

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

2.1.1 Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah suatu organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu dan mereka dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat (Depkes RI, 2004b). Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan pada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal tanpa mengabaikan kesehatan kepada perorangan.

Puskesmas adalah unit pelaksana pembangunan kesehatan yang mandiri dan mempunyai wilayah kerja satu kecamatan yang artinya sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama. Puskesmas bertanggung jawab sejak dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi sebatas kewenangan dan kemampuan yang diberikan Dinas Kesehatan Kabupaten Kota (Depkes RI, 2004b).

2.1.2 Fungsi Puskesmas

Menurut Depkes RI (2004b) Puskesmas memiliki beberapa fungsi, yaitu:

a. Pusat Penggerak Pembangunan Berawawasan Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu Puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak

kesehatan dan penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

b. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat. Puskesmas juga berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

c. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab Puskesmas meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

2.2. Kesehatan Jiwa

2.2.1 Pengertian

Kesehatan jiwa (*mental health*) adalah kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia

(Depkes RI, 2002b). Seseorang dikatakan sehat jiwa apabila memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya.
2. Mampu menghadapi stress kehidupan yang wajar.
3. Mampu bekerja secara produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya.
4. Dapat berperan serta dalam lingkungan hidup.
5. Menerima baik dengan apa yang ada pada dirinya.
6. Merasa nyaman bersama dengan orang lain.

(Depkes RI, 2002b)

2.2.2 Ruang Lingkup Kesehatan Jiwa

Lingkup masalah kesehatan jiwa bersifat luas dan kompleks saling berhubungan dengan segala aspek kehidupan manusia. Menurut Depkes RI (2002b) secara garis besar masalah kesehatan jiwa digolongkan menjadi:

- a. Masalah perkembangan manusia yang harmonis dan peningkatan kualitas hidup

Yaitu masalah kejiwaan yang terkait dengan makna dan nilai-nilai kehidupan manusia, misalnya:

- 1) Masalah keswa yang berkaitan dengan *life cycle* kehidupan manusia mulai dari persiapan pranikah, anak dalam kandungan, balita, anak, remaja, dewasa dan usia lanjut..
- 2) Dampak dari menderita penyakit menahun yang menimbulkan disabilitas.
- 3) Pemukiman yang sehat.

4) Pemindahan tempat tinggal.

b. Masalah Psikososial

Yaitu terjadinya masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial, misalnya:

- 1) Psikotik gelandangan (seseorang yang berkeliaran di tempat umum dan diperkirakan menderita gangguan jiwa psikotik, dianggap mengganggu ketertiban/keamanan lingkungan.
- 2) Pemasungan penderita gangguan jiwa.
- 3) Masalah anak jalanan.
- 4) Masalah anak remaja (tawuran, kenakalan)
- 5) Penyalahgunaan narkoba dan psikotropika.
- 6) Masalah seksual (penyimpangan seksual, pelecehan)
- 7) Tindak kekerasan sosial.
- 8) Stres pasca trauma.
- 9) Pengungsi/migrasi.
- 10) Masalah usia lanjut yang terisolir
- 11) Masalah kesehatan kerja: kesehatan jiwa di tempat kerja, penurunan produktifitas, stres di tempat kerja dan lain-lain.

c. Masalah gangguan jiwa

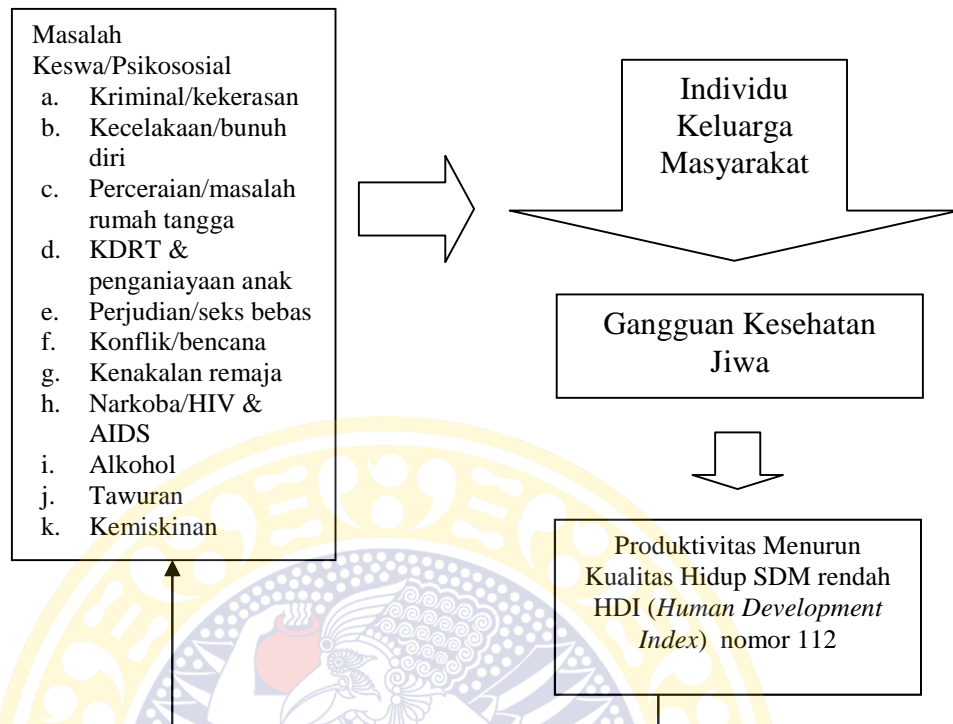
Yaitu suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Jenis gangguan jiwa ini tercantum dalam Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa

Edisi Ketiga (PPGDJ-III) tahun 1995 atau *chapter* F00-F99 dari *International Classification of Diseases (ICD-X)* antara lain:

- 1) Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya)
- 2) Skizofrenia.
- 3) Gangguan afektif (Depresi, mania)
- 4) Ansietas/kecemasan, gangguan somatoform (psikosomatik).
- 5) Gangguan mental organik (Demensia/Alzheimer, Delirium, Epilepsi, Pasca Stroke, dan lain-lain).
- 6) Gangguan jiwa anak dan remaja (gangguan perkembangan belajar, autisme, gangguan tingkah laku, hiperaktifitas, gangguan cemas dan depresi).
- 7) Retardasi mental.

