Kode/Nama Rumpun Ilmu: 594/Ilmu Administrasi

Bidang Fokus: Sosial Humaniora - Seni Budaya - Pendidikan

١

# LAPORAN AKHIR PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI



# PENGEMBANGAN MODEL LAYANAN PASIEN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) BERBASIS KEARIFAN LOKAL PADA PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) PROVINSI JAWA TIMUR

#### Oleh

Ketua : Dr. Amirul Mustofa (NIDN: 0718016601)

Anggota: Sri Roekminiati, S.Sos, M.KP (NIDN: 0713087001)

Dra. Damajanti Sri Lestari, MM (NIDN: 0721066901)

# Dibiayai oleh:

Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementrian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Sesuai Dengan Kontrak Penelitian Tahun Anggaran 2018 Nomor: 120/SP2H/LT/DRPM/2018, Tanggal 30 Januari 2018.

Surat Perjanjian Penugasan Dalam Rangka Pelaksanaan Program Peneliti Tahunan Anggaran 2018 Nomor: 005/SP2H/LT/K7/KM/2018, Tanggal 26 Pebruari 2018

# UNIVERSITAS DR. SOETOMO SURABAYA 2018

#### HALAMAN PENGESAHAN

Judul Pengembungan Model Layanan Pasien Program Jaminan

Kesebatan Nasional (JKN) Berbasis Kesaritan Lokal Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesebatan Tingkat Pertama

(FKTP) Provinsi Jawa Timur

Peneliti/Pelaksana

Nama Lengkap : Dr. Drs AMIRUL MUSTOFA, M.Si

Perguruan Tinggi Universitas Dr Soctomo

NIDN 0718016601

Jahatan Fungsional Lektor

Program Studi Umu Administrasi Nomer HP 081230594747

Alamat surel (e-mail) amirulmust66@gmail.com, amirul.mustofa@unitomo.ac.id

Auggeta (1)

Nama Lengkap SRI ROEKMINIATI S.Sos, M.KP

NIDN : 0713087001

Perguman Tinggi Universitas Dr Soetomo

Anggota (2)

Nama Lengkap : DAMAJANTI SRI LESTARI S.E., M.M.

NIDN 0721066901

Pergaruan Tinggi : Universitas Dr Soetomo

Institusi Vitra (jika ada)

Nama Institusi Mitra

Alamet

Penanggung Jawab : Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 3 tahun

Biaya Tahun Berjalan : Rp 100,000,000 Biaya Keseluruhan : Rp 585,000,000

Mengetahui,

akultas Ilmu Administrasi

Miniral Mustofa, M.Si)

P/NIK 91,01 1,085

Kota Surahaya, 9 - 11 - 2018

Ketua,

(Dr. Drs AMIRUL MUSTOFA, M.Si) NIPATK 91.01.1085

Menyetujui.

Learning Penalitian Lintregulas Dr. Soctomo

Sa Dank Aty, SE.M.

NIP/NIK 94.01.1.170

### **RINGKASAN**

Salah satu fungsi Puskesmas di Era JKN, adalah menjadi lembaga FKTP bagi masyarakat. Selain itu, Puskesmas diharapkan juga mampu memberikan layanan sebanyak 144 jenis layanan kesehatan. Pada realitasnya, puskesmas masih menghadapi berbagai kendala dan kelemahan dalam melaksanakan program JKN, diataranya adalah: pelayanan pendaftaran yang membutuhkan waktu lama, antrian obat yang panjang, dan petugas yang kurang ramah. Kondisi yang demikian menyebabkan beberapa pasien puskesmas mengalihkan layanannya ke klinik atau dokter pribadi yang menerima fasilitas JKN. Sehubungan dengan keterbatasan tersebut, seyogyanya bahwa puskesmas menentukan model layanan sesuai dengan kemampuannya dan diselaraskan dengan kepentingan masyarakat. Berdasarkan kondisi tersebut, maka tujuan khusus penelitian ini adalah "mengembangkan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas".

Penelitian ini dilakukan dengan tiga tahun. Sasaran penelitian pada tiap tahunnya adalah: **Tahun ke-I** menghasilkan identifikasi layanan yang diberikan pada pasien program JKN yang diterapkan pada 3 (tiga) Puskesmas di tiga Kabupaten di Jawa Timur. Luaran: (a) identifikasi dan pemataan jenis layanan pasien program JKN berdasarkan usia, jenis penyakit dan rujukan, (b) Analisis model layanan yang diterapkan, c) menyusun draft model layanan pasien program JKN berdasarkan kearifan lokal; **Tahun ke-III:** Pengembangan Model layanan program JKN berbasis kearifan lokal; **Tahun ke-III:** Menerapkan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) puskesmas di tiga Kebupaten/Kota lainnya di Provinsi Jawa Timur.

Luaran wajib yang menjadi target penelitian ini adalah berbentuk pegembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas. Model layananan ini selanjutnya dirumuskan dalam sebuah draf kebijakan yang diusulkan kepada pemerintah untuk ditetapkan dan diimplementasikan pada setiap puskesmas di Jawa Timur. Dalam kaitannya dengan pengembangan ilmu, maka model yang dirumuskan ini berusaha untuk mendukung pendekatan baru dalam pelayanan pubuk yakni New Public Services.

Kata Kunci: Program JKN, Puskesmas, Kearifan Lokal

#### **PRAKATA**

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadirat Allah SWT, karena atas hidayah dan inayahNya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementrian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018, dengan judul penelitan Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan Lokal pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur.

Penyelesaian laporan akhir PUPT ini, atas kerja keras tim peneliti dan bantuan dari para petugas pada 3 puskesmas yang menjadi lokasi penelitian untuk memberikan data sesuai dengan indikator penelitian yang telah ditetapkan peneliti. Sehubungan dengan itu, kiranya peneliti berkewajiban untuk mengucapkan terima kasih kepada beberapa pihak yang mendukung terselesainya pengambilan data.

Laporan penelitian ini, sudah selesai akan tetapi masih perlu diperbaiki dan dilengkapi pada periode berikutnya. Berbagai kekurangan masih perlu dilakukan pembenahan dan perbaikan, sesuai saran dan kritik yang konstruktif dari berbagai pembaca sangat peneliti harapkan. Terima kasih

Surabaya, Agustus 2018 Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si 07180166001

# **DAFTAR ISI**

TT 1	0 1	Ha
	Sampul	i ::
	Pengesahan	11
	1	111
		iv
	La1	V
	bel	vii
	mbar	ix
Bab I	Pendahuluan	1
	1.1 Latar Belakang	1
D.1. II	1.2 Perumusan Masalah	4
Bab II	Tinjauan Pustaka	6
	2.1 Pembangunan Masyarakat (community development)	6
	2.2 Pelayanan Publik	8
	2.2.1 Pengembangan Pelayanan Publik	8
	2.2.2 Harapan Masyarakat dalam Pelayanan Publik	10
	2.3 Pelayanan Kesehatan	13
	2.4 Puskesmas	14
	2.5 Kearifan Lokal	16
	2.6 Penelitian Terdahulu	18
	2.7 Renstra & Road Map Penelitian Perguruan Tinggi	19
Bab III	Tujuan & Manfaat Penelitian	23
	3.1 Tujuan	23
	3.2 Manfaat	23
Bab IV	Metode Penelitian	25
	4.1 Roadmap Penelitian	25
Bab V	Hasil yang dicapai	30
	5.1 Diskripsi Umum Lokasi Penelitian	30
	5.1.1 Identifikasi Layanan Program JKN	30
	5.1.2 Alur Layanan Umum di Puskesmas	39
	5.1.3Pemetakan Layanan Berdasarkan Penyakit dan Jumlah	39
	Penduduk	
	5.1.4 Strategi Pengembangan Model Layanan	50
	5.2 Analisis Model Layanan yang diterapkan	51
	5.2.1 Puskesmas Ponorogo Utara	53
	5.2.2 Puskesmas Medokan Ayu	51
	5.2.3 Puskesmas Batu	52
	5.5 Draft Pengembangan Model Layanan	53
Bab VI	Rencana Tahap Berikutnya	64
	6.1 Luaran Yang Dicapai	64
	6.2 Jadwal kegiatan	68
Bab VII	Kesimpulan dan Saran	69
_ 110	7.1 Kesimpulan	69
	7.2 Saran	70
Daftar Pus	staka	71

# DAFTAR TABEL

Tabel	1.1	Rencana Target Capaian Tahunan
Tabel	4.1	Rincian Metode Penelitian pada Tahun Pertama
Tabel	4.2	Rincian Metode Penelitian pada Tahun kedua
Tabel	4.3	Rincian Metode Penelitian pada Tahun Ketiga
Tabel	5.1	Cakupan Imunisasi Hepatitis B< 7 hari & BCG pada bayi di Puskesmas Ponorogo Utara tahun 2016
Tabel	5.2	Cakupan Imunitas Dpt-Hb / Dpt-Hb-Hib 3, Polio, Campak, & Imunisasi dasar lengkap pada bayi menurut jenis kelamin di puskesmas Ponorogo Utara
Tabel	5.3	Cakupan Pelindungan anak balita menurut jenis kelamin di Puskesmas Ponorogo Utara tahun 2016
Tabel	5.4	Pelindungan kesehatan gigi & mulut menurut jenis kelamin puskesmas Ponorogo Utara
Tabel	5.5	Pelindungan kesehatan gigi & mulut pada anak SD dan
Tabel	5.6	setingkat menurut jenis kelamin puskesmas Ponorogo Utara Cakupan pelindungan kesehatan usia lanjut menurut jenis
Tabel	5 7	kelamin puskesmas Ponorogo Utara tahun 16
		Jenis Layanan Penyakit Berdasarkan Jenis Penyakit
Tabel	3.8	Distribusi 10 Penyakit Terbanyak di Derita Pasien Di
Tabal	5.0	Puskesmas Medokan Ayu
Tabel	5.9	Distribusi 10 Penyakit Terbanyak DI Derita Pasien di
T 1 1	<b>5</b> 10	Puskesmas Batu
Tabel	5.10	Jumlah Desa, Luas Desa, Distribusi Penduduk, dan
m 1 1	<b>7</b> 11	Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara
Tabel		Jumlah Kunjungan Pendaftaran Pasien BPJS 2017
Tabel		Jumlah Rujukan Tahun 2016
Tabel		Jumlah Rujukan Tahun 2017
Tabel	5.14	Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin Wilayah Kerja
		Puskesmas Medokan Ayu Kota Surabaya Tahun 2016
Tabel	5.15	Data Penduduk di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Batu
		Menurut Jenis Kelamin 2016
Tabel	5.16	Jumlah Kunjungan Pasien JKN di Puskesmas Batu
		Berdasarkan Umur Tahun 2016
Tabel	5.17	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Batu
		Tahun 2017
Tabel	5.18	Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan
		Pasien JKN Di Puskemas Ponorogo Utara
Tabel	5.19	Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan
		Pasien JKN di Puskesmas Medokan Ayu
Tabel	5.20	Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan
1 4001	J. <b>_</b> U	Pasien JKN di Puskesmas Batu
Tabel	6.1	Luaran Yang Dicapai
- uoo1	J. I	

# **DAFTAR GAMBAR**

		Hal
Gambar 2.1.	Gap model of service quality	10
Gambar 2.2	Manajemen pembangunan & kebijakan sosial Road Map	
	2016-2020	21
Gambar 4.1	Roadmap Penelitian	25
Gambar 4.2	Diagram Sistematika Penelitian dalam waktu tiga tahun	26
Gambar 5.1	Alur Pelayanan Puskesmas	40
Gambar 5.2	Flow Chart Alur Pelayanan di Puskesmas	52
Gambar 5.3	Alur Dasar Pelayanan yang Dikembangkan di Puskesmas	53
Gambar 5.4	Pengembangan Model Layanan Puskesmas Pasien JKN di	
	Ponorogo Utara	56
Gambar 5.5	Pengembangan Model Layanan Puskesmas Pasien	59
	JKN/Umum di Medokan Ayu	
Gambar 5.6	Pengambangan Model Layanan Puskesmas Batu	62
Gambar 6.1.	Bagan Alir Penelitian	

#### Referensi:

- 1. Armonk, NY: M. E. Sharpe. Frank, Sue A.; Lewis, Gregory B. "Government Employees: Working Hard or Hardly Working?". *The American Review of Public Administration*, March 2004). **34** (1): 36–51. doi:10.1177/0275074003258823
- 2. Atmodjo, 1986."Penertian Kearifan Loka dan Relevansinya dalam moderniasi" Jakarta: Dunia Putaka
- 3. Debby Kulo, R., Massie G. A., dan Kandou G. D., Jurnal JIKMU, Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow, Suplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado
- 4. Denhardt, Janer V, and Robert B. Denhardt. 2003. The New Public Service: Serving Not Steering Armonk, N.Y: M.E.Sharpe
- 5. Frederickson, H. George, (2005), "Whatever Happened to Public Administration? Governance, Governance, Everywhere." In *The Oxford Handbook of Public Management*, edited by Ewan Ferle, Laurence Lynn Jr., and Christopher Pollitt. New York: Oxford University Press.
- 6. Institute for Alternative Futures. "Primary Care 2025: A Scenario Exploration". January 2012; pp. 19. <a href="http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025 Scenarios.pdf">http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025 Scenarios.pdf</a>.
- 7. "Official Transition Initiatives." Transition United States. Accessed Feb 10, 2012. http://transitionus.org.
- 8. Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, dan L.L. Berry. 1998. *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality.* Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1
- 9. Pasolong, Harbani. 2013, Kepemimpinan Birokrasi, CV. ALFABETA
- 10. Perceived health challenges in the United States." National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. 2008. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- 11. Pramono Sapto, Roekminiati Sri, 2015, "Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Penelitian DIPA, Universitas Dr. Soetomo
- 12. Robinson Mark (2015), From Old Public Administration to the New Public Service: Implications for Public Sector Reform in Developing Countries, UNDP Global Centre for Public Service Excellence, Singapore
- 13. Sabrina, Qhisti, Jurnal: Kebijakan dan Manajemen Publik, Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya, Volume 3, Nomor 2, ISSN 2303 341X, Mei-Agustus 2015, Universitas Airlangga.
- 14. Volokh, Sasha. "Are public-sector employees "overpaid"?". The Washington Post. 7 February 2014

#### BAB I

#### **PENDAHULUAN**

# 1.1 Latar Belakang

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan Universal Health Coverage (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Ada beberapa Dasar kebijakan penyelenggaraan JKN yang didalamnya terdapat penjelasan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan, seperti: (i) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN); (ii) Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS); (iii) Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; (iv) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional; (v) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraab Program Jaminan Kesehatan; (vi) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan; (vii) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Group"s (INA-CBG"s). h. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional; dan (viii) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Tidak bisa dipungkiri selama pelaksanaan JKN yang masih berumur hampir 4 tahun menemui berbagai macam kendala. Salah satu hal yang menjadi kendala adalah akses terhadap layanan di puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun di Rumah sakit disamping jumlah tenaga kesehatan yang ada masih kurang dari jumlah yang dibutuhkan. Kondisinya

hingga tahun 2015 masih terdapat kekurangan jumlah tenaga kesehatan dokter spesialis 9.389 orang, dokter umum 33.773 orang, asisten apoteker 6.381 orang, sanitarian 10.687 orang, gizi 13.725 orang, keterapian fisik 4.107 orang.(http://www.slideshare.net/daninjaya/analisa-tantangan-dan-hambatan pelaksanaan-jkn, diakses tanggal 5 Januari 2016). Per 3 Oktober 2014 peserta JKN telah mencapai 129.3 juta jiwa dan per 10 Oktober 2014 rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS sebanyak 1,592 buah. Sebanyak 671 rumah sakit swasta (40%) merupakan mitra BPJS ( sumber: websitepersisumut, diakses 29 Mei 2017).Hal tersebut juga di perparah oleh tidak meratanya fasilitas kesehatan di daerah. Pada beberapa daerah Indonesia, kondisi geografis juga menjadi suatu masalah tersendiri, dimana infrastruktur jalan yang masih terbilang susah untuk diakses yang berimplikasi pada mahalnya biaya yang dikeluarkan untuk mencapai sarana kesehatan.

Di samping itu BPJS yang ditunjuk oleh badan penyelenggara tingkat pelayanannya juga masih dinilai rendah. Diantara angka 100 persen, BPJS Kesehatan hanya mengantongi nilai 60 % untuk kepuasan pelayanan kepada peserta. Beberapa persoalan yang masih kerap diadukan ke BPJS *Watch* salah satunya adalah antrean peserta JKN di Rumah Sakit (RS) ketika berobat. Antrean panjang terus terjadi bukan hanya satu hingga dua jam, namun lebih dari tiga jam. (Sumber: Jawa Pos, Rabu tanggal 15 September 2015)

Selain itu kendala maupun kelemahan Program JKN juga terdapat pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat I (Faskes TK I). Yang akhirnya pilihan jatuh pada Klinik atau dokter pribadi yang menerima fasilitas JKN. Kendala tersebut antara lain: (1) ketersediaan dokter dengan waktu buka praktik yang terbatas. Puskesmas rata-rata tutup jam 12 siang. Itupun, sepanjang jam buka, dokter tidak selalu *stand by* di tempat. (2) faktor kebersihan dan profesionalitas pegawai. Masih ada sejumlah Puskesmas yang terlihat agak kumuh dan petugas medis seperti "robot", kaku, jarang tersenyum, bicara seperlunya bahkan kadang sedikit ketus. Dan ini kebalikan dengan pelayanan di klinik dan dokter pribadi yang cederung lebih ramah dan *friendly*. (3) Soal obat dari klinik atau dokter pribadi sebenarnya relatif sama dengan obat yang diberikan oleh puskesmas yakni sama-sama obat generik. Bedanya, mayoritas obat di puskesmas

biasanya "tak berbaju", sedang di klinik atau dokter hanya segelintir yang demikian. Jadi, kalau pasien tidak terlalu paham soal ini, akan mengira kalau obat dari klinik adalah obat paten karena tampilannya yang lebih elegan.

Jumlah Puskesmas Rawat Inap dan Non Rawat Inap di Provinsi Jawa Timur adalah 959 buah. Jika dibandingkan jumlah puskesmas yang ada dan jumlah penduduk yang harus dilayani di Provinsi Jawa Timur adalah 39.312 populasi. Jika ukuran ideal satu puskesmas melayani 25.000-30.000 populasi, ini menunjukkan bahwa keberadaan puskesmas di Provinsi Jawa Timur masih kurang. Idealnya minimal jumlah puskesmas di Provinsi Jawa Timur ada 1260 buah. (Sumber: http://www.slideshare, diakses tanggal 8 November 2015)

Sedangkan jumlah Puskesmas Rawat Inap dan Rawat Non Inap di Kota Surabaya adalah 62. Jika dibandingkan jumlah puskesmas dan jumlah penduduk yang harus dilayani di Kota Surabaya adalah 2.821.929. populasi. Ini menunjukkan bahwa keberadaan puskesmas di Kabupaten Surabaya kurang ideal.Karena 1 puskesmas melayani hampir 46.000 populasi. Dengan data tersebut tentunya akan berpengaruh pada pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas. Pelayanan tentunya tidak bisa ideal pula, dengan jumlah kunjungan setiap harinya yang melebihi kapasitas terkadang membuat kewalahan tenaga medis dan paramedis yang ada di puskesmas. (Sumber: Badan Pusat Statistik Jawa Timur).

Khusus untuk Puskesmas Pucang Sewu Surabaya dengan satu Puskesmas Puskesmas Pembantu Baratajaya dan melayani sebanyak 53.058 menurut peneliti mendekati ideal. Peneliti justru tertarik melakukan penelitian di Puskesmas Pucang Sewu karena kekhawatiran pelayanan program JKN yang diuraikan di atas tidak terbukti. Pada tahun 2014 Puskesmas Pucang Sewu meraih Juara Terbaik 1 sebagai FKTP yang mampu memberikan pelayanan yang berkualitas pada Jambore Pelayanan Primer Divisi Regional VII diselanggarakan oleh BPJS Kesehatan Jawa Timur. Selain itu Puskesmas Pucang Sewu merupakan Puskesmas yang sudah menggunkan standar pelayanan ISO 9001:2008.Hal inilah yang menurut peneliti menarik untuk dikaji lebih dalam lagi **Pengembangan** 

Model Layanan Pasien Program JKN Berbasis Kearifan Lokal Pada Puskesmas Sebagai Fasiltas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Jawa Timur

#### 1.2 Perumusan masalah

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut diatas, dapat peneliti kemukakan rumusan masalah sebagai berikut:

- 1) Layanan apa saja yang diberikan pada pasien Program JKN pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur Yaitu Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo; dan Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu.
- 2) Bagaimana model layanan pasien Program JKN berbasis kearifan lokal yang diterapkan pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur.
- 3) Bagaimana merumuskan pengembangan layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur.
- 4) Bagaimana membakukan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal
- 5) Bagaimana menerapkan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal Program JKN pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten lainnya di Jawa Timur
- 6) Bagaimana membakukan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal yang telah diadaptasikan dengan kearifan lokal puskesmas di Jawa Timur

Tabel 1.1.Rencana Target Capaian Tahunan

No	Jenis Luaran		Indikator Capaian		
110			TS	TS+1	TS+2
		Internasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
1	Publikasi Ilmiah	Nasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Terakreditasi			
2	Pemakalah dalam	Internasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
2	temu ilmiah	Nasional	Submitted	Publish	Tidak Ada
		Lokal	Sudah	Sudah	Sudah
			Dilaksankan	Dilaksankan	Dilaksanakan
3	Invited Speaker	Internasonal	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
	dalam temu	Nasional	Sudah	Sudah	Sudah
	ilmiah		Dilaksankan	Dilaksankan	Dilaksanakan
4	Visiting Lecturer	Internasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
5	Hak Kekayaan	Paten	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada

No	Jenis Luaran		Indikator Capaian		
110			TS	TS+1	TS+2
	Intelektual (HKI)	Paten Sederhana	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Hak Cipta	Draft	Terdaftar	Granted
		Merek Dagang	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Rahasia Dagang	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Desain Produk	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Industri			
		Indikasi	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Geografis			
		Perlindungan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Varietas Tanaman			
		Perlindungan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Topografi Sirkuit			
		Terpadu			
6	Teknologi Tepat G	una	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
7	Model/Purwarupa/I	Desain/ Karya	Draft	Produk	Penerapan
	seni/Rekayasa Sosi	al			
8	Buku Ajar (ISBN)		Draf	Editing	Sudah Terbit
9	Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT)		Skala 4	Skala 5	Skala 6

#### BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

# 2.1. Pembangunan Masyarakat (Community Development)

Fokus pembangunan masyarakat memiliki hubungan yang sangat erat dengan kepentingan masyarakat. Karena itu dalam pembangunan masyarakat sedikitnya terkandung empat hal sebagaimana dikatakan oleh Bryant & White, (1982: 16), yakni: (i) pembangunan harus memperhatikan dan mengusahakan tumbuhnya kemampuan masyarakat untuk mengadakan perubahan (ability and energy to change); (ii) mengusahakan adanya pemerataan (equity); perhatian yang tidak merata terhadap kelompok dan lapisan masyarakat yang berbeda-beda dapat mengundang perpecahan, dengan demikian justru melemahkan mereka; (iii) pembangunan berarti memberikan hak, kewenangan kekuasaan atau (empowerment) kepada masyarakat, karena hanya jika masyarakat memiliki kekuasaan seperti itu, mereka dapat menikmati manfaat pembangunan; dan (iv) pembangunan berarti mengusahakan saling membantu antara masyarakat, agar masing-masing mampu berkembang secara mandiri

Memahami makna tersebut, maka dalam wacana akademik pembangunan masyarakat menduduki tempat yang amat berbeda dengan pembangunan yang bertumpu pada pertumbuhan ekonomi. Pembangunan masyarakat (community development) merupakan upaya untuk merubah keadaan masyarakat dari yang kurang dikehendaki menuju keadaan yang lebih baik. Dengan demikian, pembanguanan masyarakat diupayakan untuk melakukan perbaikan kondisi sosial ekonomi masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat. PBB melihat pembangunan masyarakat sebagai suatu proses usaha masyarakat, baik berasal dari prakarsanya sendiri, maupun pemerintah untuk memperbaiki kondisi ekonomi, sosial, budaya mereka; dan mengintegrasikan masyarakat tersebut ke dalam kehidupan bangsa, dan meningkatkan kemampuan mereka untuk memberikan sumbangan yang berarti terhadap kemajuan bangsa dan negara secara terpadu.

