untuk menghasilkan satu kesatuan Contoh: sistem kesehatan bagian yang saling berhubungan yaitu tenaga kesehatan, infrasrtuktur kesehatan, pembiayaan.

D. Hierarki dasar hukum penyusunan kebijakan publik

1. Undang undang
2. Peraturan pemerintah pengganti undang-undang
3. Peraturan pemerintah
4. Peraturan presiden
5. Peraturan daerah

E. Kebijakan kesehatan di Indonesia tahun 2011 kementeriaan kesehatan 7 reformasi pembangunan kesehatan

1. Revitalisasi pelayanan kesehatan
2. Ketersediaan distribusi, retensi, dan mutu sumberdaya manusia
3. Ketersediaan distribusi, keamanan, mutu, efektifitas, keterjangkauan obat, vaksin dan alkes
4. Jaminan kesehatan
5. Keberpihakan kepada daerah tertinggal perbatasan dan kepulauan dan daerah bermasalah
6. Reformasi birokrat
7. *World class health care.*

Kebijakan pembangunan kesehatan difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*Primary Health Care*) yang berkualitas terutama melalui

peningkatan jaminan kesehatan, Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan, Kartu Indonesia Sehat menjadi salah satu sarana utama dalam mendorong reformasi sector kesehatan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal,termasuk penguatan upaya promotif dan preventif.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan 2005-2025 adalah:

1. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan
2. Pemberdayaan masyarakat dan daerah
3. Pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan
4. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan
5. Penanggulangan keadaan darurat kesehatan.

Arah Kebijakan Kesehatan mengacu pada tiga hal penting yakni:

1. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (Primary Health Care) Puskesmas mempunyai fungsi sebagai Pembina kesehatan wilayah melalui 4 jenis upaya yaitu:
   a. Meningkatkan dan memberdayakan masyarakat.
   b. Melaksanakan Upaya Kesehatan Masyarakat.
   c. Melaksanakan Upaya Kesehatan Perorangan
   d. Memantau dan mendorong pembangunan berwawasan kesehatan.

   Untuk penguatan ketiga fungsi tersebut perludilakukan Revitalisasi Puskesmas dengan fokus pada 5 hal yaitu:

   a. Peningkatan SDM
   b. Peningkatan kemampuan teknis dan manajemen Puskesmas
   c. Peningkatan pembiayaan
   d. Peningkatan Sistem Informasi Puskesmas (SIP)
   e. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas.
2. Penerapan Pendekatan Keberlanjutan Pelayanan (*Continuum Of Care*). Pendekatan ini dilaksanakan melalui peningkatan cakupan mutu,dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu,bayi,balita,remaja,usia kerja dan usia lanjut.

3. Intervensi Berbasis Risiko Kesehatan. Program-program khusus untuk menangani permasalahan kesehatan pada bayi, balita dan lansia, ibu hamil, pengungsi, dan keluarga miskin, kelompok-kelompok berisiko, serta masyarakat didaerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan.

F. Penyusunan rencana strategi dan kebijakan bagi pelayanan kesehatan ibu dan anak

Sebagai komplemen berbagai penelitian perlu dilakukan rencana aksi di daerah dengan pendekatan *common-sense*. Pendekatan ini mengacu pada sifat luhur manusia yang mampu menggunakan akal sehat dan naluri. Pendekatan sense making menggunakan langkah langkah sebagai berikut:

1. Menggunakan konsep-konsep universal untuk memahami masalah yang terjadi di KIA
2. Mengidentifikasi fakta di lapangan dalam level kabupaten
3. Melakukan pemahaman dan pemaknaan mengenai data dengan perspektif konsep-konsep universal (*sense making*)
4. Melakukan usulan respons dalam kebijakan dan manajemen program untuk mengatasi masalah yang terjadi
5. Usulan respons kebijakan dan manajemen program tertuang dalam dokumen yang berisi kebijakan dan manual manajemen yang komprehensif
6. Melakukan aksi perubahan berbasis respons di berbagai tempat secara sukarela dan dimonitor proses dan evaluasi dampaknya
7. Melakukan evaluasi terhadap aksi perubahan yang dilakukan untuk perbaikan kebijakan.

Berbagai langkah dapat diuraikan lebih rinci agar dapat operasional

a. Langkah 1 Konsep-konsep universal yang dipergunakan. Penanganan KIA memerlukan pendekatan sistem kesehatan dengan komponen-komponen yang mencakup:
    1) Pelayanan kesehatan dan tindakan masyarakat di hulu dan hilir
    2) Fungsi-fungsi dalam sistem kesehatan misal pemberi pelayanan, regulasi, pembiayaan, pembayaran Sumber Daya Manusia (SDM), perubahan perilaku masyarakat

3) Perlunya reformasi sistem pelayanan kesehatan KIA. Prinsip-prinsip universal yang digunakan mencakup: *continuum of care*, koordinasi yang baik antar berbagai pihak, membedakan antara daerah maju banyak fasilitas dan tenaga dengan daerah yang kurang, mutu pelayanan dan keselamatan ibu dan bayi, dan menggunakan semaksimal mungkin pembiayaan negara untuk mengurangi angka kematian.

b. Langkah 2: Mengidentifikasi fakta data mengenai kematian ibu dan bayi perlu diindentifikasi.
c. Langkah 3 dengan dilakukan pemahaman dan pemaknaan data dalam perspektif konsep universal dan situasi lokal. Pemahaman dan pemaknaan data ini dilakukan dalam kerangka pertanyaan: Reformasi kebijakan apa yang akan dilakukan di level kabupaten? Penguatan manajemen apa yang akan dilakukan?
d. Langkah 4. Usulan respons lokal mencakup perlunya kebijakan KIA yang mencakup perbaikan di hulu dan di hilir. Usulan kebijakan tersebut antara lain: penggunaan kematian absolut sebagai indicator kinerja sistem, perbaikan tata kelola sistem pelayanan KIA, dan reformasi kebijakan yang tidak terbatas pada Jampersal saja. Reformasi kebijakan mencakup perbaikan aspek pembiayaan jaminan bagi ibu yang bersalin, perbaikan mekanisme pembayaran bagi lembaga dan tenaga kesehatan; perbaikan pengorganisasian pelayanan kesehatan KIA yang mencakup hulu, rujukan dan hilir; penguatan kebijakan regulasi; dan peningkatan promosi kesehatan untuk memperbaiki perilaku masyarakat. Secara khusus dalam paket kebijakan ini ditekankan mengenai: peningkatan kemampuan pre-emptive strike dalam rujukan terencana sehingga mengurangi rujukan emergency perbaikan jalur rujukan; pengarahan pembiayaan negara untuk ibu-ibu bermasalah; dan perbaikan mutu pelayanan dan keterlibatan aktif para spesialis dalam pengurangan kematian ibu dan anak.
e. Langkah 5 berupa penulisan draft kebijakan dan manual manajemen. Mengapa menggunakan model manual di kabupaten? Jawabannya adalah bahwa program KIA sangat rumit yang melibatkan banyak lembaga dan banyak profesi. Melalui cara manual diharapkan masalah yang kompleks ini dapat dicari solusinya dan dapat dilakukan pengembangan secara sistematis.

Lebih jauh lagi, dengan adanya manual sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak, peranan tenaga pembantu teknis (konsultan) dalam KIA akan lebih mudah dilakukan.

f. langkah 6 yaitu melakukan action berbasis respons di berbagai tempat dan dimonitor proses dan evaluasi dampaknya
g. Langkah 7 ini sangat penting karena sebagai usulan yang luar biasa tentunya harus dapat diukur hasil perubahannya. Pengukuran ini dilakukan dengan indikator jumlah kematian ibu dan bayi absolut di sebuah kabupaten (Trisnantoro, 2011).

Tim kebijakan inti SAIFRN menggunakan pendekatan pemetaan pikiran untuk mengidentifikasi jenis dan sektor dokumen kebijakan yang relevan yang mungkin memiliki dukungan untuk IYCF mulai dari dokumen kebijakan strategis seluruh pemerintah hingga pedoman implementasi yang relevan dengan IYCF. Tim juga mengembangkan matriks untuk memandu pengumpulan data, dengan empat domain untuk menilai konten kebijakan berdasarkan rekomendasi praktik terbaik untuk intervensi guna mendukung IYCF yang sesuai. Kriteria ini juga digunakan sebagai tema pengkodean:

1. Dukungan Umum untuk IYCF;
2. Penyediaan informasi standar untuk ibu dan pengasuh;
3. Pelatihan petugas kesehatan untuk memberikan konseling untuk PMBA;
4. Memungkinkan ibu / pengasuh untuk terlibat dengan intervensi praktik terbaik (Mahmood et al. 2017)

Dukungan kebijakan umum yang diidentifikasi oleh kebijakan di atas ditempuh dengan kebijakan yang lebih spesifik, yang mayoritas bersifat khusus sektor kesehatan seperti yang dijelaskan di bawah ini.

a. Penyediaan informasi berbasis bukti kepada ibu / pengasuh dan masyarakat umum tentang PMBA

   Kebijakan untuk mendukung pemberian informasi yang benar kepada ibu / pengasuh ada dalam bentuk rekomendasi nasional yang jelas mengenai PMBA yang sesuai yang memandu kampanye kesadaran masyarakat umum, ketentuan hukum untuk mencegah distribusi informasi oleh produsen pengganti ASI, dan pemberian konseling kepada pengasuh. Terdapat ketentuan kebijakan berbasis bukti yang

jelas dan konsisten mengenai IYCF yang sesuai dalam Kebijakan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir Nasional, dan Kode Sri Lanka untuk Perlindungan Promosi dan Dukungan ASI dan Pemasaran Produk yang Ditunjuk . Kebijakan ini membentuk dasar yang kuat untuk pesan yang dikomunikasikan kepada ibu / pengasuh dan masyarakat umum.

b. Pelatihan petugas kesehatan untuk meningkatkan kapasitas mereka dalam menyediakan layanan PMBA

   Kami mengamati bahwa pengembangan kapasitas mengambil tiga bentuk: pelatihan dalam jabatan, pendidikan pra-jabatan, dan kursus pengembangan profesional, sejalan dengan rekomendasi global. Kebijakan Gizi Nasional memberikan rekomendasi untuk "membangun kapasitas staf kesehatan dan pekerja berbasis masyarakat untuk komunikasi perubahan perilaku yang efektif sehubungan dengan promosi gizi", dan Rencana Strategis Nasional Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir menyebutkan pengembangan sumber daya manusia secara keseluruhan pada kesehatan ibu dan anak

c. Memungkinkan ibu / pengasuh untuk terlibat dengan intervensi praktik terbaik

   Kami mengidentifikasi 16 dokumen kebijakan yang memberikan dukungan untuk PMBA yang sesuai dengan memungkinkan ibu dan pengasuh untuk terlibat dalam pemberian makanan yang sesuai dengan usia, dan dengan intervensi praktik terbaik. Ketersediaan pelayanan kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas dalam Rencana Strategis Nasional Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, yang mengatur 'mekanisme mobilisasi dan pemanfaatan dana kesehatan ibu dan anak / keluarga berencana dari pemerintah dan sumber lain di pusat, tingkat provinsi dan kabupaten. Para ibu juga dimungkinkan untuk terlibat dengan layanan kesehatan melalui ketentuan dalam Kode untuk memperkuat sistem perawatan kesehatan untuk meningkatkan layanan PMBA, seperti 'untuk memungkinkan ibu memberikan perawatan yang optimal termasuk ASI eksklusif selama 6 bulan dan melanjutkan menyusui selama 2 tahun dan seterusnya' , dan 'sistem perawatan kesehatan harus mendorong, melindungi dan mendukung menyusui dan

bekerja sama dengan otoritas pemerintah dalam memberlakukan ketentuan kode'. Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak Nasional lebih spesifik dalam hal ini, dan merekomendasikan penerapan intervensi berbasis bukti; secara khusus memastikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan, diikuti dengan pemberian makanan pendamping ASI yang sesuai, bersamaan dengan pemberian ASI lanjutan selama 2 tahun ke atas, serta pemantauan dan promosi pertumbuhan secara teratur. Dukungan untuk praktik PMBA yang baik diperkuat lebih lanjut oleh persyaratan dalam Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak Nasional bahwa 'setiap rumah sakit menyediakan layanan bersalin dan perawatan untuk bayi baru lahir yang memiliki kebijakan menyusui secara tertulis , sejalan dengan Inisiatif Rumah Sakit Ramah Bayi yang sangat sukses (Godakandage et al. 2017)

Di daerah pedesaan Burkina Faso, pelatihan penyedia layanan kesehatan tentang memberikan intervensi pendidikan yang dipersonalisasi selama layanan kesehatan dasar biasa untuk mempromosikan praktik pemberian makan yang tepat untuk wanita hamil dan menyusui dan anak-anak dikaitkan dengan peningkatan pola makan wanita hamil, praktik PMBA, dan peningkatan jumlah anak. Berat lahir. Namun, kami tidak mendeteksi peningkatan yang signifikan pada wasting dan pertumbuhan linier pada anak usia dini (hingga usia 18 bulan).

Konseling nutrisi prenatal menyebabkan peningkatan signifikan dalam praktik diet wanita di kelompok intervensi, meskipun kesesuaian praktik asupan makanan umumnya rendah di kedua kelompok studi. Studi ini juga menunjukkan bahwa secara keseluruhan, praktik PMBA yang dilaporkan lebih baik pada kelompok intervensi, dengan pengecualian pengenalan makanan setengah padat atau lunak tepat waktu. Hasil ini konsisten dengan studi pendahuluan yang menunjukkan bahwa mungkin untuk meningkatkan praktik pemberian makan melalui intervensi pendidikan oleh petugas kesehatan terlatih yang tertanam dalam layanan pencegahan rutin.

Hasil positif secara keseluruhan pada praktik pemberian makan kemungkinan besar disebabkan oleh kekhususan intervensi. Konseling

bersifat individual dan disesuaikan dengan setiap pasangan ibu-anak setelah analisis menyeluruh tentang situasi anak. Fakta bahwa konseling dipersonalisasi dan disesuaikan dengan situasi sosial ekonomi masing-masing wanita kemungkinan besar telah berkontribusi pada komitmen mereka (Nikièma et al. 2017)

d. Kemitraan dengan pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan

   Para pemimpin politik perlu diberi tahu bahwa itu adalah kepentingan mereka untuk menempatkan strategi KIA yang berfokus pada komunitas pada agenda mereka. Keterlibatan strategis pemangku kepentingan utama ditunjukkan oleh masing-masing LSM. Misalnya, di Bangladesh, *CARE* mengundang pejabat pemerintah tingkat senior, akademisi dan personel lembaga penelitian, dan mitra pembangunan lainnya untuk berpartisipasi dalam lokakarya dan mengunjungi area proyek untuk lebih memahami keberhasilan CmSS. Melalui proyek AAMA, HKI menunjukkan bahwa membawa beragam kelompok pemangku kepentingan dari berbagai sektor pemerintah dapat mengarah pada strategi terpadu dan kohesif untuk memenuhi kebutuhan gizi anak-anak di Nepal. Penting bagi organisasi pelaksana untuk terus mencari peluang untuk melibatkan pemangku kepentingan utama di ketiga jalur dan mencari "jendela kebijakan" yang melaluinya mereka dapat memanfaatkan hubungan ini untuk mengintegrasikan strategi KIA ke dalam kebijakan dan praktik yang ada. Dari sudut pandang Kementerian Kesehatan (serta pejabat Kementerian lainnya), akan bermanfaat untuk bekerja sama dengan LSM jika prioritas strategis sejalan. Hal ini dapat membuka peluang bagi pejabat pemerintah untuk menerima pelatihan di tempat kerja tentang aspek-aspek kunci dari strategi KIA yang berfokus pada komunitas (misalnya, pengobatan pneumonia anak atau penatalaksanaan malaria di rumah berbasis komunitas) serta peluang untuk perluasan. strategi KIA ke wilayah geografis yang sulit dijangkau

e. Responsivitas strategis

   Setiap LSM mampu memasukkan aspek dari jalur lain ke dalam respon strategis mereka dengan menyesuaikan dengan prioritas kesehatan nasional dari waktu ke waktu. Pekerjaan HHF di Haiti mencontohkan

bagaimana menggabungkan "pembelajaran untuk leverage" dengan "kepemimpinan pemikiran." Mereka berhasil mendemonstrasikan keefektifan pengobatan pneumonia masa kanak-kanak berbasis komunitas (yaitu, belajar untuk memanfaatkan) dan, sebagai hasilnya, menjadi sumber berharga dari pelatihan teknis dan berbagi informasi yang dapat dimanfaatkan oleh organisasi lain (yaitu, kepemimpinan pemikiran). *Concern World wide* dan mitranya di Rwanda secara strategis dapat menggabungkan "usaha bersama" dengan "pembelajaran untuk pengaruh." Usaha patungan dimulai dengan sekelompok LSM yang berpikiran sama yang melaksanakan proyek serupa di Rwanda. Bersama-sama mereka dianugerahi dana untuk program percontohan untuk menguji efektivitas HMM. Setelah menunjukkan efektivitasnya, konsorsium LSM berkesempatan untuk terus mengembangkan komponen iCCM lainnya di tingkat nasional. Untuk memanfaatkan sepenuhnya setiap jalur yang diperkenalkan dalam makalah ini, organisasi pelaksana perlu responsif terhadap lingkungan kebijakan dan memanfaatkan jalur pelembagaan yang berbeda pada titik-titik strategis pada waktunya (Story et al. 2017).

Kategori elit kebijakan publik mencakup pejabat pemerintah tingkat tinggi di Kementerian Kesehatan seperti Sekretaris Tetap, kepala unit dan departemen; pemegang jabatan politik seperti Menteri Kesehatan dan anggota dewan direksi di Kementerian Kesehatan; dan Dewan Nasional Kesehatan dan Komite Eksekutif Federal. Kategori mitra pembangunan mencakup tiga badan PBB yang terlibat dalam kesehatan ibu dan anak di Nigeria - WHO, UNICEF, UNFPA, yang menasihati dan menginformasikan pembuat kebijakan tentang pilihan, alternatif, dan efek yang dihasilkan. Kelompok non-pemerintah dan masyarakat sipil termasuk organisasi dan perusahaan nirlaba dan nirlaba yang memiliki minat khusus dalam masalah kesehatan ibu dan anak; mereka sering kali mewakili kepentingan umum. Mereka adalah anggota asosiasi profesional dan seringkali merupakan kelompok kerja teknis dalam pengembangan kebijakan, dan dalam kapasitas tersebut berkontribusi dalam mengembangkan kebijakan dan strategi.

a. Pengaruh para aktor dalam proses pengembangan strategi IMNCH

Analisis tentang pengaruh aktor yang terlibat dalam pengembangan strategi IMNCH baik dalam pengembangan strategi maupun proses bukti seperti yang dipersepsikan oleh aktor lain. Beberapa aktor dianggap telah memainkan peran yang lebih menonjol dalam pengembangan strategi dan lebih sering disebutkan daripada yang lain. Aktor di Kementerian Kesehatan diidentifikasi telah mempelopori proses tersebut dengan dukungan signifikan dari mitra pembangunan di badan-badan PBB yang menyediakan dana untuk proses tersebut. Kelompok elit kebijakan lainnya, Federal Executive Council dan National Council on Health, yang mungkin tidak berpartisipasi dalam proses strategi, tampaknya memainkan peran penentu apakah strategi tersebut akan terwujud. Tanpa persetujuan dan dukungan mereka, tidak akan ada strategi IMNCH.

Pengaruh mereka terhadap kebijakan / strategi yang dikembangkan di dalam negeri sangat tinggi mengingat peran yang mereka mainkan. Tingkat pengaruh komunitas internasional dalam proses kebijakan dianggap oleh perwakilan CSO dan kelompok profesional sangat tinggi.

Persepsi responden tentang tingkat keterlibatan dan tingkat partisipasi para pelaku dalam proses kebijakan berbeda. Sementara beberapa pejabat pemerintah dan pembuat kebijakan merasa bahwa semua kelompok pelaku berpartisipasi penuh dalam pengembangan kebijakan, perwakilan kelompok profesional / pekerja kesehatan merasa keterlibatan mereka terbatas pada tahap peluncuran strategi, dan dengan partisipasi yang dangkal pada saat itu. Ada perasaan bahwa masukan yang dibuat oleh CSO dan kelompok profesional tidak dipertimbangkan atau diperhitungkan (Mbachu et al. 2016)

G. Proses perumusan kebijakan: Pemangku kepentingan terutama dari tingkat pusat, hanya dari dalam sektor kesehatan

Mengenai proses penyusunan kebijakan, dari kajian kali ini, pertama terlihat bahwa partisipasi dalam perumusan kebijakan ditujukan terutama di bidang kesehatan, di dalam departemen seperti kesehatan anak dan keluarga,

serta di antara lembaga pemerintah dan nonpemerintah yang bergerak di bidang tersebut. kesehatan ibu dan anak. Kedua, tinjauan ini mencatat bahwa dokumen kebijakan dikembangkan dengan konsultasi di antara para ahli tingkat pusat. Pradhan dan rekanmembahas keterlibatan pemangku kepentingan yang lebih luas dalam proses pembuatan kebijakan dalam merumuskan Strategi Kesehatan Neonatal Nasional Nepal. Namun, sifat partisipatif dari proses perumusan kebijakan dalam dokumen kebijakan Nepal yang terlibat adalah ahli kesehatan / medis yang bekerja di departemen pemerintah dan sektor non-pemerintah di tingkat pusat. Hanya bukti medis dan pandangan ahli sektor kesehatan yang mungkin dominan, seperti yang juga terlihat dalam kebijakan saat ini yang ditinjau dalam studi ini. Oleh karena itu, kemungkinan besar pengalaman staf yang bekerja di tingkat layanan kesehatan dasar dan sektor lain dapat terlewatkan. Bersama dengan sektor lain, peran pelaksana (penyedia layanan di kabupaten dan sistem perawatan kesehatan primer) sangat penting, karena mereka mempengaruhi keputusan implementasi dan penggunaan perawatan oleh klien. Bukan hanya partisipasi dalam sektor kesehatan yang mempengaruhi kesehatan penduduk, tetapi sistem kesehatan juga memiliki tanggung jawab kepengurusan untuk bekerja dengan partisipasi yang lebih luas dari sektor-sektor di luarnya. Hanya dengan demikian kebijakan dapat membantu dalam mendefinisikan kembali peran sistem kesehatan ke arah promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, daripada berfokus secara sempit pada layanan medis. Jika tidak, fokus sektor kesehatan kemungkinan besar akan tetap memperhatikan ibu dan bayi yang sakit, daripada mencegah terjadinya infeksi dan masalah sejak dini.

H. Basis bukti yang berfokus pada medis: Mengatasi kondisi medis segera

Pada tingkat strategi, Nepal mengembangkan berbagai kebijakan, rencana dan pedoman dari sekitar milenium yang menjadi fokus mereka untuk kelangsungan hidup bayi dan bayi baru lahir. Sebelum tanggal ini, fokus utama kebijakan adalah pada kelangsungan hidup ibu dan meskipun beberapa kebijakan menyebutkan aspek kelangsungan hidup perinatal, kegiatan strategis utamanya difokuskan pada ibu. Perubahan fokus prioritas untuk memasukkan kelangsungan hidup bayi baru lahir terjadi dari tahun 2004 dan seterusnya dengan Strategi Kesehatan Neonatal Nasional pertama di Nepal. Dalam menjelaskan strategi yang dimaksudkan, dokumen kebijakan mengutip bukti

nasional dan internasional, dengan fokus utama untuk mencegah kondisi medis langsung seperti darurat kebidanan, untuk memberikan perawatan neonatal segera dan untuk memberikan intervensi perubahan perilaku kesehatan di masyarakat. Kebijakan Nepal telah diperbarui dalam hal mengadopsi bukti medis terbaik secara internasional dari WHO, UNICEF, USAID dan mengacu pada survei demografi dan kesehatan nasional Nepal. Tujuan MDG ibu dan anak untuk bertahan hidup, dan bukti internasional yang meyakinkan tentang pengenalan SBA, penanganan darurat kebidanan, serta perawatan dan pengobatan bayi baru lahir dengan infeksi, komplikasi berat badan lahir rendah, dan hipotermia telah menjadi kekuatan yang kuat dalam membentuk intervensi strategis di semua dokumen. .

I. Pemberian layanan kesehatan: Dari komunitas menuju fokus fasilitas kesehatan

Kebijakan menguraikan strategi dalam sistem kesehatan dan berusaha menangani perilaku kesehatan sosial. Dengan menetapkan strategi untuk memobilisasi FCHV untuk konseling, perubahan perilaku dan perawatan suportif selama kehamilan, persalinan dan periode pasca melahirkan, kebijakan telah memprioritaskan intervensi rumah dan komunitas untuk mengatasi kurangnya kesiapsiagaan selama kelahiran, mencegah praktik berbahaya selama persalinan dan perawatan bayi baru lahir, mencegah hipotermia dan infeksi umum seperti pneumonia dan diare. Kebijakan telah memprioritaskan pemberian perawatan berkualitas selama kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir dari institusi kesehatan, dengan kualitas yang ditentukan terutama dalam hal persalinan di institusi, dan perawatan kelahiran dan nifas yang ditangani oleh SBA. Mereka juga berfokus secara signifikan untuk mengidentifikasi dan meninjau penyebab kematian neonatal yang terjadi di tingkat kelembagaan, tetapi tidak di komunitas / rumah - di mana sebagian besar kelahiran di gunung terjadi. Akhir-akhir ini, kebijakan secara eksplisit melarang kelahiran di rumah dan mendorong pemeriksaan dan kelahiran antenatal kelembagaan. Kebijakan telah mengakui kebutuhan untuk menangani hasil yang tidak adil dalam kematian neonatal. Namun, intervensi kebijakan telah diinformasikan oleh bukti medis dalam mengurangi kematian neonatal dan menunjukkan sedikit fokus pada pemahaman konteks sosiokultural atau geografis dari perempuan dan

komunitas yang menjadi fokus mereka, bahkan ketika dokumen mengakui hal ini sebagai faktor penting. Meskipun ada kebijakan yang menguraikan rumah / komunitas, institusi dan rumah sakit semuanya sebagai platform pemberian perawatan, fokus utamanya tetap pada perubahan perilaku terkait kesehatan dan kehadiran di perawatan kelembagaan formal. Dalam hal ini, terdapat kontradiksi yang melekat dalam nilai dan strategi kebijakan. Selain retorika bahasa dalam nilai-nilai kebijakan (dari "budaya, berbasis komunitas dan ramah perempuan"), strategi kebijakan tetap dominan dalam jendela perawatan medis dan institusional.

Meskipun strategi berjudul atau dimaksudkan sebagai "berbasis komunitas" tidak menunjukkan pengakuan apapun untuk mempertimbangkan kelangsungan hidup perinatal yang buruk dalam hubungannya dengan Perawatan Kesehatan Primer Komprehensif. Para penulis berpendapat bahwa sektor kesehatan memiliki peran penatalayanan untuk mengadvokasi pertimbangan faktor penentu sosial, budaya dan kontekstual untuk mengatasi dengan lebih baik ketidakadilan persisten dalam negara dalam kelangsungan hidup perinatal di Nepal. Hanya dengan demikian nilai-nilai kebijakan saat ini dan tujuan dari inisiatif internasional seperti Every Newborn Action Plan akan terwujud. Rencana Tindakan Setiap Bayi Baru Lahir bertujuan untuk mengakhiri semua kematian yang dapat dicegah dan telah menetapkan target global untuk mengurangi kelahiran mati (per seribu kelahiran) dan kematian neonatal (per seribu kelahiran hidup) menjadi 7 pada akhir tahun 2035.

Prioritas strategis untuk mencegah kematian neonatal di tingkat nasional dibentuk terutama oleh tingginya proporsi persalinan di rumah yang dibantu oleh tenaga non-terampil. Fokusnya adalah pada *sistem* : perbaikan dalam penyediaan fasilitas persalinan seperti unit persalinan; yang *staf* : SBA sebagai bidan; dan beberapa aspek *konsumen*: memberikan insentif bagi perempuan untuk menghadiri lembaga formal pemeriksaan kehamilan dan persalinan. Intervensi kunci selama kehamilan terdiri dari distribusi tablet zat besi dan anti cacing, imunisasi Tetanus Toxoid dan pengenalan pemeriksaan antenatal. Dalam perawatan bayi baru lahir, fokus utamanya adalah pada perawatan medis segera setelah lahir dan setelah melahirkan. Secara implisit, pendekatan kebijakan dalam menangani kelangsungan hidup perinatal yang buruk telah dilihat terutama sebagai pekerjaan penyedia layanan kesehatan dan

relawan kesehatan; Strategi tersebut bahkan gagal memiliki motif implisit untuk memberdayakan perempuan dan keluarga dan untuk meningkatkan kontrol atau partisipasi mereka atas jalur perawatan dan kelangsungan hidup. Dalam sistem kesehatan itu sendiri, selain memandang persalinan dan kelangsungan hidup perinatal sebagai keadaan darurat medis.Tindakan nyata diperlukan dalam komunitas kebijakan untuk mengarahkan kembali layanan kesehatan dan peran penyedia layanan kesehatan, serta melibatkan individu dan komunitas sebagai mitra sejati untuk mencegah kematian yang terus terjadi karena faktor sosial budaya.