2.2.3 Hubungan masalah kesehatan jiwa dengan produktifitas dan kualitas hidup

Berbagai masalah kesehatan jiwa di masyarakat baik berupa masalah perkembangan manusia dan masalah psikososial dapat menyebabkan gangguan jiwa yang berdampak menurunnya produktifitas atau kualitas hidup manusia dan masyarakat. Masalah kesehatan jiwa sangat mempengaruhi produktifitas dan kualitas kesehatan perorangan maupun masyarakat. Status kesehatan jiwa individu juga menentukan kualitas hidup karena status kesehatan jiwa yang buruk akan menurunkan indeks pembangunan manusia. Hubungan masalah kesehatan jiwa dengan produktifitas dan kualitas hidup dapat digambarkan pada gambar 2.1 dibawah ini.



Gambar 2.1 Hubungan masalah kesehatan jiwa dengan produktifitas dan kualitas hidup (Depkes RI, 2009)

2.2.4 Strategi Pembangunan Kesehatan Jiwa

Depkes RI (2005) mempunyai beberapa strategi dalam melakukan pembangunan kesehatan jiwa, yaitu:

- a. Advokasi kebijakan publik yang memperhatikan aspek kesehatan jiwa masyarakat.
- b. Peningkatan jumlah dan mutu institusi pendidikan tenaga kesehatan jiwa.
- c. Integrasi pembiayaan pelayanan kesehatan melalui pola asuransi kesehatan.
- d. Desentralisasi program kesehatan jiwa di provinsi dan kabupaten/kota.
- e. Pemantapan kerja sama lintas sektor dan kemitraan dengan swasta.

- f. Pemberdayaan masyarakat melalui pendidikan dan penyuluhan tentang kesehatan jiwa secara terintegrasi dengan program kesehatan pada umumnya.
- g. Upaya kesehatan jiwa masyarakat dintegrasikan dengan program di Puskesmas dan pelayanan kesehatan dasar baik di Puskesmas, Rumah Sakit dan pelayanan kesehatan swasta.

2.3 Kesehatan Jiwa Komunitas

2.3.1 Pengertian

Kesehatan Jiwa Komunitas (*Community Mental Health*) adalah strategi pengembangan masyarakat terutama terkait kesehatan jiwa bagi seluruh warga melalui promosi kesehatan jiwa dan pencegahan gangguan jiwa (Radtke, 2008).

2.3.2 Kepmenkes Nomor 406 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas

a. Tujuan

1) Tujuan Umum

Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas ini, secara umum bertujuan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan jiwa komunitas.

2) Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa.
- b. Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang masalah kesehatan jiwa komunitas.

- c. Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dan petugas terkait lainnya dalam menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa komunitas di semua tatanan pelayanan.
- d. Mendorong terwujudnya pengembangan berbagai model pelayanan kesehatan jiwa komunitas sesuai dengan kondisi dan situasi setempat.

b. Sasaran

- 1) Petugas kesehatan yang bekerja dalam pelayanan kesehatan jiwa masyarakat
- 2) Petugas non kesehatan (profesi lain) yang bekerja dalam pelayanan kesehatan jiwa
- 3) Pekerja yang berkontak dengan masalah dan upaya kesehatan jiwa (misalnya: polisi, guru, tokoh masyarakat dan tokoh agama)
- 4) Masyarakat peduli kesehatan jiwa dan kader kesehatan jiwa, yang bekerja atau telah dilatih dalam pekerjaan terkait pelayanan kesehatan jiwa

c. Prinsip Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas

- 1) Keterjangkauan

Keterjangkauan yang utama adalah dalam biaya dan jarak. Biaya pelayanan dan jarak yang terjangkau memudahkan setiap orang memelihara kesehatannya secara berkesinambungan.

- 2) Keadilan

Pelayanan kesehatan jiwa harus menjamin setiap orang mendapatkan pelayanan secara merata tanpa memandang status sosial.

3) Perlindungan hak azasi manusia

Hak azasi fundamental individu dengan gangguan jiwa harus terjamin dan dihormati, sebagaimana pada penderita penyakit fisik.

4) Terpadu, Terkoordinasi dan Berkelanjutan

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas dikelola sebagai suatu kesatuan dari berbagai pelayanan dan program yang berbeda, dengan mempertimbangkan berbagai aspek disamping kesehatan seperti aspek sosial, kesejahteraan, perumahan, pekerjaan dan pendidikan, secara terkoordinasi dan berkelanjutan.

5) Efektif

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas harus berbasis bukti dan efektif. Yang dimaksud berbasis bukti adalah bila setiap tindakan memberikan hasil yang konsisten berdasarkan penelitian. Pelayanan komunitas yang efektif memadukan pendekatan biologis dan penanganan psikososial untuk meningkatkan keberhasilan dan kualitas hidup individu.

6) Hubungan lintas sektoral

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas harus membangun jejaring dengan upaya dan pelayanan kesehatan lain dan oleh sektor lain baik milik pemerintah maupun masyarakat.

7) Pembagian wilayah pelayanan

Untuk pengembangan dan pengoperasian pelayanan kesehatan jiwa komunitas dilakukan dengan pembagian wilayah (*catchment area*),

yaitu pelayanan kesehatan jiwa dikaitkan dengan wilayah geografis tertentu.

8) Kewajiban

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas bertanggung jawab terhadap kondisi kesehatan jiwa seluruh populasi di wilayah kerjanya.

d. Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas

Upaya pelayanan kesehatan jiwa komunitas dapat dibedakan menurut tingkatan dan jenis pelayanannya.