Terdapat dua elemen penting dalam proses pembangunan masyarakat yaitu "partisipasi masyarakat" dalam memperbaiki taraf hidup mereka berdasarkan

kekuatan mereka sendiri; dan "bantuan pemerintah" yang berupa pelayanan teknis. Bantuan macam ini diarahkan untuk membangkitkan prakarsa masyarakat, yang biasanya terwujud dalam sejumlah proyek khusus. Program-program yang terkait dengan pembangunan masyarakat biasanya menyangkut kepentingan umum komunitas setempat, karena mereka memiliki kepentingan yang relatif sama. Adapun urusan-urusan lain yang bersifat khusus ditangani oleh kelompok fungsional yang khusus menangani bidang-bidang tertentu.

Pembangunan masyarakat memberi peluang yang amat luas bagi tumbuh dan berkembangnya partisipasi masyarakat, baik partisipasi dalam menciptakan ide-ide pembangunan, merumuskan rencana pembangunan maupun dalam mewujudkan rencana-rencana pembangunan tersebut ke dalam kegiatan pembangunan.Misalnya, mengemukakan bahwa pembangunan masyarakat merupakan suatu proses dimana masyrarakat mambahas dan merumuskan kebutuhan mereka, merencanakan usaha pemenuhannya dan melaksanakan rencana itu sebaik-baiknya;dan menurutnya pembangunan masyarakat yang demikian ditujukan untuk mengurangi kemiskinan, kemelaratan dan kebobrokan lingkungan masyarakat. Pembangunan masyarakat berorientasi kepada peningkatan kualitas hidup masyarakat, bukan berorientasi kepada produk riil yang secara langsung dihasilkan oleh kegiatan pembangunan.

Dalam upaya untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat, Caiden (1982) merumuskan konsep bahwa pemerintah berkewajiban untuk menjalankan 6 (enam) fungsi. Dari keenam fungsi tersebut terkait dengan karya ini adalah fungsi kesejahteraan sosial. Fungsi kesejahteraan sosial diwujudkan dalam: i). pemberian kesehatan masyarakat secara nasional yang dipergunakan unutk memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, sepeti pelayanan kesehatan; ii) pelayanan kesejahteraan yang wajib diberikan kepada masyarakat yang memiliki kekurangan dalam kehidupan sosial, seperti: orang jompo, cacat, yatim piatu, pengangguran dan sebagainya.

# 2.2.Pelayanan Publik

Pada sub bab ini adalah deskripsi tentang pengertian pelayanan publik, harapan masyarakat pada pelayanan publik.

# 2.2.1. Pengertian Pelayanan Publik

Secara teoritis, pengertian service atau public service adalah

service ... "a system that provides something that the public needs, organized by a government or a private company" dan Public service ... "a service that a government or an official organization provides for people in general in a particular society" (Zeithaml, Parasuraman, and Berry, 1996).

Terdapat 5 dimensi public service menurut Zeithaml, at al (1996) yang yang penting untuk dilaksanakan bagi penyelenggara pelayanan (*delivery sevice*), yakni:

- 1) **Tangibles**. Appearance of physical facilities, equipment, personnel, and communication materials.
- 2) **Reliability**. Ability to perform the promised service dependably and accurately.
- 3) **Responsiveness**. Willingness to help customers and provide prompt service.
- 4) **Assurance**. Knowledge and courtesy of employees and their ability to convey trust and confidence.
- 5) **Empathy**. The firm provides care and individualized attention to its customers.

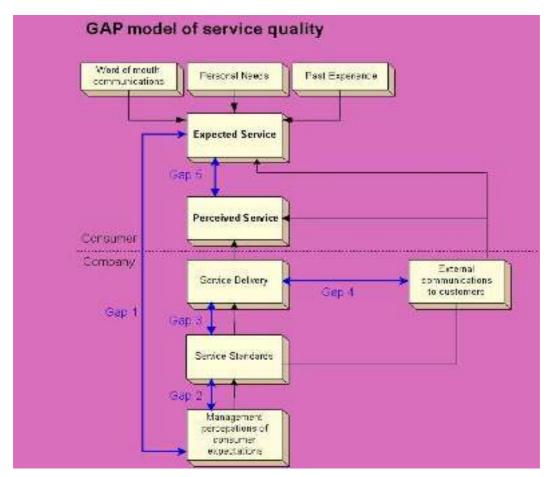
Pada pandangan lain, untuk mengukur kualitas pelayanan di sektor publik menurut Levine (1990) dan Hatry (1990) melalui 5 indikator, yakni:

- 1) Baik tidaknya pelayanan (*quality of service*). Baik tidaknya pelayanan dapat dilihat dari sejauhmana institusi dalam memberikan pelayanan publik dengan ramah, populis dan berbagai macam bentuk perilaku yang bisa menyenangkan dan kepuasan pelayanan .
- 2) Produktivitas (*productivity*). Produktivitas sering diukur dengan rasio antara input dengan output. Dalam konteks pelayanan publik produktivitas dapat diukur dengan jawaban pertanyaan diantaranya adalah: berapa jumlah pelayanan yang didapatkan dalam periode tertentu?; adakah modifikasi pelayanan dan pengembangan produk pelayanan ?,

- dan apakah prasyarat pelayanan semakin membaik atau tidak dan atau cepat atau lambat?.
- 3) Responsibilitas (responsibility). Responsibilitas, dapat dibatasi sebagai tanggung jawab secara intern institusi dan atau pelaksana pelayanan di dalam memberikan pelayanan publik atau menjalankan tugasnya. Untuk mengukur tingkat responsibilitas pelayanan dapat diukur dari: kualitas sumberdaya manusia dengan standar kebutuhan pekerjaan dalam pelayanan publik, seberapa besar upaya institusi untuk melakukan perbaikan pelayanan publik di masa mendatang, dan perubahan diupayakan untuk disesuaikan dengan perubahan perbaikan pelayanan perkembangan kondisi eksternal institusi dan visi dan misi institusi yang telah diprogramkan.
- 4) Akuntabilitas (*accountability*). Akuntabilitas, dalam konteks pelayanan publik dapat dibagi menjadi dua sasaran: (a) bagi institusi pemerintah lokal dalam memberikan pelayanan publik diupayakan untuk bertanggung jawab tidak hanya berpedoman pada standar kerja yang ditetapkan intern organisasi, tetapi memperhatikan perkembangan institusi kepemerintahan di tingkat nasional, regional, dan internasional. (b) bagi pelaksana pelayanan secara individual dimaknai dengan sejauhmana pelaksana pelayanan bertanggung jawab terhadap pekerjaan yang tidak hanya sesuai dengan standar pekerjaan saja, tetapi dalam memberikan pelayanan harus mampu menjawab segala kebutuhan publik, sehingga publik dapat merasakan dan menilai baik tidaknya pelayanan yang diberikan.
- 5) Responsivitas (*responsiveness*). Responsivitas diartikan sebagai daya peka organisasi dan pelaksana pelayanan dalam menyikapi perkembangan lingkungan institusinya. Dengan demikian pelayanan publik diupayakan untuk mampu mengakomodir, merespon berbagai persoalan dan isu yang berkembang, serta mampu untuk memecahkan berbagai persoalan yang menjadi kebutuhan publik.

# 2.2.2. Harapaan Masyarakat dalam Pelayanan Publik

Pada prakteknnya perjalanan public service dalam rangka untuk memenuhi kebuthan masyarakat yang semakin berkembang diupayakan oleh pemerintah atau pemerintah daerah untuk lebih meningkatkan pelayanan menjadi pelayanan yang berkualitas (service quality) yang sering disingkat dengan istilah SERVQUAL. SERVQUAL dalam pelayanan menurut Zeithaml, at al (1996) is a technique that can be used for performing a gap analysis of an organization's service quality performance against customer service quality needs. Secara jelas dapat diikuti pada bagan berikut.



Gambar 2.1: Gap Model of Service Quality

Sumber: Zeithaml, at al (1996)

Perlu ditegaskan bahwa GAP model ini ke depan digunakan sebagai faktor kunci yang memberikan kontribusi dalam pelayanan publik. Faktor kunci dalam hal ini tidak hanya memberikan diskripsi pada contributory Gaps of public service tetapi juga sebagai key drivers for each gap and generic breakdown of

each of these drivers. Ilustrasi dari Gap dalam pelayanan yang dimaksud sebagai berikut:

Gap 1	
•	Inadequate market research orientation
	☐ Lack of upward communication
	Insufficient relationship focus
Gap 2	
•	Absence of customer driven standards
	Inadequate service leadership
	Poor service design
Gap 3	
•	Deficiencies of human resource policies
	Failure to match supply an 2 mand
	Customers not fulfilling roles
Gap 4	
•	Ineffective management of customer expectations
	☐ Overpromising
	☐ Inadequate horizontal communications

Service Quality (Servqual) atau kualitas pelayanan menurut konsep yang diketengahkan sebelumnya, mengaitkan dua dimensi sekaligus, yaitu disatu pihak peniliaian Servqual pada dimensi pelanggan, sedangkan di pihak lain penilaian juga dapat dilakukan pada dimensi provider atau secara lebih dekat terletak pada kemampuan kualitas pelayanan yang disajikan oleh orang-orang yang melayanai dari tingkat manajerial hingga ke tingkat front line service.

Pada kedua dimensi tersebut dapat saja terjadi kesenjangan atau *gap* antara harapan-harapan dan kenyataan-kenyataan yang dirasakan oleh pelanggan, dengan persepsi manajemen (hingga *front line service*) terhadap harapan-harapan pelanggan tersebut.

Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) memformulasikan model kualitas pelayanan yang menajadi prasyarat untuk menyampaikan kualitas pelayanan yang baik. Dari model ini diindentifikasikan lima *Gap* atau kesenjangan yang menyebabkan ketidaksuksesannya penyampaian jasa.

# 1. Gap Between Consumer Expectation And Management Perception

Kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi manajemen timbul karena manajemen tidak selalu awas, tidak mengetahui sepenuhnya apa keinginan konsumen. Misalnya, orang kebengkel tidak hanya ingin mobilnya dirawat atau diperbaiki dengan benar, tetapi juga menginginkan jangka waktu perbaikan tidak terlalu lama dan ingin menadapat petunjuk tentang pemeliharaan mobil. Inti masalahnya ialah manajemen tidak mengetahui apa yang diharapkan oleh konsumen.

# 2. Gap Between Management Perception And Service Quality Spesifications

Kesenjangan persepsi manajemen dengan kualitas jasa. Mungkin manajemen sudah mengetahui keinginan konsumen, tetapi manajemen tidak sanggup dan tidak sepenunya melayanai keinginan konsumen tersebut. Spesifikasi jasa yang diberikan oleh manajemen masih memiliki kekurangan yang dirasakan oleh konsumen. Inti masalahnya ialah pihak manajemen kurang teliti terhadap detail jasa yang ditawarkan.

# 3. Gap Between Service Quality Spesifications And Service Delivery

Kesenjangan kualitas jasa dengan penyampaian jasa. Mungkin kualitas jasa menurut spesifikasinya sudah baik, tetapi karena karyawan yang melayani kurang terlatih, masih baru, dan kaku maka cara penyampaiannya kurang baik dan tidak sempurna. Kata kuncinya ialah manajemen tidak sanggup menyampaikan jasa secara memuaskan kepada konsumen.

# 4. Gap Between Service Delivery And External Communications

Kesenjangan penyampaian jasa dengan komunikasi eksternal dapat terjadi akibat perbedaan antara jas yang diberikan dan janji-janji yang diobral dalam iklan, brosur, atau media promosi lainnya. Ternyata jasa yang diterima oleh konsumen tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya, sebuah bengkel bersih menawarkan kepuasan pelanggan. Ternyata bengkel kotor dan konsumen tidak puas dengan layanan montir-montirnya. Kata kuncinya ialah iklan atau promosi lainnya, terlalu muluk tidak sesuai dengan kenyataan.

# 5. Gap Between Perceived Service And Expected Service

Kesenjangan jasa yang dialami/dipersepsi dengan jasa yang diharapkan. Ini *gap* kebanyakan terjadi, yaitu jasa yang diterima oleh kosnumen tidak sesuai dengan yang ia bayangkan/harapkan. Dia mengharapkan taman rekreasi itu indah nyaman dan menarik, ternyata sangat mengecewakan. Kondisi tersebut

sebenarnya terpengaruh dari iklan. Yang perlu diciptakan oleh manajemen ialah promosi dari mulut ke mulut yang menginformasikan keindahan/keistimewaan jas yang di tawarkan.

# 2.3. Pelayanan Kesehatan

Program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Indonesia dibingkai dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar juran atau jurannya dibayar oleh pemerintah.

Sesuai dengan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, maka Jaminan Kesehatan Nasional dikelola dengan prinsip :

- Gotong royong. Dengan kewajiban semua peserta membayar iuran maka akan terjadi prinsip gotong royong dimana yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin
- 2) Nirlaba. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak diperbolehkan mencari untung. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya harus dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.
- 3) Keterbukaan, kehati hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip manajemen ini mendasari seluruh pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangan
- 4) Portabilitas. Prinsip ini menjamin bahwa sekalipun peserta berpindah tempat tinggal atau pekerjaan, selama masih di wilayah Negara Republik Indonesia tetap dapat mempergunakan hak sebagai peserta JKN
- 5) Kepesertaan bersifat wajib. Agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

- 6) Dana Amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik – baiknya demi kepentingan peserta.
- 7) Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besar kepentingan peserta.
- 8) Sebagaimana telah dijelaskan dalam prinsip pelaksanaan program JKN di atas, maka kepesertaan bersifat wajib. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

# 2.4.Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakatdan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

# 1) Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

# (a) Paradigma sehat;

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

(b) Pertanggungjawaban wilayah;

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya.

(c) Kemandirian masyarakat;

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

(d) Pemerataan;

PuskesmasmenyelenggarakanPelayananKesehatan yang dapat diakses dan

terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

- (e) Teknologi tepat guna; dan
  - Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
- (f) Keterpaduan dan kesinambungan.

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem

Dalam melaksanakan tugas Puskesmas menyelenggarakan fungsi:

- (a) Penyelenggaraan UKM tingkatpertama diwilayahkerjanya,Puskesmas berwenang untuk:
  - (1) melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
  - (2) melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
  - (3) melaksanakan komunikasi, informasi,edukasi,dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
  - (4) menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
  - (5) melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat; melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
  - (6) memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
  - (7) Pelaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan
  - (8) memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

- (b) Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Puskesmas berwenang untuk:
  - (1) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
  - (2) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
  - (3) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
  - (4) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
  - (5) menyelenggarakan Pelayanan Kesehatandengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
  - (6) melaksanakan rekam medis;
  - (7) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
  - (8) melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
  - (9) mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
  - (10) melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

# 2.5. Kearifan Lokal

Kearifan lokal berasal dari dua kata yaitu kearifan (wisdom), dan lokal (local). Secara umum maka local wisdom (kearifan lokal) dapat dipahami sebagai gagasan-gagasan setempat (local) yang bersifat bijaksana, penuh kearifan, bernilai baik, yang tertanam dan diikuti oleh anggota masyarakatnya. Kearifan lokal sangat banyak fungsinya. Adapun fungsi kearifan lokal adalah (1) konservasi dan pelestarian sumber daya alam; (2) pengembangan sumber daya manusia; (3) pengembangan kebudayaan dan ilmu pengetahuan; (4) petuah, kepercayaan, sastra dan pantangan; (5) bermakna sosial misalnya upacara integrasi komunal/kerabat;

(6) bermakna etika dan moral; (7) bermakna politik, misalnya upacara upacara ngangkuk merana dan kekuasaan patron clien.

Kearifan lokal menurut Atmodjo (1986: 37) merupakan kemampuan penyerapanm kebudayaan asing yang datang secara selektif, artinya disesuaikan dengan suasana setempat. Hal-hal yang demikianlah yang menjadi ciri khas dari suatu daerah. Kearifan Lokal memiliki beberapa ciri-ciri, yaitu (i) mempunyai kemampuan mengendalikan; (ii) merupakan benteng untuk bertahan dari pengaruh budaya luar; (iii) mempunyai kemampuan mengakomodasi budaya luar. mempunyai kemampuan memberi arah perkembangan budaya; (iv) mempunyai kemampuan mengintegrasi atau menyatukan budaya luar dan budaya asli.

Kearifan Lokal merupakan pengetahuan eksplisit yang muncul dari periode yang panjang dan berevolusi bersama dengan masyarakat dan lingkungan di daerahnya berdasarkan apa yang sudah dialami. Jadi dapat dikatakan, kearifan lokal disetiap daerah berbeda-beda tergantung lingkungan dan kebutuhan hidup. Kearifan atau kebijaksanaan adalah sesuatu yang didambakan umat manusia di dunia ini. Kearifan dimulai dari gagasan-gagasan dari individu yang kemudian bertemu dengan gagasan individu lainnya, seterusnya berupa gagasan kolektif. Kearifan lokal ini biasanya dicipta dan dipraktikkan untuk kebaikan komunitas yang menggunakannya. Ada kalanya kearifan lokal itu hanya diketahui dan diamalkan oleh beberapa orang dalam jumlah yang kecil, misalnya desa. Namun ada pula kearifan lokal yang digunakan oleh sekelompok besar masyarakat, misalnya kearifan lokal etnik.

Kearifan lokal ini juga tidak dapat dilepaskan dari kebudayaan masyarakat yang mendukungnya. Kearifan lokal, biasanya mencakup semua unsur kebudayaan manusia, yang mencakup: sistem religi, bahasa, ekonomi, teknologi, pendidikan, organisasi sosial, dan kesenian. Kearifan lokal bermula dari ide atau gagasan, yang kemudian diaplikasikan dalam tahapan praktik, dan penciptaan material kebudayaan. Ia akan terus berkembang sesuai dengan perkembangan zaman, intensitas pergaulan sosial, dan enkulturasi sosiobudaya. Apalagi dalam dunia yang tidak mengenal batas seperti sekarang ini, kearifan lokal sangat diwarnai oleh wawasan manusia yang memikirkan dan menggunakannya.

### 2.6. Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian yang pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya masih minim karena program ini masih relatif baru. Adapun beberapa penelitian yang terkait dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebagai berikut:

- 1) Sapto Pramono, Sri Roekminiati, 2015 dalam judul "Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)". Hasil Penelitian 4 (empat) variabel yang mempengaruhi implementasi program JKN di Puskesmas Pucang Sewu relatif berhasil dan mampu menghasilkan pelayanan yang berkualitas.1) Sarana komunikasi yang dipergunakan untuk mengenalkan Program JKN dilakukan dengan memasang spanduk besar di dekat papan nama Puskesmas, Banner dan poster di ruang tunggu/antrian dan juga melakukan sosialisasi dalam bentuk penyuluhan langsung oleh dokter puskesmas. 2. Sumberdaya meliputi; a.Sumberdaya Manusia; b)Sarana Prasarana; c) Keuangan sudah memenuhi syarat ideal untuk mewujudkan palayanan yang berkualitas. 3)Komitmen pelaksanan Program JKN dari instansi terkait begitu tinggi dan 4) Terjalin hubungan yang harmonis dan bersinegi antara lembaga terkait sehingga menghasilkan layanan yang berkualitas.
- 2) Debby Kulo, R. G. A. Massie, dan G. D. Kandou, 2014 dalam judul "Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow". Hasil penelitian menunjukkan pemahaman sistem pembayaran pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional kepada RSUD Datoe Binangkang masih kurang dan terdapat kendala dalam mekanisme verifikasi klaim. Pengetahuan dan pemahaman Pengelolaan dana hasil klaim JKN menurut aturan keuangan daerah masih sangat kurang dan menyulitkan rumah sakit dalam pertanggungjawaban dan pemanfaatannya dan keterlambatan Pemda menetapkan Perbup dan SK bendahara. Pemanfaatan dana hasil klaim JKN belum maksimal, masih ada obat-obatan yang tidak masuk dalam Formularium Nasional serta terdapat hutang obat-obatan dan bahan medis

- habis pakai. ( Jurnal JIKMU, Suplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado )
- 3) Qhisti Sabrina, "Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya" Hasil Penelitian Pelayanan Kesehatan di RSU Haji Surabaya, berdasarkan empat indikator yaitu, tangibles (bukti fisik), responsiveness (daya tanggap), kredibilitas, assurance (jaminan memuaskan pasien peserta JKN dalam memberikan pelayanan kepada pasien peserta JKN. (Kebijakan dan Manajemen Publik, Volume 3, Nomor 2, ISSN 2303 34 1X, Mei-Agustus 2015, Universitas Airlangga)

Yang membedakan penelitian ini dengan penelitian terdahulu adalah penelitian ini fokus pada mengembangkan model layanan sehingga pelayanan pasien yang diberikan oleh puskesmas lebih efisien dan efektif, sedangkan pada penelitian terdahulu di atas lebih fokus pada implementasi serta pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional dan pengelolaan anggaran.