J. Target kebijakan: Hanya bayi baru lahir yang bertahan hidup, fokus sangat rendah untuk mencegah lahir mati

Smith dan Neupane menunjukkan bahwa masalah kelangsungan hidup bayi baru lahir di Nepal mendapat perhatian prioritas karena komitmen negara terhadap MDG kesehatan anak, kepemimpinan, dan kebijakan pengakuan kesehatan bayi baru lahir sebagai masalah. Akan tetapi, prioritas ini tampaknya hanya berfokus pada pencegahan kematian bayi baru lahir, sementara bayi lahir mati hanya mendapat sedikit fokus dalam bayang-bayang persaingan kepentingan dan prioritas kelangsungan hidup bayi baru lahir. Dalam sistem kesehatan, lahir mati telah dianggap sebagai agenda yang secara teknis terpisah; lahir mati juga telah kehilangan signifikansi sosial sebagai agenda dalam sistem kesehatan itu sendiri. Kebijakan hanya menggunakan kata 'perinatal' sesekali, tanpa niat untuk fokus pada masalah aktual kelangsungan hidup perinatal. Fokus dari semua kebijakan tetap pada bayi baru lahir, dengan pengecualian MPDSR yang berfokus pada peninjauan kematian perinatal dan ibu. Namun demikian, hal ini dibatasi terutama untuk mengidentifikasi penyebab medis dan faktor yang dapat dihindari untuk mencegah kematian perinatal di tingkat institusi. Sejumlah besar kematian yang terjadi di rumah dan di komunitas masih belum ditinjau. Fokusnya adalah mencegah kematian setelah lahir, tetapi memberikan perhatian yang sama untuk mencegah lahir mati akan memastikan perawatan tambahan bagi wanita hamil. Selain itu, hal ini dapat lebih membantu mewujudkan kebijakan 'nilai-nilai yang mendasari' ibu dan bayi sebagai satu kesatuan '[Sejumlah besar kematian yang terjadi di rumah dan di komunitas masih belum ditinjau. Fokusnya adalah mencegah kematian setelah lahir, tetapi memberikan

perhatian yang sama untuk mencegah lahir mati akan memastikan perawatan tambahan bagi wanita hamil. Selain itu, hal ini dapat lebih membantu mewujudkan kebijakan 'nilai-nilai yang mendasari' ibu dan bayi sebagai satu kesatuan '[Sejumlah besar kematian yang terjadi di rumah dan di komunitas masih belum ditinjau. Fokusnya adalah mencegah kematian setelah lahir, tetapi memberikan perhatian yang sama untuk mencegah lahir mati akan memastikan perawatan tambahan bagi wanita hamil. Selain itu, ini dapat lebih membantu mewujudkan kebijakan 'nilai-nilai yang mendasari' ibu dan bayi sebagai satu kesatuan dan 'rangkaian perawatan dari pra-kehamilan hingga hingga periode pascakelahiran'. Jika tidak, ada potensi untuk “meremehkan” kelahiran mati, menjadikannya prioritas rendah dalam pelaporan dalam sistem kesehatan, dan perhatian rendah di masyarakat.

K. Nilai-nilai kebijakan: Akui hak, konteks sosio-budaya

Pada tingkat nilai, satu kebijakan - Rencana Jangka Panjang Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, 2006 hingga 2017 secara khusus mengakui ketidaksetaraan kematian neonatal / bayi dalam hal lokasi geografis dan pendapatan keluarga. Strategi Kesehatan Neonatal Nasional mengidentifikasi kesetaraan gender dan pendekatan berbasis hak untuk memastikan kelangsungan hidup bayi baru lahir, sementara Program Perlindungan Ibu mengidentifikasi hak atas kesehatan dan jaring pengaman keuangan sebagai nilai kebijakan utama untuk memastikan akses perawatan kesehatan. Demikian juga, MPDSR mengatakan bahwa mereka menghargai setiap ibu dan setiap bayi baru lahir dengan mengarahkan pendekatan mandiri dan akuntabel dalam meninjau setiap kematian perinatal di tingkat rumah sakit. Semua kebijakan dimaksudkan untuk menangani populasi yang kurang beruntung dan terpinggirkan, tetapi jarang secara eksplisit tentang siapa kelompok sasaran yang kurang beruntung dan spesifik. Meskipun mencatat perbedaan yang jelas dalam angka mortalitas / morbiditas menurut wilayah, kebijakan tidak secara eksplisit berbicara tentang mengembangkan pendekatan untuk mengatasi hasil yang tidak adil ini berdasarkan kawasan ekologi. Pengecualiannya adalah memberikan jumlah insentif perjalanan yang sedikit lebih tinggi bagi wanita dari daerah pegunungan dibandingkan dengan perbukitan dan dataran mereka*(Terai)* , mungkin karena mereka memiliki jarak yang lebih jauh untuk bepergian ke institusi kesehatan.

Beberapa kebijakan mengidentifikasi perawatan yang ramah wanita, rasa hormat dan privasi di institusi kesehatan, fokus kesetaraan, dan fokus pada wilayah yang dikucilkan dan kurang terlayani secara sosial. Kebijakan tersebut telah menghalangi kelahiran di rumah dan telah mengalihkan fokus mereka secara signifikan untuk memperkuat dan memberikan perawatan berkualitas dari institusi kesehatan, dan tidak menyebutkan seberapa layak kehadiran institusi bagi perempuan yang terlibat. Walaupun strategi perubahan perilaku medis / kesehatan segera masuk akal pada permulaan prevalensi kematian bayi baru lahir yang tinggi, hal ini tidak memberdayakan perempuan, keluarga dan masyarakat menuju pendekatan promosi kesehatan untuk perawatan ibu dan bayi dalam satu rangkaian.

Jumlah besar kematian perinatal yang sedang berlangsung memerlukan prioritas segera untuk mengidentifikasi tindakan pencegahan yang berhasil. Namun, sejak perumusan MDG pada tahun 2000, tindakan strategis di Nepal lebih banyak difokuskan secara medis. Jika itu untuk mendukung kelangsungan hidup setiap ibu dan setiap bayi yang baru lahir seperti yang dimaksudkan oleh WHO dalam Rencana Tindakan Setiap Bayi, Nepal perlu memberikan perhatian yang sama seriusnya untuk memanfaatkan nilai-nilai kebijakan ini, tidak hanya dengan mengakuinya tetapi dengan menerapkan tindakan ke dalam strategi yang bisa diterapkan untuk mengatasi ketidakadilan. Faktor maternal, berat badan lahir rendah dan kematangan sebagai penyebab sejumlah besar kematian perinatal hanya dapat dicegah jika perempuan dan bayi dianggap sebagai satu kesatuan, ketika fokus diletakkan pada peningkatan kesehatan dalam satu kontinum, dan saat jatuh tempo. perhatian diberikan pada konteks sosial dan budaya di mana kematian ini terus terjadi.

Penerimaan budaya dan kematian neonatal yang tidak terlihat, dan sebagian besar bayi lahir mati yang tidak terlihat, baik di dalam sistem kesehatan maupun di masyarakat, juga menunjukkan perlunya strategi perencanaan untuk mengatasi faktor-faktor sosial budaya terkait. Strategi pemerintah saat ini sebagian besar berpusat pada memanggil wanita untuk melahirkan di institusi dan menyediakan perawatan kesehatan setelah lahir, tetapi ini dapat mencegah kematian bayi setelah lahir hanya jika wanita dapat mencapai layanan kesehatan. Ini bukanlah strategi yang cukup untuk

menjangkau mempromosikan dan menyadarkan perempuan dan keluarga di rumah dan di komunitas di mana kerentanan terhadap kesehatan yang buruk dan kelangsungan hidup yang buruk berasal. Salah satu pendekatannya adalah dengan mewujudkan nilai-nilai kebijakan yang mendasari seperti 'wanita harus dipahami dalam konteks sosial yang kompleks', 'perawatan yang berpusat pada wanita', 'inklusi sosial' dan 'perawatan berbasis hak', seperti yang diidentifikasi dalam tinjauan ini. Nilai-nilai ini tidak boleh diperlakukan hanya sebagai retorika; mereka harus diwujudkan dengan memperlakukan perawatan dan kelangsungan hidup seorang wanita dan bayinya sebagai satu kesatuan sosial, tidak hanya sebagai konsep yang terfragmentasi (dikotomi ibu-bayi) untuk medis / perawatan kesehatan. Memiliki niat ini dalam sistem kesehatan adalah penting karena ini membentuk perilaku individu dan komunitas, dan hanya dengan demikian sistem kesehatan dapat memainkan peran penatalayanan yang efektif (Paudel et al. 2019)

6. KAJIAN STRATEGI DALAM PENGARUH KEPEMIMPINAN DALAM PERBAIKAN PELAYANAN KESEHATAN DAN SOSIAL CARE

A. Kepemimpinan

Masalah kepemimpinan telah muncul bersamaan dengan dimulainya sejarah manusia, yaitu sejak manusia menyadari pentingnya hidup berkelompok untuk mencapai tujuan bersama. Mereka membutuhkan seseorang atau beberapa orang ang mempunyai kelebihan – kelebihan daripada yang lain, terlepas dalam bentuk apa kelompok manusia tersebut dibentuk. Hal ini tidak dapat kita pungkiri karena manusia selalu mempunyai keterbatasan dan kelebihan – kelebihan tertentu (Suandi, 2018). Kepemimpinan adalah sebagai kemampuan untuk mempengaruhi kelompok menuju pencapaian sasaran (Fatihah & Darmawanti, 2018).

Kepemimpinan (leadership) dalam kolaborasi interprofesi kesehatan sangat penting. Teori kepemimpinan fungsional yang dikemukakan oleh McGrath (1962) menggambarkan bahwa kepemimpinan perlu memenuhi kebutuhan anggota tim, sehingga tim dapat menyelsaikan tugasnya dengan baik dan setiap anggota tim dapat berkontribusi dalam mencapai tujuan tim secara keseluruhan.

Dimensi kepemimpinan (Fatihah & Darmawanti) dikutip dari Djamaludin Acok (2013:120) mengemukakan ada 4 dimensi yaitu :

1. *Idealized influence* adalah (Pengaruh ideal), adalah sifat – sifat keteladanan (role model) yang ditunjukkan para pengikut dan sifat – sifat yang dikagumi pengikut dari pimpinannya.
2. *Intellectual Stimulation* (Stimulasi intelektual), dalam menunjukkan aspek stimulasi intelektual, pemimpin mengajak pengikutnya untuk selalu mempertanyakan asumsi dibalik semua hal, mencari cara baru dalam mengerjakan suatu hal.
3. *Individual Consideration* (Kepedulian Individu) adalah ciri pemimpin yang memperhatikan kebutuhan karyawannya dan membantu karyawan agar mereka bisa maju dan berkembang dalam karier dan kehidupan mereka
4. *Inspirational Motivation* (Motivasi Inspirasi) adalah sifat oemimpin yang memberikan ispirasi dalam bekerja, mengajak karyawan untuk mewujudkan sebuah cita – cita bersama agar hidup dan karya mereka lebih bermakna

Dimensi Perilaku kepemimpinan terdiri dari :

1. Berorientasi pada tugas
2. Berorientasi pada perubahan
3. Perilaku berorientasi relasi

(Rusni & Sutrischastini, 2020)

Dari uraian tentang kepemimpinan, pemimpin serta pengikut sebagaumana dikemukakan di atas, segeralah dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan hanya akan muncul jika ditemukan sekurang – kurangnya unsur pokok dibawah ini

Empat unsur pokok kepemimpinan :

1. Adanya kepemimpinan

   Unsur pertama dari kepemimpinan adalah pemimpin yakni seseorang yang mendorong dan atau mempengaruhi seseoramg atau sekelompok orang lain, sehingga tercipta hubungan kerja yang serasi dan menguntungkan untuk melakukan aktivitas – aktivitas tertentu untuk mencapai tujuan tertentu.
2. Adanya pengikut

   Unsur kedua dari kepemimpinan adalah adanya pengikut, yakni seorang atau kelompok orang yang mendapat dorongan atau pengaruh sehingga bersedia dan

dapat melakukan berbagai aktivitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan

3. Adanya sifat ataupun perilaku tertentu

   Unsur ketiga dari kepemimpinan adalah adanya sifat ataupun perilaku yang dimiliki oleh pemimpin yang dapat dimanfaatkan untuk mendorong dan ataupun mempengaruhi seseorang atau sekelompok orang

4. Adanya situasi dan kondisi tertentu

   Unsur keempat dari kepemimpinan adalah adanya sifat ataupun perilkau untuk mencapai tujuan yang memungkinkan terlaksananya kepemimpinan

B. Konsep Pelayanan Kesehatan

Dalam rangka mengatasi ketidakmerataan derajat kesehatan dan akses pelayanan kesehatan di dunia, World Health Organization (WHO) dalam Deklarasi Alma Ata tahun 1978 merekomendasikan dua strategi, yaitu agar setiap negara (i) melakukan pendekatan pelayanan primer (Primary Health Care); dan (ii) menyusun suatu Sistem Kesehatan Nasional. Dalam deklarasi tersebut, Primary Health Care (PHC) diterjemahkan sebagai sejumlah "pelayanan kesehatan esensial yang secara ilmiah dapat dipertanggungjawabkan, dapat diterima secara sosial, dapat diakses oleh setiap individu/keluarga, diselenggarakan dengan peran serta masyarakat, secara ekonomis dapat ditanggung oleh masyarakat dan negara, disertai dengan semangat kemandirian (self reliance and self-determintation)." Primary Health Care merupakan tingkat pertama kontak individu, keluarga, dan masyarakat dengan sistem kesehatan nasional sehingga membawa pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan tempat tinggal maupun tempat kerja. Beberapa definisi terkait pelayanan kesehatan dasar adalah sebagai berikut (Laura K. Muldoon, William E. Hogg dan Miriam Levitt, 2006):

1. Pelayanan kesehatan dasar merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama dan merupakan kontak pertama penduduk dengan sistem pelayanan kesehatan, mencakup kegiatan promotif dan preventif, penilaian kesehatan (assessments), diagnosis dan pengobatan untuk kondisi akut dan kronis, serta pelayanan rehabilitasi (Ontario Health Services Restructuring Commission, Primary Health Care Strategy (OHSRC), 1999).

2. Pelayanan kesehatan dasar didefinisikan sebagai seperangkat layanan tingkat pertama yang dapat diakses secara universal yang mempromosikan kesehatan, pencegahan penyakit, dan memberikan layanan diagnostik, kuratif, rehabilitatif, suportif, dan paliatif (Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), 2003).

3. Pelayanan kesehatan dasar mengacu pada pendekatan terhadap kesehatan dan spektrum layanan di luar sistem pelayanan kesehatan tradisional, mencakup semua layanan yang berperan dalam kesehatan, seperti pendapatan, perumahan, pendidikan, dan lingkungan (Health Canada (HC)).

4. Pelayanan kesehatan dasar terdiri dari banyak komponen yang mencakup 1) kombinasi pelayanan kesehatan berkualitas tinggi dan layanan kesehatan lainnya seperti pencegahan penyakit dan pendidikan kesehatan; 2) layanan disediakan tidak hanya untuk individu, tetapi juga untuk masyarakat secara keseluruhan, termasuk program kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan epidemi, memperbaiki kualitas air atau udara, atau program promosi kesehatan yang dirancang untuk mengurangi risiko yang berkaitan dengan tembakau, alkohol, dan penyalahgunaan material; 3) layanan diatur sedemikian sehingga memenuhi kebutuhan dan karakteristik populasi yang dilayani, baik sekelompok orang yang tinggal di wilayah tertentu (pendekatan teritorial) atau sekelompok orang yang termasuk dalam kelompok sosial atau budaya tertentu (pendekatan populasi); 4) kerja sama tim dan kolaborasi antar-disiplin ilmu diharapkan dari penyedia layanan kesehatan, baik yang bekerja di organisasi pelayanan kesehatan primer atau berpartisipasi dalam jaringan penyedia layanan; 5) pelayanan tersedia selama 24 jam dalam sehari dan tujuh (7) hari dalam seminggu; dan 6) pengambilan keputusan didesentralisasikan ke organisasi berbasis masyarakat untuk memastikan bahwa layanan disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik populasi yang dilayani dan bahwa masyarakat dapat dimobilisasi untuk mencapai sasaran kesehatan yang secara langsung mempengaruhi komunitas mereka. Tujuan utama pelayanan kesehatan dasar adalah untuk secara signifikan meningkatkan pentingnya pelayanan pertama dan mereka yang memberikan layanan tersebut (Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002). Dengan

banyaknya definisi terkait pelayanan kesehatan dasar, definisi yang menjadi acuan global adalah definisi yang dikeluarkan oleh WHO.

Berdasarkan definisi tersebut, kata kunci dalam definisi pelayanan kesehatan dasar (primary health care/PHC) adalah

(1) Ilmiah;
(2) Acceptable secara sosial;
(3) Accessible (terjangkau);
(4) Peran serta masyarakat;
(5) Affordable secara ekonomis; dan
(6) Semangat kemandirian (self reliance).

Sejumlah "pelayanan kesehatan esensial" tersebut sering juga disebut "pelayanan dasar (juga disebut basic health services) yang terdiri dari beberapa jenis pelayanan kesehatan yang dianggap esensial (sangat penting) untuk menjaga kesehatan seseorang, keluarga dan masyarakat agar hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Esensial berarti (i) kalau pelayanan tersebut disediakan akan memberikan daya ungkit maksimum meningkatkan derajat kesehatan dan sebaliknya; dan (ii) kalau tidak disediakan akan memberikan dampak paling negatif terhadap status kesehatan penduduk.

World Health Organization (Technical Brief, 2008) menyatakan bahwa jenis-jenis pelayanan tersebut ditetapkan atas dasar kondisi epidemiologi suatu negara. WHO juga menyarankan bahwa jenis pelayanan tersebut harus sudah terbukti cost effective, affordable, dan praktis untuk dilaksanakan. Jenisjenis yang disarankan termasuk sebagai berikut:

1) Pengobatan penyakit-penyakit umum dan cedera;
2) Pelayanan gigi;
3) Penyediaan obat esensial;
4) Laboratorium dasar dan radiologi;
5) Upaya kesehatan sekolah;
6) Vaksinasi: TBC, hepatitis-B, polio, difteri, tetanus, pertusis, dan campak;
7) Antenatal care (ANC);
8) Penimbangan balita dan penanganan kurang gizi;
9) Pengobatan diare pada anak;

10) Pengendalian penyakit menular;

11) Pendidikan kesehatan;

12) Kesehatan lingkungan; dan

13) Keamanan makanan (food safety).

Pelayanan kesehatan dasar dalam perkembangannya, baik di tingkat nasional maupun global, bukanlah suatu konsep yang statis. Penetapan pelayanan kesehatan dasar didasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh dinamika masalah kesehatan (the dynamic of health needs). Masalah kesehatan berkembang dan berubah mengikuti perubahan epidemiologi kesehatan penduduk. Sementara itu, epidemiologi kesehatan penduduk berubah menurut dinamika interaksi host-agent-environment. Dari perspektif host (penduduk), terjadi transisi epidemiologi yang dipengaruhi struktur umur penduduk (semakin tua) dan perilaku hidup (life style). Dari perspektif agent, terjadi perubahan terus menerus penyebab gangguan kesehatan yaitu kuman, virus, parasit, bahan beracun atau berbahaya dan rudapaksa (cedera). Demikian juga, perspektif environment juga terus berubah: perubahan iklim (climate change), lingkungan biologis (vektor penyakit) dan lingkungan sosial budaya (ketahanan keluarga, sosial dan budaya). Oleh sebab itu, pelayanan kesehatan dasar senantiasa perlu di-review untuk menjaga relevansinya dengan interaksi host-agent-environment tersebut di atas.

Namun, Laevel and Clark (1968) menegaskan bahwa apapun perubahan tersebut, pelayanan kesehatan dasar haruslah komprehensif, mulai dari :

1. Pelayanan promotif;
2. Pelayanan preventif;
3. Pelayanan skrining (diagnosis dini dan pengobatan segera);
4. Pengobatan dan perawatan (kuratif); dan

Rehabilitatif, yang dilaksanakan secara holistik-eklektik (Kusumanto Setyonegoro, 1968).

Menurut Laevel & Clark, tidak ada satu penyakit pun (gangguan kesehatan) yang tidak memerlukan kelima jenis atau jenjang pelayanan tersebut. Tidak ada fragmentasi dan/atau dikotomi antarakelima jenjang pelayanan tersebut dalam mengatasi masalah kesehatan.

C. Pengaruh Kepemimpinan dalam Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan mempunyai peran cukup besar dalam upaya pembangunan kesehatan. Agar dapat melaksanakan peran tersebut secara maksimal sebuah organisasi di pelayanan kesehatan sebagai contoh puskesmas atau rumah sakit harus memiliki tingkat kinerja yang maksimal pula. Kinerja organisasi dinyatakan berhasil apabila mampu mewujudkan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dan melindungi kebutuhan publik. Mengetahui kinerja organisasi merupakan hal yang sangat penting bagi suatu organisasi tak terkecuali pelayanan kesehatan di puskesmas (Achmad et al., n.d.).

Faktor lain yang dapat mempengaruhi kinerja diantaranya faktor kepemimpinan, faktor pribadi meliputi motivasi, disiplin dan keterampilan, faktor sistem dan faktor situasional atau lingkungan kerja menurut Armstrong dan Baron, 1998. Kepemimpinan penting untuk diteliti karena suatu organisasi akan berhasil bahkan gagal sebagian besar ditentukan oleh kepemimpinan. Pemimpinlah yang bertanggung jawab atas kegagalan pelaksanaan suatu pekerjaan dan hal tersebut menunjukkan bahwa dalam suatu organisasi posisi pemimpin adalah posisi yang terpenting. Dengan kata lain, bahwa sukses tidaknya usaha pencapaian tujuan organisasi ditentukan oleh kualitas kepemimpinan (Achmad et al., n.d.).

Dalam pencapaian tujuan banyak unsur – unsur yang menjadi hal penting dalam pemenuhannya, diantaranya adalah unsur kepemimpinan atau pemimpin. Sumber daya yang telah tersedia jika tidak dikelola dengan baik maka tidak akan memperoleh tujuan yang telah direncanakan, sehingga peranan pemimpin sangat penting yang dapat mempergunakan wewenang dan kepemimpinannya untuk mencapai suatu tujuan (Usman et al., 2020).

Atasan merupakan pemimpin yang memimpin mereka dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa pemimpin sangat menentukan berjalannya pelayanan yang berkualitas. Oleh karena itu, pemimpin merupakan salah satu faktor pendorong bagi kemajuan kinerja pelayanan dalam mewujudkan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan aturan legal formal yang telah ditetapkan (Hadian, 2015).

Goleman (2002) menyatakan bahwa tugas pemimpin untuk menciptakan suatu resonansi yang merupakan suasana positif yang dapat membuat seluruh SDM (Sumber Daya Manusia) yang berada di organisasi berkomitmen dan menghasilkan

yang terbaik bagi organisasi. Lebih lanjut Schein (1992) menyatakan seorang pemimpin berpengaruh besar atas keberhasilan suatu organisasi sehubungan dengan adanya tantangan yang terjadi. Untuk itu seorang pemimpin harus berani melakukan perubahan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas jika dilihat dari kepemimpinan (Hadian, 2015).

Menurut Ardiprawiro, 2014 dalam melaksanakan tugas kepemimpinan mempnagruhi orang dan kelompok menuju tujuan tertentu, kita pemimpin, dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor – faktor yang mempengaruhi kepemimpinan adalah sebagai berikut :

a. Faktor Kemampuan Personal

   Pengertian kemampuan personal adalah kombinasi antara potensi sejak pemimpin dilahirkan ke dunia sebagai manusia dan faktor pendidikan yang ia dapatkan. Jika seseorang lahir dengan kemampuan dasar kepemimpinan, ia akan lebih hebat jiak mendapatkan perlakuan edukatif dari lingkungan, jika tidak, ia hanya akam menjadi pemimpin yang biasa dan standar. Sebaliknya jika manusia lahir tidak dengan potensi kepemimpinan namun mendapatkan perlakuan edukatif dari lingkungannya akan menjadi pemimpin dengan kemampuan yang standar pula. Dengan demikian antara potensi bawaan dan perlakuan edukatif lingkungan adalah dua hal tidak terpisahkan yang sangat menentukan hebatnya seorang pemimpin.

b. Faktor Jabatan

   Pengertian jabatan adalah struktur kekuasaan yang pemimpin duduki. Jabatan tidak dapat dihindari terlebih dalam kehidupan modern saat ini, semuanya seakan terstrukturifikasi. Dua orang mempunyai kemampuan kepemimpinan yang sama tetapi satu mempunyai jabatan dan yang lain tidak maka akan kalah pengaruh, sama-sama mempunyai jabatan tetapi tingkatannya tidak sama maka akan mempunyai pengaruh yang berbeda

c. Faktor Situasi dan Kondisi

   Pengertian situasi adalah kondisi yang melingkupi perilaku kepemimpinan. Disaat situasi tidak menentu dan kacau akan lebih efektif jika hadir seorang pemimpin yang karismatik. Jika kebutuhan organisasi adalah sulit untuk maju kerena anggota organisasi yang tidak berkepribadian

progresif maka perlu pemimpin transformasional. Jika identitas yang akan dicitrakan organisasi adalah religiutas maka kehadiran pemimpin yang mempunyai kemampuan kepemimpinan spiritual adalah hal yang sangat signifikan. Begitulah situasi berbicara, ia juga memilah dan memilih kemampuan para pemimpin, apakah ia hadir di saat yang tepat atau tidak tepat.

Beberapa hal yang ditinjau tentang sifat kepemimpinan adalah jujur yang berarti seorang pemimpin yang baik menunjukkan ketulusan, integritas, dan keterbukaan dalam setiap tindakannya. Memberi inspirasi, dalam mengerjakan setiap tugas seorang pemimpin harus menunjukkan rasa percaya diri, ketahanan mental, fisik, dan spiritual. Dengan begitu, bawahan akan terdorong untuk mencapai yang lebih baik lagi. Berfikirlah adil, yang berarti prasangka adalah musush dari keadilan. Seorang pemimpin yang baik akan memperlakukan semua orang dengan adil. Ia menunjukkan empatinmya dengan bersikap peka terhadap perasaan, nilai, minat, dan keberadaan orang lain. Berfikirlah luas yang berarti pemimpin yang baik menyadari setiap perbedaan yang ada dalam ruang lingkup kepemimpinannya dan mau menerima segala perbedaan itu (Achmad et al., n.d.).

Keberhasilan seorang pemimpin ditentukan oleh sifat dan ciri yang dimiliki oleh pemimpin tersebut. Asumsi dasar munculnya teori sifat menunjukkan bahwa manusia mempunyai andil yang besar didalam keberhasilan kepemimpinan. Dengan sifat yang melekat pada diri seorang pemimpin, maka akan menimbulkan kesan tertentu yang dipersepsi oleh bawahan (Achmad et al., n.d.).

Setiap individu memiliki sifat atau watak yang melekat pada dirinya. Tidak terkecuali pemimpin sebuah organisasi. Dengan sifat yang dimiliki pada diri seorang pemimpin, maka akan menimbulkan kesan tertentu yang dupersepsi oleh bawahan. Sifat – sifat yang baik akan mempengaruhi kesan pada diri bawahan bahwa pemimpinnya mempunyai sifat yang baik dan sebaliknya yang buruk akan menimbulkan kesan tidak baik (Achmad et al., n.d.).