1. Tingkatan Pelayanan

Menurut tingkatan pelayanannya, pelayanan kesehatan jiwa terdiri dari Pelayanan Primer, Sekunder dan Tersier. Pelayanan tingkat primer ialah pelayanan tingkat dasar, diberikan oleh fasilitas pelayanan yang menjadi ujung tombak di komunitas, yaitu Puskesmas, Balai Kesehatan Jiwa Masyarakat, Dokter praktek swasta, Perawat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Bidan, Psikolog Klinis, Pekerja Sosial dan Terapis okupasi yang telah mendapat pelatihan. Pelayanan tingkat sekunder diberikan oleh Rumah Sakit Umum, dan pelayanan kesehatan tersier diberikan di Rumah Sakit Jiwa (Depkes RI, 2009).

Walaupun secara umum pelayanan kesehatan jiwa formal terdiri dari tiga tingkatan (primer, sekunder dan tersier), secara kenyataan juga ada pelayanan yang diselenggarakan oleh masyarakat. Di samping itu juga variasi yang berkembang di masyarakat sebagai jawaban terhadap kondisidan kebutuhan lingkungan setempat. Sebagai contoh adalah

keberadaan perawat kesehatan jiwa komunitas yang memberikan pelayanan dalam rangka mengisi kekosongan pelayanan kesehatan jiwa dasar di wilayah setempat. Pelayanan kesehatan jiwa komunitas oleh masyarakat mempunyai bentuk sangat beragam, baik secara kelembagaan seperti Posbindu, Panti Pemulihan, Pesantren, dan lain-lain, maupun non-lembaga seperti perawatan mandiri oleh keluarga, konseling oleh tokoh agama dan tokoh masyarakat, pengobatan alternatif yang telah mendapat sertifikat dari Departemen Kesehatan RI, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan jiwa komunitas lainnya yang diberikan oleh tenaga yang terlatih dan terorganisasi, seperti kader kesehatan jiwa, guru, polisi, dan lintas sektor terkait (Depkes RI, 2009).

2. Jenis Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas bersifat paripurna, karena jenjang pelayanannya lengkap, terdiri dari pelayanan kesehatan jiwa spesialis, integratif dan dengan sumber daya berasal dari masyarakat. Pelayanan diberikan secara berkesinambungan, baik bagi bagi mereka yang sehat maupun sakit, di rumah sakit maupun fasilitas kesehatan dan untuk semua usia.

Jenis pelayanan kesehatan jiwa komunitas meliputi pelayanan non-medik dan pelayanan medik. Termasuk pelayanan non-medik adalah Penyuluhan, Pelatihan, Deteksi dini, Konseling, dan Terapi okupasi. Sedangkan yang termasuk pelayanan medik adalah Penyuluhan, Penilaian psikiatrik, Deteksi dini, Pengobatan dan Tindakan medik-psikiatrik,

Konseling, Psikoterapi dan Rawat inap.

Jenis pelayanan yang diberikan menurut tingkat Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Jenis Pelayanan yang Diberikan Menurut Tingkat Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas

No.	Jenis Pelayanan	Tersier	Sekunder	Primer	Lain-lain	
					L	NL
1	Non Medik					
	a. Penyuluhan	+	+	+	+/-	+/-
	b. Pelatihan	+	+	+	+/-	+/-
	c. Deteksi dini	+	+	+	+	+
	d. Konseling	+	+	+	+	+
	e. Terapi okupasi	+	+	+/-	+/-	+/-
2	Medik					
	a. Penyuluhan	+	+	+		
	b. Penilaian psikiatrik	+	+	+/-		
	c. Deteksi dini	+	+	+		
	d. Pengobatan	+	+	+/-		
	e. Tindakan medik-psikiatrik	+	+/-			
	f. Konseling	+	+/-	+		
	g. Psikoterapi	+	+/-	+/-		
	h. Rawat inap	+	+/-	+/-		

Sumber: Depkes RI Tahun 2009

3. Komponen Pelayanan

Menurut Depkes RI (2009) di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer dapat diselenggarakan pelayanan sebagai berikut.

- a. Penyuluhan
- b. Deteksi dini
- c. Pelayanan Kedaruratan Psikiatri
- d. Pelayanan Rawat Jalan
- e. Pelayanan Rujukan
- f. Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visite*)

Fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan pelayanan kesehatan jiwa tingkat rujukan sebagai berikut:

- a. Pelayanan Kedaruratan Psikiatrik
- b. Pelayanan Rawat Jalan (anak,dewasa, usila)
- c. Pelayanan *Day-Care*
- d. Pelayanan Rawat Inap
- e. Pelayanan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium, radiologis, psikometrik)
- f. Pemeriksaan psikologi
- g. Pelayanan *Consultation-Liaison Psychiatry*
- h. Pelayanan terapi okupasi,
- i. Pelayanan terapi aktifitas kelompok (TAK)
- j. Pelayanan rehabilitasi psikiatrik
- k. Pelayanan dampingan bagi tenaga kesehatan tingkat primer (*technical assistance*)
- l. Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

Sedangkan di sarana non-kesehatan bisa berupa:

- a. Pelayanan Rawat Jalan
- b. Pelayanan Rawat Inap
- c. Pelayanan Rujukan
- d. Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visit*)
- e. Pelayanan Pelatihan Kerja (terapi okupasi)

Disamping pelayanan-pelayanan ini juga dimungkinkan adanya pelayanan

non-kesehatan (Depkes RI, 2009).

4. Mekanisme Pelayanan

Mekanisme dari sisi petugas kesehatan adalah proses penyediaan pelayanan kepada masyarakat, sedangkan dari sisi masyarakat adalah proses untuk mendapatkannya. Prosesnya di mulai dari menghubungi/ mendatangi fasilitas, mendapatkan pelayanan, sampai dengan kembali kerumah.