# 2.7. Renstra Dan Road Map Penelitian Perguruan Tinggi

Fokus penelitian pada usualan penelitian ini merupakan bagian dari Renstra dan *Road Map* Penelitian Perguruan Tinggi yang telah dirumuskan pada Rencana Strategi Nasional Penelitian, Lembaga Penelitian Universitas Dr. Seotomo, pada point 4.2.5. yang memuat tentang template Manajemen Pemerintahan dan Kebijakan Sosial. Tema riset pada template ini menyangkut berbagai urusan pemerintah, khususnya pelayanan publik atau lebih spesisifik pelayanan kesehatan yang didekati dengan persepktif manajemen pemerintah yang berbasis *governance*. Luaran hasil penelitian dengan menggunakan persepektif ini, diharapkan dapat dirumuskan sebuah model pelayanan publik yang lebih mengarah pada kepentingan stakeholder, terutama masyarakat dan dengan tujuan akhirnya untuk lebih mensejahterahkan warga masyarakat (citizen).

Untuk merumuskan model pelayanan publik yang lebih mengedepankan kepentingan masyarakat, perlu adanya upaya perbaikan atau inovasi dan perubahan (*reform*) terhadap model pelayanan publik yang selama ini telah berjalan. Tujuan dari reform terhadap pelayanan publik adalah untuk

merumuskan model pelayanan publik yang lebih baik dan adaptif dengan kondisi lingkungan internal dan eksternal penyelenggara pelayanan. Dengan demikian, model pelayanan publik dengan memasukkan prinsip-prinsip teori *governance* diharapkan bahwa pelayanan publik akan memenuhi kriteria: akuntabilitas, transparansi, keterbukaan, partisipasi yang mengedepankan konsensus dalam rangka untuk menuju kinerja yang lebih baik dan diikuti dengan resposivitas institusi kepada stakeholder dengan memperhatikan prinsip efektifitas dan efisiensi.

Pada Rencana Strategi Nasional Penelitian, Lembaga Penelitian Universitas Dr. Seotomo, roadmap penelitian pada template Manajemen Pemerintahan dan Kebijakan Sosial, terbagi menjadi empat periode, yakni: periode 2010 sampai dengan 2030. Pada periode 2015 – 2020 tema riset yang perlu dilaksanakan dan menjadi unggulan, terkait dengan penelitian ini adalah pada point ke-2 yakni:

"Riset tentang berbagai urusan pemerintah di bidang: kesehatan, pendidikan, penanggulangan kemiskinan, ketanagakerjaan, investasi, ekonomi, periwisata - kebudayaan, perdagangan, pertanian – perikanan, koperasi dan UMKM, industri, sumberdaya alam, hukum, kriminalitas komunikasi, teknologi informasi, gender, dan bidang kemanusiaan lainnya, harus menggunakan konsep *govenance* (*sound governance* atau *dynamic governance*)."

Memperhatikan uraian Rencana Strategi Nasional Penelitian lembaga penelitian Universitas Dr. Soetomo pada periode 2016 – 2020, maka roadmap penelitian lembaga penelitian di template Manajemen Pemerintahan dan Kebijakan Sosial periode 2016 – 2020 sebagaimana pada gambar 2.1.

**Gambar 2.2.** Manajemen Pemerintahan dan Kebijakan Sosial Road Map 2016 - 2020

# 2016 2017 2018 2019 2020

#### • Tema :

- Kajian berbagai urusan di pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan menggunakan perspektif sound and dynamic governance
- Sub Tema:
- -Kajian urusan pemerintah dengan pendekatan New Public Management dan New Public Service
- -Kajian berbagai urusan pemerintah dengan perspektif kebijakan sosial.
- -kajian pengelolaan dana CSR dan PKBL untuk membantu menyelesaikan persoalan urusan di pemerintah dan pemerintah daerah.
- -Kajian sistem
   Inovasi Daerah dan
   Industri Kreatif

- Tema :
- Penyusunan desain berbagai urusan di pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan menggunakan perspektif sound and dynamic governance
- Sub Tema:
- --Penyusunan desain urusan pemerintah dengan pendekatan New Public Management dan New Public Service
- -Penyusunan desain berbagai urusan pemerintah dengan perspektif kebijakan sosial.
- Penyusunan desain pengelolaan dana CSR dan PKBL untuk membantu menyelesaikan persoalan urusan di pemerintah dan pemerintah daerah.
- -Penyusunan desain sistem Inovasi Daerah dan Industri Kreatif

- Tema :
- Implementasi desain berbagai urusan di pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan menggunakan perspektif sound and dynamic governance
- Sub tema :
- --Implementasi desain urusan pemerintah dengan pendekatan New Public Management dan New Public Service
- -Implementasi desain berbagai urusan pemerintah dengan perspektif kebijakan sosial.
- Implementasi desain pengelolaan dana CSR dan PKBL untuk membantu menyelesaikan persoalan urusan di pemerintah dan pemerintah daerah.
- -Implementasi desain sistem Inovasi Daerah dan Industri Kreatif

- Tema :
- Evaluasi Implementasi desain berbagai urusan di pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan menggunakan perspektif sound and dynamic governance
- Sub tema :
- -Evaluasi Implementasi desain urusan pemerintah dengan pendekatan New Public Management dan New Public Service
- Evaluasi Implementasi desain berbagai urusan pemerintah dengan perspektif kebijakan sosial.
- Evaluasi Implementasi desain pengelolaan dana CSR dan PKBL untuk membantu menyelesaikan persoalan urusan di pemerintah dan pemerintah daerah.
- Evaluasi Implementasi desain sistem Inovasi Daerah dan Industri Kreatif

- Tema :
- Reformasi desain Implementasi berbagai urusan di pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan menggunakan perspektif sound and dynamic governance
- Sub tema :
- -Reformasi desain Implementasi urusan pemerintah dengan pendekatan New Public Management dan New Public Service
- Reformasi desain Implementasi berbagai urusan pemerintah dengan perspektif kebijakan sosial.
- Reformasi desain Implementasi pengelolaan dana CSR dan PKBL untuk membantu menyelesaikan persoalan urusan di pemerintah dan pemerintah daerah.
- Reformasi desain Implementasi sistem Inovasi Daerah dan Industri Kreatif

Luaran penelitian yang terkait dengan penelitian yang diusulkan adalah bahwa pada template Manajemen Pemerintahan dan Kebijakan Sosial adalah untuk merumuskan model pelayanan publik yang lebih mengarah pada kepentingan stakeholder dengan berbagai urusan Pemerintahan. Dengan model pelayanan yang lebih mengarah kepada stakeholder dan adaptif dengan pelaksanan pelayanan, maka akan dapat dirumuskan sebuah alternatif kebijakan.

Sehubungan dengan luaran tersebut maka penelitian yang diusulkan berusaha untuk menghasilkan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal sebagai bentuk model layanan yang nantinya dikuatkan dengan kebijakan yang lebih memperhatikan kondisi sosial. Sinergi yang dibangun untuk menghasilkan

inovasi yang ditargetkan melalui diskusi dengan masyarakat, penyelenggara layanan dan stakeholder lain. Tujuan dari diskusi ini adalah untuk mengembangkan data yang ada dan dielaborasi dengan berbagai pendapat dari stakeholder, sehingga dapat dirumuskan alternatif kebijakan dan model layanan yang inovatif.

Dengan memperhatikan uraian tersebut, baik dari luaran Rencana Strategi Nasional Penelitian lembaga penelitian Universitas Dr. Soetomo pada periode 2016 – 2020 yang ingin dicapai pada template 4.2.5. tentang manajemen pemerintahan dan kebijakan sosial terutama pada point ke 2., maka penelitian yang diusulkan ini sangat mendukung capaian Rencana Strategi Nasional Penelitian lembaga penelitian Universitas Dr. Soetomo pada periode 2016 – 2020 template 4.2.5. point ke-2.

#### BAB III

### TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

# 3.1 Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah Pengembangan Model Layanan Program JKN Berbasis Kearifan Lokal pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur yaitu Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo; dan Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu". Adapun penelitian pada tahun pertama (1) ini meliputi:

- Mengidentifikasi layanan yang diberikan pada pasien Program JKN pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur yaitu Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo; dan Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu
- 2) Memetakan layanan yang diberikan pada pasien Program JKN pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur
- 3) Mengetahui strategi medel layanan pasien Program JKN berbasis kearifan lokal yang diterapkan pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur
- 4) Draft model layanan yang dikembangkan berdasarkan kearifan lokal

# 3.2 Manfaat

Manfaat yang dapat dihasilkan dalam penelitian Pengembangan Model Layanan Program JKN Berbasis Kearifan Lokal diantaranya:

- Membantu Puskesmas dalam memberikan layanan sesuai dengan kearifan lokal bagi pasien pengunjung puskesmas pada umumnya atau peserta JKN khususnya. Sehingga pasien peserta JKN lebih memilih puskesmas sebagai Faskes Tingkat I daripada ke dokter keluarga atau klinik.
- 2) Membantu pemerintah khususnya Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk meningkatkan layanan kepada pasien Puskesmas di seluruh Jawa Timur dengan menggunakan Model Layanan yang Berbasis Kearifan Lokal di masing-masing Puskesmas. Sehingga kesan puskesmas yang kumuh, tidak

- ramah dan monoton tidak ada lagi. Akhirnya puskesmas menjadi unit yang strategis dalam mendukung terwujudnya perubahan status kesehatan masyarakat menuju peningkatan derajat kesehatan yang optimal.
- 3) Membantu masyarakat dalam mendapatkan layanan sesuai kebutuhan yang diinginkan pada Puskesmas dan mendapatkan manfaat yang maksimal. Selain itu hasil penelitian juga memberi masukan demi terimplementasinya Program JKN di Puskesmas Kota Surabaya secara efisien dan efektif.

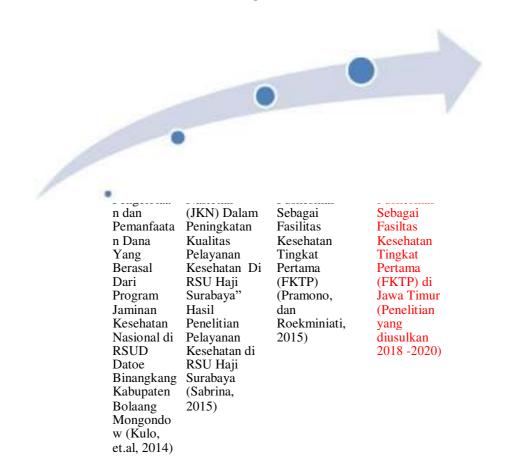
# **BAB IV**

# **METODE PENELITIAN**

# 4.1. Roadmap Penelitian

Keterkaitan antara penelitian yang diusulkan dan penelitian yang sedang berjalan atau yang sudah dihasilkan adalah sebagai berikut:

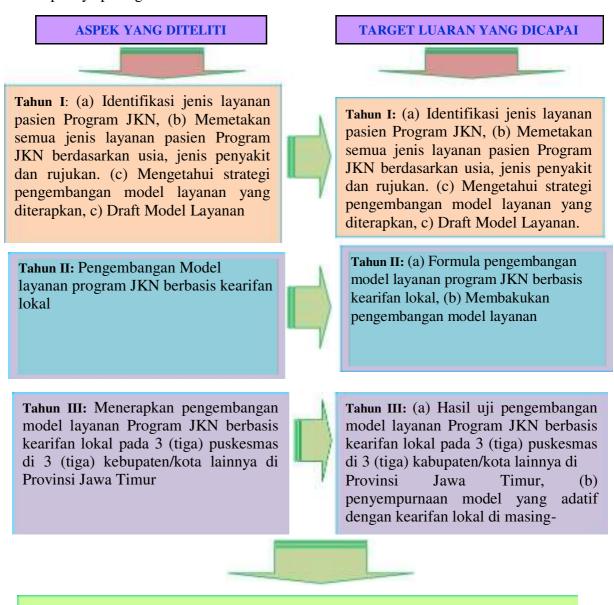
**Tabel 4.1** *Roadmap* Penelitian



Memahami *roadmap* tersebut di atas, bahwa penelitian pada tiga tahun terakhir telah dilaksanakan dengan rincian bahwa untuk tahun 2014 telah dilaksanakan olah orang lain. Sedangkan pada tahun 2015 dilaksanakan oleh orang lain (Sabrina) dan dilaksanakan oleh anggota tim peneliti. Untuk melanjutkan penelitian yang dilaksanakan oleh anggota tim dan terkait dengan pengimplementasian *roadmap* penelitian yang ditetapkan oleh Universitas Dr. Soetomo dalam Rencana Induk Penelitian (2016 – 2020), maka penelitian ini mengusulkan sebagaimana judul tersebut pada *roadmap* di atas. Dengan

penelitian ini diharapkan dapat merumuskan draf kebijakan baru dalam pengembangan model layanan program JKN.

Research dan action research Penelitian akan dilakukan pada Puskesmas Provinsi Jawa Timur. Bagan penelitian selama tiga tahun secara utuh dan tahapannya pada gambar di bawah ini:



# HASIL YANG DICAPAI DARI KEGIATAN PENELITIAN HIBAH PEKERTI

- Menghasilkan pemodelan pengembangan pelayanan Program JKN berbasis kearifan lokal Pada Puskesmas di Jawa Timur
- 2. Invited Speaker dalam Temu Ilmiah Nasional
- 3. Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Hak Cipta
- 4. Publikasi ilmiah pada jurnal terakreditasi nasional/Proseding
- 5. Buku Ajar Analisis dan Evaluasi Kebijakan

Gambar 4.2. Diagram Sistematika Penelitian dalam Waktu Tiga Tahun

Tabel 4.1 Rincian Metode Penelitian Pada Tahun Pertama

	Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
a.	Identifikasi layanan program JKN yang diterapkan	Pedoman wawancara untuk mengidentifikasi layanan yang diberikan puskesmas khususnya pada pasien Program JKN. Wawancara dilakukan pada petugas di semua jenis layanan yang ada pada 3 Puskesmas di Jawa Timur yaitu: 1)Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; 2) Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo; dan 3) Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu. Selain wawancara peneliti juga melakukan pengamatan langsung pada aktivitas yang dilakukan petugas layanan.	Menentukan jumlah informan kunci dan dilakukan wawancara terhadap semua aktivitas layanan yang menjadi tugas pokok dan fungsinya.	Mampu mengidenfitikasi seluruh layanan pasien Program JKN di Puskesmas
b.	Memetakan layanan program JKN	Menganalisis dan mengelompokkan semua jenis layanan yang diberikan semua petugas medis dan paramedis berdasarkan umur, jenis penyakit, rujukan ke Rumah Sakit Tipe A atau B maupun Tipe C	Memetakan layanan yang diberikan seluruh petugas layanan di puskesmas khususnya yang dilakukan pada pasien Program JKN.	Mampu memetakan semua jenis layanan yang diberikan semua petugas medis dan paramedis berdasarkan umur, jenis penyakit, rujukan ke rumah sakit.
c.	Mengetahui strategi pengembangan model layanan yang diterapkan	Menganalisis semua data yang didapatkan dari identifikasi layanan dan pemetakan strategi pengembangan layanan.	Menganalisis strategi pengembangan model layanan pasien Program JKN yang diterapkan di Puskesmas	Mampu manganalisis strategi pengembangangan model layanan pasien yang diterapkan selama ini di puskesmas
d.	Draft Model Layanan	Menganalisis hasil wawancara dan pengamatan langsung selanjutnya membuat pemodelan pengembangan pelayanan yang berbasis kearifan lokal di Puskesmas Pucang Sewu.	Menganalisis bobot hasil wawancara sehingga mampu ditemukan pelayanan yang dianggap peneliti sebagai kearifan lokal yang layak dikembangkan dan diadopsi sebagai pengembangan model layanan.	Mampu membuat formula pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal

Tabel 4.2 Rincian Metode Penelitian Pada Tahun Kedua

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
1 6	Mengkaji tingkat efektivitas dari	Menguji dampak penerapan pengembangan	Dapat diidentifikasi berbagai kelemahan serta
, , ,	pengembangan model layanan utamanya untuk	model layanan berbasis kearifan lokal terhadap	kendala di lapangan terkait dengan
	mengatasi berbagai kendala layanan bagi pasien	pasien Program JKN sehingga menambah kemudahan dan kelancaran dalam	pengembagan model layanan yang baru dan menyempurnakan pengembangan model melalui
	Program JKN yang semakin lama semakin	mendapatkan fasilitas pelayanan yang	Focus Group Disscussion dan dirumuskan

Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
membludak.	maksimal (prima).	pengembangan model layanan yang baru.
Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian pelayanan di 1)Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; 2) Puskesmas PonorogoUtaraKecamatan Ponorogo; dan 3) Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu terkait dengan Pengembangan Model Layanan Berbasis Kearifan Lokal yang lebih menjawab kebutuhan pasien Program JKN. Selanjutnya dibuat Nota Kesepakatan untuk menerapkan model tersebut diseluruh jenis layanan yang ada di puskesmas dalam	Melakukan pendampingan dalam pelaksanaan Pengembangan Model Layanan.	Membakukan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada Puskesmas
	membludak.  Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian pelayanan di 1)Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; 2) Puskesmas PonorogoUtaraKecamatan Ponorogo; dan 3) Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu terkait dengan Pengembangan Model Layanan Berbasis Kearifan Lokal yang lebih menjawab kebutuhan pasien Program JKN. Selanjutnya dibuat Nota Kesepakatan untuk menerapkan model tersebut diseluruh	membludak.  Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian pelayanan di 1)Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; 2) Puskesmas PonorogoUtaraKecamatan Ponorogo; dan 3) Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu terkait dengan Pengembangan Model Layanan Berbasis Kearifan Lokal yang lebih menjawab kebutuhan pasien Program JKN. Selanjutnya dibuat Nota Kesepakatan untuk menerapkan model tersebut diseluruh jenis layanan yang ada di puskesmas dalam

**Tabel 4.3** Rincian Metode Penelitian Pada Tahun Ketiga

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
a. Uji coba pengembangan model	Mensosialisasikan dan menguji pengembangan	Menentukan bagian pelayanan yang	Dapat diketahui hasil uji coba
layanan Program JKN berbasis	model layanan yang telah dirumuskan dalam	efektif untuk menerapkan pengembangan	pengembangan model layanan berbasis
kearifan lokal pada 3 (tiga)	melakukan pelayanan terhadap pasien program	model layanan yang berbasis kearifan	kearifan lokal yang efektif.
puskesmas di 3 (tiga)	JKN tiga Puskesmas lain di Jawa Timur	lokal. Dan jika diperlukan juga	
kabupaten/kota lainnya di Provinsi		diadaptasikan dengan kearifan-kearifan	
Jawa Timur		lokal di puskesmas setempat.	
b. Evaluasi model dengan	Mengkaji tingkat efektivitas dari model	Menguji dampak penerapan	Dapat diidentifikasi berbagai kelemahan
mengadaptasikan kearifan lokal di	utamanya untuk mengatasi berbagai kendala	pengembangan model layanan berbasis	serta kendala di lapangan terkait dengan
puskesmas setempat	pelayanan bagi pasien Program JKN yang	kearifan lokal terhadap pasien Program	pengembagan model layanan yang baru dan
	semakin lama semakin meningkat	JKN sehingga menambah kemudahan dan	menyempurnakan model melalui Focus
		kelancaran dalam mendapatkan fasilitas	Group Disscussion dan dirumuskan model
		pelayanan yang maksimal (prima).	pengembangan pelayanan yang baru.
c. Membakukan pengembangan	Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian	Melakukan pendampingan dalam	Membakukan pengembangan model
model layanan program JKN	layanan di Puskesmas terkait dengan	pelaksanaan pengambangan model	layanan berbasisi kearifan lokal bagi pasien
berbasis kearifan lokal pada	Pengembangan Model Layanan Berbasis	layanan pasien program JKN	Program JKN pada Puskesmas di Provinsi
Puskesmas di Kota Surabaya	Kearifan Lokal yang lebih menjawab		Jawa Timur.
	kebutuhan pasien Program JKN. Selanjutnya		

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
	dibuat Nota Kesepakatan untuk menerapkan		
	model tersebut diseluruh jenis layanan yang ada		
	di puskesmas dalam rangka mewujudkan New		
	Public Services pada puskesmas di Provinsi		
	Jawa Timur		

#### **BAB V**

#### HASIL YANG DICAPAI

## 5.1.Diskripsi Umum Lokasi Penelitian

Berikut ini adalah deskripsi 3 (tiga) lokasi yang menjadi lokasi penelitian yaitu Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo; Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; dan Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu.

# 5.1.1. Identifikasi Layanan Program JKN

Berikut adalah layanan yang sediakan oleh di 3 (tiga) lokasi yang menjadi lokasi penelitian

# 1) Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo Kabupaten

**Ponorogo** Pelayanan yang diberikan Puskesmas Ponorogo Utara meliputi:

- A. Pelayanan Rawat Jalan
  - 1. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
  - 2. Pelayanan Kesehatan Lansia
  - 3. Pelayanan KIA/KB
- B. Pelayanan Penunjang
  - 4. Pelayanan Imunisasi
  - 5. Konsultasi Gizi
  - 6. Konsultasi Sanitasi
  - 7. Pelayanan Laboratorium
  - 8. Pemeriksaan EKG
  - 9. Pelayanan Kefarmasian
  - 10. Pelayanan Fisioterapi

Layanan yang selama ini bertahun-tahun dipercaya oleh masyarakat yang berkunjung di Puskesmas Ponorogo Utara adalah Pelayanan Gigi dan mulut sejak 1954. Selain itu layanan yang sering menjadi jujugan adalah imunisasi.

Berikut ini adalah cakupan layanan yang dilakukan Puskesmas Ponorogo pada berbagai layanan untuk usia, bayi, balita dan lanjut:

**Tabel: 5.1.**Cakupan Imunisasi Hepatitis B<7 Hari Dan BCG Pada Bayi Di Puskesmas Ponorogo Utara Tahun 2016

JUMLA	JUMLAH LAHIR HIDUP			Hb < 7 Hari		ВСС		G
L	Р	L+P	L	Р	L+P	L	Р	L+P
254	240	494	186	189	375	195	188	383
					(78.75%)			(77.53 %)

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara

Pada tabel di atas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi Hepatitis dan BCG untuk bayi lahir hidup di atas 75% artinya ini cakupan sudah baik, meskipun belum sangat baik.