Jadi seorang pimpinan dalam usahanya menjalankan dan mengembangkan fungsi pengawasan perlu memperhatikan prinsip pengawasan, yaitu:

1. Pengawasan yang akan dilakukan oleh pimpinan harus dimengerti oleh staf dan hasilnya mudah diukur.
2. Fungsi pengawasan merupakan kegiatan yang sangat penting dalam upaya mencapai tujuan organisasi. Tanpa pengawasan atau pengawasan yang lemah, berbagai penyalahgunaan wewenang akan mudah terjadi.
3. Standar untuk kerja (standar of performance) harus dijelaskan kepada semua staf. Karena kinerja staf akan terus dinilai oleh pimpinan sebagai bahan pertimbangan untuk memberikan reward kepada mereka yang dianggap mampu bekerja. Jika hal ini dapat dilaksanakan, staf akan lebih meningkatkan rasa tanggung jawab dan komitmennya terhadap kegiatan program sehingga pengawasan akan dapat dilakukan lebih objektif (Muninjaya, 2004).

Sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama, puskesmas wajib melaksanakan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan.

1. Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia.

Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

a. Upaya Promosi Kesehatan

b. Upaya Kesehatan Lingkungan

c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana

d. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat

e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular

f. Upaya Pengobatan

2. Upaya Kesehatan Pengembangan Upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat dan disesuikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya

kesehatan pengembangan dipilih dari daftar Universitas Sumatera Utara upaya pokok puskesmas yang tidak masuk dalam upaya kesehatan wajib dan pelayanan penunjang yaitu:

a. Upaya Kesehatan Sekolah

b. Upaya Kesehatan Olah Raga

c. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat

d. Upaya Kesehatan Kerja

e. Upaya Kesehatan Gigi Dan Mulut

f. Upaya Kesehatan Jiwa

g. Upaya Kesehatan Mata h. Upaya Kesehatan Usia Lanjut

i. Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional (Depkes RI, 2006).

Terdapat empat pendekatan kepemimpinan yang dijelaskan dalam poin-poin berikut ;

1. Pendekatan Sifat Kesuksesan dan kegagalan pemimpin ditentukan oleh sifat yang dimilikinya sejak lahir.
2. Pendekatan Keahlian Individu pemimpin merupakan fokus dari pendekatan keahlian dan pendekatan sifat. Namun, jika pendekatan sifat berhubungan dengan karakter pribadi pemimpin yang dibawanya sejak lahir, maka pendekatan keahlian berpusat pada kemahiran dan kemampuan yang dapat dipelajari dan dikembangkan oleh seseorang yang ingin menjadi pemimpin. Jika pendekatan sifat mempertanyakan siapa saja yang mampu untuk menjadi pemimpin, maka pendekatan keahlian mempertanyakan apa yang harus diketahui untuk menjadi seorang pemimpin. Kemampuan seseorang untuk mengaplikasikan pengetahuan dan kompetensi yang dimilikinya untuk mencapai tujuan merupakan pengertian dari pendekatan keahlian
3. Pendekatan Perilaku Pendekatan perilaku berdasarkan pada pemikiran bahwa sikap dan gaya kepemimpinan mampu menentukan kesuksesan atau kegagalan seorang pemimpin. Sikap dan gaya kepemimpinan tersebut terlihat dari kehidupannya sehari-hari, cara ia memberi perintah, membagi tugas dan wewenangnya, cara berkomunikasi, cara mendorong semangat kerja bawahan, cara memberi

bimbingan dan pengawasan, cara membina disiplin kerja bawahan, cara menyelenggarakan dan memimpin rapat anggota, cara mengambil keputusan dan sebagainya

4. Pendekatan Situasional Pendekatan situasional atau pendekatan kontingensi didasarkan pada pendapat tentang kesuksesan kepemimpinan tidak hanya dipengaruhi oleh perilaku pemimpin saja. Setiap organisasi mempunyai karakter khusus dan unik yang bahkan organisasi sejenispun akan menghadapi isu-isu yang bervariasi karena lingkungan, semangat, watak dan situasi yang berbeda ini harus ditindaklanjuti dengan perilaku kepemimpinan.

Pemimpin merupakan individu yang memimpin orang terpilih sebagai pemimpin. Ia terpilih karena kemampuan kompetitif dan koperatif dalam kelompoknya. Hal ini sangat penting dalam mengatur atau memanfaatkan sumber-sumber potensial dalam organisasi. Kepemimpinan juga tidak terpisahkan dari istilah kekuasaan yang bersifat dominan. Apabila kekuasaan tidak ada dalam diri seorang pemimpin, maka kurang utuh kewenangan yang ia berikan. Banyak para ahli yang mendeinisikan kekuasaan. Kekuasaan berhubungan erat dengan kepemimpinan.

Dengan memberikan interaksi yang menyeluruh antara kepemimpinan dan kekuasaan. Kekuasaan sangat berperan dalam menentukan nasib umat manusia. Hubungan pemimpin dan kekuasaan adalah ibarat gula dengan manisnya, ibarat garam dengan asinnya. Dua-duanya tak terpisahkan. Kepemimpinan yang efektif terwujud pada pemimpin yang kekuasaannya mampu menggugah pengikutnya mencapai prestasi yang memuaskan. Saat kekuasaan tidak hanya muncul dari satu sumber, kepemimpinan yang efektif bisa dianalogikan sebagai gerakan untuk memanfaatkan asal usul kekuasaan dan menerapkannya di lingkungan yang tepat (Syamsu & Noviyanti, 2017)

D. Pengaruh Kepemimpinan dalam Sosial Care

Goetsch dan Davis (2002) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan Accounts Commission mengidentifikasi 10 faktor yang menentukan kualitas pelayanan yaitu

1. Akses, yaitu kemudahan dan kenyamanan memperoleh pelayanan

2. Komunikasi, yaitu menjaga konsumen selalu memperoleh informasi dalam bahasa yang dimengerti dan mendengar konsumen,
3. Kompetensi yakni memiliki ketrampilan dan pengetahuan terhadap jasa yang diberikan,
4. Rasa hormat, yaitu meliputi kesopanan, menghargai, pertimbangan dan ramah dari semua tingkatan staf,
5. Kredibilitas yaitu mencakup kepercayaan, reputasi dan citra
6. Keandalan, memberikan pelayanan yang konsisten, akurat dan dapat diandalkan, serta memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan
7. Daya tanggap, adalah memiliki kesediaan dan kesiapan untuk memberikan pelayanan ketika dibutuhkan
8. Keamanan, meliputi keamanan fisik, keuangan dan kerahasiaan
9. Bukti fisik, mencakup aspek fisik pelayanan seperti perlengkapan, fasilitas, staf dan penampilan,
10. Memahami konsumen, yaitu mengetahui kebutuhan personal konsumen dan mengenali pengulangan konsumen (Hutasoit, 2011:66).

Sedangkan menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry adalah SERVQUAL (Service Quality) suatu pendekatan berdasarkan perbandingan dua faktor utama yaitu persepsi konsumen atas layanan nyata yang mereka terima dan layanan yang sesungguhnya diharapkan/diinginkan. Model ini memiliki 5 (lima) dimensi yaitu :

1. Tangibles yaitu penampilan atau fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan alat-alat komunikasi
2. Realibility yaitu kemampuan untuk melakukan pelayanan yang telah dijanjikan secara akura
3. Responsiveness kesediaan untuk membantu konsumen dan menyediakan pelayanan dengan cepat,
4. Assurance yaitu pengetahuan kesopansantunan para pegawai dan kemampuannya untuk menyampaikan kepercayaan dan kerahasiaan
5. Emphathy, yaitu kepedulian dan perhatian individu yang diberikan oleh perusahaan kepada konsumen (Hutasoit, 2011:67).

Keberhasilan seseorang pemimpin dalam mengorganisir orang bawahan akan sangat dipengaruhi oleh perilaku yang juga disebut gaya

kepemimpinan. Gaya kepemimpinan dapat didefinisikan sebagai pola tingkah laku yang dirancang untuk mengintegrasikan tujuan organisasi dengan tujuan individu untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Adapun gaya kepemimpinan secara umum dapat ditentukan gaya kepemimpinan sebagai berikut :

1. Deserter, sifatnya bermoral rendah, tidak memiliki rasa keterlibatan, tanpa pengabdian, tanpa loyalitas dan ketaatan, sukar diramalkan.
2. Birokrat, sifatnya correct, kaku, patuh pada peraturan dan norma-norma
3. Misionaris, sifatnya terbuka, penolong, lembut hati, ramah tamah
4. Developer, sifatnya kreatif, dinamis, inovatif
5. Otokrat, sifatnya keras, diktatoris mau menang sendiri, keras kepala, sombong
6. Benevolent autocrat, sifatnya lancer, tertib, ahli mengorganisir, besar rasa keterlibatan diri
7. Compromiser, sifatnya plintan-plintut, selalu mengikuti angina tanpa pendirian, tidak punya keputusan, berpandangan pendek dan sempit
8. Eksekutif, sifatnya bermutu tinggi, dapat memberikan motivasi yang baik, berpandangan jauh, tekun

Mengapa pelayanan publik sangat penting dan menjadi barometer utama untuk mengukur keberhasilan seorang pemimpin di dalam menggerakkan dan mengarahkan semua potensi yang ada di dalam organisasi yang dipimpinnya. Pertama, pelayanan publik selama ini menjadi ranah dimana negara yang diwakili pemerintah berinteraksi dengan lembaga-lembaga non pemerintah. Dalam ranah ini terjadi pergumulan yang sangat intensif antara pemerintah yang secara langsung diwakili oleh gaya atau perilaku kepemimpinan publik yang wajib memberikan layanan publik dengan warganya.

Buruknya praktik penyelenggaraan pelayanan publik akan mempermudah warga dan masyarakat luas memberikan penilaian terhadap baik buruknya gaya atau perilaku pemimpinnya. Keberhasilan dalam mewujudkan pelayanan publik secara prima dan berkualitas, jelas akan berdampak pada peningkatan dukungan dan kepercayaan masyarakat di dalam mensukseskan program kerja yang menjadi tujuan utama kepemimpinannya melalui pelayanan publik. Kedua, pelayanan publik yang wajib diberikan pemerintah kepada masyarakat, menjadikan pemimpin harus terus menerus memotivasi bawahan yang setiap waktu berhubungan

langsung dengan masyarakat. Keberhasilan bawahan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat juga menjadi keberhasilan pemimpinnya, demikian sebaliknya. Ketiga, dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat di dalam berinteraksi dengan organisasi publik menyebabkan pemimpin harus akuntabel, berintegritas tinggi dan transparan, mengingat dalam suasana reformasi semuanya bisa cepat terlihat dan serba terbuka. Oleh karena itu kepemimpinan yang dibutuhkan saat ini adalah pemimpin yang bertanggung jawab atas tugas yang diembannya dengan integritas yang tinggi dan transparan.

Di era pemerintahan daerah yang implementasinya telah lebih dari satu dasawarsa ini ternyata pelayanan public dimata masyarakat masih menjadi ukuran utama untuk melihat keberhasilan seorang pemimpin dalam memipin organisasi public. Itu semua karena pelayanan publik yang seharusnya wajib diberikan kepada warga masyarakat dengan biaya terjangkau, mudah dan tidak berbelit-belit serta transparan dan akuntabel belumlah dinikmati secara maksimal oleh masyarakat. Masih banyak dijumpai pelayanan publik yang implementasinya ke masyarakat belum dirasakan kemanfaatannya oleh warga masyarakat. Di mata sebagian masyarakat, pelayanan publik masih dianggap sebagai barang mahal, karena untuk mendapatkannya memerlukan biaya tidak sedikit. Oleh karena itu peran seorang pemimpin dengan gaya kepemimpinannya dituntut untuk mampu menggerakkan dan mengarahkan semua potensi yang ada di organisasi publik yang dipimpinnya memberikan pelayanan publik yang prima dan berkualitas kepada masyarakat. Apabila masyarakat sudah merasakan manfaat dari peningkatan kualitas pelayanan public, maka akan berdampak pada peninngkatan dukungan atau partisipasi masyarakat terhadap pencapaian tujuan organisasi melalui program kerja yang telah ditetapkan dan di setujui bersama.

Efektivitas pelayanan publik yang dapat dilakukan dengan pelaksanaan struktur organisasi dengan baik, karena cara melaksanakan koordinasi antar petugas atau pegawai dan kejelasan dalam memberikan perintah terhadap bawahan sehingga tujuan instansi dalam rangka meningkatkan efektifitas pelayanan dapat terwujud. Dan Diperlukan keberadaan seorang pemimpin yang mempunyai kemampuan dalam memotivasi bawahan, mengkoordinasikan bawahan, memberikan contoh positif, mengambil kebijakan yang baik dan mampu mengatasi permasalahan yang sedang terjadi sehingga akan mendukung pelaksanaan

efektivitas pelayanan public yang ada di instansi sehingga terwujudnya pencapaian tujuan bersama dalam suatu organisasi publik

7. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TANGGUNG JAWAB PEMIMPIN DALAM KETERLIBATAN PELAYANAN KESEHATAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu.

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Tenaga kesehatan berperan penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, semakin produktif tenaga kesehatan dalam bekerja maka pencapaian program pelayanan kesehatan akan terlaksana dengan baik. Para pekerja memerlukan motivasi dalam bekerja agar dapat bekerja secara produktif. Menurut penelitian yang dilakukan BMC (*Biomedical Central*) di negara-negara berkembang, kebanyakan pekerja yang bekerja di bidang kesehatan tidak termotivasi untuk bekerja pada daerah-daerah yang terpencil, faktor-faktor yang mempengaruhi hal tersebut yakni lingkungan kerja yang tidak diinginkan, tidak diberikan apresiasi sewaktu bekerja dengan baik, pengembangan karir, kepemimpinan, dan upah/gaji. Faktor-faktor tersebut juga berlaku bagi pekerja di instansi kesehatan (Tarigan, 2016).

Dalam penyelenggaran upaya kesehatan tidak terlepas akan mutu pelayanan untuk memberikan kepuasan pada pengguna yaitu masyarakat di wilayah kerjanya serta penyelenggara pelayanan juga berhak memperoleh kepuasan berupa penghargaan baik material maupun non material (penghargaan). Untuk dapat memberikan pelayanan yang baik, para penyelenggara pelayaan kesehatan membutuhkan dorongan agar tercipta produktivitas kerja yang berdampak baik bagi pelayanan kesehatan (Tarigan, 2016).

Pemimpin dan kepemimpinan merupakan seni dan keterampilan seseorang dalam memanfaatkan seseorang dalam memanfaatkan kekuasaannya untuk memengaruhi orang lain, agar melaksanakan aktivitas tertentu yang diarahkan pada tujuan yang telah ditetapkan. Dalam menghadapi berbagai situasi dan kondisi tertentu,

seseorang pemimpin harus melakukan upaya perubahan karakter. Hal ini dikarenakan perubahan karakter merupakan strategi memecahkan permasalahan yang dihadapi. Tanpa perubahan karakter integritas yang kukuh, daya tahan menghadapi kesulitan dan tantangan, visi serta misi yang jelas, seseorang tidak akan pernah menjadi pemimpin. Selain itu juga bertujuan untuk mencapai keinginan yang dapat diraih sehingga menghasilkan kinerja pegawai atau anggota kelompok dapat maksimal. Sehingga pemimpin dapat meningkatkan kinerja agar tercapainya hasil kerja dalam mewujudkan tujuan organisasi. Maka dari itu dalam meningkatkan keselamatan pasien dibutuhkan peran kepemimpinan (Thoha, 2013).

Sebenarnya merumuskan definisi yang tepat mengenai kepemimpinan atau *leadership*, merupakan upaya yang sulit karena akan timbul sudut pandang yang berbeda antara ahli dalam membuat batasan yang dikehendakinya. Terry (1998), membuat batasan kepemimpinan sebagai: *The relationship in which one person, the leader, influences others to a work together willingly on related task to attain that which the leader desire*. Tannenbaum (1997), pemberikan definisi kepemimpinan sebagai: *Interpersonal influence exercised in a situation in directed through the communication process toward the attainment of specialized goal or goals*. Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa sebenarnya terdapat beberapa kesamaan maupun perbedaan seperti *influences the others* atau *influences behavior* serta *directing* atau *motivation*. Dengan demikian kepemimpinan dapat dirumuskan sebagai rangkaian aktivitas berupa kemampuan mempengaruhi perilaku orang lain dalam situasi tertentu agar bersedia bekerjasama untuk mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Keating (1998), menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepemimpinan yaitu: berasal dari diri kita sendiri, pandangan kita terhadap manusia, keadaan kelompok, dan situasi kepemimpinan (Panjaitan, 2010).

Fungsi-fungsi kepemimpinan Veithzal Rivai (2012) berpendapat, secara operasional fungsi pokok kepemimpinan dapat dibedakan dalam lima jenis, yaitu:

1. Fungsi instruksi

   Pemimpin sebagai komunikator merupakan pihak yang menentukan apa, bagaimana, bilamana, dan dimana perintah itu dikerjakan agar keputusan dapat dilaksansakan secara efektif. Kepemimpinan yang efektif memerlukan kemampuan untuk menggerakkan dan memotivasi orang lain agar mau melaksanakan perintah.

2. Fungsi konsultasi

   Konsultasi dimaksudkan untuk memperoleh masukan berupa umpan balik (feedback) untuk memperbaiki dan menyempurnakan keputusan-keputusan yang telah ditetapkan dan dilaksanakan. Dengan menjalankan fungsi konsultatif dapat diharapkan keputusankeputusan pimpinan akan mendapat dukungan dan lebih mudah menginstruksikannya, sehingga kepemimpinan berlangsung efektif.

3. Fungsi partisipasi

   Dalam menjalankan fungsi ini pemimpin berusaha mengaktifkan orang-orang yang dipimpinnya, baik dalam keikutsertaan mengambil keputusan maupun dalam melaksanakannya. Partisipasi tidak berarti bebas berbuat semaunya, tetapi dilakukan secara terkendali dan terarah berupa kerja sama dengan tidak mencampuri atau mengambil tugas pokok orang lain. Keikutsertaan pemimpin harus tetap dalam fungsi sebagai pemimpin dan bukan pelaksana.

4. Fungsi delegasi

   Fungsi ini dilaksanakan dengan memberikan pelimpahan wewenang, membuat/menetapkan keputusan, baik melalui persetujuan maupun tanpa persetujuan dari pimpinan. Fungsi delegasi pada dasarnya berarti kepercayaan. Orang-orang penerima delegasi itu harus diyakini merupakan pembantu pemimpin yang memiliki kesamaan prinsip, persepsi, dan aspirasi.

5. Fungsi pengendalian

   Fungsi pengendalian bermaksud bahwa kepemimpinan yang sukses/efektif mampu mengatur aktivitas anggotanya secara terarah dan dalam koordinasi yang efektif sehingga memungkinkan tercapainya tujuan bersama secara maksimal. Fungsi pengendalian dapat diwujudkan melalui kegiatan bimbingan pengarahan, koordinasi, dan pengawasan.

Menurut George R Terry dalam buku Manajemen sumber daya manusia mengatakan ada beberapa sifat penting dalam kepemimpinan, sifat-sifat tersebut adalah;

1. Energi

Untuk tercapainya kepemimpinan yang baik memang diperlukan energi yang baik pula, jasmani maupun rohani. Seorang pemimpin harus sanggup bekerja dalam jangka panjang dan dalam waktu yang tidak tertentu. Sewaktu-waktu dibutuhkan tenaganya, ia harus sanggup melaksanakannya mengingat kedudukannya dan fungsinya. Karena itu kesehatan fisik dan mental benar-benar diperlukan bagi seorang pemimpin.

2. Memiliki stabilitas emosi

   Seorang pemimpin yang efektif harus melepaskan dari purbasangka, kecurigaan terhadap bawahan-bawahannya. Sebaliknya ia harus tegas, konsekuen dan konsisten dalam tindakan-tindakannya, percaya diri sendiri dan memiliki jiwa sosial terhadap bawahannya.

3. Motivasi pribadi

   Keinginannya untuk memimpin harus datang dari dorongan batin pribadinya sendiri, dan bukan paksaan dari luar dirinya. Kekuatan dari luar hanya bersifat stimulus saja terhadap keinginan-keinginan untuk menjadi pemimpin. Hal tersebut tercermin dalam keteguhan pendiriannya, kemauan yang keras dalam bekerja dan penerapan sifat-sifat pribadi yang baik dalam pekerjaannya.

4. Kemahiran mengadakan komunikasi

   sangat penting bagi pemimpin untuk mendorong maju bawahan, memberikan atau menerima informasi bagi kemajuan organisasi dan kepentingan bersama.

5. Kecakapan mengajar

   Sering kita dengar bahwa seorang pemimpin yang baik pada dasarnya adalah seorang guru yang baik. Mengajar adalah jalan yang terbaik untuk memajukan orang-orang atas pentingnya tugas-tugas yang dibebankan atau sebagainya.

6. Kecakapan sosial

   Seorang pemimpin harus mengetahui benar tentang bawahannya. Ia harus mempunyai kemampuan untuk bekerja sama dengan bawahan, sehingga mereka benar-benar memiliki kesetiaan bekerja di bawah kepemimpinannya.

7. Kemampuan teknis

   Meskipun dikatakan bahwa Semakin tinggi tingkat kepemimpinan seseorang, makin kurang diperlukan kemampuan teknis ini, karena lebih mengutamakan

manajerial *skill*nya, namun sebenarnya kemampuan teknis ini diperlukan juga. Karena dengan dimilikinya kemampuan teknis ini seorang pemimpin akan lebih udah dikoreksi bila terjadi suatu kesalahan pelaksanaan tugas.

Seorang pemimpin harus memiliki kemahiran dalam menyampaikan gagasan baik secara lisan maupun tulisan. Hal ini seorang pemimpin baik pemimpin formal maupun non formal perlu memiliki keterampilan khusus yang berkaitan dengan proses kepemimpinanya yaitu:

(1) keterampilan dalam berkomunikasi,

(2) keterampilan dalam dinamika kelompok,

(3) keterampilan dalam pengajaran,

(4) keterampilan dalam membagi kekuasaan, dan

(5) keterampilan dalam mengutarakan pendapat sendiri (asertif)

(Zaidin, 2010).

Menurut Suwanto (2013) para pemimpin menggunakan jenis keterampilan yang berbeda yaitu:

1. Keterampilan Teknis (Technical Skill)

   Keterampilan ini mengacu pada pengetahuan dan keterampilan seseorang dalam salah satu jenis proses atau teknik. Keterampilan ini merupakan ciri yang menonjol dari prestasi kerja pada tingkat operasional, tetapi pada saat pegawai dipromosikan pada tanggung jawab kepemimpinan, keterampilan teknis secara proporsional menjadi kurang penting.

2. Keterampilan Manusiawi (Human Skill)

   Keterampilan manusiawi adalah kemampuan bekerja secara efektif dengan orang-orang dan membina kerja tim. Setiap pemimpin pada semua tingkat organisasi memerlukan keterampilan manusiawi yang efektif. Ini merupakan bagain penting dari perilaku pemimpin.

3. Keterampilan Konseptual (Conseptual Skill)

Keterampilan konseptual adalah kemampuan untuk berpikir dan kaitannya dengan model, kerangka, hubungan yang luas seperti rencana jangka panjang. Keterampilan ini menjadi semakin penting dalam pekerjaan manajerial yang lebih tinggi. Keterampilan konseptual berurusan dengan gagasan, sedangkan keterampilan manusiawi berfokus pada orang dan keterampilan teknis pada benda (Suwanto, 2013).

Menurut Sudariani et al (2016) Faktor yang mempengaruhi tanggungjawab seorang pemimpin dalam sebuah organisasi dalam kaitannya pemberian pelayanan kesehatan yaitu kompetensi kepemimpinan. Kompetensi kemimpinan dalam pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberpa faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Selain itu juga menyatakan bahwa kompetensi seorang pemimpin akan berpengaruh kepada motivasi dan kinerja bawahannya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien :

1. Faktor Internal

   Faktor internal yaitu pengetahuan kompetensi kepemimpinan, memimpin diri sendiri masuk kedalam kategori kapasitas belajar dimana seorang pemimpin paham terhadap peran dan fungsinya karena akan menjadi landasan dalam menjalankan kompetensinya. Pengetahuan memiliki dua fungsi utama, pertama sebagai latar belakang dalam menganalisa sesuatu hal, mempersepsikan dan menginterpretasikannya, yang kemudian dilanjutkan dengan pengambilan keputusan tindakan yang dianggap perlu. Kedua, peran pengetahuan dalam mengambil tindakan yang perlu adalah menjadi latar belakang dalam mengartikulasikan beberapa pilihan tindakan yang mungkin dapat dilakukan, memilih salah satu dari beberapa kemungkinan tersebut dan mengimplementasikan pilihan tersebut, sehingga pengetahuan mengenai kompetensi kepemimpinan bagi seorang pemimpin sangatlah penting sebagai dasar pengambilan keputusan dalam penerapan kompetensinya dalam pelayanan kesehatan. Faktor internal selanjunya yaitu ketrampilan, bahwa keterampilan yang dimiliki pemimpin dipengaruhi oleh pengalaman, semakin tinggi pengalaman yang dimiliki maka akan memberikan penghargaan yang lebih besar pula sehingga yang peran manajerial misalnya menjadi kepala ruangan yaitu manajemen dan tujuan klinis, keterampilan manajemen dasar,

dan unsur-unsur kunci dalam unit perawatan untuk pelayanan kesehatan kepada pasien.

Komponen faktor internal yang paling mempengaruhi kompetensi kepemimpinan adalah komponen nilai, nilai yang dimaksudkan adalah kompetensi kepemimpinan merupakan hal yang sangat penting dan menjadi acuan dalam melaksanakan peran dan fungsinya untuk peningkatan mutu pelayanan, selain itu kompetensi kepemimpinan memiliki nilai strategis bagi peningkatan motivasi dan kinerja bidan/perawat pelaksana. Seorang pemimpin dalam memotivasi orang lain harus tahu diri, mengevaluasi keyakinan, dan nilai-nilai pribadi.

2. Faktor eksternal

Faktor eksterbal yang mempengaruhi yaitu adanya tekanan budaya organisasi dalam institusi. Budaya oganisasi dapat mempengaruhi kompetensi kepemimpinan kepala ruang dalam mencapai tujuan organisasi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa budaya organisasi berkontribusi positif kepada kepemimpinan. Budaya organisasi tersebut terdiri dari misi, konsistensi, adaptabilitas, dan pelibatan jadi dalam budaya organisasi dimana keterlibatan karyawan relatif tinggi merupakan atribut untuk meningkatkan kinerja dan kepuasan pasien.

Selain itu juga menyatakan bahwa kompetensi seorang pemimpin akan berpengaruh kepada motivasi dan kinerja bawahannya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien:

1. Motivasi

Motivasi adalah sesuatu yang mendorong seseorang untuk bertingkah laku dalam mencapai suatu tujuan.Besar kecilnya motivasi tergantung pada masing-masing orang (Saam, Zulfan, Wahyuni, 2013). Teori motivasi berdasarkan hierarki kebutuhan dikemukakan Abraham Maslow yang menyatakan bahwa kebutuhan manusia berjenjang dari physiological, safety, social,esteem, dan self-actualization (Wibowo, 2010).Faktor *motivators* meliputi:

a. pencapaian prestasi,

b. pengakuan,
c. tanggung jawab,
d. kemajuan,
e. pekerjaan itu sendiri,
f. kemungkinan berkembang.

Studi meta analisis menyelidiki berbagai literatur untuk dapat menunjang bahwa peningkatan moral dan karakteristik motivasi dari seorang pemimpin erat kaitannya dengan pengoptimalan kualitas petugas kesehatan. Studi ini menyatakan bahwa kompleksitas hubungan interpersonal dalam lingkungan kerja klinis, dan isu kritis yang dihadapi petugas kesehatan pada fungsi mereka sehari-hari menunjukkan bahwa moral, kepuasan kerja dan motivasi adalah bagian terpenting dalam peningkatan efisiensi kerja, output, kolegialitas, dan komunikasi antara staf.

Seorang pemimpin dapat mempengaruhi motivasi pada bawahan dengan cara menawarkan imbalan untuk dapat mencapai tujuan kinerja, menjelaskan jalur menuju tujuannya tersebut. Salah satu bagian dari kompetensi kepemimpinan adalah memotivasi staf sehingga dapat mencapai tujuan yang telah ditentukan, apabila staf telah mencapai prestasi dan hasil kerja yang memuaskan, seorang pemimpin dapat memberikan *reward* kepada stafnya, dan begitu sebaliknya.