Berikut adalah mekanisme pokok dalam pelayanan kesehatan jiwa komunitas.

a. Mekanisme Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas Tingkat Primer

Menurut Depkes RI (2009) pusat pelayanan kesehatan berada di Puskesmas. Puskesmas menerima kasus secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung kasus datang sendiri atau dibawa oleh keluarga atau pengantar. Secara tidak langsung kasus dirujuk oleh pihak lain yang ada di masyarakat baik perorangan maupun lembaga. Kasus juga bisa dijemput oleh Puskesmas setelah mendapat laporan/permintaan dari masyarakat. Selain itu, kasus juga dapat dirujuk dari fasilitas dengan tingkat yang lebih tinggi seperti Rumah Sakit atau lembaga non-kesehatan yang ada di masyarakat.

Di dalam Puskesmas berturut-turut dilalui proses sebagai berikut:

1. Pendaftaran
2. Pemeriksaan fisik
3. Penilaian Psikiatrik

4. Tindakan Medis

Sedangkan pelayanan yang diperoleh:

1. Penyuluhan
2. Deteksi dini
3. Pelayanan Kedaruratan Psikiatri
4. Pelayanan Rawat Jalan
5. Pelayanan Rujukan
6. Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

b. Mekanisme Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas Tingkat Sekunder

Menurut Depkes RI (2009) pusat pelayanan kesehatan berada di Rumah Sakit Umum. Rumah Sakit Umum menerima kasus secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung kasus datang sendiri atau dibawa oleh keluarga/pengantar maupun dari Puskesmas. Secara tidak langsung kasus dirujuk oleh pihak lain yang ada di masyarakat baik perorangan maupun lembaga. Kasus dapat dirujuk kembali dari fasilitas dengan tingkat yang lebih tinggi seperti Rumah Sakit Jiwa.

Di dalam Rumah Sakit Umum berturut-turut dilalui proses sebagai berikut:

1. Pendaftaran
2. Pemeriksaan fisik
3. Penilaian Psikiatrik
4. Tindakan Medik-Psikiatrik
5. Pelayanan *Consultation-Liaison Psychiatric*

6. Pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologis, pemeriksaan psikometrik)

Sedangkan pelayanan yang diperoleh:

1. Penyuluhan
2. Pelayanan Kedaruratan Psikiatri
3. Pelayanan Rawat Jalan
4. Pelayanan Konseling dan Psikoterapi
5. Pelayanan Rawat inap
6. Pelayanan Rujukan

c. Mekanisme Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas Tingkat Tersier

Menurut Depkes RI (2009) pusat pelayanan kesehatan berada di Rumah Sakit Jiwa (RSJ). RSJ menerima kasus secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung individu dapat datang sendiri atau dibawa oleh keluarga/pengantar maupun dirujuk dari Puskesmas atau Rumah Sakit Umum. Secara tidak langsung individu dapat dirujuk oleh pihak lain yang ada di masyarakat baik perorangan maupun lembaga atau dari penjemputan/pengambilan individu oleh petugas dari RSJ. Kasus dapat dirujuk kembali dari RSJ ke fasilitas pelayanan sekunder maupun primer.

Di dalam RSJ berturut-turut dilalui proses sebagai berikut:

1. Pendaftaran
2. Pemeriksaan fisik
3. Penilaian Psikiatrik

4. Tindakan Medik-Psikiatrik
5. Pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologis, pemeriksaan psikometrik)
6. Pemeriksaan psikologi
7. Pemeriksaan *Consultation-Liaison Psychiatry* (Pada kasus tertentu)

Sedangkan pelayanan yang diperoleh adalah

1. Penyuluhan
2. Pelayanan Kedaruratan Psikiatri
3. Pelayanan Rawat Jalan (Psikiatri anak, dewasa, usila, poliklinik NAPZA)
4. Pelayanan Konseling dan Psikoterapi
5. Pelayanan Rawat inap (Psikiatri anak, dewasa, usila, NAPZA)
6. Pelayanan *Day-Care*
7. Pelayanan Rujukan
8. Pelayanan Rehabilitasi Psikiatrik

d. Mekanisme Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas di Sarana Non Kesehatan

Pusat pelayanan kesehatan berada di lembaga non-kesehatan (Posbindu/Pesantren, Panti Pemulihan). Kasus dapat dirujuk langsung oleh pihak lembaga non-kesehatan yang ada di masyarakat ke Puskesmas, Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa. Kasus juga bisa dijemput oleh Puskesmas maupun oleh Rumah Sakit Jiwa.

Sedangkan pelayanan yang diperoleh meliputi:

1. Penyuluhan

2. Pelatihan
3. Deteksi Dini
4. Konseling
5. Terapi Okupasi

(Depkes RI, 2009)

2.4 Faktor Organisasi

2.4.1 Kebijakan

Kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarahkan pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan tertentu seraya mencari peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan (Wahab, 1997).

a. Sistem Imbalan

Salah satu hal yang menentukan organisasi dapat mencapai tujuan adalah tentang kebijakan organisasi dalam sistem imbalan. Individu yang masuk ke suatu organisasi akan membawa kemampuan, kepercayaan pribadi, pengharapan kebutuhan dan pengalaman masa lalunya. Ini semua adalah karakteristik yang dimiliki oleh individu itu. Organisasi yang juga merupakan suatu lingkungan bagi individu mempunyai karakteristik pula. Karakteristik yang dimiliki organisasi diantaranya adalah keteraturan yang diwujudkan dalam susunan hirarki, pekerjaan, tugas, wewenang dan tanggungjawab, sistem penggajian, sistem pengendalian dan sebagainya. Jika karakteristik individu berinteraksi dengan karakteristik organisasi, maka akan terwujudlah perilaku individu dalam

organisasi. Nadler dkk (dalam Thoha, 2003) mengatakan bahwa perilaku adalah suatu fungsi dari interaksi antara seorang individu dengan lingkungannya.