Tabel 5.2 Cakupan Imunisasi Dpt-Hb/Dpt-Hb-Hib3, Polio, Campak, Dan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Menurut Jenis Kelamin Di Puskesmas Ponorogo Utara

			DPT-	HB/DP	Т-НВ-							IMU	NISASI D	ASAR
JUI	MLAH E	BAYI		Hib3			POLIO4	1		CAMPA K		L	.ENGKAP	
L	Р	L+P	L	Р	L+P	L	Р	L+P	L	Р	L+P	L	Р	L+P
319	369	588	176	181	359	188	182	370	201	174	375	201	185	386
					61,05			62,93			63,78			65,65

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara

Sedangkan untuk imunisasi Dpt-Hb/Dpt-Hb-Hib3, Polio, Campak, Dan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi rata-rata 63%

Tabel 5.3 Cakupan Pelayanan Anak Balita Menurut Jenis Kelamin Di Puskesmas Ponorogo Utara Tahun 2016

	ANAK BALITA (12-59 BULAN)							
MENDAPAT PELAYANAN KESEHATAN JUMLAH BAYI (MINIMAL 8 KALI)								
L	P	L+P	L	Р	L+P			
1.083	1.231	2.314	672 609 1.281					
	55,40%							

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara

Pada tabel di atas menunjukkan cakupan pelayanan anak balita usia 12-59 bulan menurut jenis kelamin adalah 55, 40%. Ini artinya lebih dari separo jumlah bayi minimal 8 kali datang ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan

kesehatan. Hal ini bisa dikarenakan sakit atau hanya untuk memantau perkembangan anak.

**Tabel 5.4**Pelayanan Kesehatan Gigi Dan Mulut Menurut Jenis Kelamin Puskesmas Ponorogo Utara Tahun 2016

PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT							
TUMPATAN GIGI							
TETAP PENCABUTAN GIGI TETAP							
111	111 258						

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara

Tabel 5.5.

Pelayanan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Anak SD Dan Setingkat Menurut Jenis Kelamin Puskesmas Ponorogo Utara Tahun 2016

	UPAYA KESEHATAN GIGI SEKOLAH .													
JUMLAH	JUMLAH	JUMLAH	JUMLAH	MURID S	D/MI	JUN	ILAH M	URID		PERLU	J	M	ENDAI	PAT
SD/MI	SD/MI	SD/MI				SD/M	SD/MI DIPERIKSA PERAWATAN		ΓΑΝ	PER	RAWA	TAN		
	DGN	MDPTKAN												
	SIKAT	PEL. GIGI										Ī		
	GIGI													
	MASSAL													
			L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
28	13	28	3.341	3.097	6.438	494	514	1.008	72	67	139	33	26	59

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara

Pada kedua tabel di atas (5.4 dan 5.5) menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas baik secara umum maupun puskesmas yang bekerjasama dengan sekolah selalu dilakukan dan cukup efektif hasilnya.

Tabel 5.6 Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut Menurut Jenis Kelamin Puskesmas Ponorogo Utara Tahun 2016

		USI	A (60 TAHUN +)		
	JUMLAH		MENDAPAT I	PELAYANAN	KESEHATAN
L	Р	L+P	L	P	L+P
2.263	2.788	5.051	1.284	1.865	3.149

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara

Cakupan pelayanan kesehatan usia lanjut mencapai 63,3 %. Pasien usia lanjut yang rajin melakukan perawatan kesehatan biasanya yang memiliki riwayat penyakit degeneratif. Misalnya mengidap penyakit hipertensi atau

Diabetes Militus. Selain itu juga untuk perawatan yang lain misalnya sakit radang tenggorokan, alergi atau gigi.

### 2) Puskesmas Medokan Ayu Surabaya

Pelayanan yang diberikan Puskesmas Medokan Ayu antara lain:

- a. Poli Umum
- b. Poli Gigi
- c. Poli KIA-KB
- d. Poli Psikologi
- e. Poli Lansia
- f. Poli Battra
- g. Laboratorium
- h. Poli Kesehatan Lingkungan
- i. Poli Gizi
- j. Poli MTBS
- k. Poli P2
- 1. Kamar Obat
- m. Rawat Inap 24 jam
- n. UGD dengan jam pelayanan 24 jam

Deskripsi lengkap terkait dengan pelayanan Puskesmas Medokan Ayu sebagai berikut:

- a. Pelayanan Pokok
  - (1) Promosi Kesehatan
    - Pengkajian dan Intervensi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) pada rumah tangga dan istitusi
    - Penyuluhan Kesehatan
  - (2) Kesehatan Lingkungan
    - Pengawasan dan pengendalian kualitas air
    - Pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemukiman
    - Pembinaan pengelolaan TPM (Tempat Pengelolaan Makanan) dan penjamah makanan
    - Pembinaan kesehatan lingkungan institusi

- (3) Upaya Perbaikan Gizi
  - Pelayanan gizi pada masyarakat
  - Pelayanan gangguan gizi
- (4) Upaya Kesehatan KIA dan KB
  - Kesehatan maternal : (i) Pemeriksaan ibu hamil oleh dokter; dan
     (ii) Ibu Nifas
  - Kesehatan Anak : (i) Imunisasi; dan (ii) Deteksi dini tumbuh kembang
  - Pelayanan pada peserta KB aktif: Pelayanan KB Metode jangka pendek dan panjang
- (5) P2M (Pemberantasan Penyakit Menular)
  - Pengamatan epidemiologi
  - Pelayanan pemberantasan penyakit DBD
  - Pelayanan pemberantasan penyakit TBC
  - Pelayanan pemberantasan penyakit HIV, IMS
- (6) Pengobatan
  - Pemeriksaan dan konsultasi kasus geriatri
  - Kunjungan rawat jalan
  - Pemeriksaan Laboratorium
  - Penanganan Kasus
- b. Program Inovasi
  - (1) ARU (Anak Remaja dan Usila)
    - Pembinaan Usila
    - Pembinaan Kesehatan di sekolah
    - Penjaringan kesehatan di sekolah
    - Penyuluhan kesehatan dan konseling
  - (2) Gigi dan Mulut
    - Pembinaan dan pengembangan kesehatan gigi
    - Pelayanan kesehatan gigi : (i) Tambal, (ii) Cabut; dan (iii) Scalling
  - (3) Laboratorium
    - Pemeriksaan Darah

- Pemeriksaan Urine
- Pemeriksaan Sputum
- Pemeriksaan Faeces

#### (4) Battra

- Pembinaan Toga
- Penyuluhan
- Akupuntur
- Akupressure
- Pijat bayi
- Penggunaan dengan menggunakan herbal

### c. Program Unggulan

- Pelayanan puskesmas santun lansia
- Pengobatan Tradisional
- d. UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)
  - (1) Posyandu Balita
    - Terdapat 36 Posyandu Balita
    - Memantau perkembangan balita di masing-masing wilayah melalui SKDN (Data Balita pada kegiatan penimbangan di Posyandu yang artinya: S = jumlah seluruh Balita yang ada di wilayah kerja Posyandu; K = jumlah Balita yang memiliki KMS pada bulan yang bersangkutan; D = jumlah Balita yang datang ke Posyandu dan ditimbang; dan N = jumlah Balita yang datang ke Posyandu dan naik berat badannya)
    - PMT bagi Balita
    - Pemeriksaan kesehataan dan imunisasi
    - Penyuluhan Kesehatan dan imunisasi
    - Penyuluhan kesehatan oleh petugas puskesmas
    - Memiliki kader sebanyak 175 kader dengan rincian 1 orang laki-laki dan 174 orang perempuan.

# (2) Posyandu Lansia

Posyandu lansia mulai berdiri pada tanggal 19 maret 2003 di RW IV Kelurahan Penjaringan Sari sebanyak 1 posyandu. Di tahun 2004 bertambah menjadi 3 posyandu dan di awal 2005 berkembang menjadi 6 posyandu dengan jumlah sasaran sebanyak 550 orang usila. Dengan bertambahnya waktu di tahun 2015 ini jumlah posyandu lansia menjadi 16 posyandu dengan jumlah sasaran sebanyak 1434 usila (Usia lansia).

Adapun jumlah kader dari posyandu lansia ini adalah sebanyak 162 orang dengan perincian laki-laki sebanyak 4 orang, perempuan sebanyak 158 orang.

Aktivitas di posyandu lansia 4 x dalam 1 bulan dengan rincian sebagai berikut:

- a) Minggu pertama:
  - Pemeriksaan fisik
  - Pemeriksaan laboratorium sederhana
  - Penyuluhan tentang penyakit yang diderita lansia
  - Screening lansia bila ada kelainan dirujuk ke PKM/RS
  - Melakukan kunjungan rumah bila lansia sakit ( tidak datang waktu posyandu)
- b) Minggu ke 2,3,4:
  - Senam lansia
  - Acara kerohanian (Pengajian)
  - Anjang sana ke panti jompo
  - Jalan sehat
  - Rekreasi di dalam wilayah Surabaya
- (3) Pos Paud Terpadu

Terdapat 10 pos PAUD di wilayah kerja Puskesmas Medokan Ayu

- (4) Forum Kelurahan Siaga
  - Kelurahan siaga di wilayah kerja Puskesmas Medokan Ayu berjumlah
     3 Kelurahan
  - Forum Kelurahan Siaga diadakan setiap bulan sekali
- (5) Forum Peduli Kesehatan
  - Forum peduli diadakan setiap 3 bulan sekali
  - Forum peduli kesehatan diikuti oleh beberapa tokoh masyarakat, kelurahan dan kecamatan.

### (6) Posyandu Remaja

Mulai berdiri pada tahun 2013 lokasi di kampung anak negeri Jalan Wonorejo No. 30. Akan tetapi baru ada SK pada tahun 2015 dengan sasaran anak jalanan sejumlah laki-laki sebanyak 31 dan sasaran ini bisa berubah sewaktu-waktu.

## Kegiatan antara lain:

- a) Posyandu remaja 8x/ tahun dengan kegiatan:
  - Penyuluhan oleh puskesmas
  - Penyuluhan narasumber oleh kepolisian
  - Penyuluhan narasumber oleh UNMUH
- b) Pemeriksaan fisik setiap bulan dari puskesmas
- c) Pembinaan kerajinan dengan lintas sektor:
  - Ketrampilan menjahit
  - Ketrampilan memasak/kuliner
  - Ketrampilan handycraft
  - Ketrampilan vas bunga
  - Ketrampilan Menulis
  - Ketrampilan musik
  - Ketrampilan Batik

#### 3) Puskesmas Batu

Berdasarkan data tersebut, dapat dipahami bahwa pasien terbanyak ada empat kelompok, yakni: Bayi (1-4 tahun), Balita, WUS (Wanita Usia Subur), dan PUS (Pasangan Usia Subur). Dengan demikian, seharusnya pelayanan yang dipersiapkan oleh Puskesmas lebih memprioritaskan pelayanan yang diperuntukkan pada keempat kelompok pelayanan.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas Batu terbagi menjadi 2 yaitu Pelayanan yang dilakukan di Puskesmas Batu dan Pelayanan yang dilakukan di luar Puskesmas Batu:

#### A. Di dalam Puskesmas

Berupa Upaya kesehatan perorangan, kefarmasian, dan

#### laboratorium

## 1. Pelayanan Rawat Jalan:

- a. Pelayanan Pemeriksaan Umum dan Rujukan
- b. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut
- c. Pelayanan KIA dan KB
- d. Pelayanan Kesehatan Balita dan Immunisasi
- e. Pelayanan MTBS
- f. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
- g. Pelayanan Pemeriksaan IMS dan HIV/AIDS
- h. Pelayanan Pemeriksaan TB
- I. Pelayanan Konseling Gizi
- j. Pelayanan Konseling Sanitasi
- k. Pelayanan Kefarmasian
- 1. Pelayanan Laboratorium Medis
- 2. Pelayanan Rawat Inap:
  - a. Pelayanan Rawat Inap
  - b. Pelayanan Kamar Bersalin
- 3. Pelayanan Kegawat-daruratan:
  - a. Pelayanan Unit Gawat Darurat
  - b. Pelayanan Ambulans
- 4. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang:
  - a. Pelayanan Laboratorium Medis

## B. Luar Gedung

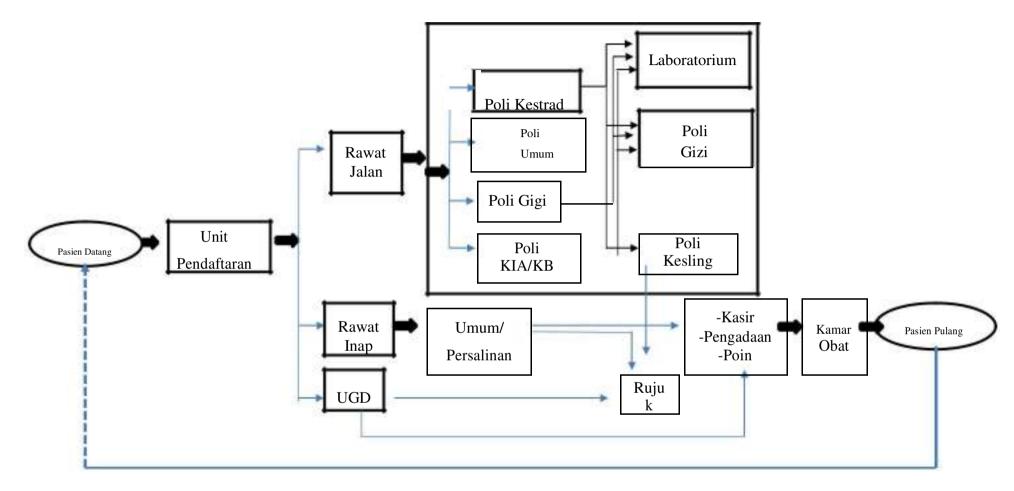
Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dan program/pelayan invatif:

- a. Posyandu Balita
- b. Posyandu Lansia dan Posbindu
- c. Kelas Ibu Hamil dan Balita
- d. Pemberian Vitamin A pada balita
- e. Survei Kadarsih
- f. Pemberian Makanan Tambahan pada Bayi, Balita dan Ibu Hamil

- g. Survei PHBS
- h. Desa Siaga
- i. Penyuluhan Kesehatan
- j. Verifikasi ODF
- k. Pemeriksaan TTO, TB, SAB
- i. STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)
- m. Mobile VCT
- n. Pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah
- o. Pemberian Imunisasi di Posyandu

# 5.1.2. Alur Layanan Umum di Puskesmas

Berikut adalah alur pelayanan umum di puskesmas baik pasien BPJS maupun umum:



**Gambarr: 5.1** Alur Pelayanan Puskesmas Sumber: Puskesmas Medokan Ayu Surabaya Berdasarkan gambar tersebut di atas alur layanan pasien yakni:

#### a. Pendaftaran:

- 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
- 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
- 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
- 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.

#### b. Pasien menunju Poli Umum:

- 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien.
- 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
- 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
- 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
- 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
- 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
- 7) Pasien pulang.
- Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
- d. Pasien menuju UGD:
  - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
  - 2) mengambil obat ke depo obat
  - 3) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk

#### 5.1.3. Pemetakan Layanan Berdasarkan Penyakit dan jumlah Penduduk

Pada sub bab ini dideskripsikan pemetaan layanan berdasarkan penyakit, jumlah penduduk dan rujukan pada di 3 (tiga) lokasi penelitian

# A. Berdasarkan Penyakit

Berikut ini adalah pemetakan layanan berdasarkan jenis penyakit di 3 (tiga) lokasi penelitian:

1) Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo Kabupaten Ponorogo Sepuluh (10) jenis penyakit yang diderita oleh pasien yang berkunjung di Puskesmas Ponorogo Utara dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.7**Jenis Layanan Penyakit Berdasarkan Jenis Penyakit

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	%
1	Hypertension	1.200	12,00%
2	Common Cold	1.182	11,82%
3	Diabetes Melitus	1.104	11,04%
4	Mialgia	1.087	10,87%
5	Gastritis	1.077	10,77%
6	Artitris	914	9,14%
7	Disorder of Refraction	907	9,07%
8	Influenza	888	8,88%
9	Allergic contact dermatitis, unspecified cause	878	8,78%
10	Supervisor of Other normal pragnancy	759	7,59%
	JUMLAH	9.996	100,00%

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara, 2017

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa 3 (tiga) besar penyakit terbanyak yang diderita oleh pasien umum maupun pasien peserta JKN pada Puskesmas Ponorogo adalah: 1) Hypertension (Darah Tinggi) sebanyak 12%, 2) Common Cold (Demam) sebanyak 11,82%, dan 3) Diabetes Melitus sebanyak 11,04%.

### 2) Puskesmas Medokan Ayu

Pasien yang paling banyak datang ke Puskesmas Medokan Ayu, dari 10 jenis penyakit yang diderita sebagian besar pasien menderita dua penyakit, yakni: (1) Acute upper respiratory infection, unspecified (penyakit infeksi akut lain pada saluran pernafasan bagian atas), dan (2) allergic contact dermatitis, unspecified cause (alergi dan peradangan berupa ruam gatal kemerahan pada kulit). Sedangkan sisanya terdapat berbagai penyakit lainnya seperti: peradangan lambung, sakit kepala, hipertensi ringan, peradangan gigi, dan penyakit kulit. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 5.8**Distribusi 10 Penyakit Terbanyak di Derita Pasien
Di Puskesmas Medokan Ayu

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	%
1	Acute upper respiratory infection, unspecified (penyakit infeksi akut lain pada saluran pernafasan bagian atas)	7.741	54,76%
2	Allergic contact dermatitis, unspecified cause (peradangan berupa ruam gatal kemerahan pada kulit)	1.320	9,34%
3	Disturbances in tooth eruption (gangguan pada erupsi gigi)	949	6,71%
4	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin (peradangan pada mukosa lambung dan usus halus)	827	5,85%
5	Headache (sakit kepala)	717	5,07%
6	Other acute gastritis (peradangan akut pada dinding lambung)	681	4,82%
7	Caries of dentine (kerusakan pada struktur jaringan keras gigi)	575	4,07%
8	Essential (primary) hipertension (penyakit hipertensi pemula)	514	3,64%
9	Chronic gingivitis (peradangan gusi kronis)	411	2,91%
10	Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle, unspecified (penyakit	401	2,84%

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	%
	kulit, misal bisul dan lainnya)		
	JUMLAH	14.136	100,00%

Sumber: Puskesmas Medokan Ayu, 2017

Dengan demikian, menurut data pada tabel diatas, dapat diketahui bahwa jumlah penyakit yang mayoritas diderita masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan di Puskesmas Medokan Ayu diantaranya ISPA. ISPA atau infeksi saluran pernafasan akut merupakan infeksi yang mengganggu proses pernaafasan seseorang. Infeksi yang umumnya disebabkan oleh virus yang menyerang hidung, trakea, dan paru-paru. ISPA menyebabkan tubuh tidak mendapat cukup oksigen dan dapat berujung kematian. Penyakit mayoritas yang diderita oleh masyarakat yang mendapatkan pelayanan di Puskesmas Medokan Ayu tidak terlalu berbeda dari tahun satu dengan yang lainnya.

# 3) Puskesmas Batu

Pada Puskesmas Batu pasien yang paling banyak datang, dari 10 jenis penyakit yang diderita adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.9**Distribusi 10 Penyakit Terbanyak di Derita Pasien
Di Puskesmas Batu

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	%
1	Essential (primary) hypertension	970	20,43%
2	Acute nasopharyngitis (common cold)	814	17,15%
3	Acute uper respiratory infection, unspecified	716	15,08%
4	Congestive heart failure	528	11,12%
5	Fever, unspecified	396	8,34%

6	Non insulin-dependent diabetes mellitus with unspecified complications	391	8,24%
7	Arrested dental caries	346	7,29%
8	Myalgia	315	6,64%
9	Non insulin-dependent diabetes mellitus without complications	152	3,20%
10	Non insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications	119	2,51%
	Jumlah	4.747	100,00%

Sumber: Puskesmas Batu, 2017

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa 3 (tiga) besar penyakit terbanyak yang diderita oleh pasien umum maupun pasien peserta JKN pada Puskesmas Ponorogo adalah: 1) *Essential (primary) hypertension* (Darah Tinggi) sebanyak 20,43%, 2) *Acute nasopharyngitis (common cold)* /Demam sebanyak 17,15%, dan 3) *Acute upper respiratory infection, unspecified* (penyakit infeksi akut lain pada saluran pernafasan bagian atas)sebanyak 15,08%.

#### B. Penduduk

 Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo Kabupaten Ponorogo Berikut adalah Jumlah Desa, Luas Desa, Distribusi Penduduk, dan Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara

Tabel 5.10

Jumlah Desa, Luas Desa, Distribusi Penduduk, dan Posyandu
Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara

NO	KELURAHAN/DESA	LUAS WILAYAH (Km²)	∑JIWA	POSYANDU
1.	Bangunsari	0,75	4.332	7
2.	Banyudono	0,90	4.431	4
3.	Beduri	1,29	2.411	2
4.	Cokromenggalan	1,07	3.600	5
5.	Jingglong	0,64	1.754	2
6.	Keniten	2,77	8.206	7

NO	KELURAHAN/DESA	LUAS WILAYAH (Km²)	∑JIWA	POSYANDU
7.	Mangkujayan	2,24	8.509	9
8.	Nologaten	0,71	4.872	4
9.	Pinggirsari	0.69	1.566	2
10	Tamanarum	0.09	1.149	1
	Jumlah	11,15	40.830	43

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara, 2017

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa Puskesmas Ponorogo Utara Kabupaten Ponorogo berkewajiban untuk memberikan layanan kepada penduduk sebanyak 40.830 jiwa yang tersebar pada 10 kelurahan/desa.

**Tabel 5.11**Jumlah Kunjungan Pendaftaran Pasien BPJS
2017

NO	BULAN	BPJS
1	Januari	1025
2	Februari	926
3	Maret	966
4	April	864
5	Mei	909
6	Juni	601
7	Juli	976
8	Agustus	868
9	September	824
10	Oktober	865
11	Nopember	918
12	Desember	993
	JUMLAH	10735

Kunjungan pasien di Puskesmas Ponorogo Utara cenderung banyak alasannya adalah berada di tengah kota, dan jika dirujuk dekat dengan rumah sakit.