Kompetensi kepemimpinan pada kepala ruang memiliki nilai penting terhadap peningkatan kinerja, sehingga pemimpin diharapkan paham terhadap kompetensi yang dimilikinya sebagai pemimpin, oleh sebab itu diperlukan adanya pelatihan atau penyegaran kembali terkait *perfomance* staf dalam pelaksanaan tugasnya sebagai pelayan kesehatan. apabila kinerja unit dalam suatu organisasi/unit pelayanan kesehatan tinggi maka akan mempengaruhi kualitas dari organisasi tersebut, oleh sebab itu dibutuhkan *leader* atau kepala keperawatan yang mengetahui kompetensi kepemimpinan yang mereka harus miliki.

Kinerja sebagian besar dalam kategori cukup dapat disebabkan karena belum dilakukan pelatihan secara berkesinambungan, sehingga pemimpin

misalnya seorang kepala ruangan masih memberikan pengajaran ektra kepada perawat pelaksana terkait keterampilan, selain itu pada poin penelitian asuhan keperawatan sebagai peningkatan orientasi mutu pelayanan didapatkan asuhan keperawatan tiap ruang berbeda-beda karena belum ada pelatihan serta sosialisasi tentang *standard nursing language* di RSUD Kota Mataram.

Terdapat 7 kunci utama yang diidentifikasi dalam memotivasi yaitu:

a. imbalan keuangan (gaji atau tunjangan),
b. pengembangan karir (dipromosikan),
c. pendidikan berkelanjutan (memiliki kesempatan untuk mengambil kelas dan menghadiri seminar),
d. infrastruktur rumah sakit (kondisi fisik, fasilitas kesehatan, lingkungan kerja),
e. ketersediaan sumber daya (ketersediaan perawat dan alat medis bagi petugas kesehatan untuk melakukan pekerjaan mereka),
f. manajemen rumah sakit (memiliki kerja yang positif, hubungan yang baik dengan manajemen dan petugas kesehatan lainnya) dan
g. pengakuan/penghargaan (baik dari manajer, rekan kerja, maupun dari masyarakat)

2. Kinerja

Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen, dan memberikan kontribusi pada ekonomi (Wibowo, 2010). Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktifitas. Standar instrumen penilaian kerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan mengacu pada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Nursalam, 2012). Penurunan kinerja mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Salah satu bentuk dari penurunan kinerja perawat adalah kurangnya motivasi dari dalam diri, terkhususnya dalam hal penugasan dan pelatihan. Kinerja merupakan suatu fungsi dari motivasi dan kemampuan (Rivai, Veithzal, 2006).

Komponen dalam suatu kinerja dapat dilihat berdasarkan kompetensi dan produktifitas.Kompetensi dimana individu atau organisasi memiliki kemampuan untuk mengidentifikasikan tingkat kinerjanya, sedangkan produktifitas melihat kompetensi tersebut diatas dapat diterjemahkan kedalam tindakan atau kegiatan-kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja (outcome).

Kinerja merupakan inti dan aset dari kompetensi kepemimpinan dalam suatu organisasi. Apabila kinerja unit dalam suatu organisasi/unit pelayanan kesehatan tinggi maka akan mempengaruhi kualitas dari organisasi tersebut, oleh sebab itu dibutuhkan *leader* yang mengetahui kompetensi kepemimpinan yang mereka harus miliki. Kinerja sebagian besar dalam kategori cukup dapat disebabkan karena belum dilakukan pelatihan secara berkesinambungan, sehingga pemimpin masih memberikan pengajaran esktra kepada staf atau petugas pelaksana terkait keterampilan. (Sudariani, Utomo, & Fitryasari, 2016).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja yakni;

a. factor individu

   yaitu kemampuan, ketrampilan, latar belakang, keluarga, pengalaman tingkat social, dan demografi seseorang,

b. factor psikologis

   yaitu persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi, dan kepuasan kerja,

c. factor organisasi

   yatu struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, system penghargaan (reword system).

Berdasarkan beberapa faktor diatas, penulis tertarik pada faktor psikologis yakni motivasi, dimana kurangnya pengetahuan tentang kepemimpinan terhadap motivasi pada perawat dalam meningkatkan ketrampilan dan tugas sebagai seorang petugas kesehatan.

Dalam meningkatkan motivasi kerja perawat, diperlukan beberapa faktor diantaranya; keinginan akan adanya peningkatan, rasa percaya bahwa gaji yang didapatkan sudah mencukupi, memiliki kemampuan pengetahuan, keterampilan, dan nilai-nilai yang diperlukan, adanya umpan balik, adanya kesempatan untuk mencoba pendekatan baru dalam melakukan pekerjaan, dan adanya instrumen kinerja untuk promosi, kerja sama dan peningkatan penghasilan. Dari beberapa jenis kepemimpinan tersebut kepemimpinan transformasional adalah jenis kepemimpinan yang terbaik karena dapat memotivasi para karyawan agar bekerja sesuai dengan tujuan yang belum pernah diraih sebelumnya, memberikan perhatian pada karyawan, mampu melatih, serta membuat karyawan loyal terhadap perusahan.

Kurangnya motivasi dalam hal penugasan dan pelatihan yang dapat menimbulkan minimnya pengetahuan pemimpin dalam hal pelayanan kesehatan. Masih banyak staf yang belum mengikuti pelatihan dan belum adanya uraian tugas yang pasti, dapat dilihat dari masih banyak perawat yang melakukan tugas bersih-bersih. Dalam diri pemimpin harus mempunyai pengetahuan akan kepemimpinan, dimana pemimpin dapat mampu memotivasi diri akan hal mengetahui mana tugasnya sebagai seorang perawat yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan mana yang sebagai petugas kebersihan. Perawat juga harus mengikuti berbagai pelatihan untuk meningkatkan skill mereka dalam pelayanan kesehatan dan dalam melakukan tindakan keperawatan. Hal ini mnunjukan bahwa peran kepemimpinan dalam meningkatkan kinerja staf, yang dalam arti meningkatkan motivasi staf dalam hal penugasan dan pelatihan dalam meningkatkan skill. Motivasi tidak selamanya didapatkan dari seorang pemimpin. Tetapi seorang perawat mampu menjadi pemimpin dalam dirinya sendiri maupun dalam hal merawat pasien (Oktaviani & Warsito, 2018).

Untuk menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas ditentukan oleh banyak faktor salah satunya adalah pemimpin di setiap unit kerja yang berhubungan dengan dunia kesehatan. Eksistensi pemimpin dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan mempunyai pengaruh

penting dalam mewujudkan suatu efektivitas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kualitas pelayanan kesehatan yang baik dan bermartabat. Menurut Ardiprawiro, 2014 dalam melaksanakan tugas kepemimpinan mempengaruhi orang atau kelompok menuju tujuan tertentu, seorang pemimpin dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepemimpinan adalah sebagai berikut:

1. Faktor Kemampuan Personal

   Pengertian kemampuan personal adalah kombinasi antara potensi sejak pemimpin dilahirkan ke dunia sebagai manusia dan faktor pendidikan yang ia dapatkan. Jika seseorang lahir dengan kemampuan dasar kepemimpinan, ia akan lebih hebat jika mendapatkan perlakuan edukatif dari lingkungan, jika tidak, ia hanya akan menjadi pemimpin yang biasa dan standar. Sebaliknya jika manusia lahir tidak dengan potensi kepemimpinan namun mendapatkan perlakuan edukatif dari lingkunganya akan menjadi pemimpin dengan kemampuan yang standar pula. Dengan demikian antara potensi bawaan dan perlakuan edukatif lingkungan adalah dua hal tidak terpisahkan yang sangat menentukan hebatnya seorang pemimpin.

2. Faktor Jabatan

   Pengertian jabatan adalah struktur kekuasaan yang pemimpin duduki. Jabatan tidak dapat dihindari terlebih dalam kehidupan modern saat ini, semuanya seakan terstrukturifikasi. Dua orang mempunyai kemampuan kepemimpinan yang sama tetapi satu mempunyai jabatan dan yang lain tidak maka akan kalah pengaruh. sama-sama mempunyai jabatan tetapi tingkatannya tidak sama maka akan mempunya pengarauh yang berbeda.

3. Faktor Situasi dan Kondisi

   Pengertian situasi adalah kondisi yang melingkupi perilaku kepemimpinan. Disaat situasi tidak menentu dan kacau akan lebih efektif jika hadir seorang pemimpin yang karismatik. Jika

> kebutuhan organisasi adalah sulit untuk maju karena anggota organisasi yang tidak berkepribadian progresif maka perlu pemimpin transformasional. Jika identitas yang akan dicitrakan oragnisasi adalah religiutas maka kehadiran pemimpin yang mempunyai kemampuan kepemimpinan spritual adalah hal yang sangat signifikan. Begitulah situasi berbicara, ia juga memilah dan memilih kemampuan para pemimpin, apakah ia

hadir disaat yang tepat atau tidak.(Ardiprawiro, 2014).

Selain itu juga meurut Usman et al (2020) menyatakan bahwan penggunaan kepemimpinan yang tepat dari atasan merupakan salah satu faktor yang dapat menggerakkan, mengarahkan, membimbing dan memotivasi pegawai untuk lebih berprestasi dalam bekerja. Seorang pemimpin harus mampu mengarahkan bawahannya untuk memiliki kompetensi dalam bekerja, karena dapat mendorong peningkatan kualitas kinerja. Secara psikologis, aspek yang sangat penting dalam kepemimpinan kerja adalah sejauhmana pimpinan mampu memengaruhi motivasi kerja SDM-nya agar mereka mampu bekerja produktif dengan penuh tanggung jawab dengan alasan karyawan harus didorong untuk bekerja sama dalam organisasi, karyawan harus senantiasa di dorong untuk bekerja dan berusaha sesuai dengan tuntutan kerja dan motaivasi karyawan merupakan aspek yang sangat penting dalam memelihara dan mengembangkan SDM dalam organisasi.

Peningkatan kinerja karyawan akan membawa kemajuan bagi perusahaan untuk dapat bertahan dalam suatu pers. aingan lingkungan bisnis yang tidak stabil. Oleh karena itu upaya-upaya untuk meningkatkan kinerja karyawan merupakan tantangan manajemen yang paling serius karena keberhasilan untuk mencapai tujuan dan kelangsungan hidup perusahaan tergantung pada kualitas kinerja sumber daya manusia yang ada didalamnya. Kinerja karyawan yang tinggi sangatlah diharapkan oleh sebuah organisasi atau instansi. Semakin banyak karyawan yang mempunyai kinerja tinggi, maka produktivitas instansi secara keseluruhan akan meningkat sehingga organisasi atau instansi akan dapat bertahan

dalam persaingan global. Peranan seorang pemimpin penting untuk mencapai tujuan organisasi atau instansi terutama berkaitan dengan peningkatan kinerja pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya. Kinerja pegawai merupakan hasil kerja yang dapat dicapai seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi atau instansi sesuai wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi. Peranan seorang pemimpin penting untuk mencapai tujuan organisasi atau instansi terutama berkaitan dengan peningkatan kinerja pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya (Usman, Badiran, & Muhammad, 2020)

Kepemimpinan seorang pemimpin dalam pelayanan kesehatan memiliki peran dan tanggung jawab yang vital agar semua potensi dapat dimanfaatkan untuk tercapainya tujuan pelayanan kesehatan. Maka dari itu penting untuk diperhatikan bahwa karakter seorang pemimpin itu haruslah mampu meningkatkan mobilitas, mempunyai kemampuan menggerakkan anggota, visioner, dan bisa memanfaatkan sumber daya dengan baik dalam sebuah pelayanan kesehatan. ada beberapa faktor tertentu yang dapat mempengaruhi proses kepemimpinan dalam suatu organisasi, faktor tersebut antara lain adalah;

1. Karakteristik pribadi pemimpin

   Yang sangat menonjol adalah inteligensi. Umumnya pemimpin akan mempunyai taraf inteligensi yang lebih tinggi dari pada yang dipimpin. Selain itu ada karakteristik lain seperti kecerdasan dan memotivasi.
2. Kelompok yang dipimpin

   Kumpulan dari pada karakteristik pribadi seorang pemimpin seperti yang diuraikan di atas itu belum berarti apa-apa, sebelum ia menggunakan sebagai alat untuk menginterpretasi tujuan yang harus dicapai olehnya.
3. Situasi

   Setiap pemimpin akan berfungsi pada suatu situasi, yang berupa situasi manusia, fisik, dan waktu. Tiap-tiap perubahan situasi membutuhkan perubahan dalam macam kemampuan memimpin.

Dengan pengertian bahwa setiap situasi adalah unik, maka untuk tiap situasi dibutuhkan pemimpin yang spesifik dan fleksibel untuk menghadapi situasi yang dahsyat.

8. PENYUSUNAN KEPUTUSAN STRATEGI YANG AKUNTABILITAS

Permasalahan akuntabilitas merupakan salah satu persoalan penting dalam penyelenggaraan pemerintahan. Sampai saat ini pemerintah masih terus mengkaji pelaksanananya dan melakukan pengembangan kemampuan pertanggungjawaban dan kemampuan untuk menyusun perencanaan strategis untuk menyelaraskan visi dan misinya dengan potensi, peluang, dan kendala yang dihadapi dalam upaya peningkatan akuntabilitas kinerja pemerinthah, dengan perencanaan strategis maka instansi pemerintah akan mampu menjawab tuntutan masyarakat dan tercapainya akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.

1. Pengertian Perencanaan Strategis

Perencanaan strategis merupakan proses berkelanjutan dan sistematis dari pembuatan keputusan yang beresiko, dengan memanfaatkan sebanyak-banyaknya pengetahuan antisipatif dan mengorganisasikannya secara sistematis untuk usaha-usaha melaksanakan keputusan tersebut dan mengukur hasilnya melalui umpan balik yang sistematis.

Perencanaan Strategis (*Strategic Planning*) adalah sebuah alat manajemen yang digunakan untuk mengelola kondisi saat ini untuk melakukan proyeksi kondisi pada masa depan, sehingga rencana strategis adalah sebuah petunjuk yang dapat digunakan organisasi dari kondisi saat ini untuk mereka bekerja menuju 5 sampai 10 tahun ke depan (Kerzner,2001).

Dalam sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintah, perencanaan strategis merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh instansi

pemerintah agar mampu menjawab tuntutan lingkungan strategis lokal, nasional dan global, dan tetap berada dalam tatanan Sistem Administrasi Negara Kesatuan Republik Indonesia. Dengan pendekatan perencanaan strategis yang jelas dan sinergis, instansi pemerintah lebih dapat menyelaraskan visi dan misinya dengan potensi, peluang, dan kendala yang dihadapi dalam upaya peningkatan akuntabilitas kinerjanya.

2. Komponen Rencana Strategis

Pelaksanaan reformasi birokrasi merupakan peluang sekaligus tantangan yang harus ditangani secara sistematis dan berkelanjutan. Di sisi lain penyelenggaraan tata pemerintahaan yang baik dalam pengelolaan administrasi publik dan pelaksanaan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah merupakan perwujudan responsibilitas dan sensitivitas pemerintah terhadap tuntutan dan aspirasi masyarakat dalam mencapai tujuan serta cita-cita berbangsa dan bernegara. Dalam rangka proses penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (*good governance*) tersebut diperlukan renacana strategis dalam melaksanakan akuntabilitas pada institusi pemerintahan. Rencana strategis memuat visi, misi, tujuan, dan sasaran tahunan yang diukur dengan seperangkat indikator kinerja berupa keluaran *(output)* dan hasil serta program untuk mencapai tujuan dan sasaran yang ditetapkan.

Dokumen Rencana Strategis setidaknya memuat/berisi visi, misi, tujuan, sasaran, dan strategis (cara mencapai tujuan dan sasaran).

Visi

Visi berkaitan dengan pandangan ke depan menyangkut ke mana instansi pemerintah harus dibawa dan diarahkan agar dapat berkarya secara konsisten dan tetap eksis, antisipatif, inovatif, serta produktif. Visi adalah suatu gambaran menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan instansi pemerintah.

Rumusan visi hendaknya: (a) mencerminkan apa yang ingin dicapai sebuah organisasi; (b) memberikan arah dan fokus strategi yang jelas; (c) mampu menjadi perekat dan menyatukan berbagai gagasan strategis yang terdapat dalam sebuah organisasi; (d) memiliki orientasi terhadap masa depan sehingga segenap jajaran harus berperan dalam mendefinisikan dan membentuk masa depan organisasinya; (e) mampu menumbuhkan komitmen seluruh jajaran dalam lingkungan organisasi; dan (f) mampu menjamin kesinambungan kepemimpinan organisasi.

Rumusan visi yang jelas diharapkan mampu: (a) menarik komitmen dan menggerakkan orang; (b) menciptakan makna bagi kehidupan anggota organisasi; (c) menciptakan standar keunggulan; dan (d) menjembatani keadaan sekarang dan keadaan masa depan.

Visi instansi perlu ditanamkan pada setiap unsur organisasi sehingga menjadi visi bersama (shared vision) yang pada gilirannya mampu mengarahkan dan menggerakkan segala sumber daya instansi.

Misi

Misi adalah sesuatu yang barus diemban atau dilaksanakan oleh instansi pemerintah, sebagai penjabaran visi yang telah ditetapkan. Dengan pernyataan misi diharapkan seluruh anggota organisasi dan pihak yang berkepentingan dapat mengetahui dan mengenal keberadaan dan peran instansi pemerintah dalam penyelenggaraan pemerintahan negara.

Misi suatu instansi harus jelas dan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi. Misi juga terkait dengan kewenangan yang dimiliki instansi pemerintah dan peraturan perundangan atau kemampuan penguasaan teknologi sesuai dengan strategi yang telah dipilih. Perumusan misi instansi pemerintah harus memperhatikan masukan pihak-pihak yang berkepentingan *(stakeholders)*, dan memberikan peluang untuk perubaban/penyesuaian sesuai dengan tuntutan perkembangan lingkungan strategis. Rumusan misi hendaknya mampu: (a) melingkup semua pesan yang terdapat dalam visi; (b) memberikan petunjuk terhadap tujuan yang akan dicapai; (c) memberikan petunjuk kelompok sasaran mana yang akan dilayani oleh instansi pemerintah; dan (d) memperhitungkan berbagai masukan dari *stakeholders*.

Tujuan

Tujuan adalah sesuatu (apa) yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahunan. Tujuan ditetapkan dengan mengacu kepada pernyataan visi dan misi serta didasarkan pada isu-isu dan analisis strategis. Tujuan tidak harus dinyatakan dalam bentuk kuantitatif, akan tetapi harus dapat menunjukkan suatu kondisi yang ingin dicapai di masa mendatang. Tujuan akan mengarahkan perumusan sasaran, kebijakan, program dan kegiatan dalam rangka merealisasikan misi.

Tujuan strategik adalah sesuatu yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu tertentu secara bertahap. Tujuan strategik ditetapkan dengan mengacu kepada pernyataan visi dan misi serta didasarkan pada isu-isu dan analisis stratejik. Tujuan strategik tidak harus dinyatakan dalam bentuk kuantitatif, akan tetapi harus dapat menunjukkan suatu kondisi yang ingin dicapai di masa mendatang. Tujuan stratejik akan mengarahkan perumusan sasaran, kebijakan, program dan kegiatan dalam rangka merealisasikan misi.

Sasaran

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata oleh instansi pemerintah dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu yang lebih pendek dari tujuan. Dalam sasaran dirancang pula indikator sasaran. Yang dimaksud dengan indikator sasaran adalah ukuran tingkat keberhasilan pencapaian sasaran untuk diwujudkan pada tahun bersangkutan. Setiap indikator sasaran disertai dengan rencana tingkat capaiannya (targetnya) masing-masing. Sasaran diupayakan untuk dapat dicapai dalam kurun waktu tertentu/tahunan secara berkesinambungan dalam rencana strategis.

Sasaran Strategis adalah hasil yang akan dicapai secara nyata oleh instansi pemerintah dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu yang lebih pendek dari tujuan. Dalam sasaran dirancang pula indikator sasaran. Yang dimaksud dengan indikator sasaran adalah ukuran tingkat keberhasilan pencapaian sasaran untuk diwujudkan pada tahun bersangkutan. Setiap indikator sasaran disertai dengan rencana tingkat pencapaian (targetnya) masing-masing. Sasaran diupayakan untuk dapat dicapai dalam kurun waktu tertentu/tahunan secara berkesinambungan sejalan dengan tujuan yang ditetapkan dalam rencana strategik.

Strategi

Strategi adalah cara mencapai tujuan dan sasaran yang dijabarkan ke dalam kebijakan-kebijakan dan program-program. Strategi adalah cara mencapai tujuan dan sasaran yang dijabarkan ke dalam kebijakan-kebijakan dan program-program.

Kebijakan

Kebijakan pada dasarnya merupakan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan oleh yang berwenang untuk dijadikan pedoman, pegangan atau petunjuk dalam pengembangan ataupun pelaksanaan program/kegiatan guna tercapainya kelancaran dan keterpaduan dalam perwujudan sasaran, tujuan, serta visi dan misi instansi Pemerintah.

Program

Program adalah kumpulan kegiatan yang sistematis dan terpadu untuk mendapatkan hasil yang dilaksanakan oleh satu atau beberapa instansi pemerintah ataupun dalam rangka kerjasama dengan masyarakat, guna mencapai sasaran tertentu.

Kebijakan dan program dilakukan setiap tahun dalam kurun waktu 5 (lima) tahun, dan direncanakan pelaksanaan dan pembiayaannya baik melalui APBN/APBD, maupun dalam rangka kerjasama dengan masyarakat. Sejauh mungkin diidentifikasi pula berbagai program ataupun kegiatan yang merupakan peran serta aktif masyarakat sebagai tanggapan atas kebijakan ataupun program pemerintah, serta kinerjanya.

Keberhasilan program yang dilakukan sangat erat kaitannya dengan kebijakan instansi. Dalam rangka itu perlu diidentifikasi pula keterkaitan antara kebijakan yang telah ditetapkan dengan program dan kegiatan sebelum diimplementasikan. Kebijakan tersebut perlu dikaji terlebih dahulu untuk meyakinkan apakah kebijakan yang telah ditetapkan benar-benar dapat dilaksanakan. Sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategis kemudian dijabarkan lebih lanjut kedalam suatu rencana kinerja tahunan.

Instansi pemerintah dalam memenuhi kewajiban untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan misi organisasi, terdiri dari berbagai komponen

yang merupakan satu kesatuan, yaitu perencanaan strategis, perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, dan pelaporan kinerja.

Perencanaan Strategis

Perencanaan strategis merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun secara sistematis dan berkesinambungan dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau yang mungkin timbul. Proses ini menghasilkan suatu rencana strategis instansi pemerintah, yang setidaknya memuat visi, misi, tujuan, sasaran, strategi, kebijakan, dan program serta ukuran keberhasilan dan kegagalan dalam pelaksanaannya.

Perencanaan Kinerja

Perencanaan kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam rencana strategis. Hasil dari proses ini berupa rencana kinerja tahunan.

Pengukuran Kinerja

Pengukuran kinerja adalah proses sistematis dan berkesinambungan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan program, kebijakan, sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan dalam mewujudkan visi, misi dan strategi instansi Pemerintah. Proses ini dimaksudkan untuk menilai pencapaian setiap indikator kinerja guna memberikan gambaran tentang keberhasilan dan kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran. Selanjutnya dilakukan pula analisis akuntabilitas kinerja yang menggambarkan keterkaitan pencapaian kinerja kegiatan dengan program dan kebijakan dalam rangka mewujudkan Pelaporan Kinerja.

Manfaat Pengukuran Kinerja

Wayne C. Parker (1996:3) menyebutkan lima manfaat adanya pengukuran kinerja suatu entitas pemerintahan, yaitu:

1. Pengukuran kinerja meningkatkan mutu

   Pengukuran kinerja meningkatkan mutu pengambilan keputusan. Seringkali keputusan yang diambil pemerintah dilakukan dalam keterbatasan data dan berbagai pertimbangan politik serta tekanan dari pihak-pihak yang berkepentingan. Proses pengembangan pengukuran kinerja ini akan memungkinkan pemerintah untuk menentukan misi dan

menetapkan tujuan pencapaian hasil tertentu. Di samping itu dapat juga dipilih metode pengukuran kinerja untuk melihat kesuksesan program yang ada. Di sisi lain, adanya pengukuran kinerja membuat pihak legislatif dapat memfokuskan perhatian pada hasil yang didapat, memberikan evaluasi yang benar terhadap pelaksanaan anggaran serta melakukan diskusi mengenai usulan-usulan program baru.

2. Pengukuran kinerja meningkatkan akuntabilitas internal
   Dengan adanya pengukuran kinerja ini, secara otomatis akan tercipta akuntabilitas di seluruh lini pemerintahan, dari lini terbawah sampai teratas. Lini teratas pun kemudian akan bertanggungjawab kepada pihak legislatif. Dalam hal ini disarankan pemakaian system pengukuran standar seperti halnya *management by objectives* untuk mengukur *outputs* dan *outcomes.*

3. Pengukuran kinerja meningkatkan akuntabilitas publik
   Meskipun bagi sebagian pihak, pelaporan evaluasi kinerja pemerintah kepada masyarakat dirasakan cukup menakutkan, namun publikasi laporan ini sangat penting dalam keberhasilan sistem pengukuran kinerja yang baik. Keterlibatan masyarakat terhadap pengambilan kebijakan pemerintah menjadi semakin besar dan kualitas hasil suatu program juga semakin diperhatikan.

4. Pengukuran kinerja mendukung perencanaan stategi dan penetapan tujuan
   Proses perencanaan strategi dan tujuan akan kurang berarti tanpa adanya kemampuan untuk mengukur kinerja dan kemajuan suatu program. Tanpa ukuran-ukuran ini, kesuksesan suatu program juga tidak pernah akan dinilai dengan obyektif.

5. Pengukuran kinerja memungkinkan suatu entitas
   Untuk menentukan penggunaan sumber daya secara efektif. Masyarakat semakin kritis untuk menilai program-program pokok pemerintah sehubungan dengan meningkatnya pajak yang dikenakan kepada mereka.

Evaluasi yang dilakukan cenderung mengarah kepada penilaian apakah pemerintah memang dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat. Dalam hal ini pemerintah juga mempunyai kesempatan untuk menyerahkan sebagian pelayanan publik kepada sektor swasta dengan tetap bertujuan untuk memberikan pelayanan yang terbaik.

Dengan adanya pengukuran, analisis dan evaluasi terhadap data yang berkaitan dengan kinerja, pemerintah dapat segera menentukan berbagai cara untuk mempertahankan atau meningkatkan efisiensi dan efektivitas suatu kegiatan dan sekaligus memberikan informasi obyektif kepada publik mengenai pencapaian hasil (*results*) yang diperoleh.

Lebih lanjut, Wayne C, Parker (1996:10) membuat sebuah model laporan penelitian mengenai pelaksanaan program-program pengukuran kinerja pemerintah yang dilakukan di negara-negara bagian di Amerika Serikat. Model ini memberikan status yang jelas mengenai kondisi program-program pengukuran kinerja pemerintah dan melihat berapakah jumlah negara bagian yang benar-benar menjalankan program ini dengan bagus. Dengan pengamatan ini diharapkan pemerintah juga lebih terfokus dalam menetapkan dan melaksanakan program pengukuran kinerja yang benar-benar menjadi prioritas.

Dalam hal ini dicatat adanya manfaat pengukuran kinerja suatu entitas pemerintahan. Informasi mengenai kinerja pemerintah akan dapat digunakan untuk:

1. Menetapkan sasaran dan tujuan program tertentu
2. Merencanakan program kegiatan untuk mencapai sasaran dan tujuan tersebut
3. Mengalokasi sumber daya untuk pelaksanaan program
4. Memonitor dan mengevaluasi *results* untuk menentukan apakah ada kemajuan yang diperoleh dalam mencapai sasaran dan tujuan tersebut
5. Memodifikasi perencanaan program untuk meningkatkan kinerja

3. Akuntablilitas Instansi Pemerintah

a. Konsep Akuntabilitas

Istilah akuntabilitas berasal dari istilah dalam bahasa Inggris *accountability* yang berarti pertanggunganjawab atau keadaan untuk dipertanggungjawabkan atau keadaan untuk diminta pertanggungjawaban.Akuntabilitas (Krina, 2003 : 9) adalah prinsip yang menjamin setiap kegiatan penyelenggaraan pemerintahan dapat dipertanggungjawabkan secara terbuka oleh pelaku kepada pihak yang terkena dampak penerapan kebijakan. Menurut Mardiasmo (2009 : 18) Akuntabilitas adalah pertanggungjawaban kepada publik atas setiap aktivitas yang dilakukan.Akuntabilitas sebagai salah satu prinsip *good corporate governance* berkaitan dengan pertanggungjawaban pimpinan atas

keputusan dan hasil yang dicapai, sesuai dengan wewenang yang dilimpahkan dalam pelaksanaan tanggung jawab mengelola organisasi.