Oleh karena itu, sistem imbalan hendaknya tidak hanya menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan perilaku karyawan yang tidak diinginkan, tetapi sebaiknya juga mampu menimbulkan perilaku yang diinginkan. Ada tiga perilaku yang biasanya diinginkan sebagian besar organisasi, yaitu perilaku keanggotaan (*membership behaviour*), perilaku tugas/kerja (*task behaviour*) dan *organizational citizenship behaviour*. Perilaku keanggotaan terjadi saat karyawan memutuskan untuk bergabung dan tinggal bersama sebuah perusahaan. Perilaku kerja terjadi saat karyawan melaksanakan pekerjaan atau tugas khusus yang ditugaskan padanya. *Organizational citizenship behaviour* terjadi saat karyawan dengan sukarela menunjukkan perilaku tertentu yang menguntungkan bagi organisasi. Perilaku ini melebihi perilaku keanggotaan dan perilaku kerja, seperti usaha lebih keras, kerjasama tinggi dengan sesama rekan kerja, inisiatif tinggi, kemauan melakukan inovasi, pelayanan pelanggan yang lebih baik dan kemauan untuk berkorban demi kebaikan organisasi itu (Long, 1998).

b. Pelatihan

Unsur lain yang harus diperhatikan dalam kebijakan organisasi adalah pelatihan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1989), pelatihan adalah proses melatih, kegiatan atau pekerjaan. Pelatihan adalah suatu usaha untuk meningkatkan atau memperbaiki kinerja karyawan dalam pekerjaannya sekarang dan dalam pekerjaan lain terkait dengan yang sekarang dijabatnya baik individu maupun sebagai bagian dari sebuah tim kerja (Ruky, 2001).

Pelatihan adalah suatu kegiatan dari perusahaan yang bermaksud untuk dapat memperbaiki dan memperkembangkan sikap, tingkah laku, keterampilan dan pengetahuan dari para karyawannya sesuai dengan keinginan dari perusahaan yang bersangkutan (Nitisemito, 1996).

Pelatihan mempunyai beberapa ciri khas antara lain:

1. Pelatihan menitikberatkan pada keterampilan, jadi lebih berat kepada pengembangan psikomotor
2. Pada pelatihan diharapkan agar peserta dapat meningkatkan keterampilan melalui suatu proses belajar yang sempurna.
3. Pada suatu pelatihan, praktek merupakan hal yang sangat dipentingkan. Setiap peserta harus diberikan kesempatan untuk dapat melakukan praktek yang sebanyak mungkin. Praktek ini adalah suatu bentuk penerapan daripada ilmu atau pengetahuan yang ditambahkan kepada peserta.
4. Pelatihan diberikan di dalam waktu kerja *trainee* (peserta latihan)
5. Pelatihan diberikan pada waktu yang relatif lebih pendek

c. Pembinaan Teknik

Pembinaan teknik atau dikenal juga dengan istilah supervisi merupakan sesuatu yang lazim dilakukan sebuah organisasi untuk memastikan tercapainya tujuan organisasi. Kebijakan organisasi tentang pembinaan teknik berperan penting.

Supervisi yang dilakukan di sebuah organisasi mempunyai beberapa pengertian. Secara umum yang dimaksud dengan supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang

dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Azwar, 1996). Definisi lain menurut Muninjaya (1999) supervisi adalah salah satu bagian proses atau kegiatan dari fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*). Swanburg (1990) melihat dimensi supervisi sebagai suatu proses kemudahan sumber yang diperlukan untuk penyelesaian suatu tugas ataupun sekumpulan kegiatan pengambilan keputusan yang berkaitan erat dengan perencanaan dan pengorganisasian kegiatan dan informasi dari kepemimpinan dan pengevaluasian setiap kinerja karyawan. Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kegiatan supervisi adalah kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari (Arwani, 2006).

2.4.2 Kepemimpinan

Matondang (2008) menjelaskan bahwa pemimpin adalah seseorang yang memiliki kemampuan untuk mempengaruhi orang lain untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu yang diinginkan sesuai dengan yang diinginkan. Terkait dengan hal tersebut gaya kepemimpinan adalah pola sikap dan perilaku yang ditampilkan dalam proses mempengaruhi orang lain (Matondang, 2008).

2.4.3 Struktur Organisasi

Pengertian struktur organisasi menurut Gie (2007) adalah kerangka yang menunjukkan pola tetap dari hubungan-hubungan antara bidang-bidang kerja, maupun orang-orang yang menunjukkan kedudukan dan peranan masing-masing dalam kebulatan kerja sama.

2.5 Faktor Pekerjaan

a. Disain Kerja

Disain kerja atau *job design* merupakan faktor penting dalam manajemen terutama manajemen operasi karena selain berhubungan dengan produktifitas juga menyangkut tenaga kerja yang akan melaksanakan kegiatan operasi perusahaan. Disain pekerjaan adalah suatu alat untuk memotivasi dan memberi tantangan pada karyawan. Oleh karena itu perusahaan perlu memiliki suatu sistem kerja yang dapat menunjang tercapainya tujuan perusahaan secara efektif dan efisien yang dapat merangsang karyawan untuk bekerja secara produktif. Selain itu disain pekerjaan yang benar dapat mengurangi timbulnya rasa bosan, meningkatkan kepuasan kerja, dan terkadang digunakan untuk menghadapi stress kerja yang dihadapi karyawan (Sulipan, 2000).

b. Umpan Balik

Gibson, et al (1997) menyatakan bahwa umpan balik adalah derajat dimana karyawan, karena mereka bekerja, menerima informasi yang menyatakan seberapa baik mereka melaksanakan pekerjaan mereka. Kopelman (1986) menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan “*objective feed back*” adalah informasi tentang budaya kerja dan kinerja yang relatif sesuai dengan fakta dan tidak dapat disangkal Contohnya absensi, hasil produksi. Pada umumnya indikator budaya kerja dan kinerja adalah subyektif, contohnya penilaian inisiatif, ketrampilan kepemimpinan, tanggung jawab. Secara luas bahwa indikator obyektif lebih baik daripada indikator subyektif, dan minimal akan memberi banyak informasi yang akurat.