**Tabel: 5.12** Jumlah Rujukan Tahun 2016

NO	BULAN	BPJS
1	Januari	351
2	Februari	248
3	Maret	316
4	April	298
5	Mei	272
6	Juni	252
7	Juli	261
8	Agustus	267

NO	BULAN	BPJS
9	September	261
10	Oktober	257
11	Nopember	298
12	Desember	264
	JUMLAH	3345

**Tabel 5.13**Jumlah Rujukan Tahun 2017

NO	BULĂN	BPJS
1	Januari	294
2	Februari	217
3	Maret	271
4	April	206
5	Mei	232
6	Juni	141
7	Juli	261
8	Agustus	211
9	September	181
10	Oktober	210
11	Nopember	211
12	Desember	192
	JUMLAH	2627

Rujukan pasien paling banyak adalah di RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah) Kabupaten Ponorogo termasuk kategori rumah sakit Tipe B. Rujukan berikutnya (nomor 2) adalah Rumah Sakit Aisiyah termasuk Rumah Sakit Tipe C. Perlu diketahui bahwa Rumah Sakit yang ada di Kabupaten Ponorogo ada 6 adalah sebagai berikut:

- 1) RSUD Dr. Harjono Ponorogo
- 2) RSU Aisyiah Ponorogo
- 3) RSU Darmayu Ponorogo
- 4) RSU Muhammadiyah Ponorogo
- 5) RSU Griyo Waluyo Ponorogo
- 6) RSU Muslimat Ponorogo

# 2) Medokan Ayu

Berikut adalah Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin Wilayah kerja Puskesmas Medokan Ayu Kota Surabaya Tahun 2016:

**Tabel 5.14**Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin
Wilayah kerja Puskesmas Medokan Ayu Kota Surabaya Tahun 2016

NO	KEL. UMUR	JUML	AH PENDU	J <b>DUK</b>
		L	P	L+P
1	0 - 4	2.749	2.640	5.389
2	5-9	2.231	2.129	4.360
3	10 – 14	2.027	1.947	3.974
4	15 – 19	2.205	2.400	4.605
5	20 – 24	2.566	2.661	5.227
6	25 – 29	2.527	2.521	5.048
7	30 – 34	2.512	2.544	5.056
8	35 – 39	2.398	2.424	4.822
9	40 – 44	2.142	2.184	4.326
10	45 – 49	1.834	1.960	3.794
11	50 – 54	1.594	1.740	3.334
12	55 – 59	1234	1.316	2.550
13	60 – 64	732	706	1.438
14	>65	845	977	1.822
J	UMLAH	27.596	28.149	55.745

Sumber: Profil Puskesmas Medokan Ayu, 2017

Berdasarkan data di atas diketahui bahwa data penduduk menurut golongan umur paling besar adalah penduduk usia produktif, hal ini dikarenakan penduduk di wilayah kerja puskesmas banyak didominasi penduduk usia produktif.

Berdasarkan data penyakit yang diderita oleh pasien, manakala puskesmas tidak mampu untuk memberikan pelayanan dalam arti pengobatan kepada pasien, maka pasien akan dirujuk pada 2 rumah sakit, yaitu: (i) Rumah Sakit Islam Jemur, dan (ii) Rumah Saki Haji Surabaya.

## 3) Batu

Berikut adalah Data Penduduk di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Batu Menurut Jenis Kelamin 2016

Tabel 5.15

Data Penduduk di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Batu
Menurut Jenis Kelamin 2016

NO	KELURAHAN/DESA	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	∑JIWA
1.	Bangunsari	6470	6159	12629
2.	Banyudono	6051	6122	12173
3.	Beduri	3494	3616	7110
4.	Cokromenggalan	3647	3550	7197
5.	Jingglong	4878	4768	9646
Jum	lah	11,15	40.830	48755

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara, 2017

Secara Umum jumlah penduduk laki-laki lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan. Hal ini dapat ditunjukkan oleh sex ratio yang nilainya lebih dari 100.

Sedangkan jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Batu menurut umur dan jenis kelamin adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.16**Jumlah Kunjungan Pasien JKN di Puskesmas Batu berdasarkan umur
Tahun 2016

Umur	JUMLAH
0-4	152
5-9	592
10- 14	412
15- 19	532
20-24	577
25 - 29	568
30-34	670
35-39	758
40-44	696
45 - 49	1.232
50- 54	1.453
55 - 59	1.860
60-64	1.668
65-69	1.815
70 - 74	785
>75	720

Sumber: Profil Puskesmas Batu, 2017

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa kunjungan pasien yang berkunjung di Puskesmas Batu paling banyak adalah kisaran usia 45-69 tahun.

**Tabel 5.17**Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Batu
Tahun 2017

NO	BULAN	JENIS KUNJUNGAN PASIEN		PASIEN
		UMUM	JKN	JUMLAH
1	Januari	2880	1387	4267
2	Pebruari	3007	1418	4425
3	Maret	3439	1301	4740
4	April	3229	154	3383
5	Mei	3174	1244	4418
6	Juni	1977	855	2832
7	Juli	2970	1376	4346
8	Agustus	2063	1172	3235
9	September			
10	Oktober			
11	Nopember			
12	Desember	_		_
	Jumlah	22739	8907	31646

Sumber: Profil Puskesmas Batu, 2017

# 5.1.4 Strategi Pengembangan Model Layanan

- Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo Kabupaten Ponorogo Layanan yang berbeda dengan Puskesmas lain atau yang membedakan
- a. Adalah layanan Imunisasi Center
- b. Pelayanan Kehamilan Terpadu meliputi T5 meliputi :
  - (1) Timbang berat badan (T1)Ukur berat badan dalam kg tiap kali kunjungan. Kenaikan BB ibu hamil0,5 kg per minggu mulai Trisemester kedua
  - (2) Ukur Tekanan Darah (T2)

    Tekanan darah yang normal 110/80 140/90 mmHg, bila melebihi diwaspadai adanya presklamasi
  - (3) Ukur tinggi fundus uteri (T3)
  - (4) Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
  - (5) Pemberian Imunisasi TT (T5)5T ditambah dengan Pemeriksaan Gigi, Hepatitis dan HIV

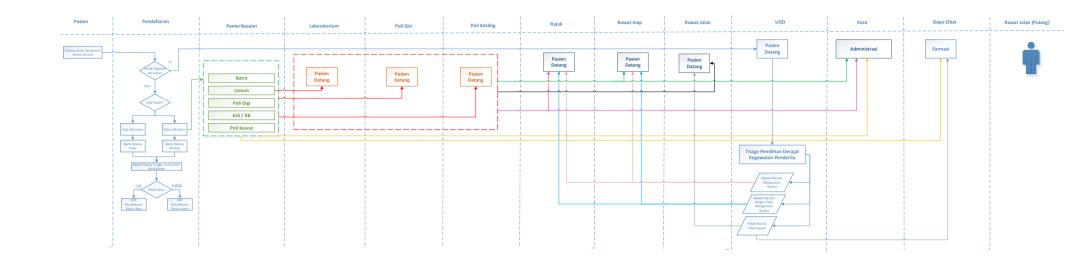
## 2) Puskesmas Medokan Ayu

Strategi pengembangan model layanan yang diterapkan Inovasi layanan

- (1) Puskesmas Santun Lansia
- (2) Grebeg Jentik
- (3) Pengobatan Tradisional (Battra) Program Inovasi
  - (1) ARU (Anak Remaja dan Usila)
    - Pembinaan Usila
    - Pembinaan Kesehatan di Sekolah
    - Penjaringan Kesehatan di Sekolah
    - Penyuluhan dan Konseling
- 3) Puskesmas Batu
  - (2) Pelayanan Konsultasi
  - (3) Pelayanan Kesehatan terpadu meliputi:
    - Pelayanan Upaya Kesehatan Jiwa
    - Pelayanan Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat
    - Pelayanan Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional (Batra)
    - Pelayanan Upaya Kesehatan Olahraga
    - Pelayanan Upaya Kesehatan Indera
    - Pelayanan Upaya Kesehatan Lansia
    - Pelayanan Upaya Kesehatan Kerja
    - Program Perkesmas

### 5.2 Analisis Model Layanan yang Diterapkan

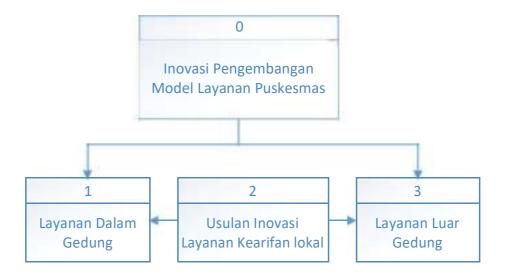
Sebelum Model Layanan yang diterapkan di masing-masing puskesmas yang menjadi di 3 (tiga) lokasi yang menjadi penelitian berikut adalah penyempunaan alur layanan di Puskesmas yang lebih rinci dibanding dengan yang ada sekarang (pada gambar: 5.1)



**Gambar 5.2**: Flow Chart Alur Pelayanan di Puskesmas umber: data penelitian diolah, 2018

Pada Gambar di atas adalah Pelayanan puskesmas yang ada di dalam gedung. Selama ini di berbagai profil puskesmas alur yang ada adalah alur pasien baik pasien JKN maupun umum hanya di dalam gedung. Tidak terlihat alur Pelayanan di luar gedung yang sebenarnya menurut peneliti tidak kalah penting. Karena layanan puskesmas di luar gedung jauh lebih banyak menjangkau masyarakat luas, baik lansia, remaja maupun balita dan ibu hamil. Meskipun tidak bisa dipungkiri sebenarnya puskesmas sudah melakukan layanan baik di luar maupun di dalam gedung puskesmas. Dengan alasan tersebut di atas maka peneliti menyajikan alur pelayanan yang menjangkau masyarakat baik di dalam maupun di luar gedung.

Berikut adalah Model Dasar Pelayanan yang akan dikembangkan di 3 (tiga) lokasi yang menjadi penelitian:



**Gambar 5.3**: Alur Dasar Pelayanan yang Dikembangkan di Puskesmas Sumber: data penelitian diolah, 2018

Model tersebut tentunya nanti akan dikembangkan menurut kearifan lokal yang dimiliki oleh masing-masing puskesmas. Selanjutnya kearifan lokal akan disuntikkan ke dalam inovasi layanan atau kegiatan yang ada di dalam gedung maupun di luar gedung.

#### 5.2.1 Puskesmas Ponorogo Utara

Dari data yang tersaji dalam deskripsi umum lokasi penelitian menunjukkan bahwa pada Puskesmas Ponorogo Utara memiliki kearifan lokal yang bisa dikembangkan dalam pelayanan pada pasien baik untuk pasien umum maupun JKN. Puskesmas Ponorogo Utara memiliki pasien yang sangat setia utamanya untuk pemeriksaan gigi dan mulut sejak tahun 1954 dan imunisasi.

Beberapa inovasi telah dilakukan untuk memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien. Diantaranya adalah imunisasi Center, dan pelayanan kehamilan terpadu. Ketika peneliti ke lapangan/ di puskesmas peneliti melihat banyak pasien yang lalu lalang banyak ibu yang membawa bayinya dan anakanak yang masih berseragam sekolah. Ternyata Puskesmas bekerjasama dengan beberapa sekolah di wilayah kerjanya untuk melakukan imunisasi hepatitis, difteri dan MR. Bagi siswa yang ada kendala imunisasi di sekolah dapat menyusul imunisasi di puskesmas.

Meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa pengembangan pelayanan juga dapat melihat dari distribusi penduduk dan banyaknya penyakit yang diderita oleh para pasien. Tetapi peneliti melihat kearifan lokal yang akan bisa dikembangkan untuk malakukan inovasi layanan adalah kesetian yang terusmenerus sampai turun-temurun berkunjung ke puskesmas untuk imunisasi dan pemeriksaan gigi dan mulut memiliki *entry point* yang cukup besar. Menurut peneliti karifan lokal yang ada akan bisa dikembangkan dengan dipadukan dengan budaya yang menjadi kekhasan Kota Ponorogo yaitu Reog Ponorogo. Yaitu menghadirkan reog kecil pada *event-event* imunisasi agar anak-anak yang hadir bisa berobat atau mendapatkan perawatan kesehatan sambil menikmati hiburan reog. Selain itu bisa juga menyelenggarakan event-event untuk anakanak misalnya lomba mewarnai, edukasi kesehatan dengan game dan lain sebagainya.

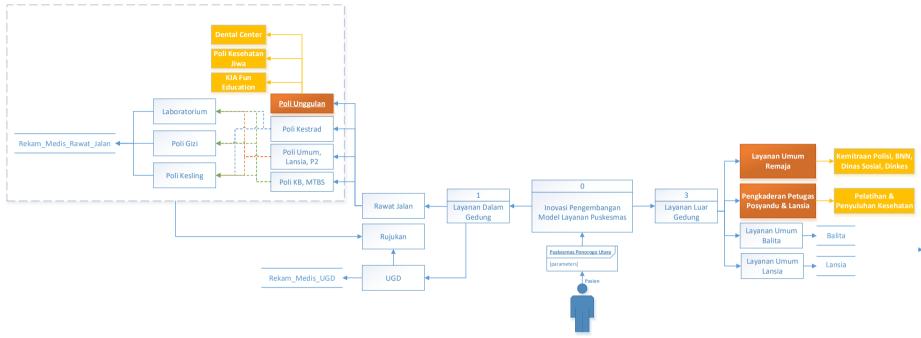
Tetapi dibalik kearifan lokal yang layak untuk dikembangkan, Kabupaten ponorogo juga memiliki kearifan lokal yang memiliki stigma negatif yaitu predikat kampung idiot. Tepatnya ada di Desa Karangpatihan Kecamatan Balong ada 99 warga yang mengalami keterbelakangan mental. Hal ini tentunya menjadi "PR" Pekerjaan Rumah bagi semua elemen yang bergerak di bidang kesehatan termasuk Puskesmas Ponorogo Utara. Mengapa? Karena Puskesmas Ponorogo Utara merupakan puskesmas yang berada di pusat kota yang menjadi "jujukan " pasien dari berbagai penjuru kecamatan di Kabupaten Ponorogo. Selain itu letak Puskesmas yang dekat dengan rumah sakit rujukan juga menjadi faktor banyaknya pesien yang berobat ke Puskesmas Ponorogo utara. Menurut peneliti sangatlah tepat jika Puskesmas Ponorogo Utara mengambil bagian pengembangan layanan pada program kesehatan Jiwa. Jika dibuat matrik kearifan lokal dan rekomendasi pengembangan layanan yang bisa dikembangkan adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.15**Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan pasien JKN
Di Puskesmas Ponorogo Utara

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Kesetiaan masyarakat secara	Menghadirkan reog mini pada event-event
turun-temurun untuk	imunisasi. Baik dilakukan di puskesmas
melakukan imunisasi di	maupun di sekolah.
puskesmas	
Kerjasama dengan sekolah	Menghadirkan lomba anak-anak yang
untuk melakukan imunisasi	bersifat fun education pada event
yang sudah dilakukan puluhan	imunisasi
tahun	
Sejak 1954 menjadi "jujukan"	Dental Center Terpadu
untuk pemeriksaan gigi.	
Kader Kesehatan yang banyak	Memaksimalkan kompetensi kader
dan setia baik Posyandu Balita	dengan mengikuti berbagai macam
maupun Posyandu Lansia	pelatihan/penyuluhan kesehatan serta
	pengkaderan untuk posyandu Lansia
	maupun Balita
Predikat kampung Idiot	Program Layanan Kesehatan Jiwa

Sumber: data penelitian diolah, 2018

Berdasarkan tabel di atas layanan yang dapat dikembangkan di Puskesmas Ponorogo Utara tertuang dalam Model Pengembangan Alur Layanan Pasien JKN/Umum sebagai berikut:



**Gambar 5.4**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Ponorogo Utara Sumber: data penelitian diolah, 2018

Dapat dilihat pada gambar di atas menunjukkan bahwa inovasi pengembangan layanan di Puskesmas Ponorogo Utara di dalam gedung adalah KIA *Fun Education, Dental Center* dan Poli Kesehatan Jiwa. Selain itu pengembangan layanan di luar gedung adalah Layanan Posyandu Remaja bekerjasama/bermitra dengan Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Selain itu adalah perlu meningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung.

### 5.2.2 Puskesmas Medokan Ayu

Puskesmas Medokan Ayu merupakan Puskesmas di Surabaya Timur yang cukup maju, dilengkapi dengan UGD, Rawat Inap dan beberapa layanan. Selain itu layanan yang ada di Puskesmas Medokan Ayu sudah berbasis IT, mulai dari antrian, loket, poli hingga farmasi atau obat. SIMPUS ini dibuat untuk membantu membuat laporan puskesmas dan untuk data perencanaan tingkat dinas. Hanya saja SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) belum berjalan efektif karena kekurangan tenaga kerja di depo obat. Seharusnya pasien dari poli langsung ambil obat di depo obat tidak perlu menggunakan resep lagi. Selain itu aplikasi P-Care dibuat oleh BPJS untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien yang berobat. Membuat rujukan secara berjenjang.

Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Medokan Ayu dengan melihat data penduduk di wilayahnya banyak terdistribusi pada usia 5-9 tahun, 10-14 tahun, 15-49 tahun, 45-49 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Selain itu keberadaan Puskesmas Medokan Ayu yang berada di Kota Metropolis, tentunya pengaruh lingkungan lebih bersifat heterogen dibanding dengan daerah satelit misalnya: Kabupaten Ponorogo, Kabupaten Pacitan, Kabupaten Nganjuk. Menurut peneliti perlu adanya pengembangan layanan spesifik untuk remaja dan bagi penduduk usia produktif.

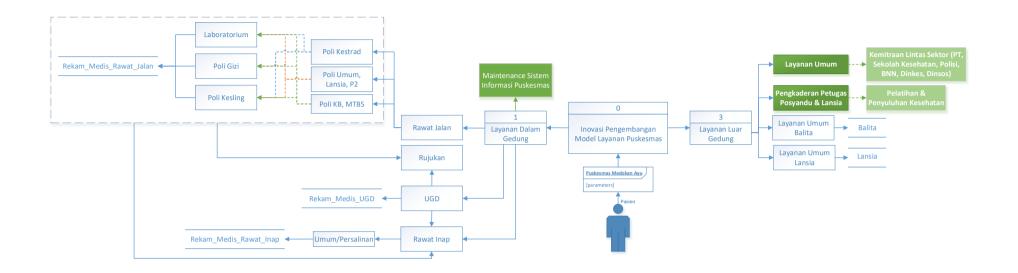
Selain itu karena lokasi Puskesmas Medokan Ayu sering dipergunakan sebagai tempat magang mahasiswa dari Unair, Stikes, Universitas Hang Tuah Universitas Muhamdiyah Surabaya, khususnya Jurusan keperawatan, bidan, apoteker dan farmasi. Banyaknya mahasiswa yang magang di Puskesmas Medokan Ayu hendaknya ditindaklanjuti dengan MoU (*Memorandum or Understanding*) atau kerjasama kedua belah pihak dalam kegiatan lain misalnya Pengabdian Masyarakat. Baik dilakukan penyuluhan, edukasi tentang kesehatan untuk remaja maupun ibu usia produktif. Selain itu juga sekolah SMK Kesehatan dan Perguruan Tinggi yang ada di sekitar Medokan Ayu antara laina UPN (Universitas Pembangunan Nasional) juga sekolah-sekolah Kesehatan baik setingkat dengan SMK maupun Sekolah Tinggi seperti misalnya; Stikes dan SMK Kesehatan Surabaya, Stikes dan SMK Kes Nusantara.

Kearifan lokal yang lain adalah kesetiaan Kader Posyandu yang selama ini sudah membantu program-program yang berhubungan dengan pelayanan masyarakat. Ditandai dengan penghargaan yang diterima oleh Bu Sudarwati wakil kader Wonorejo menjadi juara 1 kader Posyandu teladan tingkat Kota Surabaya tahun 2010. Dan Ibu Ira Prihandini kader RW VI Kelurahan Medokan Ayu menjadi juara harapan 1 kader Posyandu teladan tingkat Kota Surabaya Tahun 2012.

**Tabel 5.15**Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan Pasien JKN
Di Puskesmas Medokan Ayu

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Memiliki Penduduk yang terdistribusi pada Usia sekolah dan Usia Produktif	Mengembangkan pelayanan untuk remaja danIbuusiaproduktifdengan bekerjasamadengan lintas sektor. Misalnya: Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.
sekolah-sekolah Kesehatan baik setingkat dengan SMK	Memaksimalkan kerjasama/kemitraan dengan Perguruan tinggi atau yang sederajat serta Sekolah Kesehatan untuk menunjang pelayanan masyarakat.
Kader Kesehatan setia dan memiliki komitmen yang	Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam pelatihan/penyuluhan kesehatan
	Perlu diefektifkan dengan <i>Mantenance</i> Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018



**Gambar 5.5**: Pengembangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Medokan Ayu

Sumber: data penelitian diolah, 2018

Pada gambar alur di atas menunjukkan bahwa inovasi pengembangan layanan di Puskesmas Medokan Ayu di dalam gedung adalah *Maintanance* Sistem Informasi Puskesmas yang sudah ada. Selain itu pengembangan layanan di luar gedung adalah Pelayanan Umum yang bermitra dengan Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan, Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Selain itu adalah perlu meningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung.

#### **5.2.3** Puskesmas Batu

Puskesmas Batu cukup maju, dilengkapi dengan UGD, Rawat Inap dan beberapa layanan. Selain itu layanan yang ada di Puskesmas Batu seperti halnya di Puskesmas Medokan Ayu sudah berbasis IT. Hanya saja SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) juga belum berjalan efektif karena ke Depo Obat masih menggunakan resep. Selain itu juga sudah menggunakan aplikasi *P-Care* dibuat oleh BPJS untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien yang berobat. Membuat rujukan secara berjenjang.

Berbicara tentang Kota Batu tentu tidak asing lagi di telinga masyarakat Jawa Timur yaitu sebagai Kota Wisata. Museum Angkot, Jatim Park 2, BNS (*Batu Night Spectacular*), *Eco Green Park*, Coban Rondo, Taman Selecta adalah wisata yang ada di Batu. Menurut Peneliti ini adalah kearifan lokal yang layak untuk dikembangkan menjadi cikal bakal untuk mengembangkan inovasi pengembangan layanan pasien JKN. Salah satunya adalah UGD Wisata. Dimana UGD itu melayani semua pasien yang mengalami masalah kesehatan ketika sedang rekreasi ke Kota Batu. Dengan adanya UGD Puskesmas Batu memiliki keleluasaan untuk bisa merujuk ke rumah sakit manapun. Sehingga ini memberi kemudahan dan kenyamanan tersendiri bagi wisatawan.

Dengan melihat data kunjungan banyaknya pasien JKN yang berkunjung adalah usia 45-69 tahun atau masuk pada usia lansia. Menurut peneliti ini juga kearifan lokal meskipun bukan berupa kebiasaan tapi ini bisa menjadi pertimbangan untuk mengembangan layanan, khususnya adalah layanan lansia atau *Lansia Center*. Mulai tidak ada antrian untuk pasien usia lanjut baik di loket maupun depo obat, fasilitas umum seperti *closet* jongkok, pegangan tangan saat naik, kursi yang nyaman dan lain sebagainya.

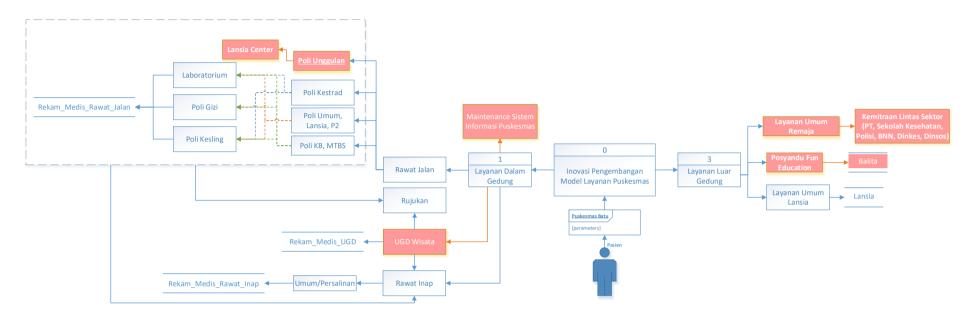
Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Batu dengan melihat data penduduk di wilayahnya banyak terdistribusi merata pada Balita (0-4) sampai pada usia 44-44 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Inovasi layanan pengembangan layanan yang paling tepat adalah untuk anak maupun remaja usia sekolah. Karena dengan predikat Kota Wisata, Kota Batu sangatlah rawan dengan pengaruh dari luar. Dan tentunya

remaja sangatlah memerlukan fondasi mental yang kuat agar tidak terperosok pada pergaulan bebas yang tidak diinginkan.