United Nation (2002), mendefiniskan akuntabilitas sebagai sebuah norma dalam hubungan antara pengambil keputusan dan stakeholders dan para pengambil keputusan bertanggungjawab terhadap konsekuensi yang timbul dari keputusan mereka. Pollit secara sederhana mengatakan akuntabilitas adalah sebuah hubungan dimana sebuah pihak tertentu diharuskan untuk melaporkan tindakan-tindakan terhadap pihak lain (Pollit, Birchall & Putman, 1988).

J.B. Ghartey (dalam LAN & BPKP, 2000) menyatakan akuntabilitas ditujukan untuk mencari jawaban terhadap pertanyaan yang berhubungan dengan pelayanan apa, siapa, kepada siapa, milik siapa, yang mana dan bagaimana. Pertanyaan yang memerlukan jawaban, apa yang harus dipertanggungjawabkan, mengapa pertanggungjawaban harus diserahkan, siapa yang bertanggungjawb terhadap berbagai kegiatan dalam masyarakat, apakah pertanggungjawaban seiring dengan kewenangan yang memadai dan lain sebagainya.

Sedangkan Joko Widodo (2001) menjelaskan akuntabilitas merupakan konsep yang berkenaan dengan standar eksternal yang menentukan kebenaran suatu tindakan oleh administrasi negara. Oleh karena itu akuntabilitas sering disamakan tanggungjawab yang bersifat objektif.

Menurut Taliziduhu Ndraha, konsep akuntabilitas berawal dari konsep pertanggungjawaban, konsep pertanggungjawaban sendiri dapat dijelasakan dari adanya wewenang. Wewenang di sini berarti kekuasaan yang sah. Menurut Weber ada tiga macam tipe ideal wewenang, *pertama* wewenang tradisional *kedua* wewenang karismatik dan *ketiga* wewenang legal rational.

Responsibilitas (*responsibility)* merupakan konsep yang berkenaan dengan standar profesional dan kompetensi teknis yang dimiliki administrator (birokrasi publik) dalam menjalankan tugasnya. Administrasi negara dinilai responsibel apabila pelakunya memiliki standard profesionalisme atau kompetensi teknis yang tinggi. Sedangkan konsep responsivitas (*responsiveness)* merupakan pertanggungjawaban dari sisi yang menerima pelayanan (masyarakat). Seberapa jauh mereka melihat

administrasi negara (birokrasi publik) bersikap tanggap (*responsive)* yang lebih tinggi terhadap apa yang menjadi permasalahan, kebutuhan, keluhan dan aspirasi mereka.

Pertanggungjawaban sebagai akuntabilitas (*accountability)* merupakan suatu istilah yang pada awalnya diterapkan untuk mengukur apakah dana publik telah digunakan secara tepat untuk tujuan di mana dana publik tadi ditetapkan dan tidak digunakan secara ilegal. Perkembanganya akuntabilitas digunakan juga bagi pemerintah untuk melihat akuntabilitas efisiensi ekonomi program. Usaha-usaha tadi berusaha untuk mencari dan menemukan apakah ada penyimpangan staf atau tidak, tidak efisien apa tidak prosedur yang tidak diperlukan. Akuntabilitas menunjuk pada pada institusi tentang "*cheks and balance"* dalam sistem administrasi.

Akuntabilitas publik adalah sesuatu yang menunjukkan seberapa besar tingkat kesesuaian ukuran atau standar penyelenggaraan penyusunan kebijakan publik dengan peraturan hukum dan perundang-undangan yang berlaku untuk organisasi publik yang bersangkutan.

Mohamad Mahsun membedakan akuntabilitas dan responsibilitas, menururtnya keduanya merupakan hal yang saling berhubungan tetapi akuntabilitas lebih baik dan berbeda dengan akuntabilitas. Akuntabilitas didasarkan pada catatan/laporan tertulis sedangkan responsibilitas didasarkan atas kebijaksanaan. Akuntabilitas merupakan sifat umum dari hubungan otoritasi asimetrik misalnya yang diawasai dengan yang mengawasi, agen dengan prinsipal atau antara yang mewakil dengan yang diwakili. Dari segi fokus dan cakupanya, responsibility lebih bersifat internal sedangkan akuntabilitas lebih bersifat eksternal.

Mohamad Mahsun juga membedakan akuntabilitas dalam arti sempit dan arti luas, akuntabilitas dalam pengertian yang sempit dapat dipahami sebagai bentuk pertanggungjawaban yang mengacu pada siapa organisasi (atau pekerja individu) dan untuk apa organisasi bertanggungjawab.

Akuntabilitas dalam arti luas dapat dipahami sebagai kewajiban pihak pemegang amanah (agen) untuk memberikan pertanggungjawaban, menyajikan, melaporkan dan mengungkapkan segala aktivitas dan kegiatan yang menjadi tanggungjawabnya kepada pihak pemberi amanah (*principal*) yang memiliki hak dan kewenangan untuk meminta pertanggungjawaban tersebut.

Menurut *The Oxford Advance Learner's Dictionary* sebagaimana dikutip oleh Lembaga Administrasi Negara, akuntabilitas diartikan sebagai "*required or excpected to give an explanation for one's action"* Akuntabilitas diperlukan atau diharapkan untuk memberikan penjelasan atas apa yang telah dilakukan. Dengan demikian akuntabilitas merupakan kewajiban untuk memberikan pertanggungajwaban atau menjawab dan menerangkan kinerjaatas tindakan seseorang/badan hukum/pimpinan suatu organisasi kepada pihak yang memiliki hak atau kewenangan untuk meminta keterangan atau pertanggungjawaban.

Miriam Budiarjo mendefinisikan akuntabilitas sebagai pertanggungjawaban pihak yang diberi kuasa mandat untuk memerintah kepada yang memberi mereka mandat Akuntabilitas bermakna pertanggungjawaban dengan menciptakan pengawasan melalui distribusi kekuasaan pada berbagai lembaga pemerintah sehingga mengurangi penumpukan kekuasaan sekaligus menciptakan kondisi saling mengawasi.

Sedarmayanti mendefinisikan akuntabilitas sebagai suatu perwujudan kewajiban untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan melalui media pertanggungjawaban yang dilaksanakan secara periodik. Lembaga Administrasi Negara menyimpulkan akuntabilitas sebagai kewajiban seseorang atau unit organisasi untuk mempertanggungjawabkan pengelolaan dan pengendalaian sumberdaya dan pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepadanya dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik.

Akuntabilitas dibedakan dalam beberapa macam atau tipe, Jabra & Dwidevi sebagaimana dijelaskan oleh Sadu Wasistiono mengemukakan adanya lima perspektif akuntabilitas yaitu ;

a. Akuntabilitas administratif/organisasi

   Pertanggungajwaban antara pejabat yang berwenang dengan unit bawahanya dalam hubungan hierarki yang jelas.

b. Akuntabilitas legal

   Akuntabilitas jenis ini merujuk pada domain publik dikaitkan dengan proses legislatif dan yudikatif. Bentuknya dapat berupa peninjauan kembali kebijakan yang telah diambil oleh pejabat publik maupun pembatalan suatu peraturan oleh institusi

yudikatif. Ukuran akuntabilitas legal adalah peraturan perundang undangan yang berlaku.

c. Akuntabilitas politik

Dalam tipe ini terkait dengan adanya kewenangan pemegang kekuasaan politik untuk mengatur, menetapkan prioritas dan pendistribusian sumber-sumber dan menjamain adanya kepatuhan melaksanakan tanggungjawab administrasi dan legal. Akuntabilitas ini memusatkan pada tekanan demokratik yang dinyatakan oleh administrasi publik. Landasan akuntabilitas pemerintahan adalah akuntansi publik.

d. Akuntabilitas profesional

Hal ini berkaitan dengan pelaksnaan kinerja dan tindakan berdasarkan tolak ukur yang ditetapkan oleh orang profesi yang sejenis. Akuntabilitas ini lebih menekankan pada aspek kualitas kinerja dan tindakan.

e. Akuntabilitas moral

Akuntabilitas ini berkaitan dengan tata nilai yang berlaku di kalangan masyarakat . Hal ini lebih banyak berbicara tentang baik atau buruknya suatu kinerja atau tindakan yang dilakukan oleh seseorang/badan hukum/pimpinan kolektif berdasarkan ukuran tata nilai yang berlaku setempat.

Akuntabilitas dan transparansi merupakan bagian yang esensi untuk menciptakan pemerintah dan administrasi publik yang kuat, serta dapat mewujudkan perilaku yang etik dalam meningkatkan profesionalisme dengan kekuatan kompetensi dan efisiensi. Akuntabilitas publik yang merupakan faktor utama untuk mewujudkan good governance memerlukan adanya transparansi informasi untuk menjalankan fungsi akuntabilitas tersebut. Akuntabilitas dan transparansi adalah norma utama untuk mewujudkan good governance.

Akuntabilitas dan transparansi merupakan prasayarat bagi terciptanya birokrasi dan pemerintah yang responsif terhadap kehendak rakyat. Penegasan akan pentingnya akuntabilitas dan transparansi guna memastikan pemanfaatan sumber daya yang terbatas untuk berbagai pelayanan publik yang dapat memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi masyarakat dengan cara yang efisien, efektif, dan terukur kinerjanya.

b. Akuntabilitas Instansi Pemerintah

Akuntabilitas instansi pemerintah merupakan perwujudan kewajiban Pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan, melalui suatu media pertanggungjawaban secara periodik.

Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi akuntabilitas Instansi Pemerintah:

Lingkungan yang mempengaruhi akuntabilitas suatu entitas meliputi lingkungan internal dan eksternal yang merupakan faktor-faktor yang membentuk, memperkuat, atau memperlemah efektifitas pertanggungjawaban entitas atau wewenang dan tanggung jawab yang dilimpahkan kepadanya. Faktor-faktor yang relevan dengan akuntabilitas instansi pemerintah antara lain meliputi:

a. Falsafah dan konstitusi negara
b. Tujuan sasaran pembangunan nasional
c. Ilmu pengetahuan dan teknologi
d. Ideology politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan keamanan.
e. Ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang mengatur akuntabilitas serta penegakan hukum yang memadai
f. Tingkat keterbukaan pengelolaan
g. Sistem manajemen birokrasi
h. Misi, tugas pokok dan fungsi, serta program pembangunan yang terkait
i. Jangkauan pengendalian.

c. Strategi Akuntabilitas

Strategi akuntabilitas adalah monitoring, pengendalian, audit dan evaluasi. Salah satu konsep penting dalam upaya akuntabilitas adalah *Performance Management* atau Manajemen Kinerja. Manajemen Kinerja adalah suatu pola pemikiran stratejik untuk mengkombinasikan dan menggunakan berbagai fungsi manajemen dengan sistem administratif dan struktur organisasi. Dalam konsep ini pengelolaan suatu organisasi tidak hanya berhenti sampai pada proses perencanaan namun dilanjutkan sampai pada tingkat operasi pengawasan, serta pengukuran kinerja. Semua hal tersebut dilakukan untuk mendapatkan panduan pelaksanaan dan informasi yang baik dan tepat sebagai bagian dari proses pengambilan keputusan dan akuntabilitas.

Definisi di atas mengarisbawahi bahwa dalam sistem manajemen kinerja termasuk berbagai teknik untuk memonitor dan mengefektifkan perilaku dalam organisasi. Dalam pelaksanaan monitoring kita melakukan serangkaian kegiatan pengukuran untuk mendapatkan informasi tentang kinrerja sesungguhnya dari sutau tindakan.

Informasi yang baik (secara kualtitatif dan kuantitatif) akan dapat digunakan sebagai pedoman dalam untuk mengurangi resiko dalam proses pengambilan keputusan (baik keputusan teknis maupun stratejik). Selain itu informasi kinerja yang disusun dengan baik dapat digunakan sebagai media untuk akuntabilitas kinerja (sektor publik) kepada massyarakat (*stakeholders*) dan juga sebagai media transparansi kinerja sektor publik. Atau dengan kata lain pengukuran kinerja (*performance measurement*) merupakan inti dalam penyusunan Laporan.

Dalam proses akuntabilitas, yang sering digunakan untuk informasi publik dan penyusunan laporan kineja instansi publik adalah hasil kegiatan evaluasi dan audit. Hasil proses monitoring dan pengendalikan dimungkinkan digunakan untuk kepentingan akuntabilitas kepada publik, namun mengingat bahwa kedua kegiatan ini masih terbuka untuk tindakan koreksi maka dengan pertimbangan tertentu transparansi kepada publik atas kedua hasil tersebut jarang sekali digunakan.

9. PENGARUH KEPEMIMPINAN DALAM KEBIJAKAN YANG BERPIHAK PADA PEREMPUAN

Kepemimpinan merupakan sebuah fenomena yang universal. Gaya kepemimpinan akan muncul manakala berinteraksi dengan orang lain, berada dalam sebuah kelompok atau organisasi. Dalam diri pribadi pun akan muncul kepemimpinan seseorang untuk memfasilitasi dirinya tersebut, karena sebagai proses potensi pengendali dan mengarahkan jiwa untuk berfikir dan bergerak. Kepemimpinan diartikan dalam kaitannya dengan ciri-ciri individual, perilaku, pengaruh terhadap orang lain, pola-pola interaksi, hubungan peran serta persepsi oleh orang lain mengenai keabsahan dari pengaruh (Longman *et al.*, 2017).

Kepemimpinan perempuan dalam Islam merupakan persoalan yang masih banyak perdebatan sampai saat ini. Sebagian besar masyarakat memandang bahwa seorang

perempuan yang menjadi pemimpin tidak layak karena mendahului kaum laki-laki, dan dilain pihak juga banyak yang juga menentang karena permasalahan gender. Masyarakat juga banyak yang mendengar wacana yang terdapat dalam Al-Qur'an bahwa laki-laki adalah pemimpin perempuan. Sudah banyak penjelasan tentang kepemimpinan perempuan dalam artikel dan buku-buku. Plato mengatakan bahwa tidak ada namanya perbedaan gender antara laki-laki dan perempuan, dari segi kemanusiaan. Apabila kaum perempuan hanya diibaratkan sebagai ibu rumah tangga yang hanya mengurus suami dan mendidik anak saja maka, kaum perempuan selalu akan tertindas. Dalam realitas masyarakat bahwa perempuan yang bergerak dalam politik masih kurang. Karena banyak yang beanggapan bahwa seorang perempuan hanya mempunyai wewenang untuk menjadi seorang istri dan mendidik anak-anaknya dirumah.

Budaya patriarki menganggap seorang perempuan sangat lemah, tidak bermanfaat dan doktrin ini yang membelenggu sampai saat ini.Persoalan kepemimpinan adalah persoalan yang sangat penting dan strategis, karena sangat menentukan sebuah keluarga, masyarakat, dan bangsa. Dari pada itu masalah ini cukup menarik untuk dikaji lagi menurut perpektif Al-Qur'an. Agar tulisan ini dapat memberi pengetahuan dan menjadi sebuah ilmu agar tidak hanya mengetahui berdasarkan wacana, dan potongan ayat yang tidak dimengerti tafsirannya (Faizal, 2016).

Kepemimpinan tidak bisa terlepas dari individu yang berperan sebagai pemimpin. Banyak yang menghubungkan antara kemampuan individu dalam memimpin dengan aspek biologis yaitu berdasarkan pada perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Hal tersebut kemudian mengakibatkan timbulnya istilah ketimpangan gender dengan menempatkan perempuan pada kondisi yang tidak menguntungkan, walaupun perempuan adalah sumber daya manusia yang bahkan di seluruh dunia jumlahnya jauh lebih besar dari laki-laki. Di era modern saat ini, persoalan gender sudah bukan merupakan faktor pembeda dominan. Begitu banyak fenomena pekerjaan yang dulunya di kerjakan kaum priasekarang dapat dikerjakan oleh kaum wanita dengan sangat baik semisal dinas, ketentaraan, sopir Taxi / Bus, alat berat pertambangan, mandor pertambangan, pengisian bahan bakar dan masih banyak lagi (Yulianti, 2018).

Pada saat ini belum ada pendapat ahli yang secara khusus mengkaji tentang kepemimpinan perempuan. Akan tetapi berdasarkan wacana yang timbul di masyarakat, yang dirangkum bahwa pemimpin apapun jenis kelaminnya, yang penting membawa

kemajuan bagi perempuan khususnya dan kemanusiaan pada umumnya. Menurut Kanter dalam (Orgambídez-ramos, 2014) ada empat faktor yang berpengaruh dalam kepemimpinan perempuan, yaitu :

a. *Mother* (ibu)

Seorang wanita kadang-kadang menemukan bahwa dirinya menjadi ibu dalam sebuah kelompok atau organisasi yang digelutinya dimana ia menjadi pemimpin dalam forum tersebut. Di asumsikan bahwa perempuan adalah seorang yang simpatik, pendengar yang baik, dan mudah untuk diajak berbicara tentang masalah pribadi. Dengan asumsi tersebut diharapkan bahwa para anggota atau rekan-rekan yang memiliki masalah dapat terhibur dengan berbicara padanya. Peran ibu adalah relatif aman dalam kepemimpinan perempuan. Seorang ibu tidak selalu rentan dalam mengejar seksual karena mereka tersedia untuk semua orang. Namun, peran perempuan sebagai pemimpin tipe *mother* ini memiliki konsekuensi negatif bagi kinerja:

a. reward yang diberikan bukan atas hasil tindakan sendiri tetapi untuk organisasi yang dikelola
b. aspek yang dominan, diharapkan sebagai ―the good mother dimana ibu adalah menjaga dirinya sebagai seorang yang tidak kritis. Padahal dengan sikapnya yang mampu membedakan dan bersikap kritis inilah merupakan indikator yang dapat mengembangkan lingkungan kerja yang lebih baik.

b. *Seductress* (penggoda)

Peran kepemimpinan perempuan ini lebih dari peran ibu, yang cenderung memperkenalkan unsur persaingan dan kecemburuan. Sang ibu yang dapat memiliki banyak anak ini lebih sulit untuk menarik secara seksual. Persepsi bahwa peran the "*sex object*" adalah berpotensi sebagai penggoda seksual yang diinginkan, walaupun perempuan itu sendiri mungkin tidak sadar berperilaku menggoda atau bisa menjadi penyemangat bagi lingkungannya. Perilaku *seductress* ini juga dapat menimbulkan konflik dalam lingkungan.

c. *Pet* (kesayangan)

Karakter kesayangan diadopsi oleh karyawan sebagai hal yang dapat menghibur untuk menunjukkan kehebatan dalam kepemimpinan perempuan. Karakter ini juga diharapkan agar dapat mengagumi sosok laki-laki, namun tidak untuk berhubungan dengan mereka.

d. *Iron Maiden* (wanita besi)

The "iron maiden" adalah perubahan pada masa kini, peran dimana perempuan yang kuat ditempatkan. Berbanding jauh dengan tiga peran perempuan sebelumnya. Peran *iron maiden* ini ditunjukkan oleh seorang pemimpin perempuan dengan gaya kompetensi yang dimiliki dengan cara terus terang dan ingin memposisikan diri setara dengan siapa pun. Pemimpin dengan peran wanita besi ini dikenal sebagai seorang yang tangguh dan terjebak dalam sikap yang lebih militan dari pada yang seharusnya. Peranan *iron maiden* bagi seorang perempuan menjadi tidak diperhatikan, rekan-rekan pun jadi tidak bersimpati kepada mereka, ketika mereka memiliki masalah, berbeda dengan peran *seductress* dan *pet.*

Perempuan merupakan bagian kesatuan masyarakat yang lebih besar dibandingkan laki-laki. Penciptaan laki-laki dan perempuan oleh Tuhan Yang Maha Esa merupakan takdir dan mempunyai kedudukan, derajat, hak serta kewajiban yang sama. Djasmoredjo dalam Fitriani (2015)menjelaskan laki-laki berbeda dengan perempuan namun hanya terbatas pada perbedaan biologis. Perempuan identik sebagai sosok yang lembut, cenderung mengalah, lebih lemah, kurang aktif dan berkeinginan untuk mengasuh. Sebaliknya, laki-laki sering ditampilkan sebagai seseorang yang besar, dominan, lebih kuat, lebih aktif, otonomi serta agresi. Dalam filosofi jawa wanita memiliki arti wani ditata atau berani diatur. Perkembangan zaman terutama dalam memenuhi kebutuhan hidup yang layak membuat perempuan turut ambil bagian. Desakan ekonomi terutama bagi masyarakat kalangan bawah, mengharuskan perempuan ikut bekerja.

Masyarakat perempuan adat minangkabauHelfi(2015)memiliki slogan "bundo kanduang limpapeh rumah nan gadang, umbun puro pegangan kunci, hiasan di dalam kampuang, sumarak dalam nagari". Slogan ini memiliki arti perempuan memiliki peran penting di dalam rumah gadang. Termasuk juga mengelola keuangan rumah tangga atau peran yang lebih luas dalam lingkungan.Pekerjaan semula yang dikerjakan perempuan hanya lingkungan rumahtangga kini bergeser sebagai tulang punggung ekonomi keluarga. Filsafat adat kini tak lagi relevan. Perempuan seharusnya mendapat perlindungan ekonomi dari suami dan mendapat tempat yang lebih tinggi dalam konteks adat minangkabau. Adat tersebut memang telah memposisikan derajat perempuan yang lebih tinggi namun sejalan dengan

bergesernya peran perempuan ke dimensi yang lebih luas apalagi di era reformasi di Indonesia telah memberikan harapan yang besar bagi kaum perempuan. Kebangkitan kaum perempuan dalam era globalisasi telah membawa perubahan dalam perkembangan pembangunan bukan lagi sebagai istri atau ibu semata-mata, tetapi telah terorientasi pada kualitas eksistensinya selaku manusia.

Gender merupakan hasil konstruksi sosial budaya dan dapat berubah sesuai dengan perkembangan zaman. Peran gender bersifat dinamis, dipengaruhi oleh umur (generasi tua dan muda, dewasa dan anak-anak), ras, etnik, agama, lingkungan geografi, pendidikan, sosial ekonomi dan politik. Oleh karena itu, perubahan peran gender sering terjadi sebagai respon terhadap perubahan kondisi sosial ekonomi, budaya, sumber daya alam dan politik termasuk perubahan yang diakibatkan oleh upaya-upaya pembangunan atau penyesuaian program struktural (structural adjustment program) maupun pengaruh dari kekuatan-kekuatan di tingkat nasional dan global, dengan demikian, dari dua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa gender merupakan indentifikasi perbedaan antara laki-laki dan perempuan dari segi-segi sosial budaya, psikologis dan bidang lainnya. Sehingga dalam persoalan gender itu sendiri selalu berkaitan dengan persamaan hak antara laki-laki dan perempuan (Orgambídez-ramos, 2014).

Ketidakadilan gender ini biasanya bermula dari kesenjangan gender dalam berbagai aspek kehidupan, terutama dalam akses pendidikan dan sumber ekonomi. Hal ini karena adanya stereotipe bahwa perempuan lemah, dan hanya bisa menerima. Karena adanya mitos bahwa sperma sebagai sumber kehidupan dan perempuan hanya mampu menerima saja. Ketidakadilan gender pada lansia perempuan termanifestasi dalam bentuk stereotipe, subordinasi, marginalisasi, peran ganda dan kekerasan. Manifestasi ketidakadilan ini saling melengkapi dan tidak dapat dipisahkan. Stereotipe adalah suatu konsep yang berkaitan dengan konsep peran, tetapi berbeda. Stereotipe dapat dilukiskan sebagai ‘gambaran kepala kita’ dan terdiri dari sejumlah sifat dan harapan yang berlaku bagi suatu kelompok. Dapat saja gambaran tersebut tidak akurat karena stereotipe merupakan suatu generalisasi tentang sifat-sifat yang dianggap dimiliki oleh orang-orang tertentu tanpa perlu didukung oleh fakta objektif, misalnya anggapan bahwa perempuan lemah, emosional, bertugas sebagai ibu rumah tangga, dan lain-lain. Stereotipe memberi arah pada perilaku seseorang karena sering kali menentukan cara seorang memandang suatu kelompok, atau cara seorang

berinteraksi dengan orang lain. Hal ini mengakibatkan masih adanya diskriminasi dalam masyarakat terhadap perempuan walaupun menurut undang-undang Nomor 1 Tahun 2017 Tentang Kesetaraaan Gender perempuan telah memperoleh hak yang sama dengan laki-laki di berbagai bidang.

Berikut terlebih dahulu dibahas tentang tipe gaya kepemimpinan perempuan secara umum yaitu kepemimpinan transformasional dan kepemimpinan feminism. Kepemimpinan transformasional merupakan knosep yang relevan pada situasi dimana perubahan terjadi sangat cepat dan menuntut setiap organisasi untuk dapat menyesuaikan diri adalah konsep kepemimpinan transformasional(Fitriani, 2015). Riaz dan Ul-Haque menunjukkan gaya kepemimpinan transformasional memiliki pengaruh signifikan positif terhadap pengambilan keputusan dan berpengaruh negatif terhadap gaya pengambilan keputusan avoiden dan ketergantungan. Hasilnya, gaya kepemimpinan tidak berpengaruh terhadap pengambilan keputusan spontan (Faturahman, 2018).

Kepemimpinan transformasional sebagai pemimpin yangmempunyai kekuatan untuk mempengaruhi bawahan dengan cara-cara tertentu. Dengan penerapan kepemimpinan transformasional bawahanakan merasa dipercaya, dihargai, loyal dan tanggap kepada pimpinannya. Bass dalam Gibson mendefinisikan kepemimpinan transformasional sebagai kemampuan sebagai kemampuan untukmemberikan inspirasi dan memotivasi para pengikut untuk mencapai hasilhasil yang lebih daripada yang direncanakan secara orisinil dan untuk imbalan internal (Fitriani, 2015).

Pengalaman-pengalaman inilah yang diangkat untuk menjadi etika feminisme untuk mengimbangan etika masukulin. Beberapadiantaranya dikemukakan oleh Syamsuddin (2017) tentang Politik Perempuan Hannah Arent Dalam Perspektif Filsafat.

1. *Maternal Thinking*

Menurut Ruddick, *Maternal Thinking* bukanlah berhubungan dengan eksitensi sesorang untuk menjadi ibu, namun lebih kepada cara berpikir. Artinya ini bisa dimiliki bukana hanya laki-laki saja, namun juga oleh perempuan. Sehingga perempuan tentu saja memiliki peran dalam berbagai isu dan masalah tanpa menggunakan kekerasan. Mengapa tanpa kekerasan? Karena manusia pada dasarnya memiliki siafat kelemah lembutan. Kemampuan bertindak tanpa

kekerasan sesungguhnya merupakan penagalaman maternal, yang secara khusus hanya dimiliki oleh ibu, sehingga ibu sesungguhnya dapat menjadi sumberbagi adanya politik perdamaian. Jadi pengalaman maternal bukan hanya berhubungan dengan masalah anak-anak, namun juga tentang dunia. Bagi Ruddick, cara berpikir maternal sesungguhnya menawarkan cara untuk membangun politik perdamaian. Karena nilai-nilai yang dikemabangkan seperti perhatian dan cinta kasih dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah nasional bahkan internasional, terutama perang, terorisme, dan aksi fundamentalisme.

2. *Carring*

Pemikir etika femienisme adalah Noddings. Iia memprekenalkan etika feminisme kepedulian (*carring*). Dia memulai pemikirannya dengan cara membandingkan antara etika dan prinsip rasional seperti prinsip perbandingan, proposisi, justifikasi, dan keadilan. Pendekatan rasional tersebut dianggap sebagai peran ayah. Sehingga akan berdampak pada anggapan yang muncul adalah sebagai pemberani, kuat, dan gagah. Sehingga anak pun cenderung mengambil jarak dengan ayah. Pendekatana ini mengarah kepada kedisiplinan, bahkan pada bisa mengarah pada kekerasan atas nama prinsip moral. Noddings menawarkan sebuah pendekatan yang berbeda berakar dari sifat *receptive, relatedness*, dan *responsiviness.* Prinsip tersebut berhubungan dengan prinsip ibu dengan kedekatan dan penerimaan seutuhnya terhadap anak. Kepedulian menurut Noddings bisa diasosiasikan dengan aspek feminim.