Ada enam keuntungan “*objective feedback*” sebagai sebuah tehnik untuk meningkatkan produktivitas (Kopelman, 1986):

- a. Berfungsi sebagai data dasar.
- b. Ketentuan tentang “*objective feedback*” adalah hal yang relatif sederhana, modal dan waktu yang diperlukan sedikit.
- c. Penggunaan “*objective feedback*” punya validitas yang baik.
- d. Hasil dari “*objective feedback*” adalah lebih cepat.
- e. Sistem penerapan “*objective feedback*” mudah dikerjakan dan diterapkan pada sistem dengan sedikit intervensi.
- f. Penggunaan “*objective feedback*” secara umum meningkatkan pengaruh dari tehnik peningkatan produksi yang lain.

c. Beban Kerja

Menurut Permendagri No. 12/2008, beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara volume kerja dan norma waktu.

Pengertian beban kerja adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu (Dep. PAN RI, 1997). Pengukuran beban kerja diartikan sebagai suatu teknik untuk mendapatkan informasi tentang efisiensi dan efektivitas kerja suatu unit organisasi, atau pemegang jabatan yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan teknik analisis jabatan, teknik analisis beban kerja atau teknik manajemen lainnya (Dep. PAN RI, 1997). Lebih lanjut dikemukakan pula, bahwa pengukuran beban kerja merupakan salah satu teknik manajemen untuk

mendapatkan informasi jabatan, melalui proses penelitian dan pengkajian yang dilakukan secara analisis. Informasi jabatan tersebut dimaksudkan agar dapat digunakan sebagai alas untuk menyempurnakan aparatur baik di bidang kelembagaan, ketatalaksanaan, dan sumberdaya manusia (Dep. PAN RI, 1997).

Beban kerja menurut Moekijat (2005) adalah volume dari hasil kerja atau catatan tentang hasil pekerjaan yang dapat menunjukkan volume yang dihasilkan oleh sejumlah pegawai dalam suatu bagian tertentu. Sedangkan menurut Marquis dan Houston (2010) beban kerja dapat ditinjau dari dua sudut pandang yaitu secara *subyektif* dan *obyektif*. Secara *obyektif* adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan. Sedangkan dilihat secara *subyektif* adalah ukuran yang dipakai seseorang terhadap pernyataan seseorang tentang perasaan kelebihan jam kerja, ukuran dari tekanan pekerjaan dan kepuasan kerja.

2.6 Faktor Individu Petugas

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo 2003). Menurut Taufik (2007), pengetahuan merupakan penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya).

b. Persepsi

Adi (1994) menyatakan bahwa persepsi adalah terbentuk atas dasar data-data yang diperoleh dari lingkungan yang diserap oleh panca indera dari pengalaman ingatan (memori) kita dan diolah kembali berdasarkan pengalaman yang kita miliki.

Sarwono (1995) menyatakan bahwa persepsi merupakan hasil hubungan antar manusia dengan lingkungan kemudian diproses dalam alam kesadaran (kognisi) yang dipengaruhi memori tentang pengalaman tentang masa lampau, minat, sikap, intelegensi, dimana hasil penelitian terhadap apa yang diinderaan akan mempengaruhi tingkah laku.

Ada tiga faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang (Sarwono, 1991):

1. Diri orang yang bersangkutan

Apabila seseorang melihat dan berusaha memberikan interpretasi tentang apa yang dilihat itu, ia dipengaruhi oleh karakteristik individual yang turut berpengaruh seperti sikap, motif, kepentingan, minat, pengalaman dan harapan.

2. Sasaran persepsi

Sasaran persepsi tersebut bisa berupa orang, benda ataupun peristiwa. Sifat-sifatnya biasanya berpengaruh terhadap persepsi orang melihatnya, dengan kata lain gerakan, suara, ukuran, tindak tanduk dan ciri-ciri lain sasaran persepsi turut menentukan cara pandang melihatnya.

3. Faktor situasi

Persepsi dilihat secara kontekstual yang dalam situasi mana persepsi itu timbul, perlu pula mendapat perhatian. Situasi merupakan faktor yang turut berperan dalam penumbuhan persepsi seseorang.

c. Motivasi

Menurut Sardiman (2007), motivasi adalah perubahan energi diri seseorang yang ditandai dengan munculnya "*feeling*" dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan.

d. Norma

Menurut Ilyas (2006) norma adalah wahana mental kelompok yang berkaitan dengan apa yang harus dan tidak harus dilakukan oleh setiap anggota tim. Norma merupakan kendali mental dan perilaku anggota yang sesuai dengan nilai dan budaya yang dianut oleh tim kerja. Pembentukan perilaku anggota dan tim kerja secara internal dibantu oleh norma yang dimulai dari dalam diri masing-masing individu dan bukan secara eksternal.

Robbin dalam Ilyas (2006) membagi empat kelompok norma.

1. *Performance-related process* atau Proses hubungan kerja

Norma ini berkaitan erat dengan bagaimana seharusnya anggota tim bekerja keras, produktivitas mereka dan bagaimana mereka berkomunikasi.

Aspek-aspek ini sangat mempengaruhi kinerja anggota dan tim kerja.

2. *Apperance factors* atau faktor rupa. Kategori ini mencakup cara berpakaian yang standar diterima dan penampilan pribadi.

3. *Informal social arrancements* atau pengaturan sosio informal.

4. *Allocation of resources* atau alokasi sumber daya. Norma ini berkaitan dengan pembagian tugas, alokasi peralatan baru, siapa mendapat insentif lebih karena perbedaan kinerja. Alokasi sumber daya ini penting karena faktor ini dapat mempengaruhi kepuasan anggota yang akhirnya berpengaruh pada kinerja tim.

e. Sikap

Sikap adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap stimulus atau objek (masalah kesehatan, termasuk penyakit). Sikap yang terdapat pada individu akan memberikan warna atau corak tingkah laku ataupun perbuatan individu yang bersangkutan. Sikap merupakan reaksi atau objek (Notoadmodjo, 2003).