Tabel 5.20 Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan Pasien JKN Di Puskesmas Batu

WEADINANT OWAL DEWOMENDAG DENGENDANCAN				
KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN			
	LAYANAN			
Batu sebagai Kota Wisata	Mengembangkan pelayanan "UGD			
	Wisata". Melayani semua pasien JKN			
	utamanya yang mengalami masalah			
	kesehatan ketika sedang rekreasi ke Kota			
	Batu.			
Pasien JKN yang berkunjung	Dikembangkan layanan lansia atau <i>Lansia</i>			
adalah usia 45-69 tahun atau	Center			
masuk pada usia lansia				
Memiliki Pendudukyang	Mengembangkan pelayanan untuk remaja			
terdistribusi pada Usia sekolah	bekerjasama dengan lintas sektor.			
	Misalnya: Polisi, BNN, Dinas Sosial dan			
	Dinas Kesehatan.			
Layananan sudah	Perlu diefektifkan dengan Mantenance			
menggunakan SIMPUS dan P-	Sistem Informasi Puskesmas Secara			
Care	Terpadu			

Sumber: data penelitian diolah, 2018



Gambar 5.7: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Batu

Sumber: data penelitian diolah, 2018

Pada gambar alur di atas menunjukkan bahwa inovasi pengembangan layanan di Puskesmas Batu di dalam gedung adalah UGD Wisata, *Maintanance* Sistem Informasi Puskesmas yang sudah ada dan Lansia Center. Selain itu pengembangan layanan di luar gedung adalah Layanan Umum Remaja Layanan Umum bermitra dengan Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan, Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Selain itu perlu dikembangkan Posyandu *fun education*.

Secara umum menunjukkan bahwa berdasarkan kearifan lokal masing-masing puskesmas akan membawa inovasi pengembangan model layanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung, sesuai kebutuhan diharapkan oleh pasien JKN khususnya. Inovasi layanan bermacam-macam yang nantinya diimplementasikan ke dalam program layanan baru, maupun penguatan pada layanan yang sudah ada. Tentunya ini semua akan efektif apabila didukung oleh seluruh *stakeholder* puskesmas.

# BAB VI RENCANA TAHAP BERIKUTNYA

# 6.1 Luaran Yang Dicapai

Luaran yang dicapai pada kegiatan penelitian tahun ke-1 yaitu dengan tersedianya draft Pengambangan Model Layanan Pukesmas di 3 (tiga) lokasi yang menjadi penelitian yaitu di Puskesmas Ponorogo Utara, Puskesmas Pucang Sewu Surabaya dan Puskesmas Batu maka pada tahun ke-2 peneliti mencoba meng-implementasikan draft model yang ada di masing-masing puskesmas. Hal ini dimaksudkan untuk mengkaji tingkat efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien dalam penerapan draf pengembangan model layanan pasien JKN/Umum berbasis kearifan local. Selanjutkan akan dilakukan penyempurnaan-penyempurnaan draft model berdasarkan pengamatan, data di lapangan dan dari Focus Group Discussion (FGD) dengan *stakeholder* puskesmas.

Selain itu peneliti juga bermitra dengan Puskesmas lain yaitu Puskesmas Pucang Sewu Surabaya. Puskesmas Mitra ini akan akan dipergunakan peneliti untuk menggali data lain untuk materi penyempurnaan Draft Model Pengembangan Layanan. Tentunya semakin banyak puskesmas yang menjadi acuan akan menjadikan draft model lebih lengkap dan fleksibel.

Cara, Metode, dan Indikator Capaian Penelitian Tahun II

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
Implementasi draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal	Penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal Mengkaji tingkat efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien Penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal	Menguji dampak penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal melalui survei  Mengkaji tingkat efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal melalui FGD .	Teruji penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal  Ditemukan solusi tentang efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal

Membakukan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal	Melakukan sosialisasi revisi model layanan program JKN berbasis kearifan lokal pada seluruh bagian pelayanan di 3 puskesmas	Melakukan pendampingan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal.	Membakukan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada Puskesmas
	Penentuan Nota Kesepakatan untuk menerapkan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal diseluruh jenis layanan yang ada di puskesmas		

### Cara, Metode, dan Indikator Capaian Penelitian Tahun III

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
Uji coba model layanan program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) puskesmas di 3 (tiga) kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur	Mensosialisasikan dan menguji model layanan program JKN berbasis kearifan lokal di tiga Puskesmas lain di Jawa Timur	Menguji penerapan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal melalui survei  Mengkaji tingkat efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal melalui FGD	Dapat diketahui hasil uji coba model layanan program JKN berbasis kearifan lokal yang efektif.
Evaluasi model dengan mengadaptasikan kearifan lokal di puskesmas setempat	Mengkaji tingkat efektivitas dari model utamanya untuk mengatasi berbagai kendala pelayanan bagi pasien Program JKN yang semakin lama semakin meningkat	Menguji dampak penerapan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal sehingga menambah kemudahan dan kelancaran dalam mendapatkan fasilitas pelayanan yang berkualitas melalui Focus Group Disscussion	Dapat diidentifikasi berbagai kelemahan serta kendala di lapangan terkait dengan model layanan program JKN berbasis kearifan local. Penyempurnaan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal yang baru.

Membakukan	Melakukan sosialisasi	Melakukan	Membakukan
pengembangan	pada seluruh bagian	pendampingan dalam	pengembangan model
model layanan	layanan di Puskesmas	pelaksanaan	layanan berbasisi
program JKN	terkait dengan	pengambangan model	kearifan lokal bagi
berbasis kearifan	Pengembangan Model	layanan pasien program	pasien Program JKN
lokal pada	Layanan Berbasis	JKN	pada Puskesmas di
Puskesmas di	Kearifan Lokal yang		Provinsi Jawa Timur.
Kota Surabaya	lebih menjawab		
	kebutuhan pasien		
	Program JKN.		
	Selanjutnya dibuat		
	Nota Kesepakatan		
	untuk menerapkan		
	model tersebut		
	diseluruh jenis		
	layanan yang ada di		
	puskesmas dalam		
	rangka mewujudkan		
	New Public Services		
	pada puskesmas di		
	Provinsi Jawa Timur		

### **ASPEK YANG DITELITI**

### **LUARAN YANG DICAPAI**

### Tahun I:

- identifikasi dan pemetaan jenis layanan pasien program JKN berdasarkan usia, jenis penyakit dan rujukan.
- 2. Analisis model layanan yang diterapkan,
- 3. Rumusan draft pengembangan model layanan

### Tahun I:

- 1. Publikasi Ilmiah (draft)
- 2. Pemakalah dalam temu Internasional Pemakalah dalam Seminar Lokal
- 3. Pengembangan Model Layanan Pasien JKN/umum berbasis kearifan lokal
- 4. Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Hak Cipta (draft model)
- 5. Buku Ajar (draft)



### Tahun II:

- 1. Imlementasi draft Pengembangan model layanan pasien JKN berbasis kearifan lokal
- 2. Mengkaji tingkat efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien dalam penerapan draft pengembangan model layanan berbasis kearifan lokal
- Sosialisasi revisi Pengembangan model layanan pasien JKN/umum berbasis kearifan lokal pada seluruh bagian pelayanan di 3 puskesmas dan puskesmas Mitra
- Penentuan Nota Kesepakatan untuk menerapkan Pengembangan Model Layanan Pasien JKN/umum berbasis Kearifan Lokal

### Tahun II:

- 1. Publikasi Ilmiah (submit)
- 2. Pemakalah dalam temu Internasional
- 3. Penyempurnaan Model Layanan Pasien JKN berbasis Kearifan Lokal pada Puskesmas di Jawa Timur
- 4. Prociding Internasional (publish)
- 5. Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Hak Cipta (daftar)
- 6. Buku Ajar (editing)



### Tahun III:

- 1. ujicoba pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) puskesmas lain;
- 2. Evaluasi pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) Puskesmas lain; dan
- 3. Pelembagaan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal.

**Gambar 6.1**. Bagan Alir Penelitian Sumber: Data Peneliti Diolah, 2018



### Tahun III:

- 1. Publikasi Ilmiah (Publish)
- Pengembangan Model Layanan Pasien JKN berbasis Kearifan Lokal pada Puskesmas di Jawa Timur (Penerapan)
- 3. Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Hak Cipta (Granted)
- 4. Buku Ajar (ISBN)



### 6.2. Jadwal Kegiatan

Jadwal penelitian ini meliputi kegiataan yang terencana dan terprogram mulai dari memilih topik, penentuan tim peneliti, survey awal terhadap obyek penelitian, menyusun proposal penelitian, desain kuesioner, pengumpulan data lapangan, *focus group discussion* (FGD), penyusunan laporan dan sosialisasi hasil penelitian melalui publikasi karya ilmiah.

Tabel 6.2 Jadwal Penelitian Tahun Kedua (II)

	I I					Bula	n Ke					T., 3:1-4
No	Uraian Kegiatan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Indikator capaian
1	Persiapan penelitian (mengurus											Deskripsi data di lokasi penelitian
	ijin penelitian dan menyususn											Desain interview guide dengan kebutuhan data
	instrumen penelitian											
2	Pegumpulan data lapangan											Kecukupan data penelitian yang diperlukan
3	FGD (update data lapangan)											Menentukan data yang relevan untuk
												penelitian
4	Tabulasi data lapangan											Data sudah ditabulasikan
5	Editing data (relevansi analisis)											Data siap dianalisis untuk pembahasan
6	Pengolahan dan Analisis data											Mendeskripsikan data lapangan
7	Pembahasan (temuan penelitian)											Menyempurnaan Model Tahun I
8	Laporan Hasil Penelitian											Menyusun laporan penelitian secara lengkap
9	Sosialisasi hasil											Menggelar seminar internal/ekternal
	penelitian/seminar											
10	Publikasi (jurnal/Proseding)											Mendaftar ke jurnal Ilmiah Internasional
												Bereputasi, <i>Prociding</i> Internasional, Buku
												Ajar (Editing), Daftar HAKI,, Pemakalah
												Nasional/Internasional
	Tempat penelitian Kampus Penelitian lapangan											

### **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Kesimpulan dan saran dimaksudkan untuk memberikan kesimpulan dari seluruh bab yang telah dijelaskan pada bab-bab sebelumnya yang berkaitan juga dengan permasalahan dan batasan masalah yang diselesaikan dalam penelitian ini. Sedangkan saran dimaksudkan untuk memberi saran guna perbaikan di masa yang akan datang.

### 7.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari model yang akan dibangun dalam penelitian ini adalah:

- 1) Hasil identifikasi layanan yang diberikan pada pasien Program JKN pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur yaitu Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; Puskesmas Ponorogo Utara Kecamatan Ponorogo; dan Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu hampir sama terangkum dalam Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Kegawat-daruratan, Pelayanan Pemeriksaan Penunjang dan Pelayanan Inovasi. Pelayanan dapat dilakukan di dalam gedung maupun luar gedung.
- 2) Pemetakan layanan yang diberikan pada pasien Program JKN pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) Kabupaten di Jawa Timur berdasarkan penyakit sebagian besar penyakit yang diderita pasien JKN adalah hipertensi ringan, infeksi saluran pernafasan dan diabetes militus. Berdasarkan distribusi penduduk yang dilayani merata di seluruh usia. Baik usia balita, produktif maupun lansia.
- 3) Kearifan lokal yang dimiliki masing-masing puskesmas berbeda-beda dan ini semua sebagai dasar untuk membuat rekomendasi pengembangan model layanan pasien JKN.
- 4) Pengembangan model layanan puskesmas bagi pasien JKN/Umum baik di dalam gedung maupun di luar gedung di 3 (tiga) Puskesmas yang menjadi lokasi Penelitian yaitu Puskesmas Ponorogo Utara, Puskesmas Medokan

Ayu dan Puskesmas Batu yang sudah disesuaikan dengan kearifan lokal dimiliki dimasing-masing pukesmas.

### 7.2 Saran

Saran yang bias diberikan untuk pengembangan sistem selanjutnya yang lebih bagus yaitu:

- 1) Pengembangan model layanan akan bisa efektif jika seluruh 
  stakeholder puskesmas memiliki komitmen untuk 
  mengimplementasikan mulai tahap komunikasi, penyediaan 
  sumberdaya dan kerjasama yang harmonis antar institusi yang 
  terlibat
- 2) Komitmen dituangkan dalam nota kepakatan untuk mewujudkan *service excellence* atau pelayanan prima.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Atmodjo, 1986."Penertian Kearifan Loka dan Relevansinya dalam moderniasi" Jakarta: Dunia Putaka
- Abdul Wahab, S., 1997. *AnalisisKebijaksanaan dari Formulasi ke implementasi Kebijaksanaan Negara*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Arief. 2007. Pemasaran Jasa dan Kulitas Pelayanan (Bagaimana Mengelola Kualitas Pelayanan Agar Memuaskan Pelanggan). Malang: Bayumedia Publishing
- Bryant C. & White, L.G., 1982, Managing Development in The Third World
- Debby Kulo, R. G. A. Massie, dan G. D. Kandou, Jurnal JIKMU, Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang MongondowSuplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado
- Nugroho, Riant.2009, *Public Policy*, PT Elex Media komputindo, Kelompok Gramedia, Jakarta
- Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, dan L.L. Berry. 1998. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1.
- Qhisti Sabrina, Jurnal: Kebijakan dan Manajemen Publik, Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya, Volume 3, Nomor 2, ISSN 2303 341X, Mei-Agustus 2015, Universitas Airlangga.
- Ratminto & Winarsih, AS (2005), Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal, Cetakan Pertama, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Ripley, Randall B., 1985. *Policy Analysis in Political Science*, Chicago: Nelson-Hall Publisher, Inc.
- Sapto Pramono, Sri Roekminiati, 2015, Penelitian DIPA dalam judul "Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Universitas Dr. Soetomo
- Winarno, Budi, 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*, Media Pressindo, Jakarta.

### **Sumber Lain:**

- Undang-Undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- Kepmenpan Nomer 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik
- JumlahPuskesmas Sudah Cukup Untuk Sistem JKN, http://health.kompas.com,diakses tanggal 12 Januari 2015.
- Analisa Tantangan dan Hambatan Pelaksanaan JKN, http://www.slideshare.net, diakses tanggal 5 Januari 2015
- Jumlah Puskesmas 2012, http://www.slideshare.net, diakses tanggal 8 Januari 2015
- ....., http://www.siknasonline.depkes.go.id, <u>diakses</u> tanggal 12 Januari 2015

### Lampiran 1. Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas

No	Nama/NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu	Uraian Tugas
				(jam/minggu)	
1	Dr. Amirul Mustofa, M.Si 0713087001	Fak. Ilmu	Ilmu Adm.	20	Bertanggngjawab dalam
		Administrasi Univ. Dr.	Niaga		membantu ketua tim dalam merencanakan, mengarahkan,
		Soetomo			melaksanakan, menganalisa,
					serta mengevaluasi
					pelaksanaan penelitian.
2	Sri Roekminiati, S.Sos.,	Fak. Ilmu	Ilmu	20	Bertanggngjawab dalam
	M.KP. 0713087001	Administrasi	Administrasi		merencanakan, mengarahkan,
		Univ. Dr.	Negara		melaksanakan, menganalisa,
		Soetomo			serta mengevaluasi
					pelaksanaan penelitian.
3	Dra. Damajanti Sri	Fak. Ilmu	Ilmu Adm.	20	Bertanggngjawab dalam
	Lestari, MM.	Administrasi	Negara		membantu ketua tim dalam
	0721066901	Univ. Dr.			merencanakan, mengarahkan,
		Soetomo			melaksanakan, menganalisa,
					serta mengevaluasi
					pelaksanaan penelitian.

### Lampiran 4 Biodata Ketua dan Anggota

### <u>IDENTITAS KETUA PENELITI</u>

### A. Identitas Diri

### Biodata Anggota Tim Pengusul

### B. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si.
2	Jenis Kelamin	Laki - laki
3	Jabatan Fungsional	Lektor, III C
4	NIP/NIK/ NPP	91.01.1.085
5	NIDN	0718016601
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Sidoarjo, 18 Januari 1966
7	E-mail	amirulmust66@gmail.com dan
		amirul.mustofa@unitomo.ac.id
8	Nomor Telp/HP	081230594747
9	Alamat Kantor	Universitas Dr. Soetomo, Jl. Semolowaru Surabaya
10	Nomor Telp/ Faks	031-5944743
11	Lulusan yang Telah Dihasilkan	S1 = 435 mahasiswa $S2 = 92$
12	Mata Kuliah yang Diampu	1. Filsafat dan Teori Administrasi Publik
		2. Ekonomi Politik Pembangunan
		3. Corporate Social Responsibility
		4. Manajemen Pelayanan Publik

C. Riwayat Pendidikan

No	Riwayat Pendidikan	S1	S2	S3
1	Nama Perguruan Tinggi	Universitas Brawijaya	Universitas Gadjah Mada	Universitas Brawijaya
2	Bidang Ilmu	Administrasi Negara	Ilmu Administrasi Negara	Administrasi Publik
3	Tahun Masuk - Lulus	1985-1990	1995 - 1997	2010 - 2016
4	Judul Skripsi/ Thesis/ Disertasi	Persepsi Pemuda Terhadap Partai Politik dan Golkar di Kotamadya Malang	Kebijakan Privatisasi Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dalam Pembangunan: Analisis Aliansi politik Pada BUMN 1988-1996.	Pelaksanaan Program Corporate Social Responsibility Dalam Perspektif Governance (Studi kasus pelaksanaan program CSR pada BUMS, BUMN, dan BUMD di Jawa Timur)
5	Nama Pembimbing/ Promotor	Drs. M. Irfan Islamy, MPA.	Dr. Mohtar Mas"oed, MA.	Prof. Dr. Bambang Supriyono, M.Si

### D. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

		Pendanaan		
Tahun	Judul Penelitian	Sumber	Jml (juta Rp)	
Februari – Mei 2016	Survey Kepuasan Masyarakat Kreatif dan Inovatif Layanan Kantor Samsat	Dinas Pendapatan Daerah Provinsi	210	
	Provinsi Jawa Timur Tahun 2016	Jawa Timur		
Februari - November 2015	Penelitian Disertasi: Pelaksanaan Program Corporate Social Responsibility Dalam Perspektif Governance(Studi kasus pelaksanaan program CSR pada BUMS, BUMN, dan BUMD di Jawa Timur)	Mandiri	20	
November - Desember 2014	Pengukuran IKM (SKM) Lemtek dan BUMD Tahun 2014	Bagian Organisasi Dan Tata Laksana Sekretariat Daerah Kota Surabaya	43	
Maret - Mei 2014	Penelitian Potensi Parkir Non Berlangganan	Dinas Perhubungan Kabupaten Sidoarjo	50	
April - Juli 2014	Kajian Sistem Inovasi Daerah Kabupaten Pasuruan	Balitbang & Diklat Kab. Pasuruan	110	
Maret - Mei 2014	Penyusunan Rencana Induk Sistem Penyediaan Air Minum (RI-SPAM) Kabupaten Bangkalan	Bappeda Kabupaten Bangkalan	150	
September - Desember 2013	Pengembangan Model Keterkaitan Rencana Rinci Dan Sistem Perizinan Kawasan Suramadu	Badan Pengembangan Wilayah Suramadu	950	
September - November 2013	Kajian Pembentukan Dan Peningkatan Lembaga Ketenagakerjaan Kabupaten Pasuruan	Balitbang & Diklat Kab. Pasuruan	115	
September - November 2013	Pembentukan Jejaring Kerjasama Stakeholders, Pengukuran Produktivitas Dan Daya Saing	Disnakertransduk Prov. Jatim	80	
Juni - Agustus 2013	Penyusunan Strategi Pengembangan Pelayanan dan Non Pelayanan RSUD Bangil di Kabupaten Pasuruan	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Pasuruan	125	
Oktober - Desember 2012	Penyusunan Standar Pelayanan Publik (SPP) dan Standard Operating Procedure (SOP) Pelayanan Perizinan di Badan Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Sumenep	Badan Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Sumenep	50	
Maret – Mei 2012	Analisis Kemampuan Pemerintah Kabupaten/Kota Dalam Penyediaan Dana <i>Sharing</i> Program Jamkesda Di	Dewan Wali Amanah dan BPJSD Prov. Jatim	80	

		Pendanaa	n
Tahun	Judul Penelitian	Sumber	Jml (juta Rp)
	Jawa Timur		
Juni - Agustus	Strategi Peningkatan Pemanfaatan	Bappeda Provinsi	230
2012	Pembiayaan Dari Sumber	Jawa Timur	
	Tanggungjawab Sosial Di Jawa		
	Timur		
Januari - Maret	Pengembangan Wilayah Pesisir	Bappeda	250
2012	Kawasan Pantai Utara di Kabupaten	Kabupaten	
	Manggarai Timur 2012-2016	Manggarai Timur	
Oktober -	Peningkatan Kualitas Pelatihan	Disnakertransduk	240
Desember	Kerja dengan Penerapan Program	Provinsi Jawa	
2011	CBT pada UPT-PK di Lingkungan	Timur	
	Disnakertransduk Provinsi Jawa		
	Timur		
September -	Penyusunan Kajian Prospek	Badan Penanaman	50
November	Investasi Kerjasama Usaha Kecil,	Modal Provinsi	
2011	Menengah Besar di Sektor	Jawa Timur	
	Agroindustri untuk Komoditi		
	Mangga		