3. *Ethich of Care*

Ethich of Care adalah pemikiran yang ditawarkan oleh Gilligan. Menurutnya, tolak ukut perkembangan moral laki-laki dan perempuan pada dasarnya berbeda. Perbedaan tersebut antara lain; landasan moralotas permepuan didasarkan pada prinsip penyatuan yaitu keberadaan realasi dengan orang lain. Tidak terlepas pengalaman sebagai ibu. Laki-laki menekankan prinsip pemisahan ayang artinya laki-laki akan berusaha menjaga jarak dengan lingkungannya. Ini bentuk untuk eksistensi laki-laki. Laki-laki lebih otonom, menekankan kebebasan, dan kemerdekaan. Laki-laki lebih menekankan keadilan, memperlakukan orang lain secara objektif dan terbuka. Sedangkan perempuan lembih menekankan pada

kepedulian dan perempuan akan lebih bersifat peduli terhadap penderitaan orang lain.

Dari ketiga pemikiran tentang etika feminisme ini, berkaitan erat dengan pemikiran Arent tentang tindakan. Tindakan yang menjadi etika feminisme Arenta adalah berkaitan dengan cinta (*love*) dan memaafkan (*forgivenes*). Dua etika ini bertujuan untuk menjaga relasi hubungan antara manusia. Bukan hanya dalam ruang privat, namun juga dalam ruang publik yang plural dalam berbagai dinamika. Dengan demikian, konsep kepemimpinan yang ditawarkan Arent mengarah pada kepemimpinan perempuan untuk mewujudkan relasi yang baik. Ini menjadi harapan akan perdamaain ketika terjadi konflik atau penyelesain suatu masalah. Ini mengarah pada tujuan suatu ruang yang perlu dicapai supaya menjadi seperti yang diharapkan. Banyak tokoh dunia perempuan yang menjadi panutan seperti Margareth Teacher di Inggris, Indira Gandhi di India, Cory Aquino di Filipina yang mampu memposisikan dirinya sebagai wanita cerdas dengan tidak melihat dirinya sebagai perempuan yang lemah melainkan kekuatan &kecerdasan dalam menempatkan diri di rumah, dunia kerja, tempat ibadah, dan lingkungan masyarakat. Peran perempuan kini secara tidak langsung sudah memiliki ekstra posisi yang tidak dapat digantikan oleh kaum laki-laki. Dengan memberi kesempatan dan menyemangati perempuan untuk berperan sebagai pemimpin,pemerintah dan organisasi. Berikut lima ciri yang dimiliki pemimpin perempuan (Fitriani, 2015):

1) Kemampuan untuk membujuk, wanita pemimpin umumnya lebih persuasif bila dibandingkan denganpria, la cenderung lebih berambisi dibandingkan pria – keberhasilannya dalam membujuk orang lain untuk berkata “ya” akan meningkatkan egonya dan memberinya kepuasan. Meskipun demikian, saatmemaksakan kehendaknya, sisi sosial, feminin, dan sifat empatinya tidak akan hilang,

2) Membuktikan kritikan yang salah, mereka “belum bermuka tebal”, wanita pemimpin memiliki tingkat kekuatan ego yang lebih rendah dibandingkan pria, artinya mereka masih bisa merasakan rasa sakit akibat penolakan dan kritik. Namun, tingkat keberanian, empat, keluwesan, dan keramahan yang tinggi membuat mereka cepat pulih, belajar dari kesalahan, dan bergerak maju dengan sikap positif “akan saya buktikan”

3) Semangat kerja tim, wanita pemimpin yang hebat cenderung menerapkan gaya kepemimpinan secara komprehensif saat harus menyelesaikan masalah dan membuat

keputusan. Mereka juga lebih fleksibel, penuh pertimbangan, dan membantu stafnya. Bagaimanapun, wanita masi harus banyak belajar dari pria dalam hal ketelitian saat memecahkan masalah dan membuat keputusan.

4) Sang pemimpin, wanita pemimpin yang hebat umumnya memiliki karisma yang kuat, begitu juga pria. Mereka persuasif, percaya diri, serta berkemauan kuat untuk menyelesaikan tugas dan energik.

5) Berani mengambil risiko, tidak lagi berada di wilayah yang aman, wanita pemimpin pada dasarnya berani melanggar aturan dan mengambil risiko, sama seperti pria sekaligus memberi perhatian yang sama pada detail.

Mereka berspekulasi di luar batas-batas perusahaan, dan tidak sepenuhnya menerima aturan struktural yang ada (peraturan perusahaan). Sebenarnya dalam Al-Quran telah menjelaskan kedudukan perempuan yang setara dengan laki-laki.

> *"Barang siapa yang mengerjakan amalan shalih, baik laki-laki maupun perempuan dalam keadaan beriman, maka sesungguhnya akan kami berikan kepadanya kehidupan yang baik dan akan kamiberi balasan pula kepada mereka dengan pahala yang lebih baik dari apa yang telah mereka kerjakan"* (An Nahl: 97).

Shihab (2011) juga menambahkan bahwa dalam Al –Qur'an banyak menceritakan persamaan kedudukan wanita dan pria, yang membedakannya adalah ketaqwaanya kepada Allah. Tidak ada yangmembedakan berdasarkan jenis kelamin, ras, warna kulit dan suku. Kedudukan wanita dan pria adalahsama dan diminta untuk saling bekerjasama untuk mengisi kekurangan satu dengan yang lainnya, sebagaimana di jelaskan dalam surat At-Taubah ayat 71:

> *'Dan orang-orang yang beriman, lelaki dan perempuan, sebahagian mereka (adalah) menjadi penolong bagi sebahagian yang lain. Mereka menyuruh (mengerjakan) yang ma'ruf , mencegah dari munkar, mendirikan shalat, menunaikan zakat danmereka taat pada Allah dan Rasul-Nya. mereka itu akan diberi rahmat oleh Allah. Sesungguhnya Allah Maha Perkasa lagi Maha Bijaksana*"

Wanita yang mampu dan bertindak sebagai pemimpin, memiliki sifat ganda baik sebagai wanita yang feminim maupun memiliki kekuatan berupa, tegas, tegar, dan keperkasaan dalam arti mampu mengambil keputusan yang tepat

seperti halnya dilakukan laki - laki. Hal ini, merupakan sifat yang diperlukan seorang pemimpin, tanpa hal yang itu akan sulit dilaksanakan, mengingat banyak pendapat bahwa wanita adalah mahluk yang lemah, tetapi sebenarnya tidaklah demikian. Wanita sebagai pemimpin tidak jarang menghadapi banyak hambatan yang berasal dari sikap budaya masyarakat yang keberatan, mengingat bahwa laki-laki berfungsi sebagai pelindung dan kepala keluarga.Begitu pula hambatan fisik wanita yang dianggap tidak mampu melaksanakan tugas-tugas berat. Untuk lebih jelasnya Artisa (2014)menguraikan beberapa hambatan yang muncul dari kepemimpinan wanita, sebagai berikut:

Pertama, hambatan fisik. Perempuan, katanya, dibebani tugas "kontrak" untuk mengandung, melahirkan, dan menyusui.Keharusan ini mengurangi keleluasaan mereka untuk aktif terus menerus dalam berbagai bidang kehidupan. Bayangkan jika perempuan harus melahirkan sampai lebih selusin anak. Pastilah usia produktifnya habis dipakai untuk tugas-tugas reproduktif yang mulia itu.

Kedua, hambatan teologis.Untuk waktu yang lama, perempuan dipandang sebagai mahluk yang dicipta untuk lelaki. Termasuk mendampingi mereka, menghiburnya, dan mengurus keperluannya. Perempuan, menurut cerita teologis seperti ini, diciptakan dari rusuk lelaki. Cerita ini telah jauh merasuk dalam benak banyak orang, dan secara psikologis menjadi salah satu faktor penghambat perempuan untuk mengambil peran yang berarti.

Ketiga, hambatan sosial budaya. Terutama dalam bentuk stereotipikal. Pandangan ini melihat perempuan sebagai mahluk yang pasif, lemah, perasa, tergantung, dan menerima keadaan. Sebaliknya, lelaki dinilai sebagai mahluk yang aktif, kuat, cerdas, mandiri, dan sebagainya. Pandangan ini menempatkan lelaki secara sosio-kultural lebih tinggi "derajatnya" dibanding perempuan.

Keempat, hambatan sikap pandang. Hambatan ini antara lain bisa dimunculkan oleh pandangan dikotomistis antara tugas perempuan dan lelaki. Perempuan dinilai sebagai mahluk rumah, sedangkan lelaki dilihat sebagai mahluk luar rumah.Pandangan dikotomistis seperti ini boleh jadi telah membuat perempuan merasa risi keluar rumah, dan visi bahwa tugas-tugas kerumah tanggaan tidak layak digeluti lelaki.

Kelima, hambatan historis. Kurangnya nama perempuan dalam sejarah di masa lalu bisa dipakai membenarkan ketidakmampuan perempuan untuk berkiprah seperti halnya lelaki. Lima hambatan tersebut menyebabkan potensi kepemimpinan wanita menjadi tidak

mendapat tempat yang layak di dalam kehidupan, tetapi dengan adanya arus informasi dan komunikasi yang masuk dan diterima oleh kaum wanita menyebabkan kesempatan untuk mengembangkan diri dan kepemimpinannya menjadi terbuka lebar.

Bagi wanita yang memiliki pendidikan cukup sesuai dengan UndangUndang Wajib Belajar No 47 Tahun 2008 telah memberi kesempatan kepada wanita untuk berkarier sesuai dengan kemampuannya apalagi dengan kuatnya arus informasi yang diterima di rumah melalui televisi, radio, surat kabar ataupun majalah, telah membuka cakrawala wanita untuk berusaha seluas-luasnya. Apabila wanita sebagai ibu rumah tangga hanya bertugas sebagai mahluk yang harus melahirkan terus menerus tentu saja kesempatan untuk mengembangkan diri hampir tersita untuk mengandung, melahirkan dan mengurus anak, tetapi dengan adanya alat kontrasepsi menyebabkan kelahiran yang banyak dapat diatasi bahkan dijarangkan, sehingga kesempatan untuk mendidik anak dan mengembangkan dirinya menjadi lebih terbuka.

Arivia(2017)menyebutkan beberapa kebijakan yang berpihak pada perempuan. Berikut beberapa contoh perjuangan dalam kebijakan yang berpihak pada perempuan di Indonesia :

1. **Pemenuhan Kebutuhan Khusus Narapidana dan Tahanan Perempuan: Kajian di 12 Lembaga Penahanan**

   Selayaknya perempuan bebas, perempuan yang menjalani hukumandi tempat penahanan juga memiliki kebutuhan-kebutuhan khususperempuan, yakni kebutuhan yang berkaitan dengan kondisi biologis,psikologis, maupun kerentanan sebagai seorang perempuan. DiIndonesia, komitmen pemerintah dalam upaya pemenuhan kebutuhankhusus ini telah dimulai dengan ditandatanganinya sejumlah aturanaturan nasional dan internasional. Perwujudan atas komitmen inidimandatkan kepada Kementerian Hukum dan HAM dalam hal iniDirektorat Jenderal Pemasyarakatan yang memang memiliki tugasdan fungsi terkait pelaksanaan pidana. Untuk melihat keseriusanpemerintah dalam melaksanakan komitmen ini, *Center for Detention Studies* melakukan survei kualitas layanan pemasyarakatan di 12tempat penahanan perempuan dengan melibatkan sebanyak 385narapidana dan 35 tahanan perempuan dalam empat periode berbedasepanjang 2013-2015. Hasilnya menunjukkan bahwa komitmen untukmemenuhi kebutuhan khusus perempuan belum diwujudkan denganbaik. Masih kuatnya paradigma

patriarkal yang menganggap bahwaperempuan tidak semestinya melakukan kejahatan mengakibatkanberbagai komponen di dalam tempat penahanan perempuan masihbelum sensitif gender. Mulai dari bentuk bangunan hingga polapembinaan menunjukkan bagaimana perempuan tidak diharapkanmenjadi penghuni tempat-tempat penahanan. Akibatnya, perempuanyang hidup di tempat-tempat penahanan mengalami berbagai bentukpengabaian hak khususnya sebagai perempuan.

2. **Akses Keadilan Hak Atas Tanah: Kajian Perjuangan Perempuan WNI dalam Perkawinan Campuran**

   Tulisan ini mengangkat pengalaman personal perempuan Warga Negara Indonesia (WNI) yang menikah dengan Warga Negara Asing (WNA) untuk akses hak atas tanahnya dan menguraikan perjuangannya dalam menghadapi hambatan serta strategi-strategi untuk dipulihkan haknya oleh negara yang telah memperlakukan warga negaranya secara tidak adil. Status perkawinannya mengakibatkan diskriminasi apabila ia tidak mempunyai perjanjian perkawinan. Penelitian ini menggunakan metodologi kualitatif berperspektif feminis, diperkuat dengan tiga teori, feminisme multikultural, teori hukum feminis dan teori akses keadilan. Ada tiga temuan penelitian.

   1. Pertama, syarat perjanjian perkawinan memungkinkan menempatkan perempuan WNI dalam posisi yang dilematis, memilih antara akses pada hak tanah atau harta bersama.
   2. Kedua, ditemukan upaya-upaya, beberapa menyebut sebagai penyelundupan hukum dan atau ada yang menyebut sebagai terobosan hukum. Ketiga adalah perlu adanya rasa persaudaraan yang solid untuk bersatu dalam memperjuangkan perubahan kebijakan yang diskriminatif, dengan cara terlibat dan dilibatkan terus dalam menyuarakan suara dan pengalaman perempuan untuk pemulihan persamaan hak di muka hukum.

Kesimpulan

Perempuan sebagai pemimpin memiliki hak sama dengan laki-laki.Perempuan tidak lagi dipandang sebagai sosok yang lemah lembut akan tetapimemiliki fondasi penting dalam kehidupan keluarga, organisasi maupun dilingkungan bermasyarakat. Sejalan dengan reformasi dan konsep gendermenempatkan perempuan pada posisi yang sama di semua

bidang kehidupan takterkecuali sebagai pepimpin.Permasalahan gender menunjukkan tidak banyak perbedaan genderdalam hal organisasi. Namun jika gender dihubungkan dengan gayakepemimpinan terlihat adanya gaya tertentu khas perempuan. Bukan karenaperbedaan jenis kelamin tapi lebih pada faktor karakteristik pekerjaan.Karakteristik pekerjaan tersebut berkaitan dengan gaya kepemimpinan perempuan didapati bahwa gaya kepemimpinan perempuan terbagi dua yaitu gaya kepemimpinan feminism dan gaya kepemimpinan transformasional.

10. FEMINISME KONTROVERSI DAN PENGARUHNYA TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA DAN INTERNASIONAL

A. Latar Belakang Feminisme

1. Definisi Feminisme

Kata feminisme berasal dari bahasa latin *femina*, yang kemudian disadur dalam bahasa Inggris menjadi *feminine*, berarti sesuatu yang berhubungan dengan gadis atau wanita. Kata *feminine* kemudian digabung dengan kata *ism* (aliran) sehingga menjadi *feminism*, yang berarti keadaan keperempuanan, atau dapat pula berarti paham keperempuanan (Leicht dkk., 2017).

Biasanya, kata feminisme dikaitkan dengan kata gender. Dalam bukunya, *Analisis Gender & Transformasi Sosial*, Mansour Fakih mengatakan bahwa dalam usaha emansipasi kaum perempuan (gerakan feminisme), diperlukan pemahaman terhadap konsep gender, sebab saat ini memang masih terjadi kesalahpahaman tentang gender dan upaya emansipasi tersebut (Holmes dkk., 2017).

Untuk dapat mengetahui relasi antara gender dan feminisme, maka harus dibedakan terlebih dahulu antara pengertian tentang gender dan sex. Terminologi sex biasanya dikaitkan dengan perbedaan biologis, yakni perbedaan jenis kelamin, yang merupakan kodrat dari Tuhan, oleh karenanya, secara permanen berbeda. Terminologi gender dikaitkan dengan perbedaan perilaku (*behavioral differences*) antara laki-laki dan perempuan yang dikonstruksi secara sosial, yakni perbedaan yang bukan kodrat atau bukan ketentuan Tuhan melainkan diciptakan oleh manusia (laki-laki dan perempuan) melalui proses sosial dan kultural yang panjang. Dalam terminologi yang dipakai secara sosial, feminisme mengacu pada kata gender bukan kata sex. Artinya adalah bahwa pembedaan dalam feminisme merupakan pembedaan yang tercipta karena pengaruh konstruksi sosial (Emerson dkk., 2019).

2. Aliran-aliran Feminisme

Feminisme lahir dari pemikiran mengenai realitas sosial yang banyak didominasi oleh laki-laki sementara perempuan seringkali mendapati ketidakadilan dalam berbagai bidang. Kenyataan perempuan yang banyak dipingit dan diharuskan bekerja di dalam rumah, pada kelanjutannya mereka tidak bisa mengaktualisasikan diri di wilayah publik—adalah salah satu contoh yang mengilhami harus adannya pemahaman ulang terhadap relasi laki-laki dan perempuan. Dari situ, muncul gerakan feminisme yang menyumbangkan ide serta gagasan yang tidak hanya terbatas pada kaitan relasi suami isteri dalam rumah tangga, melainkan juga berkaitan dengan hubungan laki-laki dan perempuan dalam sosial, politik, ekonomi budaya, termasuk pendidikan. Orang-orang yang memperjuangkan paham ini disebut sebagai feminis(Brandt & Longman, 2017).

Ada dua pandangan yang saling bertolak belakang mengenai feminisme. Pandangan pertama percaya bahwa perbedaan sifat maskulin dan feminin tidak lepas dari pengaruh biologis (*sex*) pria dan wanita. Perbedaan pria dan wanita adalah hal yang alamiah, begitu juga dengan sifat-sifatnya. Pandangan kedua mempercayai bahwa pembentukan sifat, maskulin dan feminin bukan disebabkan oleh adanya perbedaan biologis antara pria dan wanita, melainkan karena adanya sosialisasi atau kulturisasi (Emerson dkk., 2019).

Berdasarkan pada dua pandangan alamiah di atas, kemudian lahirlah beberapa model atau tipologi feminisme sebagai derivasinya. Beberapa tipologi itu akan dijelaskan di bawah ini (Rogers, 2006):

a. Feminisme Liberal

Feminisme liberal secara konsep memiliki asumsi dasar bahwa setiap manusia mempunyai hak asasi yaitu hak untuk hidup, mendapatkan kebebasan, dan kebahagiaan. Pemahaman seperti ini berkembang di Barat pada abad ke-18 bersamaan dengan populernya arus pemikiran baru (Zaman Pencerahan). Namun dalam praktiknya, pemenuhan HAM lebih dirasakan oleh kaum pria. Oleh karena itu, feminisme liberal lebih memfokuskan perjuangan mereka pada perubahan segala undang-undang dan hukum yang dianggap dapat melestarikan institusi keluarga yang patriarkat.

b. Feminisme Marxis/Sosialis

Feminisme sosialis muncul bedasarkan pada pandangan Karl Marx dan Friedrich Egels. Feminisme sosialis menganggap bahwa konsep kepemilikan adalah awal bencana dari ketimpangan antara laki-laki terhadap perempuan dimana dalam institusi keluarga, isteri dianggap sebagai milik suami. Pandangan ini bisa dipahami sebagaimana Marx beranggapan bahwa kesadaran ditentukan oleh basis materi atau ekonomi. Dalam konteks keluarga, kenyataan mengatakan bahwa suami adalah pemilik materi sehingga penguasaan materi menentukan siapa yang paling berkuasa. Dalam pandangan ini, agar wanita bisa setara dengan laki-laki adalah dengan cara penyadaran. Wanita perlu disadarkan bahwa keberadaannya dalam keadaan tertindas. Dan wanita harus keluar dari wilayah domestik ke wilayah publik. Dengan demikian, semakin banyak partisipasi wanita di wilayah publik dapat membuat wanita lebih produktif, menghasilkan materi/uang sekaligus mempunyai daya tawarmenawar yang lebih kuat dalam relasinya dengan pria.

c. Feminisme Radikal

Feminisme radikal berkembang pesat di Amerika Serikat pada tahun 1960-an dan 1970-an. Walaupun teori ini memiliki tujuan yang sama dengan feminisme lain, tapi memiliki cara pandang berbeda terhadap aspek biologis (nature). Feminisme radikal beranggapan bahwa ketidakadilan gender bersumber dari perbedaan biologis antara pria dan wanita. Pintu pertama ketidakadilan gender yang melahirkan peran gender adalah institusi keluarga. Manifesto feminis radikal yang diterbitakan dalam Notes From the Second Sex (1970) mengatakan bahwa lembaga perkawinan adalah lembaga formalisasi untuk menindas wanita, sehingga tugas utama para feminis radikal adalah menolak institusi keluarga baik pada tataran teori maupun praktis. Secara umum feminisme radikal membenci pria baik sebagai individu maupun kolektif, dan mengajak wanita untuk mandiri bahkan tanpa perlu keberadaan pria dalam kehidupan mereka. Elsa Gildow (1977) bahkan mengajak untuk hidup lesbian sebagai pembebasan dari kaum pria. Selain mengajak hidup lesbian, kelompok ini juga mempropagandakan hidup melajang, dan hidup menjanda. Konsep feminisme radikal bertumpu pada konsep Biological Essentialism, dan menggunakan paradigma bahwa apa saja yang berkaitan dengan pria, pasti negatif dan menindas, sehingga perlu dijauhi.

d. Ekofeminisme

Sebagai bentuk feminisme paling mutakhir dari feminisme yang ada, ekofeminisme lahir sebagai perkembangan terbaru dan ketidakpuasan terhadap gerakan feminisme modern terutama feminisme liberal, dan feminisme sosialis/marxisme.

Apa yang pernah disuarakan oleh feminisme sosialis dan marxis untuk menonjolkan kualitas maskulin dalam wilayah publik justru tidak menyelesaikan masalah tetapi yang terjadi malah male clone (tiruan pria) dan wanita masuk dalam perangkap sistem maskulin yang hierarkis. Peradaban modern yang dibangun oleh pemahaman semacam ini telah melahirkan kompetisi, self-centered, dominasi dan eksploitasi. Semakin rusaknya alam, meningkatnya kriminalitas, menurunnya solidaritas sosial, semakin banyaknya perempuan yang menelantarkan anak-anaknya, adalah contoh nyata dari cerminan memudarnya kualitas feminin (cinta, pengasuhan dan pemeliharaan) dalam masyarakat.

Ekofeminisme mengambil jalan berbeda dengan feminisme yang lain. Mereka menyadari bahwa dengan masuk ke wilayah maskulin tidak akan merubah keadaan masyarakat ke arah yang lebih baik. Maka, diskusi mereka beralih kepada bagaimana wanita dengan kualitas femininnya dapat mengubah dunia melalui perannya sebagai ibu, pengasuh dan pemelihara dalam keluarga dan lingkungan sekitarnya. Mereka kembali dari paradigma sosial konflik ke paradigma fungsional struktural.

Bagaimanapun juga feminisme adalah sebuah produk pemikiran manusia yang lahir dalam merespon dan memandang kenyataan. Untuk itu, memahami feminisme harus diletakkan pada tempat yang semestinya, yakni sebagai respon dalam memecahkan persoalan sosial.

Dari beberapa model feminisme di atas, memang tidak semua aliran feminisme mempunyai konsep pendidikan androgini. Namun, sebagaian besar aliran feminisme secara implisit punya kehendak yang sama membangun masyarakat perempuan yang egaliter dengan masyarakat lelaki. Oleh karena itu, feminisme yang memperjuangkan pembebasan nature pada tingkat individu, memperkenalkan konsep pendidikan androgini. Dalam aspek pendidikan ini, lahirlah produk pemikiran yang berkaitan dengan pendidikan sebagai aktualisasi dari pemikiran kesetaraan perempuan. Dari konsep pendidikan tersebut diharapkan pemikiran feminisme dapat diaktualisasikan

dalam kehidupan sehari-hari secara luas, sehingga apa yang menjadi tujuan dari para feminis, yakni kesetaraan dalam wilayah publik bisa tercapai.

e. Feminisme Islam

Secara garis besar tak ada perbedaan antara feminisme Islam dengan feminisme yang berkembang di dunia Barat, kecuali bahwa feminisme Islam berpijak pada teks-teks sakral keagamaan. Pengertian feminisme Islam mulai dikenal pada tahun 1990-an. Feminisme ini berkembang terutama di negara-negara yang mayoritas penduduknya beragama Islam, seperti Arab, Mesir, Maroko, Malaysia, dan Indonesia. Kekhasan feminisme Islam adalah berupaya untuk membongkar sumber-sumber permasalahan dalam ajaran Islam dan mempertanyakan penyebab munculnya dominasi laki-laki dalam penafsiran hadis dan al-Qur'an. Melalui perspektif feminis berbagai macam pengetahuan normatif yang bias gender, tetapi dijadikan orientasi kehidupan beragama, khususnya yang menyangkut relasi gender dibongkar atau direkonstruksi dan dikembalikan kepada semangat Islam yang lebih menempatkan ideologi pembebasan perempuan dalam kerangka ideologi pembebasan harkat manusia.

3. Latar Belakang terbentuknya Feminisme

Secara historis, kata feminisme pertama kali muncul pada tahun 1895. Feminisme merupakan konsep yang muncul dan mengalami keterkaitan dengan perubahan sosial (*social change*), teori-teori pembangunan, kesadaran politik dan gerakan pembebasan kaum perempuan, sehingga dalam perkembangannya, secara konseptual feminisme dipakai untuk menunjuk suatu teori persamaan kelamin (*sexual equality*).

Dengan luasnya dan terus berkembangnya, rumusan konseptual feminisme dapat dikatakan bukan merupakan *state of being* melainkan *state of becoming* yang bersifat dinamis. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh perbedaan realitas sosio-kultural yang senantiasa mengalami perubahan sesuai dengan zamannya, atau situasi politik yang melatarbelakangi lahirnya gerakan tersebut, termasuk berbagai jenis aliran feminisme turut mewarnai adanya perumusan konsep tersebut. Bahkan bila ditinjau dari berbagai alirannya, feminisme akan lebih meluas karena tidak terbatas pada konsep melainkan pada gerakan (Cooper, 2016).

Berbagai aneka sebutan yang dapat disandangkan kepada feminisme menunjukkan bahwa pengertian feminisme menjadi *multifaces*. Oleh karena itu,

sesungguhnya tidak mudah merumuskan definisi feminisme yang dapat diterima dan diterapkan oleh semua feminis dalam setiap masa dan tempat (Robikah, 2019).

Feminisme harus didefinisikan secara luas agar tidak terjadi kesalahpahaman atau bahkan ketakutan terhadap gerakan feminisme yang bisa saja dikarenakan oleh ketidakpahaman akibat gambaran yang kurang tepat. Mereka menandaskan feminisme merupakan suatu kesadaran atas adanya penindasan dan pemerasan terhadap perempuan dalam masyarakat, di tempat kerja maupun di dalam keluarga, serta tindakan sadar oleh laki-laki maupun perempuan untuk mengubah keadaan tersebut (Burton, 2016).

B. Akar Sejarah Gerakan Feminisme

Munculnya feminisme tak lepas dari akar persoalan yang ada di kalangan masyarakat, bahwa perempuan sebagai anggota masyarakat masih dianggap sebagai makhluk inferior. Terminologi yang disebutkan oleh Simone de Bevaouir sebagai the second sex kepada perempuan, yang sekaligus menjadi judul bukunya, merupakan satu bentuk penggambaran bahwa betapa perempuan masih belum menjadi manusia seutuhnya karena masih dianggap sebagai warga kelas dua dalam masyarakat (Annandale dkk., 2019).

Diskriminasi terhadap perempuan, tidak hanya ada dalam struktur makro masyarakat, tapi juga ada dalam struktur mikro, yakni lingkungan keluarga. Dalam keluarga, ada sebutan *konco wingking* (teman di belakang) bagi perempuan yang mengandaikan bahwa tugas perempuan adalah pada sektor domestik di kamar dan di dapur. Tugas atau peran yang terbatas pada sekitar rumah menjadikan peran sosial mereka menjadi sangat terbatas (Brandt & Longman, 2017).

Sistem patriarkhi yang dominan dalam masyarakat menjadikan peran perempuan tersebut seakan-akan merupakan takdir yang tak dapat dirubah dan menjadi label seumur hidup bagi perempuan dan karenanya mereka tidak memiliki kesempatan untuk berkarya dalam konteks sosial secara luas. Sistem patriarkhi sesungguhnya memenjara perempuan dalam sangkar emas sehingga tugas dan peran mereka senantiasa berada dalam area domestik keluarga (Leicht dkk., 2017).