2.7 Faktor Masyarakat

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo 2003). Menurut Taufik (2007), pengetahuan merupakan penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya).

b. Sikap

Sikap adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap stimulus atau objek (masalah kesehatan, termasuk penyakit). Sikap yang terdapat pada individu

akan memberikan warna atau corak tingkah laku ataupun perbuatan individu yang bersangkutan. Sikap merupakan reaksi atau objek (Notoadmodjo, 2003).

2.8 Kinerja

2.8.1 Pengertian Kinerja

Kinerja berasal dari pengertian *performance*. Ada pula yang memberikan pengertian *performance* sebagai hasil kerja atau prestasi kerja. Namun, sebenarnya kinerja mempunyai makna yang lebih luas, bukan hanya hasil kerja, tetapi termasuk bagaimana proses pekerjaan berlangsung (Wibowo, 2007).

Adapun pengertian kinerja menurut Bernardin dalam bukunya *Human Resource Management An Experiential Approach* (2003) yaitu:

“Performance is defined as the record of outcomes produced on specified job functions or activities during a specified time period”.

Sementara itu, pengertian kinerja menurut Eisner dalam Sedarmayanti (2007) kinerja (*performance*) berasal dari akar kata *“to perform”* yang mempunyai beberapa pengertian yaitu:

“to do or carry out execute out execute; to discharge of fulfil as a vow, to portray; as character in a play; to render by the voice or musical instrument; to execute or complete an undertaking; to act a part in a play; to perform music; to do what is expected of a person or machine”

Pernyataan tersebut menyebutkan bahwa kinerja itu dikatakan sebagai seni dalam melaksanakan suatu pekerjaan yang menyangkut tugas dan wewenang yang diberikan oleh organisasi kepada individu dalam periode tertentu. Dengan harapan akan dihasilkan suatu bentuk pemahaman yang berguna untuk mencapai tingkat kualitas kinerja yang diharapkan. Baik berupa peningkatan kualitas bagi individu maupun bagi organisasi/instansi.

2.8.2 Teori Kinerja

2.8.2.1 Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Dale (1992), bahwa .kinerja seseorang tergantung pada kombinasi dari kemampuan, usaha dan kesempatan yang diperoleh. Lingkungan kerja yang menyenangkan mungkin menjadi kunci pendorong bagi karyawan untuk menghasilkan kinerja puncak.

“Pada dasarnya kinerja dari seseorang merupakan hal yang bersifat individu karena masing-masing dari karyawan mempunyai tingkat kemampuan yang berbeda. Kinerja seseorang tergantung pada kombinasi dari kemampuan, usaha dan kesempatan yang diperoleh. Lingkungan kerja yang menyenangkan mungkin menjadi kunci pendorong bagi karyawan untuk menghasilkan kinerja puncak” (Dale, 1992).

Robbins (1996) menyatakan kinerja sebagai fungsi interaksi antara kemampuan atau *ability* (A), Motivasi atau *Motivation* (M) dan kesempatan atau *opportunity* (O), yaitu:

$$\text{Kinerja} = f(A, M, O)$$

Artinya, kinerja merupakan fungsi dari kemampuan, motivasi, dan kesempatan.

Dengan demikian, kinerja ditentukan oleh faktor-faktor tersebut.

Ambar (2003) menyatakan bahwa .kesempatan pengembangan karir yang adil dan transparan dan kepemilikan kemampuan teknis dapat meningkatkan kinerja karyawan.

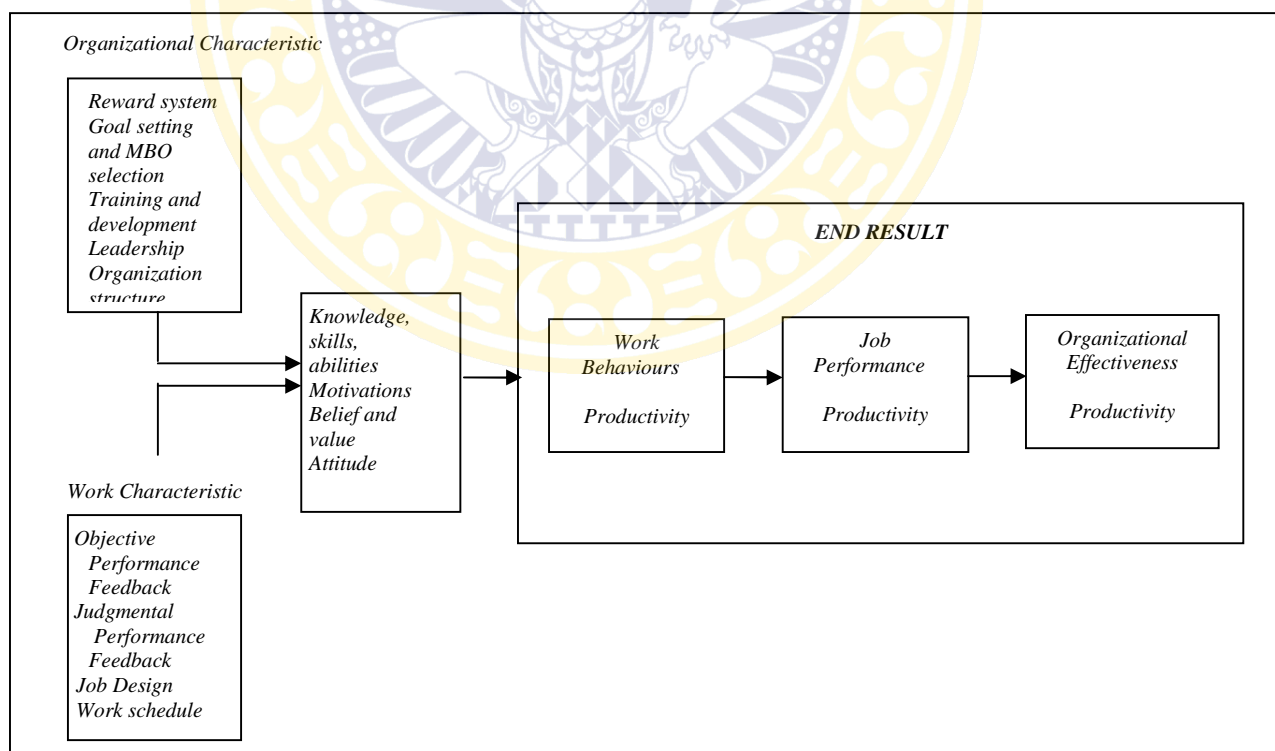
Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja organisasi menurut Mahmudi (2000) adalah:

- a. Faktor personal/individu, pengetahuan, ketrampilan, kemauan, kepercayaan diri, motivasi, komitmen yang dimiliki semua individu.