### E. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat Dalam 5 Tahun Terakhir.

		Pendanaan	
Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Sumber	Jml (juta Rp)
2017	Narasumber "Sosialisasi Kelembagaan dan	Bagian organisasi	4,5
	Pemahaman Tugas dan Fungsi Sekretariat	dan ketatalaksanaan	
	Daerah, Kecamatan dan Kelurahan di	Sekretariat Daerah	
	Kabupaten Sampang", tanggal 10 Maret	Kabupaten Sampang	
	2017		
2016	Narasumber "Konsep Evaluasi Hasil	Bagian Bina	4
	Pelaksanaan Program dan Kegiatan	Program, Asisten	
	Berdasarkan Permendagri Nomor 13 Tahun	Perekonomian dan	
	2016", di Bagian Bina Program, Asisten	Pembangunan,	
	Perekonomian dan Pembangunan,	Sekretariat Daerah	
	Sekretariat Daerah Kota Surabaya., 8	Kota Surabaya	
	Desember 2016.		
2016	Narasumber "masalah Permasalahan	Bagian Bina	4
	Perencanaan Anggaran dan Pencatatan Aset	Program, Asisten	
	Daerah", di Bagian Bina Program, Asisten	Perekonomian dan	
	Perekonomian dan Pembangunan,	Pembangunan,	
	Sekretariat Daerah Kota Surabaya., 29	Sekretariat Daerah	
	Agustus 2016	Kota Surabaya	
2016	Narasumber "Keterbukaan Informasi Publik,	Komisi Komisi	3

		Pendanaan	
Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Sumber	Jml (juta Rp)
	Implementasi dari UU nomor 14/2008 tentang Komisi Informasi Publik, TV 9 Surabaya, 22 Agustus 2016	Informasi (KI) dan Keterbukaan Informasi Publik (KIP) Prov Jatim	
2015	Menjadi Instruktur Diklat Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) untuk SKPD Kabupaten Pasuruan dengan materi "Evaluasi Renstra SKPD dengan RPJMD Bupati", tanggal 6 s/d 11 April 2015	Badan Penelitian Pengembangan dan Diklat Pemerintah Kabupaten Pasuruan	4
2015	Menjadi Instruktur Diklat Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) untuk SKPD Kabupaten Pasuruan dengan materi "Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah sesuai Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014", tanggal 6 s/d 11 April 2015	Badan Penelitian Pengembangan dan Diklat Pemerintah Kabupaten Pasuruan	2
2012	Menjadi Instruktur Diklat "Pelayanan Publik dan Standar Pelayanan Publik Kapubatan Bondowoso", 18-19 April 2012.	Bagian Organisasi Sekretariat Kabupaten Bondowoso	2
2012	Menjadi Instruktur Diklat Pemantapan Teknis Etika Pelayanan Di Samsat Kabupaten Gresik, " <i>Philosophy Of Public Service</i> ", 13 April 2012.	SAMSAT BERSAMA Kabupaten Gresik	3,5
2012	Menjadi Instruktur Diklat Pemantapan Teknis Etika Pelayanan Di Samsat Kabupaten Gresik, " <i>Philosophy Of Public</i> <i>Service</i> ", 24 Maret 2012.	SAMSAT BERSAMA Kabupaten Gresik	3,5
2011	Menjadi Instruktur Diklat Para Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi dengan materi "Tata Kelola Pemerintahan Modern", 15 September 2011	Badan Diklat Provinsi Jatim	5
2011	Menjadi Instruktur Pelatihan "Peningkatan Kompetensi Sekretaris Desa Pemerintah Kabupaten Blitar", 22-28 Maret 2011	Badan Diklat Provinsi Jatim - BKD Kabupaten Blitar	2
2011	Menjadi Instruktur Pelatihan "Peningkatan Kompetensi Sekretaris Desa Pemerintah Kabupaten Bondowoso", 19 Maret 2011.	Badan Diklat Provinsi Jawa Timur - BKD Kabupaten Bondowoso	2

### F. Publikasi Artikel Ilmiah dan Jurnal Dalam 5 Tahun

Tahun	Judul Artikel	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/Tahun
2016	Reformasi Menuju Local Government Council Yang Berkualitas (Reform Toward Quality Of Local Government Council)	JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik Untag Surabaya	Vol. 2, No. 2, hal. 320 – 342 Oktober Th. 2016 e-ISSN: 2460 -1586
2016	Role of Stakeholders and Corporate Social Responsibility (CSR): Shortcomings on the Implementation of a Governance-Perspective Based CSR in Indonesia	International Journal of Management and Administrative Sciences (IJMAS), Pakistan Society for Business and Management Research	Vol. 3, No. 5, Tahun 2016, hal 35 - 45
2012	Analisis Program Corporate Social Responsibility (CSR) dalam Pembangunan Berkelanjutan Di Jawa Timur dengan Prespektif <i>Policy Governance</i>	e-journal Ilmiah Politik Kenegaraan, Universitas Negeri Padang	Vol. 11, No. 1, <u>Tahun 2012,</u> hal. 232 – 258
Sept 2011	Reformasi Administrasi: Pendekatan Birokrasi Representatif Dalam Meningkatkan Performa Birokrasi	Jurnal Ilmu Komunikasi dan Ilmu Administrasi Negara "KALAMSIASI", Universitas Muhammadiyah Sidoarjo	Vol. 4, No. 2, Tahun 2011, hal. 141 – 154
April 2011	Reformasi Birokrasi Gagal Mengimplemasikan Kebijakan Bagi Penyandang Cacat: Pendekatan dan Solusi Alternatif	Jurnal Spirit Publik, Jurusan Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik UNS-Surakarta	Vol 7, No.1, Tahun 2011, hal. 45-66
Maret 2009	Perubahan Budaya Public Service Organizations (PSOs) Dalam Meningkatkan Kinerja Layanan Publik	Jurnal Riset Ekonomi & Bisnis, UPN Veteran Surabaya	Vol.9 No. 1, Maret Th. 2009, hal 19 - 28

### G. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral Presentation) Dalam 5 Tahun Terakhir

G. I CII	ianaian Schillar Illinan (O	rai i resemunon) Bulum e Tumum i	CI dixiiii
No	Nama Pertemuan Ilmiah/ Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Asia-America-Africa-	Managing Reform: Corporate Social	13-14 November
	Australia Public Finance	Responsibility Program of	2012, Post
	Management Conference:	Sustainable Development in East	Graduate, UPN
	Public Reform for Good	Java", Asia-America-Africa-	"Veteran"
	Government Governance, ,	Australia Public Finance	JawaTimur,
		Management Conference: Public	Surabaya, Indonesia.
		Reform for Good Government	
		Governance	

### H. Karya Buku Dalam 5 tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah	Penerbit	
			Halaman	T cherbit	

### I. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit

### J. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya dalam 5Tahun Terakhir

No	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	TempatPenerapan	ResponMasyarakat
1	Tenaga Ahli pada Penyusunan Raperda: 1) Sumber Pendapatan Desa, dan 2) Tata Cara Penghapusan Dan Penggabungan Desa/Kelurahan pada Rapat Kerja Panitia Khusus X DPRD Kabupaten Sidoarjo	2016	Desa / Kelurahan Kabuatepaten Sidoarjo	Baik

Surabaya, 24 Mei 2017 Anggota Pengusul,

Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si

### Biodata Anggota Peneliti

### A. IDENTITAS DIRI

Nama : **Sri Roekminiati, S. Sos, M.KP** Tempat dan Tanggal Lahir : Ponorogo, 13 Agustus 1970

Jenis Kelamin : Perempuan Status Perkawinan : Kawin Agama : Islam

Golongan / Pangkat : III-A/ Lektor

Perguruan Tinggi : Universitas DR. Soetomo

Alamat Rumah : Perum Wage Permai Blok A-3 Taman, Sidoarjo

Telp./Faks./HP : 081230503227

Alamat e-mail : sriroekminiati@gmail.com

### **B. RIWAYAT PENDIDIKAN PERGURUAN TINGGI**

Tahun Lulus	Jenjang	Perguruan Tinggi	Jurusan/ Bidang Studi
1994	S1 = Sarjana	Universitas Jember	Administrasi Negara
2011	S2 = Pasca Sarjana	Universitas Airlangga	Kebijakan Publik

### C. PENGALAMAN PENELITIAN

Tahun	Judul Penelitian	Ketua/anggota Tim	Sumber Dana
2017	Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) akan Pelayanan Rapor <i>Online</i> di SMA Negeri 19 Surabaya	Anggota Tim	Universitas Dr. Soetomo
2017	Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Rumah Sakit Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat I di Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya	Ketua Tim	Universitas Dr. Soetomo
2015	Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) akan Pelayanan Rapor <i>Online</i> di SMP Negeri 12 Surabaya	Ketua Tim	Universitas Dr. Soetomo
2015	Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat I	Anggota Tim	Universitas Dr. Soetomo
2014	Kajian Implementasi Kebijakan Pengembangan Kabupaten/Kota Layak Anak di Jawa Timur	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2013	Kajian Pengembangan Model Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Optimalisasi Peran Tenaga Kerja Indonesia (TKI) Purna	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2012	Pemetaan Pemilih Pemula Dalam	Anggota Tim	Badan Penelitian dan

	Rangka Meningkatkan Partisipasi Politik Pada Pemilu 2014	Peneliti	Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2012	Kajian Efektivitas Program Siaran Interaktif Pada Televisi (TV) Swasta Lokal Dalam Mengembangkan Pengawasan Publik Di Jawa Timur	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2011	Pelaksanaan Pelayanan Perijinan Terpadu (P2T) di Provinsi Jawa Timur	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2010	Pengembangan Model Peningkatan Kapabilitas Aparatur Pemerintah Desa di Madiun Menyongsong Era Transformasi Sosial-Ekonomi Pasca Pengoperasian Jembatan Suramadu	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2010	Perencanaan Tenaga Kerja	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2009	Model Pengelolaan Jembatan Sruamadu Ditinjau dari Aspek Pemerintahan	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2009	Pengembangan Investasi dan Industrialisasiyang Berdampakpada Peneyerapan Tenaga Kerja Lokal di Provinsi Jawa Timur	Anggota Tim Peneliti	Biro Ekonomi Pemerintah Provinsi Jawa Timur

### D. PENGALAMAN PENGABDIAN MASYARAKAT

Tahun	JUDUL PENGABDIAN	TEMPAT/INSTANSI
2010	Menjadi Instruktur dalam Pelatihan Bagi Usaha Kecil & Menengah (UKM) Mitra Binaan P.T. Telkom dengan tema: "Menjadi Wirausaha Yang Berdaya Saing"	Gresik/ LSM CLIENTS 13 April 2010
2010	Menjadi Moderator pada acara:"Pemantapan Koordinasi Program Terpadu Pengendalian Kelahiran Provinsi Jawa Timur 2010"	Batu, Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Provinsi Jawa Timur 27-28 September 2010
2010	Menjadi Fasilitator dalam Workshop Penguatan Kelembagaan ( Capacity Building) Jatim Rescue	Batu, Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi Jawa Timur 25-26 Oktober 2010
2010	Menjadi Moderator pada Seminar sehari: Pendidikan Karakter Bangsa dan Implementasinya dengan Sub-Tema "Peningkatan Pemahaman dan Ketrampilan Pendidikan Karakter Melalui Optimalisasi Pengembangan <i>Soft Skills</i> "	Lumajang, Dewan Pendidikan Kabupaten Lumajang bekerjasama dengan Center for Integrated Community Learning and Empowerment (CIrCLE) 31 Oktober 2010
2011	Menjadi Narasumber Implementasi Kegiatan Pendidikan dan Pelatihan Dalam Sub Kegiatan: Penyusunan Sistem Karier PNS	Prov. Jatim/SCB-DP Prov. Jatim 23 Agustus 2011
2012	Menjadi Pemateri pada Pembinaan Kelompok Sadar Wisata (POKDARWIS)	Sumenep, Dinas Kebudayaan Pariwisata Pemuda dan Olahraga 13 September 2012
2012	Menjadi Trainer dalam Kegiatan <i>Training of Trainers</i> (ToT) Internalisasi Sistem Integritas dan <i>Good Governance</i> dalam Pengadaan Barang/Jasa Publik	Surabaya, Kerjasama Kemitraan (Public Service Governance), CPPR-MEPUGM dan PT.

		SIEMENS Indonesia 28-29 September 2012
2012	Menjadi Narasumber dalam Diskusi Hasil Penelitian "Efektivitas Program Siaran Interaktif Pada Televisi (TV) Swasta Dalam Pengembangan Pengawasan Pubik di Jawa Timur.	Fakultas IlmuAdministrasi Universitas Dr. Soetomo 11 Desember 2012
2013	Menjadi Narasumber dalam Penyuluhan dengan Tema: "Pentingnya <i>Public Speaking</i> bagi Istri Perangkat Desa Dalam Meningkatan Kinerja Organisasi Pemerintah Desa"	Fakultas IlmuAdministrasi Universitas Dr. Soetomo 28 Juni 2013
2013	Menjadi Instruktur Out Bond dengan Tema "Pembinaan Aparatur Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPPD) Provinsi Jawa Timur	Hotel Kusuma Agro Wisata Batu 27 s/d 28 September 2013
2013	Menjadi Instruktur Out Bond "Best Service Performance" dalam Rangka Total Image Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) Provinsi Jawa Timur.	Hotel Kusuma Agro Wisata Batu 22 s/d 23 Hotel Tretes Raya Pasuruan
2014	Menjadi Narasumber dalam Diskusi Hasil Penelitian " Pemetaan Pemilih Pemula Dalam Rangka Meningkatkan Partisipasi Politik Pada Pemilu 2014"	Fakultas IlmuAdministrasi Universitas Dr. Soetomo 16 April 2014
2015	Bimtek Tata Kelola Sentra PKL Berbasis Kuliner "Memasuki Dunia Usaha Sebagai Wadah Pengembangan Ekonomi Kreatif Suatu Solusi Menghadapi MEA"	Dinas Koperasi dan UMKM Jawa Timur Kabupaten Blitar, 11 September 2015

### E. PENGALAMAN PENULISAN JURNAL

Tahun	Judul	Keterangan
2014	Kajian Kurikulum Perkoperasian di Perguruan Tinggi	FONEMA
	(Studi Kasus Di Universitas Airlangga, Universitas	Fakultas Ilmu Keguruan dan Ilmu
	Negeri Surabaya, Universitas Dr.Soetomo)	Pendidikan.
		ISSN: 2087-9253
		Vol.2 No.3 Januari 2014
		Halaman 120-136
2014	Evaluasi Dampak Pemekaran Kecamatan Terhadap	JURNAL ILMU
	Indeks Pembangunan Manusia (Studi Kasus di	ADMINISTRASI
	Kecamatan Tegalsari Kabupaten Banyuwangi)	STIA LAN BANDUNG
		1SSN: 1829 8974
		Volume XI Agustus 2014
		Halaman 183-200
2016	Analisis Kepuasan Masyarakat Terhadap Laporan Hasil	FONEMA, Vol.3, No.6, Juni 2016,
	Studi Siswa dengan Menggunakan Rapor Online di	ISSN 2087-9253, Penerbit FKIP
	SMPN 12 Surabaya	Unitomo

Surabaya, Oktober 2016

Sri Roekminiati, S.Sos. M.KP

### IDENTITAS ANGGOTA PENELITI

### A. Identitas Diri

	1. Identitus Dili				
1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dra. Damajanti Sri Lestari, MM			
2	Jenis Kelamin	P			
3	Jabatan Fungsional	Asisten Ahli			
4	NIP/NIK/ NPP	95011197			
5	NIDN	0721066901			
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Surabaya, 21 Juni 1969			
7	Email	yantilestari69@yahoo.co.id			
8	Alamat Rumah	Perum. Kepuh Permai Jl. Merbabu blok i no. 22			
		Waru Sidoarjo			
9	Nomor Telp/ Faks/ HP	081 2174 5254			
10	Alamat Kantor	Jl. Semolowaru no.84 Surabaya			
11	Nomor Telp/ Faks	031-5944743			
12	Lulusan yang Telah Dihasilkan	± 500 mhs			
13	Mata Kuliah yang Diampu	1. Akuntansi – 1			
		2. Akuntansi – 2			
		3. Manajemen Keuangan – 1			
		4. Manajemen Keuangan – 2			
		5. Analisa Laporan Keuangan			
		6. Praktikum Akuntansi			

### B. Riwayat Pendidikan

No	Riwayat Pendidikan	S1	S2	S3
1	Nama Perguruan Tinggi	Universitas Dr. Soetomo	Universitas Dr. Soetomo	
2	Bidang Ilmu	Administrasi Niaga	Manajemen	
3	Tahun Masuk - Lulus	1988 – 1992	2008 – 2010	
4	Judul Skripsi/ Thesis/ Disertasi	Peranan Peti Kemas Dalam Proses Material Handling Pada PBM. Trijasa Dermaga Zamrud Surabaya	Analisis Pengaruh Kualitas Layanan Dan Citra MerekTerhadap Kepuasan Nasabah Pada BPR. Dinar Pusaka Sidoarjo	
5	Nama Pembimbing/ Promotor	Drs. Sukirman, SE.	Drs. Sarwani, MM.	

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

				Pendanaan
No	Tahun	Judul Penelitian	Sumber	Jumlah (Juta Rp)
1	2014	Efektivitas Penggunaan BLSM Dalam Meringankan Beban Hidup Masyarakat di Kelurahan Sidosermo Kecamatan Wonocolo Surabaya.	Mandiri	Rp. 4.000.000,00
2	2015	Analisis Penggunaan Modal Kerja Sebagai Upaya Meningkatkan Profitabilitas Pada PT. HM. Sampoerna di Bursa Efek Indonesia.	Mandiri	Rp. 4.000.000,00

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat Dalam 5 Tahun Terakhir.

N <sub>o</sub>	Та Ь	Judul Pengabdian Kepada	Per	ndanaan
No	Tahun	Masyarakat	Sumber	Jumlah (Juta Rp)
1	2013	Pelatihan Ketrampilan Wirausaha Membuat Sale Pisang Dan Manisan Buah bagi Wanita Rawan Sosial Ekonomi, Fakir Miskin dan Lansia Kecamatan Gubeng Kota Surabaya	Kecamatan Gubeng Kota Surabaya	Rp. 500.000,00
2	2014	Pelatihan Ketrampilan Membuat Nugget Ayam tanpa bahan pengawet Bagi Perempuan Rawan Sosial Ekonomi di Kecamatan Gubeng	Kecamatan Gubeng Kota Surabaya	Rp. 500.000,00
3	2014	Pelatihan Ketrampilan Membuat Telur Asin dan Bagi Perempuan Rawan Sosial Ekonomi di Kecamatan Gubeng	Kecamatan Gubeng Kota Surabaya	Rp. 500.000,00
4	2015	Pelatihan Wirausaha Membuat Cake dan Makanan Berbahan Ubi   Bagi Wanita Rawan Sosial Ekonomi di Kecamatan Gubeng	Kecamatan Gubeng Kota Surabaya	Rp. 500.000,00
5	2015	Pelatihan Ketrampilan Wirausaha Membuat Sale Pisang Dan Manisan Buah bagi Wanita Rawan Sosial Ekonomi, Fakir Miskin dan Lansia Kecamatan Gubeng Kota Surabaya	Kecamatan Gubeng Kota Surabaya	500.000

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabiladikemudian hari ternyata dijumpai ketidak- sesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penelitian Produk Terapan (PPT)

Surabaya, April 2016 Pengusul,

Dra. Damajanti Sri Lestari, MM.



### YAYASAN PENDIDIKAN CEMDERM CITANG UNIVERSITAS DR. SOETOMO

### LEMBAGA PENELITIAN

J. Sandowert 94 Strebeya, 80718 Telp. (001) 5822970; 5824952. Fev. (031); 3458905; website: http://ontomo.acid. Email ; lentil@unitomo.acid.

8 AUG 2018

### SURAT TUGAS Nomer: Lemlit R2J4E.23/VIII/2018

Ketua Lembaga Penelitian Universitas Dr Soetomo Surabaya dengan ini memberi tugas kepada suodara;

Ño	N A M A NIDN		JABATAN		
1	Dr. Amirul Mustofa	0718916601	Dosen Fakultas Ilmu Administrasi Uniteeno		
2	Sri Roekminizti, S.Sos, M.KP	0713087001	Dosen Fakultas Ilma Administrasi Unitomo		
3	Drn. Damajanti Sri Lestari, MM	0721666901	Dosen Fakultas Ilmu Administrasi Unitomo		

Sebagai Narasumber dalam Seminar Hasil Penelitian dengan Judul Penelitian: "Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan Lokal Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur", pada tanggal 9 Agustus 2018.

Demikian surat tugas ini dibuat, untuk dilaksanakan dengan sebaik - baiknya dengan penuh tanggungjawab, dan setelah selesai melaksanakan tugas agar memberikan laporan.