Secara historis, gerakan feminisme di dunia dikaitkan dengan gerakan *renaissance* Eropa yang membawa kesadaran dan kebangkitan baru bagi manusia di dunia. Bersamaan dengan adanya gerakan ini, penghargaan dan kebebasan atas hak-hak individu mulai disebarkan, sehingga manusia secara optimal menggunakan kemampuan akalnya. Hal ini juga merupakan jawaban atas belenggu doktrin-doktrin teologi dari gereja yang begitu dominan pada abad pertengahan (McMillan & Jenkins, 2016).

Gerakan *renaissance* yang kemudian mempengaruhi lahirnya paham liberalisme, akhirnya mendorong lahirnya revolusi di Prancis pada akhir abad 18. Revolusi tersebut mempengaruhi seluruh sendi-sendi kehidupan termasuk menimbulkan adanya liberalisasi sosial politik di Eropa sehingga ikut pula membidani lahirnya gerakan kaum perempuan. Pada tahun 1792 Mary Wollstronecraft dari Inggris menulis buku yang berjudul *A Vindication of The Right of Woman* yang merupakan tonggak berdirinya gerakan feminisme individualis di Eropa (Béhague, 2019).

Pada perkembangan berikutnya, gerakan feminisme juga tampak di Amerika, sekitar akhir abad 19 atau awal 20, yang muncul dalam gerakan untuk memilih (*the right to vote*) yang diperoleh pada tahun 1920, walaupun gerakan tersebut sempat tenggelam. Pada tahun 1960an, gerakan feminisme mulai muncul lagi ketika Betty Friedan menerbitkan bukunya *The Feminine Mystique* (1963) yang mampu menggugah kesadaran baru bagi kaum perempuan bahwa peran-peran mereka selama ini ternyata tidak menguntungkan, karena menempatkan mereka dalam posisi subordinasi dan marginalisasi (Jumaji2), 2018). Dalam konteks Indonesia, gerakan feminisme diawali dari kajian feminisme yang mulai marak pada tahun 1980, sehingga pada saat ini bermunculan nama-nama aktivis gerakan perempuan seperti Herawati, Wardah Hafidz, Marwah Daud Ibrahim, Yulia Surya Kusuma, Ratna Megawangi, dan lain-lain (Suwastini, 2019).

C. Kontroversi Feminisme

Gerakan feminisme hadir dengan isu sentral kesetaraan gender dalam dunia pemikiran Islam yang belakangan telah menjadi persoalan kontemporer dan terus menimbulkan kontroversi, khususnya di Indonesia. Hal ini terlihat ketika isu kesetaraan gender terus mengemuka bersamaan dengan berbagai asumsi banyaknya masalah ketidakadilan yang dihadapi oleh kaum wanita. Kaum feminis menganggap bahwa indikator ketidakadilan tersebut dapat disaksikan dalam berbagai bentuk tindakan

diskriminatif yang dialami kaum wanita, dan indikator tersebut dijadikan senjata untuk mengangkat isu tersebut di berbagai lini kehidupan dan dijadikan program sosial yang didesain secara akademik serta disosialisasikan secara politis (DeFelice & Diller, 2019).

Dalam garis besar, feminisme dapat dibagi menjadi empat tonggak perkembangan, yakni feminisme awal, feminisme gelombang pertama, feminisme gelombang kedua, dan feminisme gelombang ketiga dan/atau postfeminisme. Secara umum keempatnya memiliki tujuan yang sama yakni untuk memperjuangkan subjektivitas perempuan Masing-masing gelombang memiliki penekanan perjuangan yang berbeda dan setiap gelombang berikutnya merupakan revisi dari gelombang sebelumnya. Dikotomi feminisme gelombang ketiga dan/atau postfeminisme merupakan perkembangan yang paling majemuk dan menimbulkan banyak kontroversi karena postfeminisme merupakan persinggungan antara feminisme dan postmodernisme yang berkembang menjelang pergantian milennium yang berpadu dengan kebutuhan internal dalam feminisme sendiri (Cooper, 2016).

Ketidakadilan yang terjadi terhadap perempuan seperti yang disebutkan sebelumnya merupakan tugas dari hadirnya feminisme untuk mengatasinya. Namun tetap saja feminisme dipandang secara negatif oleh masyarakat. Sikap skeptis masyarakat terhadap feminisme dapat terjadi karena adanya sebuah anggapan yang menyebutkan bahwa feminisme telah beranjak terlalu jauh dan kabur dari tujuan awal sebenarnya. Jika kita lihat dari tujuan awal gerakan femininisme, sebenarnya tujuan awal gerakan ini adalah sebagai perjuangan guna meningkatkan kesempatan perempuan untuk mendapatkan persamaan hak dalam kebudayaan yang didominasi oleh laki-laki (Shahvisi, 2019).

Berbagai pandangan negatif yang ditujukan terhadap gerakan feminisme yang telah dijelaskan di awal, muncul akibat dari lahirnya aliran feminisme radikal. Karena tidak dapat dipungkiri bahwa feminisme telah beranjak terlalu jauh, sehingga sulit dikenal dalam pandangan budaya kita, khususnya kita bangsa Indonesia yang memiliki budaya ketimuran. Gerakan feminisme radikal pada perkembangannya semakin kabur dari tujuan awal feminisme itu sendiri. Tujuan feminisme yang awalnya merupakan gerakan untuk mensejajarkan posisi perempuan dengan laki-laki di dalam aspek sosial dan budaya, pada akhirnya membuat gerakan ini berkembang ke arah yang lebih radikal yang membuat perempuan ingin disejajarkan dalam aspek biologisnya. Cara yang dilakukan untuk sejajar dalam sisi biologis dengan laki-laki adalah dengan memilih untuk tidak

memanfaatkan sistem reproduksi yang dimiliki, seperti melahirkan dan mempunyai anak atau dengan pengambil alihan kontrol reproduksi dengan "menciptakan teknologi reproduksi di luar rahim yang akan menggantikan kekejaman pembedaan gender berdasarkan sisi biologis" (Srivastava dkk., 2017).

Tokoh feminis radikal yang menggagas ide mengenai pengambil alihan kontrol reproduksi adalah Shulamith Firestone, ia merupakan tokoh feminisme radikal yang bukunya meledak pada tahun 1970. Gagasannya mengenai pembebasan perempuan dianggap sangat keras. Bahkan Firestone dianggap sebagai teladan feminisme radikal pada awal tahun 1970-an. Ia menghubungkan penindasan perempuan dan dominasi laki-laki berakar pada fungsi reproduksinya. Seperti yang diungkapkannya dalam bukunya yang berjudul *The Dialectic of Sex* bahwa "menjadi ibu biologis memeras perempuan baik secara fisik maupun psikologis" (Firestone, 1970, hlm.24). Firestone menganggap bahwa sistem reproduksi yang dimiliki oleh perempuan merupakan sumber penindasan bagi perempuan. Ia berpendapat bahwa penindasan-penindasan dan posisi perempuan sebagai makhluk subordinat disebabkan oleh sistem biologis perempuan yang memiliki sistem reproduksi dan menyusui. Karena sumber penindasan perempuan yang paling mendasar adalah berasal dari struktur sosial dan budaya keluarga (Shimmin dkk., 2017).

D. Pengaruh Feminisme terhadap Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Bidang kesehatan merupakan isu penting bagi gerakan perempuan dan studi feminis. Kaum feminis menemukan adanya kesenjangan dalam hubungan antara perempuan, kesehatan dan dunia medis. Pada gelombang kedua gerakan perempuan di dunia, kelompok feminis berjuang untuk mengangkat isu kesehatan perempuan ke permukaan. Dampak positif dari gerakan perempuan tersebut kita rasakan hari ini dengan semakin banyak perempuan yang berkiprah di bidang kedokteran dan meningkatnya perhatian dan sumber daya yang didedikasikan untuk isu kesehatan perempuan. Meskipun demikian feminis tetap bersikap kritis terhadap bidang medis yang masih bias atau netral gender. Seperti diagnosis, pemberian resep atau tindakan medis yang berbeda antara laki-laki dan perempuan terkait stereotip gender atau riset-riset medis yang tidak menyertakan analisis berbasis jenis kelamin (Norsigian, 2019).

Lebih jauh pemikiran feminis menawarkan pendekatan komprehensif terhadap isu kesehatan. Pendekatan ini didasarkan pada konsep yang menempatkan manusia sebagai kesatuan (tubuh dan pikiran) yang berinteraksi dengan lingkungan sosial dan fisik

mereka. Dengan demikian, pendekatan ini mendefinisikan kesehatan secara holistik, sebagai hasil dari hubungan sosial. Hal ini berbeda dengan pendekatan biomedis yang memandang tubuh secara mekanis, menempatkan individu sebagai kumpulan dari komponen. Pendekatan feminis juga mendorong pengakuan perbedaan fisiologis dan sosial antar jenis kelamin dan mengakui keberagaman individu, entah laki-laki atau perempuan, kaya atau miskin, heteroseksual atau preferensi seksual lainnya, berkebutuhan khusus atau tidak, dan seterusnya, yang menggunakan pendekatan interseksionalitas. Pendekatan feminis memandang kesehatan adalah masalah keadilan sosial (Burton, 2016).

Di Indonesia isu kebijakan di bidang kesehatan juga menjadi perhatian gerakan perempuan. Persoalan angka kematian ibu misalnya, telah menjadi fokus perhatian gerakan perempuan sejak beberapa dekade silam. Namun hingga hari ini masih menjadi persoalan genting yang tak kunjung teratasi. Kesehatan perempuan juga berhubungan dengan posisi perempuan sebagai subjek. Khususnya dalam persoalan kesehatan reproduksi, pengetahuan mengenai Hak dan Kesehatan Seksual dan Reproduksi sangat menentukan tidak hanya kondisi kesehatan fisik perempuan tetapi juga *well-being* perempuan (Robikah, 2019).

Sejumlah riset dalam Jurnal Perempuan edisi ini memperlihatkan bahwa nilai dan unsur budaya yang hidup dalam masyarakat memiliki pengaruh yang kuat terhadap keyakinan, keputusan, sikap dan perilaku masyarakat terkait kesehatan perempuan. Aspek konteks lokal perlu dipertimbangkan secara serius dalam seluruh upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kesehatan perempuan. Selain itu, pengalaman perempuan berhadapan dengan isu kesehatan hendaknya tidak dilihat secara sama dan universal. Seluruh aspek ini perlu dipahami dengan baik oleh para pengambil kebijakan dan tenaga kesehatan sehingga kebijakan kesehatan dan layanan kesehatan benar-benar mempertimbangkan suara dan kebutuhan perempuan. Lebih jauh kebijakan dan layanan kesehatan hendaknya memosisikan perempuan sebagai subjek yang berhak mengambil keputusan (Annandale dkk., 2019).

Kebijakan dan program- program kesehatan reproduksi harus dapat: meningkatkan akses perempuan terhadap sumber daya kehidupan dan ekonomi yang tetap, mengurangi beban pekerjaan rumah tangga yang sangat berlebihan, menghapuskan hambatan-hambatan hukum yg menghilangkan perempuan untuk ikut berpartisipasi dalam

kehidupan publik dan menyadarkan masyarakat melalui program pendidikan dan komunikasi massa yang efektif (Brandt & Longman, 2017).

Masalah gender yang harus diprioritaskan penanganannya, adalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), pemberantasan Tuberculosis Paru, Malaria, HIV/AIDS, masalah gizi masyarakat dan lingkungan yang tidak sehat. Hal ini menunjukkan masih banyak terdapat ketimpangan antara status kesehatan pada perempuan dan laki- laki (Jumaji2), 2018).

Kesetaraan dan Keadilan Gender (KKG) sudah menjadi komitmen bangsa-bangsa di dunia yang dipertegas dalam Deklarasi Global 'Konferensi Perempuan Sedunia ke-IV ' tahun 1995 di Beijing, dimana salah satu Negara anggotanya adalah Indonesia. Konsep KKG ini menjadi tonggak keberhasilan bagi pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) (Suwastini, 2019).

Dalam RPJMN 2004-2009 disebutkan bahwa berdasarkan Human Development Report 2004, Gender Development Index (GDI) mencapai 59,2 dan Human Development Index (HDI) mencapai 65,8. Selisih nilai HDI dan GDI ini menunjukkan bahwa masih adanya kesenjangan gender dalam pelaksanaan pembangunan SDM (Suwastini, 2019).

Adapun penerapan perspektif gender dalam program pelayanan kesehatan reproduksi di Indonesia adalah sebagai berikut (Robikah, 2019):

1. Akses untuk kesehatan reproduksi dan pelayanan kesehatan reproduksi
    a. Konseling KB,
    b. Pelayanan pre- natal,
    c. Kelahiran yang aman
    d. Pelauanan post natal
    e. Pencegahan dan penanganan yang layak untuk infertilitas
    f. Pencegahan aborsi dan manajemen konsekuensi aborsi
    g. Pengobatan reproductive tract infections, penyakit menular seksual, dan kondisi kesehatan reproduksi yang lain
    h. Pelayanan untuk HIV/AIDS, cancer, infertilitas, kelahiran dan aborsi harus tersedia
    i. Mendorong dihilangkannya mutilasi genital wanita

2. Menyikapi HIV/AIDS
    a. HIV/AIDS harus ditangani melalui pendekatan moral yang tidak konvensional dengan melihat pada pola perilaku nyata
    b. Penggunaan kondom untuk menghindari bahaya dengan segala cara (dlararu-yuzalu), memilih keburukan yang paling minim diantara keburukan yang lain
    c. Pelatihan untuk lebih mengkaji dan mengelaborasi serta integrasi padangan dalam kerangka konseptual baru

Kesetaraan gender dalam keluarga dan masyarakat akan dapat mengeliminasi kerentanan perempuan terhadap HIV dan AIDS. Ketidaksetaraan relasi gender, baik sosial, ekonomi maupun kuasa, merupakan motor penggerak utama tersebarnya wabah HIV. Artinya bila kesetaraan gender terjadi antara laki-laki dan perempuan, maka perempuan dapat membuat keputusan sendiri mengenai aktivitas seksualitasnya, karena banyak perempuan menjadi rentan karena perilaku beresiko oleh orang-orang terdekatnya, perempuan dapat meminta suami atau pasangan yang mempunyai kecenderungan berisiko untuk menggunakan kondom ketika berhubungan seks, dan bisa menolak berhubungan atau menikah dengan laki-laki dewasa yang mungkin sudah terinfeksi HIV. Akibat ketidakadilan dan ketidaksetaraan tersebut mengakibatkan kondisi perempuan akan akses dalam menerima upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS sangat rendah dibandingkan laki-laki (DeFelice & Diller, 2019).

Wacana apa yang lahir akibat adanya ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender dalam HIV dan AIDS. Beberapa wacana yang berkembang dari ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender dalam HIV dan AIDS antara lain menyebabkan Perempuan Indonesia masih belum optimal dapat mengontrol kesehatannya sendiri termasuk hak-hak reproduksinya (Leicht dkk., 2017).

Peran perempuan dalam sektor publik dan politik masih rendah (perjuangan untuk kebutuhan strategis gender yang berhubungan dalam pencegahan terhadap HIV dan AIDS lemah); Akses terhadap pelayanan kesehatan maupun informasi masih rendah sehingga pengetahuan perempuan terutama mengenai HIV dan AIDS lebih rendah; Kontrol terhadap perilaku seksual baik perempuan itu sendiri maupun pasangannya masih lemah; Faktor ekonomi masih merupakan alasan bagi perempuan menjadi Pekerja Seks Komersial, padahal Pekerja Seks Perempuan merupakan salah satu populasi kunci dalam penyebaran HIV dan AIDS; Stigma atau mitos tentang HIV dan AIDS yang

menakutkan masih ada (menyebabkan perlakuan diskriminasi terhadap ODHA dan OHIDA khususnya perempuan dan keluarganya) (Shimmin dkk., 2017).

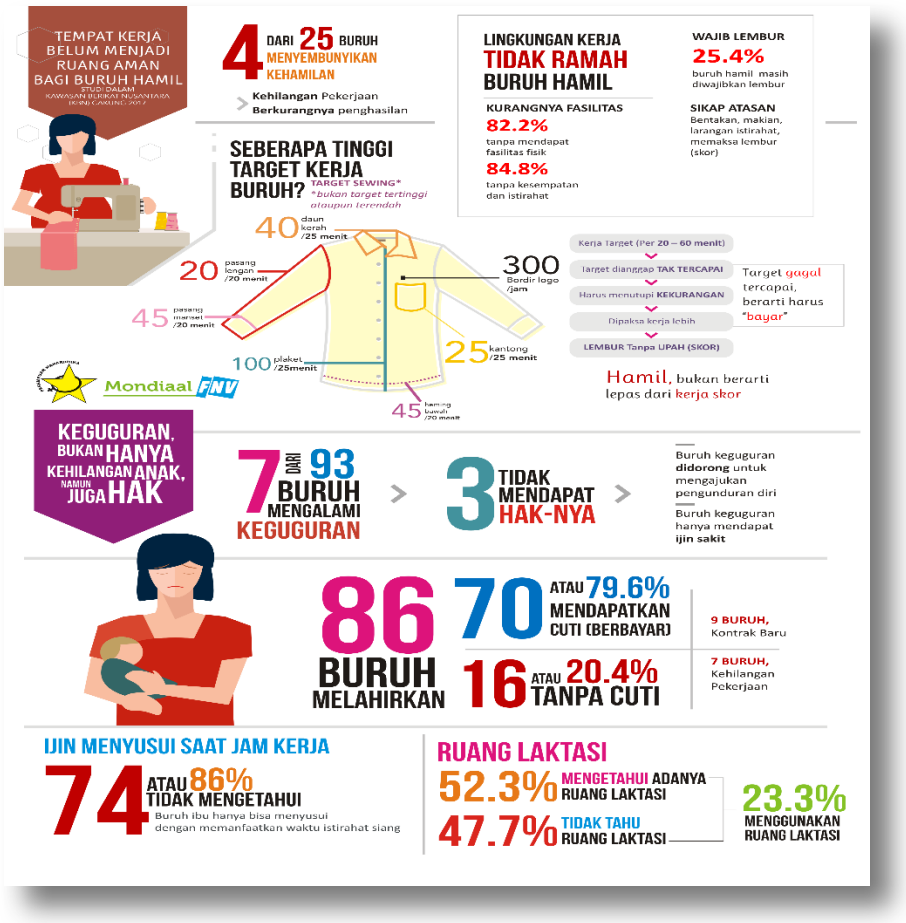
Pembagian peran dan tanggung jawab antar laki-laki dan perempuan dalam hal penanggulangan HIV dan AIDS, berbicara tentang permasalahan HIV dan AIDS dalam perspektif kesetaraan gender mewujudkan bahwa permasalahn ini adalah permasalahan bersama yang harus dilakukan bersama pula oleh laki-laki dan perempuan dalam hal penanggulangan HIV dan AIDS. Walaupun sebagaimana yang dinyatakan oleh UNAIDS melaporkan bahwa jutaan rumah tangga telah terkena dampak epidemi HIV dan AIDS, dimana pengaruh terbesar adalah pada perempuan dan anak. Anak perempuan yang keluar dari sekolah untuk merawat orang tua yang sakit atau saudara kandungnya yang lebih muda. Perempuan yang lebih tua sering bertanggung jawab untuk merawat suami atau anaknya yang sudah dewasa yang sakit. Kemudian jika mereka sudah meninggal, mengurus anak yatim piatu yang orang tuanya meninggal karena AIDS. Mereka juga bertanggung jawab mencari nafkah untuk bisa tetap bertahan hidup sementara anggota keluarganya sakit. Namun tanggung jawab untuk merawat orang dengan HIV dan AIDS dan anak yang menjadi yatim piatu karena HIV dan AIDS harus dibebankan secara proporsional kepada laki-laki dan perempuan. Pemahaman konsep gender amat penting dalam konteks perawatan orang dengan HIV dan AIDS. Peran dan tanggung jawab laki-laki dalam perawatan penderita HIV dan AIDS harus ditingkatkan. Untuk itu, peran perempuan yang selama ini dianggap sebagai Main Nurturer (Perawat/ pengasuh Utama) harus mulai dihilangkan (Srivastava dkk., 2017).

Langkah-Langkah yang dapat dilakukan dalam pencegahan HIV dan AIDS dengan pendekatan Gender yaitu Beberapa langkah yang dapat dilakukan secara bersama-sama oleh perempuan dan laki-laki dalam pencegahan HIV dan AIDS antara lain dalam hal pendataan menggunakan data terpilah bagi penderita sehingga perlakuan dalam hal perawatan sesuai dengan kebutuhan khusus antara laki-laki dan perempuan, meberikan pemahaman kepada setiap pasangan agar mampu secara terbuka tentang kesehatan reproduksi beserta resikonya, memberikan pengetahuan tentang hak-hak kesehatan reproduksi tidak hanya terbatas kepada remaja putri tetapi juga remaja putra sehingga pengetahuan dan akses mereka dalam hal kesehatan reprduksi dapat dipahami secara bersama-sama dan juga dapat mengembangkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual yang ramah laki-laki karena ada kecenderungan laki-laki merasa tabu jika memeriksakan diri yang berkaitan dengan dua hal tersebut sehingga dalam beberapa

langkah tersebut dapat mewujudkan pelayanan dan pencegahan HIV dan AIDS yang berprespektif gender (Cooper, 2016).

Oleh karena itu sebenarnya upaya untuk penanggulangan masalah-masalah HIV dan AIDS tidak hanya difokuskan kepada satu sisi peran saja apakah itu hanya di sisi perempuan ataupun hanya di sisi laki-laki tetapi harus melibatkan semua pihak secara bersamaan agar penangulangan HIV dan AIDS kedepan dapat melibatkan semua pihak untuk saling peduli dalam bersama-sama menyelesaikan masalah ini dengan tentunya mewujudkan pelayanan penanggulangan HIV dan AIDS yang berkesetaraan dan berkeadilan gender (Cooper, 2016).

Berikut ini bentuk ketidakadilan gender dalam beberapa kasus:



Sumber:

Infografis Hasil Riset Maternitas Perempuan 2018

E. Pengaruh Feminisme terhadap Pelayanan Kesehatan di Internasional

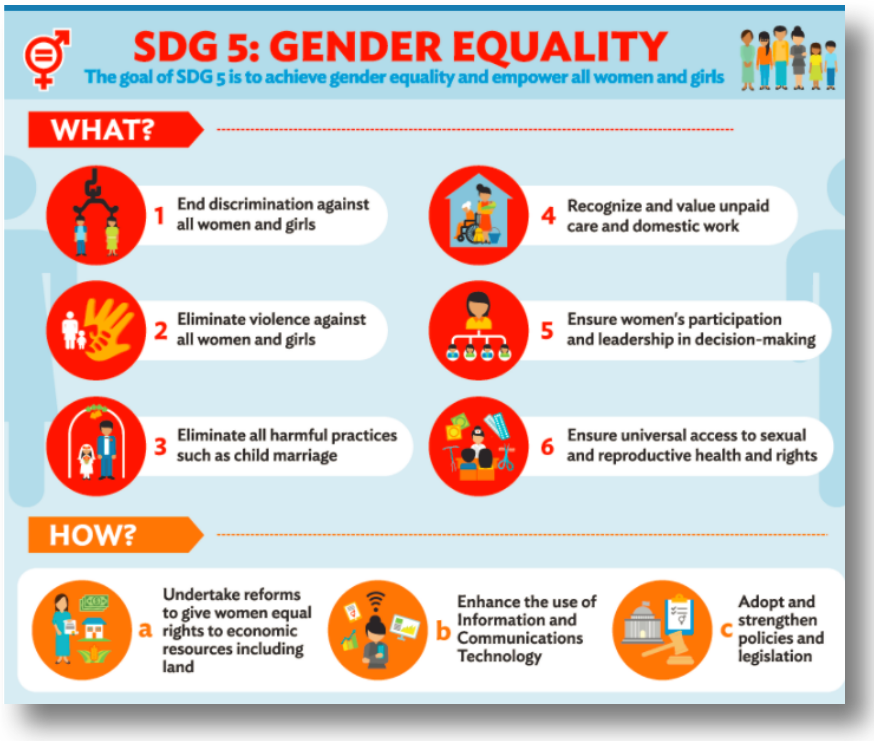
Tingginya angka kematian ibu di banyak negara miskin di dunia, mengindikasikan kekurangan yang serius dalam pelayanan kesehatan yang tersedia bagi perempuan dan kondisikondisi tersebut berkaitan dengan posisi sosial spesifik gender dalam masyarakat. Status spesifik gender juga berpengaruh pada akses terhadap layanan kesehatan. Status sosial dan ekonomi perempuan yang lebih rendah, beban kerja yang dimiliik perempuan dan pembatasan ruang gerak memiliki efek di banyak tempat, menghalangi mereka untuk memperoleh pelayanankesehatan. Solusi dari perawatan masalah kesehatan harus mencerminkan kenyataan ini. Untuk mengatasi hal ini, salah satu negara di Eropa yakni Islandia yang berhasil mengupayakan gerakan feminisme telah membentuk *Icelandic International Development Agency* (ICEIDA) untuk mengitegrasikan gender dan perspektif kesetaraan gender ke dalam proyek pengembangan dalam sektor kesehatan. Integrasi ini didasarkan pada dua poin utama yaitu : memahami efek yang dimiliki oleh diskriminasi spesifik gender dan ketidakseimbangan kekuatan dalam bidang kesehatan dan akses ke dalam pelayanan kesehatan; dan menargetkan kebutuhan spesifik gender perempuan terhadap pelayanan kesehatan yang dibentuk baik oleh peran biologis mereka dan posisi sosial dan ekonomi mereka (Norsigian, 2019).

Salah satu peran ICEIDA dalam meningkatkan kesejahteraan kesehatan adalah berkontribusi dalam peningkatan kesehatan publik di Malawi khususnya di Distrik Mangochi melalui *The Public Health Programme* yang merupakan bagian dari *Mangochi Basic Services Programme (MBSP)* yang akan diimplementasikan oleh Mangochi District Council dan di danai oleh ICEIDA. Periode program ini adalah 4 tahun dari Juli 2012 hingga Juni 2016. Fokus utamanya adalah terhadap kesehatan ibu dan anak khususnya dalam mengurangi angka kematian anak dan peningkatan kesehatan ibu (Shahvisi, 2019).

Melalui penekanan terhadap masalah kesehatan ibu, program ini berusaha untuk mengatasi salah satu masalah utama perempuan di Malawi yang pada saat yang sama merupakan salah satu penyebab kesenjangan gender di negara ini. Semua upaya ICEIDA di Malawi selaras dengan tujuan *Sustainable Development Goals* yang mana program ini secara spesifik paling menguntungkan perempuan pada usia subur. Dengan demikian, ICEIDA memberikan masukan yang kuat dalam memperbaiki kondisi rentan yang mengancam jiwa perempuan usia subur dibandingkan dengan kelompok sosial lainnya (Emerson dkk., 2019).

Adapun bentuk-bentuk kepedulian dalam kesetaraan gender sudah dilakukan dalam beberapa kebijakan berikut:

Sumber: Target MDGs 2000-2015



Sumber: Target SDGs 2015-2030 (Goal ke-5 ini yaitu tentang Kesetaraan gender, bertujuan untuk mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan).

DAFTAR PUSTAKA

Ainur, S. M. I. D. W. R. (2017). the Influences of Leadership Styles, Organizational Communication, and Job Satisfaction Toward Employees' Job Performance in Doing Construction Jobs: a Study on Three Construction Companies in Jakarta. *Rjoas*, *5*(May), 168–180. https://doi.org/10.18551/rjoas.2017-05.23

Avolio, B.J., B.M. Bass, B.M., & Jung, D.I. 1999. Re-Examining the Components of Transformational and Transactional Leadership Using the Multifactor Leadership Questionnaire. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 441-462.

Bass, B.M. 1985. *Leadership and performance beyond expectations*. New York: The Free Press.