- b. Faktor kepemimpinan merupakan kualitas dalam mendorong semangat arahan /dukungan manajer dan stake holder.
- c. Faktor Tim meliputi kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu tim.
- d. Faktor Sistem merupakan system kerja, fasilitas kerja/infrastruktur yang diberikan organisasi, proses organisasi dan kultur kinerja.
- e. Faktor kontekstual (situasional) merupakan tekanan dan perubahan lingkungan eksternal dan internal.

Menurut B.F. Skinner (Gibson & Ivancevich, 1992), ada tiga variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu, yaitu individu, organisasi dan psikologi. Ketiga variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja pegawai. Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu, sedangkan variabel demografi mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologi dikelompokkan pada sub variabel sikap, persepsi, kepribadian, belajar dan motivasi, variabel ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografi. Sub variabel sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia, etnis latar belakang budaya, ketrampilan berbeda satu dengan yang lainnya. Variabel organisasi dikelompokkan pada sub variabel sumberdaya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Kopelman (1986) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah karakteristik individu, karakteristik organisasi dan karakteristik pekerjaan. Lebih lanjut Kopelman menjelaskan bahwa kinerja selain dipengaruhi faktor diatas juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Menurut Kopelman karakteristik individu terdiri dari kemampuan, pengetahuan, ketrampilan, motivasi, kepercayaan, sikap dan nilai. Karakteristik individu lainnya seperti kepribadian, umur dan jenis kelamin, tingkat pendidikan, suku bangsa, keadaan sosial ekonomi, pengalaman terhadap keadaan yang lalu juga akan menentukan perilaku kerja dan produktifitas kerja, baik individu maupun organisasi. Karakteristik organisasi terdiri dari: sistem imbalan, seleksi dan pelatihan, struktur organisasi serta kepemimpinan, sedangkan karakteristik pekerjaan terdiri dari: umpan balik, deskripsi pekerjaan, desain pekerjaan dan jadwal kerja.



Gambar 2.2 *Conceptual framework of the determinants of productivity in organizations- a behavioral science approach (Sumber: Richard E. Kopelman, 1986)*

2.9 Focus Group Discussion (FGD)

2.9.1 Pengertian

Irwanto (1997) memberikan definisi *Focus Group Discussion* disingkat FGD atau diskusi kelompok terarah adalah suatu proses pengumpulan informasi suatu masalah tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok. Hening dan Columbia dalam Irwanto (1997) menyatakan bahwa yang dimaksud dengan diskusi kelompok terarah adalah wawancara dari sekelompok kecil orang yang dipimpin oleh seorang narasumber atau moderator yang secara halus mendorong peserta untuk berani bicara terbuka dan spontan tentang hal yang dianggap penting yang berhubungan dengan topik diskusi saat itu.

2.9.2 Tujuan Focus Group Discussion

Tujuan *Focus Group Discussion* adalah untuk memperoleh masukan atau informasi mengenai suatu permasalahan. Penyelesaian tentang masalah ini ditentukan oleh pihak lain setelah masukan diperoleh dan dianalisa.

2.9.3 Karakteristik

Peserta terdiri dari 6 – 12 orang yang dimaksud agar setiap individu dapat kesempatan untuk mengeluarkan pendapatnya. Pada umumnya *Focus Group Discussion* dilaksanakan pada sasaran populasi yang homogen.

2.9.4 Pembentukan Focus Group Discussion

Setiap *Focus Group Discussion* dibutuhkan seorang moderator, seorang pencatat proses, seorang moderator, seorang pencatat proses, seorang pengembang peserta dan satu atau dua orang logistik dan *blocker* (Irwanto, 1998).

Tugas utama moderator adalah:

- a. menjamin terbentuknya suasana yang akrab saling percaya dan yakin diantara peserta. Peserta harus saling diperkenalkan;
- b. menerangkan tatacara interaksi dengan menekankan bahwa semua pendapat dan saran mempunyai nilai yang sama;
- c. cukup mengenal, permasalahannya sehingga dapat mengajukan pertanyaan yang sesuai dan memancing peserta untuk berfikir. Perlu adanya garis besar topik yang akan didiskusikan untuk menentukan arah diskusi;
- d. moderator harus bersikap santai, antusias, lentur, terbuka terhadap saran-saran, bersedia diinterogasi, bersabar dan harus dapat mengendalikan suaranya;
- e. memperhatikan keterlibatan peserta, tidak boleh berpihak atau membiarkan beberapa orang tertentu memonopoli diskusi dan memastikan bahwa setiap orang mendapat kesempatan yang cukup berbicara;
- f. mendengarkan diskusi sebaik-baiknya sambil memperhatikan waktu dan mengarahkan pembicaraan agar dapat berpindah dengan lancar dan tepat pada waktunya, sehingga semua masalah dapat dijawab sepenuhnya. Lama pertemuan tidak boleh lebih dari 90 menit untuk menghindari kelelahan.

Peserta diskusi adalah orang dari populasi sasaran terpilih secara acak sehingga dapat mewakili populasi sasaran. Kenyataanya seringkali cara ini tidak mungkin dilakukan atau tidak diinginkan karena adanya keterbatasan ekonomi, demografis dan kebudayaan, maka lebih baik membentuk kelompok yang umum, yaitu menjaring berdasarkan karakteristik tertentu.