Horner, M. 1997. Leadership Theory: Past, Present and Future. *Team Performance Management*. Vol.3. No.4. pp. 270-287

Igbaekemen, G. O. (2014). Impact of Leadership Style on Organisation Performance : A Srategic Literature Review. *Public Policy and Administration Research*, *4*(9), 126–136. https://doi.org/10.1080/00223980.1948.9917362

Kreitner & Kinicki. 2005. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat

Kreitner, R. (2005). *Organizational Behavior*. Jakarta: Salemba Empat

Luthans, F. 2005. *Perilaku Organisasi*, Edisi Sepuluh, Diterjemahkan oleh : Vivin Andhika Yuwono; Shekar Purwanti; Th.Arie Prabawati; dan Winong Rosari. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Madanchian, M., Hussein, N., Noordin, F., & Taherdoost, H. (2016). Impact of Leadership on Organizational Performance. *Economics and Education*, *III*(1), 115–119. https://doi.org/10.1177/0266242614558315

McShane, SL., & Von Glinow, MA. 2008. *Organizational Behavior: Emerging Realistic for The WOrk Place Revolution.*Boston: Mc Graw Hill. Irwin

Robbins, S., & Mary, Coulter. 2009. *Management*, Tenth Edition. New Jersey: Pearson Education, Prentice Hall.

Sari, R., Muis, M., & Hamid, N. (2012). Pengaruh Kepemimpinan, Motivasi, Dan Stres Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Pada Bank Syariah Mandiri Kantor Cabang Makassar. *JurnalAnalisis*, *1*(1), 87–93. Retrieved from http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/4869b786de43116c182e7dfbed1fd5fb.pdf

Schermerhom, J. 2010. *Introduction to Management*. Singapore: John Wiley and Sons.

Toman, T. S. (2015). *Pemimpin dan Kepemimpinan* (Pertama). Yogyakarta: Graha Ilmu.

Werren Bennis & Burt Nanus, 2006. *Leaders Strategi untuk MengembanTanggung Jawab*. PT.Buana Ilmu Populer Kelompok Gramedia: Jakarta.

Gusriani, 2017. *Pengaruh Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja Pegawai diDinas Kesehatan Kabupaten Takalar*. Jurnal Administrasi KebijakanKesehatan. Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin.

Afzal, M. (2016). The Effec of Transfomation Leadership on Nurses Perfomance. Texila International Journal of Nursing. Vol. 1, Issue. 2.

Agwu, M.O. (2015). Teamwork and Employee Perfomance in The Bonny Nigeria Liquefied Natural Gas Plant. Journal International. Vol. 3 No. 4. pp. 39- 60. ISSN: 2372-4951. Published by American Research Institut for Policy Development.

Baron dan Keney, 1986. The moderator –mediator variable distinction in Social Psychological research, Conceptual, Strategic, and Statistical Consideration, Journal of Personality and Social Psychology.

Bass, B. M, 1990. Handbook of leadership: Theory, research & managerial applications (3rd Ed). New York: The Free Press. Bass, 1985, Leadership And Performance Beyond Expectation, New York: Free Press.

Bene D. M. Djasmoredjo, 2004, Persepsi Karyawan Laki-laki Terhadap Pemimpin Perempuan: Apakah Pemimpin Perempuan Lebih Bersifat Asuh Daripada Pemimpin Laki-laki?Jurnal

Fakih, M. 1996. Analisis Gender dan Transformasi Sosial, Pustaka Pelajar, Yogyakarta

Huber, D.L. (2018). Leadership & Nursing Care Managements 6th Edition. Missouri; Elsevier

Kartono, Kartini, 1998. Pemimpin Dan Kepemimpinan, Jakarta, PT. Raja Grafindo Persada.

Lussier , N.Robert and Achua F. Christopher, 2010. Leadership : Theory, Application, and SkillDevelopment, 4th Edition Mason, Ohio : South-Western Cengage Learning, p.6.

Marquis, Bessie L., Huston, Carol J., and Propst, Joan. (2012). Leadership roles and management functions in nursing. Journal of Nursing Staff Development: Vol. 8 issue 6ppg 284-287

Mugianti, Sri. (2016). Manajemen dan Kepemimpinan Dalam Praktik Keperawatan. Jakarta; Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Pusdik SDM Kesehatan

Nawawi, Hadari & Hadari, M. Martini, 2004. Kepemimpinan yang Efektif. Gadjah Mada University Press : Yogyakarta,h 113.

Panjaitan, (2011). Manajemen Keperawatan: Manajemen Keperawatan, Jakarta:

Parker, P.S. 1996 “Gender, culture, and leadership: Toward a culturally distinct model of African-American women executives’ leadership strategies” Leadership Quarterly Vol 7, No2, 189-214

Porter, L. W., Crampon, W. J., & Smith, F. J, 2004. Organizational commitment and managerial turnover. OrganizationalBehavior and Human Performance,

Pratiwi A., (2010). Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Surakarta

Robbins, S. P, 1996. Perilaku organisasi: Konsep, kontroversi, aplikasi. Jakarta: Prenhallindo.

Sagung Seto. Sofarelli D. and Brown D. (2008). The need for nursing leadership in uncertain timer. Journal of nursing managemen 1365-2834.2008.6(4): 201-207.

Siagian . P, Sondang, 1994. Teori Dan Praktek kepemimpinan,Rineka Cipta :Jakarta.

Sianturi, (2014). Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta: EGC.

Simamora, (2012). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC. Sitorus &

Suarli & Bahtiar, (2009), Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis. Jakarta, Erlangga

Widya Manajemen & Akuntansi, Vol. 4, No. 3. Doyle, James A, 1985. Sex and Gender : The Human Experience

Wn. C. Brown Publisher, Iowa. Eagly, A.H., and johnson, B.T. 1990. Gender and Leadership style: A Meta Analisys CHIP Documents. Paper 11.

Wong, Carol A. 2007. The relationship betweeen nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. Journal 1365-2834.2007.00723.x University of Western OntarioLondon

Alkema, Leontine et. Al. 2015.*"Global, Regional, and National Levels and Trends In Maternal Mortality Between 1990 and 2015, With Scenario Based Projections to 2030: a Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation InterAgencyGroup*". Geneva : World Health Organization.

Azwar, Azrul. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan : Edisi Ketiga*. Jakarta:Binarupa Aksara Publisher.

Ermalena. 2017. *Indikator Kesehatan SDGs di Indonesia*. Jakarta : Diskusi Panel Pengendalian Tembakau dan Pembangunan Indonesia

Fuglsang, Lars and Pedersen, John Storm. 2011. *How Common Is Public Sector Innovation and How Similar Is It to Private Sector Innovation? In Innovation in the Public Sector Linking Capacity and Leadership.* (pp. 44-60). Palgrave Macmillan, Hampshire, UK

Hoelman, Michael et Al. 2015. *Panduan SDGs : Untuk Pemerintah Daerah dan Pemangku Kepentingan Daerah.* Jakarta : Infid.

Horton, Sylvia. 2008. History and Persistence of An Idea and An Ideal. In James L. Perry and Annie Hondeghem (Eds), Motivation in Public Management: The Call of Public Service. (pp. 17-32). Oxford-UK: Oxford University Press.

Mindarti, Lely Indah dan Juniar, Arya Pratista Azaria. 2018. *Inovasi Layanan Kesehatan Berbasis E-Government (Studi Pada Puskesmas Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang)*. Journal of Public Sector Innovation Vol 3(1): 19-27

Noor, Irwan. 2013. *Desain Inovasi Pemerintah Daerah*. Malang: UB Press.

Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara Reformasi Birokrasi Nomor 30 Tahun 2014 tentang Pedoman Inovasi Pelayanan Publik

Rachmah, N. F., dan Purhadi. 2014. *Permodelan Jumlah Kematian Ibu dan Jumlah Kematian Bayi di Provinsi Jawa Timur Menggunakan Bivariate Poisson Regression*. Jurnal Sains dan Seni Pomits. 3(2): 194-199.

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations (Fourth Edition)*. New York-USA: The Free Press.

Rogers, Everett. 2003. *Disffusion of Innovation, Fifth Edition*. New York: Free Press. Satrianegara, M. Fais. 2014. *Organisasi dan Fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan : Teori, Integrasi dan Aplikasi dalam Praktek.Tangerang* :Alauddin University Press.

Sinambela, Lijan Poltak. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik : Teori, Kebijakan dan Implementasi*. Jakarta : Bumi Aksara

Suwarno, Yogi. 2008. *Inovasi di Sektor Publik*. Jakarta: STIA-LAN Press

Valkama, P., Stephen, J. B., & Ari-Veikko, A. (2013). *Contexts and Challenges of Organizational Innovation in Public Services. In Pekka, Valkama; Stephen, J. Bailey and Ari-Veikko, Anttiroiko (Eds.), Organizational Innovation in Public Services Forms and Governance* . Hampshire, UK: Palgrave Macmillan

Ali M (2017) Communication skills 1: benefits of effective communication for patients. Nursing Times [online]; 113: 12, 18-19.

Al-Sawai, A. (2013) "Leadership of healthcare professionals: Where do we stand?," *Oman Medical Journal*. Oman Medical Specialty Board, 28(4), hal. 285–287. doi: 10.5001/omj.2013.79.

Hargett, C. W. *et al.* (2017) "Developing a model for effective leadership in healthcare: A concept mapping approach," *Journal of Healthcare Leadership*. Dove Medical Press Ltd., 9, hal. 69–78. doi: 10.2147/JHL.S141664.

Kaddourah, B. T., Khalidi, A., Abu-Shaheen, A. K., Al-Tannir, M. A. (2013). Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. Journal of Clinical Nursing, 22, 3153-3159. doi:10.1111/jocn.12261

Van de Riet, M. C. P. *et al.* (2019) "What makes an ideal hospital-based medical leader? Three views of healthcare professionals and managers: A case study," *PLOS ONE*.

Diedit oleh M. Vaismoradi. Public Library of Science, 14(6), hal. e0218095. doi: 10.1371/journal.pone.0218095.

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., . . . Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations. International Journal of Clinical Practice, 69, 1257-1267. doi:10.1111/ijcp.12686

Vermeir, P. *et al.* (2017) "Job Satisfaction in Relation to Communication in Health Care Among Nurses: A Narrative Review and Practical Recommendations," *SAGE Open*. SAGE Publications Inc., 7(2), hal. 215824401771148. doi: 10.1177/2158244017711486.

Godakandage, Sanjeeva S. P., Upul Senarath, Hiranya S. Jayawickrama, Indika Siriwardena, S. W. a. D. A. Wickramasinghe, Prasantha Arumapperuma, Sathyajith Ihalagama, et al. 2017. "Policy and Stakeholder Analysis of Infant and Young Child Feeding Programmes in Sri Lanka." *BMC Public Health* 17 (Suppl 2): 522. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4342-4.

Mahmood, Hana, Yasmeen Suleman, Tabish Hazir, Durre Samin Akram, Shahadat Uddin, Michael J. Dibley, Saleem Abassi, Amara Shakeel, Narjis Kazmi, and Anne Marie Thow. 2017. "Overview of the Infant and Young Child Feeding Policy Environment in Pakistan: Federal, Sindh and Punjab Context." *BMC Public Health* 17 (Suppl 2): 474. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4341-5.

Mbachu, Chinyere O., Obinna Onwujekwe, Ifeanyi Chikezie, Nkoli Ezumah, Mahua Das, and Benjamin S. C. Uzochukwu. 2016. "Analysing Key Influences over Actors' Use of Evidence in Developing Policies and Strategies in Nigeria: A Retrospective Study of the Integrated Maternal Newborn and Child Health Strategy." *Health Research Policy and Systems* 14 (April). https://doi.org/10.1186/s12961-016-0098-z.

Nikièma, Laetitia, Lieven Huybregts, Yves Martin-Prevel, Philippe Donnen, Hermann Lanou, Joep Grosemans, Priscilla Offoh, et al. 2017. "Effectiveness of Facility-Based Personalized Maternal Nutrition Counseling in Improving Child Growth and Morbidity up to 18 Months: A Cluster-Randomized Controlled Trial in Rural Burkina Faso." *PLoS ONE* 12 (5). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177839.

Paudel, Mohan, Sara Javanparast, Gouranga Dasvarma, and Lareen Newman. 2019. "A Critical Account of the Policy Context Shaping Perinatal Survival in Nepal: Policy Tension of Socio-Cultural versus a Medical Approach." *BMC Health Services Research* 19 (March). https://doi.org/10.1186/s12913-019-3979-3.

Story, William T., Karen LeBan, Laura C. Altobelli, Bette Gebrian, Jahangir Hossain, Judy Lewis, Melanie Morrow, et al. 2017. "Institutionalizing Community-Focused Maternal, Newborn, and Child Health Strategies to Strengthen Health Systems: A New Framework for the Sustainable Development Goal Era." *Globalization and Health* 13 (1): 37. https://doi.org/10.1186/s12992-017-0259-z.

Uneke, Chigozie J., Issiaka Sombie, Namoudou Keita, Virgil Lokossou, Ermel Johnson, and Pierre Ongolo-Zogo. 2017. "Improving Maternal and Child Health Policymaking Processes in Nigeria: An Assessment of Policymakers' Needs, Barriers and Facilitators of Evidence-Informed Policymaking." *Health Research Policy and Systems* 15 (Suppl 1). https://doi.org/10.1186/s12961-017-0217-5.

Uneke, Chigozie Jesse, Issiaka Sombie, Namoudou Keita, Virgil Lokossou, Ermel Johnson, and Pierre Ongolo-Zogo. 2016. "An Assessment of National Maternal and Child Health Policy-Makers' Knowledge and Capacity for Evidence-Informed Policy-Making in Nigeria." *International Journal of Health Policy and Management* 6 (6): 309–16. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.132.

Achmad, N. I., Kep, S., & Kep, M. (2017). *SIFAT, KETERAMPILAN PIMPINAN PUSKESMAS DAN KINERJA PEGAWAI DI PUSKESMAS KAIRATU BARAT KABUPATEN SERAM BAGIAN BARAT*. 43.

Fatihah, D. C., & Darmawanti, N. (2018). PENGARUH KEPEMIMPINAN DAN KOMUNIKASI TERHADAP MOTIVASI SERTA DAMPAKNYA PADA KINERJA PERAWAT DI RS AMN SUBANG PTPN VIII. *Jurnal E-Bis (Ekonomi-Bisnis)*, *2*(1), 35–52. https://doi.org/10.37339/e-bis.v2i1.83

Hadian, D. (2015). *Pengaruh Kepemimpinan, Struktur Organisasi dan Budaya Organisasi terhadap Kinerja Dinas serta Implikasinya pada Pelayanan Publik*. *3*(1), 18.

Rusni, A., & Sutrischastini, A. (2020). PENGARUH KEPEMIMPINAN DISTRIBUTIF, TEAM WORKING , DAN KEPUASAN KERJA TERHADAP KINERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA NUSA TENGGARA BARAT. *Jurnal Riset Manajemen Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Widya Wiwaha Program Magister Manajemen*, *7*(1), 1–19. https://doi.org/10.32477/jrm.v7i1.180

Suandi, M. O. (2018). *Kajian Gaya Kepemimpinan dan Profil Organisasi Terhadap Pencapaian Target Rencana Strategis RS Katolik Di Palembang Periode 2015-2016*. *4*, 12.

Usman, U., Badiran, M., & Muhammad, I. (2020). PENGARUH GAYA KEPEMIMPINAN KEPALA PUSKESMAS TERHADAP KINERJA TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS PEUREULAK BARAT. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, *5*(1), 23. https://doi.org/10.30829/jumantik.v5i1.5820

Sinambela, et. al., 2011. Reformasi Pelayanaan Publik, Teori, Kebijakan dan Implementasi, Bumi Aksara, Jakarta.

Nashudin., 2016. Manajemen & Kepemimpinan dalam Pelayanan Publik,Sanabil Publishing, Mataram.

Ardiprawiro. (2014). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Jakarta: Universitas Gunadarma.

Oktaviani, M. H., & Warsito, B. E. (2018). Hubungan Pengetahuan Kepemimpinan Dengan Motivasi Perawat Dalam Hal Penugasan Dan Pelatihan Di Rumah Sakit, *1*(2).

Panjaitan, H. (2010). PENGARUH KEPEMIMPINAN TERHADAP KINERJA PARAMEDIS DAN DAMPAKNYA PADA MUTU PELAYANAN DI RSUD PASURUAN, *10*(2), 62–72.

Sudariani, P. W., Utomo, B., & Fitryasari, R. (2016). MODEL KOMPETENSI KEPEMIMPINAN KEPALA RUANG MENINGKATKAN MOTIVASI DAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA (Model Of The Nurse Unit Manager Leadership Competence And Performance Enhancing Motivation Nurse Implementing), (Kuswadi 2004).

Suwanto. (2013). *Manajemen Sumber Daya Manusia dalam Organisasi Publik dan Bisnis.* Bandung: Cv.Alfabeta.

Tarigan, U. (2016). Peranan Gaya Kepemimpinan Dalam Upaya Meningkatkan Prestasi Kerja di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, *4*(2), 143–151.

Thoha, M. (2013). *Kepemimpinan dalam Manajemen*. Jakarta: Rajawali Pers.

Usman, Badiran, M., & Muhammad, I. (2020). Pengaruh Gaya Kepemimpinan Kepala Puskesmas Terhadap Kinerja Tenaga Kesehatan di Puskesmas Peureulak Barat, *5*(1), 23–33.

Diamond, Larry, 1998, *Horizontal Accountability And Corruption Control,* conference on "Economic Reform and Good Governance: Fighting

Corruption in Transition Economies", Beijing, China

JB Ghartey, *Crisis, Accountability and Development in the Third World,* London, 1987

Joko Widodo, *Good Governance* (Telaah dan Dimensi Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi Pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah), Insan Cendekia, Surabaya, 2001

Miriam Budiardjo, *Dasar – Dasar Ilmu Politik* , PT Gramedia, Jakarta, 1986, Menggapai Kedaulatan Rakyat,Mizan, Jakarta, 1998

Krina. 2003. *Indikator dan Alat Ukur Prinsip Transparasi, Partisipasi dan Akuntabilitas.* Web*:* http://www.goodgovernance.com

Mardiasmo, *Otonomi & Manajemen Keuangan Daerah,* Penerbit ANDI, Yogyakarta, 2004.

Mardiasmo. 2009. *Akuntansi Sektor Publik.* Andi. Yogyakarta.

Parker, Wayne C. (1993). *Performance Measurement in the Public Sector*. State of Utah. www.rutgers.edu/Accounting/raw/seagov/pmg/perfmeasure, September 2000.

Pandji Santosa, Administrasi Publik, Teori dan Aplikasi Good Governance, Refika Aditama, Bandung, 2008.

Pollitt, C., Birchall, J. and Putnam,K. (1998), *Decentralising Public Service Management*

Plimptre, T, "*Perspective accountability in the public sector*", 1981

Sedarmayanti, *Good Governance (Kepemerintahan Yang Baik) Dalam Rangka Otonomi Daerah,,* Mandar Maju, Bandung, 2003,

Arivia, G. (2017) 'Perempuan dan Kebijakan Publik', *Jurnal Perempuan*.

Artisa, R. (2014) 'Perempuan dalam Birokrasi', *Jurnal Pembangunan dan Kebijakan Publik*.

Faizal, L. (2016) 'Perempuan Dalam Politik', *Jurnal Teropong Aspirasi Politik Islam*.

Faturahman, B. (2018) 'Kepemimpinan dalam Budaya Organisasi', *Jurnal Politik dan Sosial Kemasyarakatan*.

Fitriani, A. (2015) 'Gaya Kepemimpinan Perempuan', *Jurnal Teropong Aspirasi Politik Islam*.

Helfi (2015) 'Buruh Tani Wanita Panggilan dan Eksistensinya Menurut Adat Minangkabau', *Jurnal Budaya Islam*.

Longman, J. *et al.* (2017) 'Operationalising National Policy', *Health policy*. Elsevier Ireland Ltd. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.09.012.

Orgambídez-ramos, A. (2014) 'Empowering Employees : Structural Empowerment as Antecedent of Job Satisfaction in University Settings Research Articles Empowering Employees : Structural Empowerment as Antecedent of Job Satisfaction in University Settings'. *PsychOpen*, doi: 10.5964/psyct.v7i1.88.

Syamsuddin (2017) 'Politik Perempuan Hannah Arent dalam Perpektif Filsat', *Jurnal Perempuan untuk Pencerahan dan Kesetaraan*.

Yulianti, R. (2018) 'Women Leadership: Telaah Kapasitas Perempuan Sebagai Pemimpin', *MADANI Jurnal Politik dan Sosial Kemasyarakatan*, 10.

Annandale, E., Wiklund, M., & Hammarström, A. (2019). Theorising women's health and health inequalities: Shaping processes of the 'gender-biology nexus.' Global Health Action, 11(Suppl 3). https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1669353

Béhague, D. P. (2019). Adolescent Sex and Psyche in Brazil: Surveillance, Critique and Global Mental Health. Culture, Medicine and Psychiatry, 43(4), 686–709. https://doi.org/10.1007/s11013-019-09659-0

Brandt, N. V. D., & Longman, C. (2017). Working against many grains: Rethinking difference, emancipation and agency in the counter-discourse of an ethnic minority women's organisation in Belgium. Social Compass, 64(4), 512. https://doi.org/10.1177/0037768617727486

Burton, C. W. (2016). The Health Needs of Young Women: Applying a feminist philosophical lens to nursing science and practice. ANS. Advances in nursing science, 39(2), 108–118. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000119

Cooper, F. (2016). Medical feminism, working mothers, and the limits of home: Finding a balance between self-care and other-care in cross-cultural debates about health and lifestyle, 1952–1956. Palgrave communications, 2. https://doi.org/10.1057/palcomms.2016.42

DeFelice, K. A., & Diller, J. W. (2019). Intersectional Feminism and Behavior Analysis. Behavior Analysis in Practice, 12(4), 831–838. https://doi.org/10.1007/s40617-019-00341-w

Emerson, A. M., Wickliffe, J., Kelly, P. J., & Ramaswamy, M. (2019). Feminism and Bourdieusian Social Theory in a Sexual Health Empowerment Project with Incarcerated and Recently Released Women. Social theory & health : STH, 17(1), 57–74. https://doi.org/10.1057/s41285-018-0068-3

Holmes, S., Drake, S., Odgers, K., & Wilson, J. (2017). Feminist approaches to Anorexia Nervosa: A qualitative study of a treatment group. Journal of Eating Disorders, 5. https://doi.org/10.1186/s40337-017-0166-y

Jumaji2), T. H. 1) R. (2018). ANALISIS FEMINISME, NILAI MORAL DAN NILAI SOSIAL DALAM NOVEL NAYLA KARYA DJENAR MAESA AYU. JURNAL DIALOG, 7(1), Article 1. http://www.jurnal.una.ac.id/index.php/jd/article/view/393

Leicht, C., Gocłowska, M. A., Van Breen, J. A., de Lemus, S., & Randsley de Moura, G. (2017). Counter-Stereotypes and Feminism Promote Leadership Aspirations in Highly Identified Women. Frontiers in Psychology, 8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00883

McMillan, C., & Jenkins, A. (2016). "A magical little pill that will relieve you of your womanly issues": What young women say about menstrual suppression. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11. https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32932

Norsigian, J. (2019). Our Bodies Ourselves and the Women's Health Movement in the United States: Some Reflections. American Journal of Public Health, 109(6), 844–846. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305059

Robikah, S. (2019). SHIFTING PARADIGM DALAM TAFSIR AL-QURAN ; ANALISIS TERHADAP PERKEMBANGAN TAFSIR FEMINIS DI INDONESIA (No. 2). 7(2), Article 2. http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/tafsere/article/view/11463

Rogers, W. A. (2006). Feminism and public health ethics. Journal of Medical Ethics, 32(6), 351–354. https://doi.org/10.1136/jme.2005.013466

Shahvisi, A. (2019). Medicine is Patriarchal, But Alternative Medicine is Not the Answer. Journal of Bioethical Inquiry, 16(1), 99–112. https://doi.org/10.1007/s11673-018-9890-5

Shimmin, C., Wittmeier, K. D. M., Lavoie, J. G., Wicklund, E. D., & Sibley, K. M. (2017). Moving towards a more inclusive patient and public involvement in health research paradigm: The incorporation of a trauma-informed intersectional analysis. BMC Health Services Research, 17. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2463-1

Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P. S., & Sahu, S. (2017). Misogyny, feminism, and sexual harassment. Industrial Psychiatry Journal, 26(2), 111–113. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_32_18

Suwastini, N. K. A. (2019). PERKEMBANGAN FEMINISME BARAT DARI ABAD KEDELAPAN BELAS HINGGA POSTFEMINISME: SEBUAH TINJAUAN

TEORETIS. Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora, 2(1), Article 1. https://doi.org/10.23887/jish-undiksha.v2i1.1408

Annandale, E., Wiklund, M., & Hammarström, A. (2019). Theorising women's health and health inequalities: Shaping processes of the 'gender-biology nexus.' Global Health Action, 11(Suppl 3). https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1669353

Béhague, D. P. (2019). Adolescent Sex and Psyche in Brazil: Surveillance, Critique and Global Mental Health. Culture, Medicine and Psychiatry, 43(4), 686–709. https://doi.org/10.1007/s11013-019-09659-0

Brandt, N. V. D., & Longman, C. (2017). Working against many grains: Rethinking difference, emancipation and agency in the counter-discourse of an ethnic minority women's organisation in Belgium. Social Compass, 64(4), 512. https://doi.org/10.1177/0037768617727486

Burton, C. W. (2016). The Health Needs of Young Women: Applying a feminist philosophical lens to nursing science and practice. ANS. Advances in nursing science, 39(2), 108–118. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000119

Cooper, F. (2016). Medical feminism, working mothers, and the limits of home: Finding a balance between self-care and other-care in cross-cultural debates about health and lifestyle, 1952–1956. Palgrave communications, 2. https://doi.org/10.1057/palcomms.2016.42

DeFelice, K. A., & Diller, J. W. (2019). Intersectional Feminism and Behavior Analysis. Behavior Analysis in Practice, 12(4), 831–838. https://doi.org/10.1007/s40617-019-00341-w

Emerson, A. M., Wickliffe, J., Kelly, P. J., & Ramaswamy, M. (2019). Feminism and Bourdieusian Social Theory in a Sexual Health Empowerment Project with Incarcerated and Recently Released Women. Social theory & health : STH, 17(1), 57–74. https://doi.org/10.1057/s41285-018-0068-3

Holmes, S., Drake, S., Odgers, K., & Wilson, J. (2017). Feminist approaches to Anorexia Nervosa: A qualitative study of a treatment group. Journal of Eating Disorders, 5. https://doi.org/10.1186/s40337-017-0166-y

Jumaji2), T. H. 1) R. (2018). ANALISIS FEMINISME, NILAI MORAL DAN NILAI SOSIAL DALAM NOVEL NAYLA KARYA DJENAR MAESA AYU. JURNAL DIALOG, 7(1), Article 1. http://www.jurnal.una.ac.id/index.php/jd/article/view/393

Leicht, C., Gocłowska, M. A., Van Breen, J. A., de Lemus, S., & Randsley de Moura, G. (2017). Counter-Stereotypes and Feminism Promote Leadership Aspirations in Highly Identified Women. Frontiers in Psychology, 8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00883

McMillan, C., & Jenkins, A. (2016). "A magical little pill that will relieve you of your womanly issues": What young women say about menstrual suppression. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11. https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32932

Norsigian, J. (2019). Our Bodies Ourselves and the Women's Health Movement in the United States: Some Reflections. American Journal of Public Health, 109(6), 844–846. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305059

Robikah, S. (2019). SHIFTING PARADIGM DALAM TAFSIR AL-QURAN ; ANALISIS TERHADAP PERKEMBANGAN TAFSIR FEMINIS DI INDONESIA (No. 2). 7(2), Article 2. http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/tafsere/article/view/11463

Rogers, W. A. (2006). Feminism and public health ethics. Journal of Medical Ethics, 32(6), 351–354. https://doi.org/10.1136/jme.2005.013466

Shahvisi, A. (2019). Medicine is Patriarchal, But Alternative Medicine is Not the Answer. Journal of Bioethical Inquiry, 16(1), 99–112. https://doi.org/10.1007/s11673-018-9890-5

Shimmin, C., Wittmeier, K. D. M., Lavoie, J. G., Wicklund, E. D., & Sibley, K. M. (2017). Moving towards a more inclusive patient and public involvement in health research paradigm: The incorporation of a trauma-informed intersectional analysis. BMC Health Services Research, 17. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2463-1

Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P. S., & Sahu, S. (2017). Misogyny, feminism, and sexual harassment. Industrial Psychiatry Journal, 26(2), 111–113. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_32_18

Suwastini, N. K. A. (2019). PERKEMBANGAN FEMINISME BARAT DARI ABAD KEDELAPAN BELAS HINGGA POSTFEMINISME: SEBUAH TINJAUAN TEORETIS. Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora, 2(1), Article 1. https://doi.org/10.23887/jish-undiksha.v2i1.1408