### SERTIFIKAT

Diberikan Kepada

## Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si

sebagai

### "NARASUMBER"

Dalam Acara:

Seminar Hasil Penelitian Terapan Unggulan perguruan Tinggi (PTUPT)

"Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan Lokal Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur"

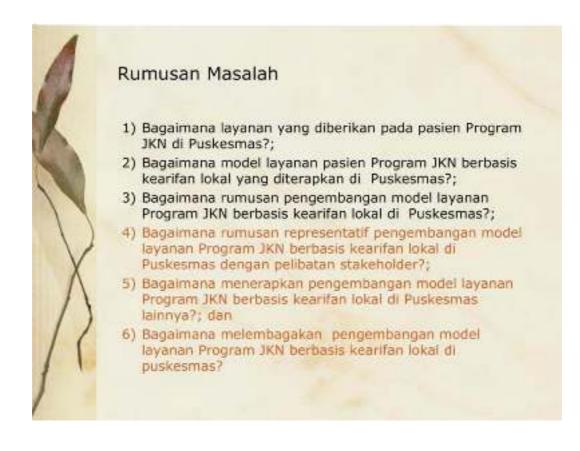


### **LAMPIRAN**

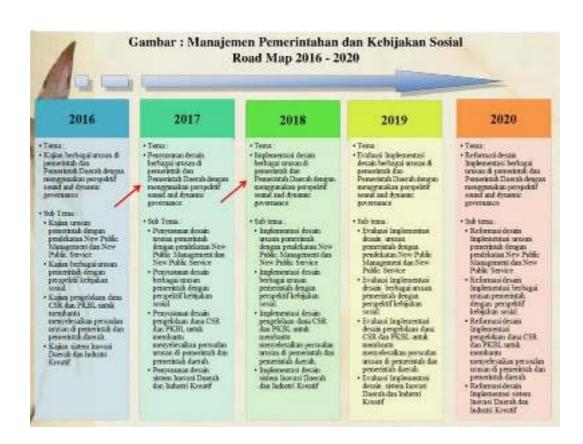




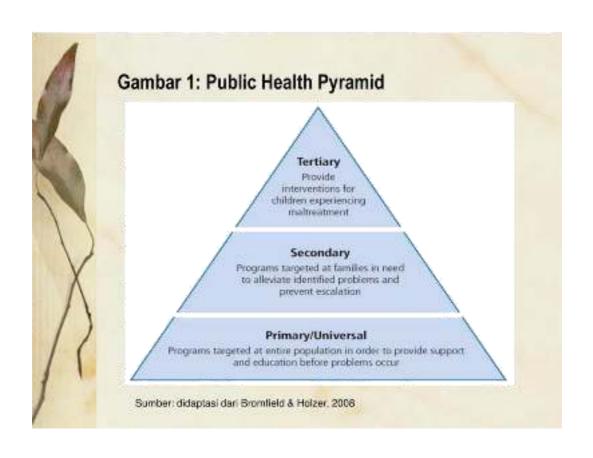




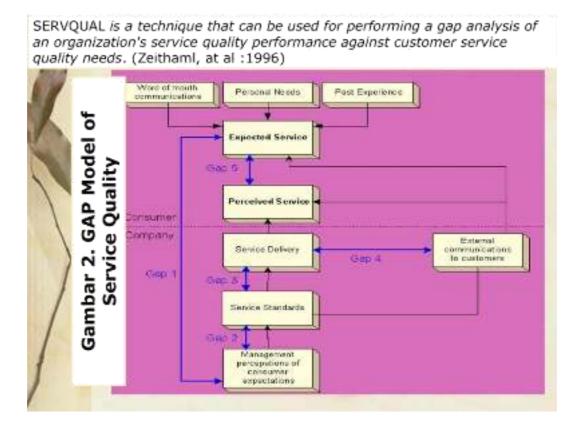


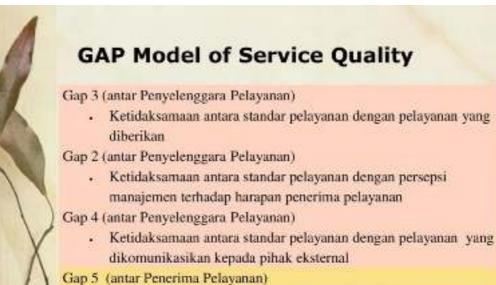












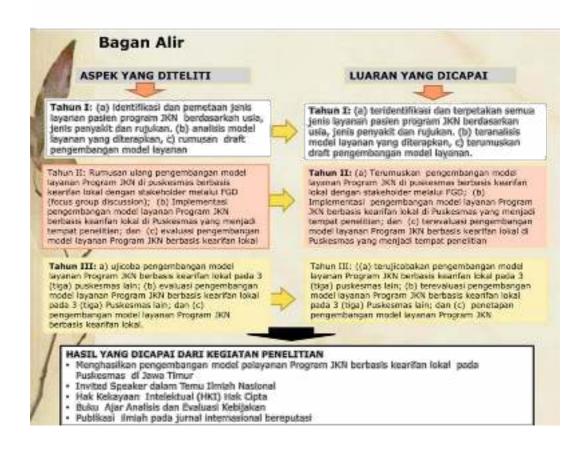
# BAB IV METODE PENELITIAN

Ketidaksamaan antara pelayanan yang diharapkan penerima

 Ketidaksamaan antara harapan penerima pelayanan dengan persepsi manajemen terhadap harapan penerima pelayanan

pelayanan dengan pelayanan yang diterima Gap 1 (Penyelenggara Pelayanan dengan Penerima Pelayanan)





Aspek Yong Ditelfil	Rencangan Penelitian	Metode Penelitian	Indicator Copelina		
identificasi Iryanan program IKN yang disempian	Pedoman wawancora unsuk mengidentifikasi bayanan yang diberikan pusicesmas Khususaya puki pusice Program IKN. Wawancora diberakan pusi perugas di semua jenis lagaran- yang ada pada 1 Pusicesros di Jawa Timur yanu. 1 [Pusicesmas Menbasan Ayu Kecamatan Rungkur Kota Sumbaya; 2) Pusikacetas Perusega Uliran Kacamatan Peneruga; dan 3) Pusikacetas Bara Kecamatan Bata Kota Bata. Selain wawancara pendili juga melakakan pengamatan langoang pada aktivika- yang dilakukan petagas layanan.	Menentukan jumlah informan kunci dan dilakukan wawancana terhadap semua aktivitas layanan yang menjadi mgan pokok dan fungsinya	Manpu mengidenfitikasi selumb layanen posten Progran JKN di Puskesmas		
Menaskarlayana pengan JES	Minoralise dar neurolometkar, semo jenichspann pare aberden semo pengan medi dar paramete lendarekan sami jedi pengan, njadarke Kamat Saka Tipe katan Bunanan Tipe €	Memmikan Incarne song idherikan selurah petanca Incarned pudasmen Idracanya song dilakukan peda padar Duriam JEN.	Mangu menerikar sama jenis benera pare aberikar sama pengas nashis am ramashi sambankar uma ramashi mjalan ke mari saki.		
Penyananan Deaft Misiki Layanan	Menganatisis hasil wawancara dan penganatan langsung selanjutnya menénat penisaketan pengembangan pelayanan yang berbasis kearifan lokal di Paskeama-Pucang Sewu.	Mengaralisis babet hasel wawancara sehingga mampu ditenukan pelasanan yang dianggap peneliti sebagai kemilan lokal yang layah dikembangkan dan diadopal sebagai pengembangan model layanan.	Mampu mambiat formula pengembangan medel layanan prugnan JKN berbasis kearifan lokal		

Aspek Yang Diteliti	Rancingan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capalan
Formula pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal	Mengkaji tingkar efektivhas dari pengunbangan model layanan utamanya untuk mengatasi berbagui kendala layanan bagi pasien Program IKN yang semakin lama samakin membhadak.	Mengaji dampak penerapan pengembangan medel layanan berbasis kesrifan lokal terhadap pesien Program JKN sehingga menambah kemudahan dan kelancanan datam mendapatkan fasilitas pelayanan yang maksimal (prima).	Dapat diadentifikasi berbagai kelemahan serta kendala di lapangan terkait dengan pengembagan model layanan yang bara dan menyemparnakan pengembangan model melalai Forasi Griup Désc tersion dan dirumuskan pengembangan model layanan yang bara.
Membakakan penerantungan makil lapunah	Stehkakin sosta azat poda seluruh human pelayarun da li Pastasanas Medokan Aya Kecamata Rangsun Keta Stehkan Aya Kecamata Rangsun Keta Stehkan Aya Kecamatan Pastasan Stahi Kecamatan Sam Keta Stehkan Selalah Kecamatan Sam Keta Stehkan Jenara Pentambangan Stadel Lawarun Berhasa Kecamatan Jakat yang lebis merinada kebaluhan pastan Stagarat RN, Selalah dalam Sata Reseptianan antik unterpakan medal terjeka diselarah sati kejama meda mengakan sati dalam satik mengakan sati kelangakan sati dalam satik mengakan sati kelangan satik mengakan sati kelangan satik mengakan sati kenangan sati kelangan satik mengakan sati kelangan satik mengakan satik sati kelangan satik sati sati sati sati sati sati sati sati	Molanikan pendampingan dalam sahkameni Pemesikangan Model Livanian	Menthinukar penpendanean madel layanan Pingram Jiga tarhusa kerrian lakai padi Pinkermia

Aspek Yong Diteliti	Rancasgun Penelitian	Metode Fenelitian	Indikator Capalan
Uji coha pengenbungan model layanan Program JKN berbasis keurifan lukal pada 3 (riga) pudomnas di 3 (riga) kabupatenkota laiunya di Provinsi Jawa Timer	Menoosialisasikan dan menguji pengembangan model liyonan yang telah dirumuskan dalam melekukan pelayanan terhadap pasian program JKN tiga Puskennas lain di Jawa Timur	Menemikan bagian pelayanan yang efektif antak menerapkan pengembangan model layanan yang berbasis kesatian lakal. Dan jika dipertukan jaga dadaptasikan dengan kesrifan- basetian lekel di puskasman mempat.	Dupat dikembai hasil aji cotu gengenthangan model kayanan berbasis keurifan lokal yang efektif.
troduce modes dength mengghippes fruit lengthe fellahdi pudan mesemban	Mengkap ingkat effekti har dan make utan nya pinda nengati sebengai kunya pitapan begippi an Popun IR begang umak mengasi semuah menigkat	Mingay Gangol penergian pengankanganenski Proposi bentus kentin Pikka bertaka penar Penganjikka sebalaga menantah kemutahapaka feranggal dalam tembapakan fentaga pringgal sang melagnaj opinen	Copy deductory telegra- teleration secretary of the property of the foreign property of the foreign property of the property o
Membakakan pengembangan model layenan program JKN berbasis kemilar lokal pada Paskesmas di Kota Surabaya	Melakukan seoralisesi pada selanah bagian layanan di Puskesman terkait dengan Pengembangan Miskel Layanan Berbasis Kencifan Lokal yang febih stenjawah kebatahan pasien Programa JKN. Selanjurnya dibuat Nota Kesepakatan untuk meherupkan model tersebut diselami jenis layanan yang ada di puskesmas dalam rangka mewajadkan New Publik Servitor pada puskesmas di	Melakukan perakampingan shihan pelaksamaan pengambangan model layanan pusien program JKN.	Membakakan pengembangan model layanan berbasiai kearifan lokal bagi pasien Program JKN pada Paskesma di Provinsi Jawa Tintat.



### Tujuan khusus

### Tahun Pertama (I)

### Tahun Kedua (II)

### Tahun ketiga (III)

- Plengidentifikasi dan memetakan layanan yang diberikan pada hasien Program JKN pada Puskesmas yang menjadi tempat penelitian;
- Monganalisis model ayanan pasien mogram JKN berbasis keprifan lokal yang diterapkan pada Puskesmas yang menjadi tempat pencirtian; dan
- Merumuskan draft pengembangan model layanan di Puskesmas berdasarkan kearifan lokal.
- Merumuskan ulang pengembangan medel layanan Program JKN di puskesmas berbasis kearifan lokal dengan stakebolgen melalui PGD (focus group discussion); dan
- Mengimpiementasikan pengambangan model layanan Program JKNi berbasis kearifan lokal di Puskesmas yang menjadi tempat penelitian; dan
- Mengevaluesi pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal di Puskasmas yang menjadi tempat penelitian.
- Mengujicobakan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) puskesmas lain;
- Mengevaluasi pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) Puskesmas lain; dan
- Penetapan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal.

### **Urgensi Penelitian**

### - Urgensi Penelitian

- Program JKN bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat.
- Untuk merealisasikan program tersebut, Puskesmas merupakan unit yang strategis dalam mendukung terwujudnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
- Penelitian ini menjadi penting, karena dalam penelitian ini berusaha untuk merumuskan pengembangan model layanan kesehatan masyarakat pengguna program JKN.
- Terkait dengan teori pelayanan masyarakat dan roadmap penelitian yang telah ditetapkan dalam Rencana Induk Penelitian di Universitas Dr. Soetomo menunjukkan bahwa penelitian ini merupakan bagian di dalam merealisasikan roadmap tersebut, terutama dalam bidang manajemen pemerintahan dan kebijakan sosial

200	\$2000 AV	1000	1000	Indikator Capalan		
No	Jenis Luaran		TS	TS+1	TS+2	
		International	draft	autimit	autitie guttin	
1	Publikasi Ilmlah	Nasional Terakreditasi	-	-	1	
6	- vocanov o	International		-	-	
2	Pemakalah dalam temu	Nasional	Submitted	Publish	1 3 -	
-	2 Ilmiah	Lokal	Sudah Dilaksankan	Sudah Dilaksankan	Sucah Dilaksanaka	
(20)	Invited Speaker dalam temu	Internasonal	7.	7		
3	Imah	Nasibna	Sudah Dilaksankan	Sudah Dilaksankan	Sugan Dilaksanaka	
4	Waiting Lecturer	International	¥-	4.	4.1	
		Paten	A1	0.	142	
		Paten Sederhana	45			
		Hak Opta	Draft	Terdaftar	Granted	
	l s	Merek Dagang	- 51	-	-	
5	Hak Kekayaan Intelektual	Ratiasia Dagang		-		
		Desain Produk Industri			-	
	(HKI)	Indikasi Geografis .				
		Perändungan Varietas Tanaman	^		*	
		Perlindungan Topografi Sirkuit Terpadu	(a)	· «,	-9	
6	Teknologi Tepat Guna	,	- 8	-	-	
7	Model/Purwarups/Desart/ Ka Social	rya sent/Rakayasa		Produk	Penerapan	
8	Buku Ajar (ISBN)		Druf.	Editing	Sudan Terb	
9	Tingkat Kessapan Teknologi (	TKU	Skala 4:	Sicela 5	Skan 8	



	ю	KUNJUNGAN PASIEN	JUMLAH	PROSEN
ungan Pasien	1	Ibu Hamil	989	2,96%
	2	Ibu Melahirkan.	944	2,82%
	3	Bayi (1-4 tahun)	891	2,66%
	4	Balita (5-6 (alon)	3.608	10,79%
Berdasar KunjunganPasien	5	Anak Usia SD (7-12 tahun)	4.952	14,80%
	6	WUS (Wanita Usia Subur)	9.479	28,34%
	7	PUS (Pasangan Usia Subur)	9.326	27,88%
D Days	8	Usia Lanjur (>60 táhun)	3.260	9,75%
e Ju	umla	ih	33,449	100,00%

Layanan	NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	PROSEN
Berdasar Jenis Penyakit	t.	Acute upper respiratory infection, unspecified (penyakit infeksi akut lain pada saluran pemafasan bagian atas)	7.741	54,76%
	2	Allergic contact dermatitis, unspecified cause (peradangan berupa ruam gatal kemerahan pada kulit)	1.320	9,34%
nyaki Berda	3	Disturbances in tooth eruption (gangguan pada erupsi gigli)	949	6,71%
Penyakit yang Di Derita Oasi Berdasar KunjunganPasien Terbesar pada	4	Diarrhoca and gastroments of presumed infectious origin (peradangan pada mukasa fambung dan usus fialos)	827	5,95%
De 20	5	Headache (sakit kepala)	717	5,07%
Di Di	6	Offer acute gastritis (peradangan akut pada. stinding lambung).	681	4,52%
Derita Ingani pada	7	Caries of dentine (kerusakan pada struktur jaringan keras gigi)	575	4,07%
ta Oasien iPasien	18	Essential (primary) Ripertension (penyakit Ripertensi pemula)	514	3,64%
/ en is	9	Chronic gingivitis (peradangan gusi kronis)	411	2,91%
3	10	Outaneous abspass, furuncle and pargundle, unspecified (penyakir kulti, misal bisul dan lamnya)	401	2,94%
		JUMLAH	14.136	100.00%

1	L B	ay er en	an das Jei ya	ar iai nis
Puskesmas betu	Desar	Berdasar KunjunganPasien	Penyakit yang Di Derita Oasien	

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	PROSEN
(1	Essential (primary) hypertension	970	20,43%
2	Acute nasopharyngitis (common cold)	814	17,15%
3	Acute uper respiratory infection, unspecified	716	15,08%
4	Congestive heart fallure	528	11,12%
5	Fever, unspecified	396	8,34%
6	Non insulin-dependent diabetes melitus with unspecified complications	391	8,24%
7	Arrested dental caries	346	7,29%
8	Myalgia.	315	6,64%
9	Non insulin-dependent diabetes melitus without complications	152	3,20%
10	Non insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications	119	2,51%
	Jumlah	4.747	100,00%

A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	M)	医角形虫 使表现的表现的	1000000000000	(2 h (d)) = F- Ph
enyakit	1	Hypertension	1.200	12,00%
70	ž	Common Cald	1.182	11,82%
en :	3	Diabetes Melitus	1.104	11,04%
<u> </u>	4.	Mialgia	1.087	10,87%
E V	5	Gastritis	1.077	10,77%
an (	6	Artitris	914	9,14%
0 7	7	Disorder of Refraction	907	9,07%
2 8	8	Influenza	888	8,88%
Ti s	9	Gatal-gatal	878	8,78%
Penyakit yang Di Derita Oasien	(C)	Supervisor of Other normal pragnancy	759	7,59%
n sie		JUMLAH	9.996	100,00%



### JENIS LAYANAN PASIEN PROGRAM JKN PADA KETIGA PUSKESMAS

- A. Pelayanan Rawat Jalan
  - 1. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
  - 2. Pelayanan Kesebatan Lansia
  - 3. Pelayanan KIA/KB
- B. Pelayanan Penunjang
  - 1. Pelayanan Imunisasi
  - 2. Konsultasi Gizi
  - 3. Konsultasi Sanitasi
  - 4. Pelayanan Laboratorium
  - 5. Pemeriksaan EKG (ekstrokardiografi)
  - 6. Pelayanan Kefarmasian
  - 7. Pelayanan Fisioterapi



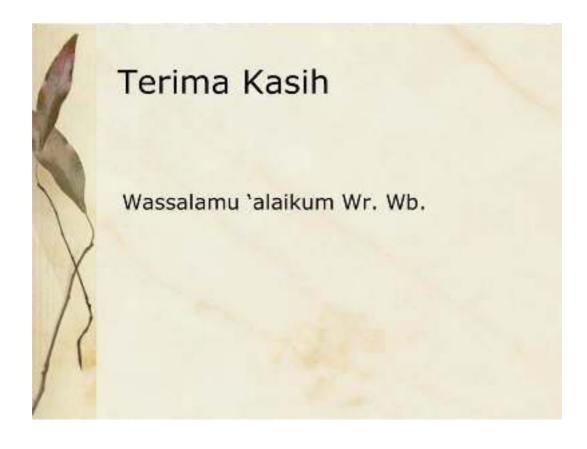
### Kesimpulan

- Model layanan terhadap program JKN saat ini, masih berbasis pada semua jenis penyakit yang diderita pasien tanpa berdasarkan skala prioritas, karena keterbatasan tenaga medis dan sarana prasarana yang dibutuhkan, sehingga terkesan lambat;
- Inovasi layanan program JKN di Puskesmas Medokan Ayu Surabaya masih sebatas sistem pendafataran dengan berbasis pada elektronik (ehealth), tetapi pasien belum bisa menggunakan secara optimal karena keterbatasan kemampuan;



# Rekomendasi

- Model layanan terhadap program JKN ke depan, perlu memperhatikan jenis penyakit yang diderita pasien (kebutuhan lokal) dengan melengkapi tenaga medis dan sarana prasarana yang dibutuhkan;
- Inovasi layanan program JKN di tiap Puskesmas perlu:
  - Menggunakan program elektronik (e-health) atau ekios, untuk mempercepat proses pendaftaran;dan
  - Menetapkan program layanan unggulan untuk tiap Puskesmas dengan berdasarkan pada mapping calon pasien yang akan dilayani berdasar umur dan jenis penyakit yang paling banyak berkunjung di Puskesmas.



[ABS-24] Abstract Submitted to ICEMSS 2018

Please do NOT reply this automail Always send your email to icemss2018@gmail.com

Dear Dr. Amirul Mustofa,

We have received the submission of your abstract:

Abstract ID:

ABS-24

Please use this "Abstract ID" in all correspondence (instead of abstract title).

Title

Health Service Model of Community Health Center in implementing National Health Insurance Program

Authors:

Amirul Mustofa\*, Sri Roekminiati, Damajanti Sri Lestari

Institutions:

Faculty of Administrative Science Dr. Soetomo University Surabaya - Indonesia

#### Content:

One of the functions of a Community Health Center (CHC) in the implementation of a National Health Insurance (NHI) program is to become a first-rate health facilitation institution in providing health services. In reality, public health centers have not been able to perform this function optimally, due to: the limitations of paramedical personnel, medical personnel, medicines, and other supporting facilities. As a result, some CHC patients divert their service needs to the first private health facility. The problem is how the health care model should be developed by the CHC?. Research data analyzed with several theories, namely: service quality, health service, and local wisdom. The research method used is qualitative research with interactive model data analysis technique. The results showed that: i) health services implemented by CHC Batu - Batu City and CHC North Ponorogo - Ponorogo regency, using health service model with conventional services ranging from registration to check

health from various types of diseases. The division of services has not been divided according to the type of health services addressed; ii) health services implemented by CHC Medokan Ayu - Surabaya City began registration has been divided according to the type of health services. Next, the patient will then go to the poly provided

#### Keywords:

Community Health Center, National Health Insurance, and Health Service

Topic:

Public Administration and Policy

Presenter: Amirul Mustofa

Type:

Oral Presentation

The Letter of Acceptance (LoA) and Letter of invitation (LoI) can be downloaded directly from your account, once your abstract is accepted to be presented.

Thank you.

Best Regards, ICEMSS 2018 Organizing Committee Website: http://icemss.umsida.ac.id/2018 Email: icemss2018@gmail.com

Listed in Indonesia Conference Directory J http://ifory.net Automated Conference System provided by Konfrenzi J http://konfrenzi.com

# Health Service Model of Community Health Center in implementing National Health Insurance Program

#### Amirul Mustofa\*, Sri Roekminiati, Damajanti Sri Lestari

Faculty of Administrative Science
Dr. Soetomo University
Surabaya - Indonesia
amirul.mustofa@unitomo.ac.id, and amirulmust66@gmail.com

#### **Abastract:**

One of the functions of a Community Health Center (CHC) in the implementation of a National Health Insurance (NHI) program is to become a first-rate health facilitation institution in providing health services. In reality, public health centers have not been able to perform this function optimally, due to: the limitations of paramedical personnel, medical personnel, medicines, and other supporting facilities. As a result, some CHC patients divert their service needs to the first private health facility. The problem is how the health care model should be developed by the CHC?. Research data analyzed with several theories, namely: service quality, health service, and local wisdom. The research method used is qualitative research with interactive model data analysis technique. The results showed that: i) health services implemented by CHC Batu - Batu City and CHC North Ponorogo - Ponorogo regency, using health service model with conventional services ranging from registration to check health from various types of diseases. The division of services has not been divided according to the type of health services addressed; ii) health services implemented by CHC Medokan Ayu - Surabaya City began registration has been divided according to the type of health services. Next, the patient will then go to the poly provided.

Keyword: Community Health Center, National Health Insurance, and Health Service

#### I. BACKGROUND

The policy of the National Health Insurance (NHI/JKN) program that was implemented 5 years ago still faces various kinds of obstacles. One of the obstacles encountered in the field is access to services at the CHC as a First Level Health Facility (FLHF) and in hospitals, among which is a lack of health workers. Until 2015, the shortage of specialists was 9,389 people, general practitioners 33,773 people, assistant pharmacists 6,381 people, sanitarian 10,687 people, nutrition 13,725

people, physical fitness 4,107 people (http://www. slideshare.net/daninjaya /analisatantangan-dan-hambatan pelaksanaan-jkn, accessed January 5, 2016)

In addition to this, it was also made worse by the uneven health facilities in the area. Meanwhile, the BPJS appointed by the organizing body of its service level is also still considered low, despite having partnered with 671 private hospitals as many as 40%. Judging from the aspect of service shows that health BPJS only pocketed

60% for service satisfaction from 100% of participants. Some of the problems that are still frequently brought to the Social Security Administrator (SSA/BPJS) Watch include the line of NHI participants at the Hospital for treatment, who wait for more than three hours. (Source: Jawa Pos, Wednesday, September 15, 2015)

CHC as FLHF of SSA programs are also still not conducive due to, among others: (1) availability of doctors with limited practice opening time. The average CHC closes at 12 p.m. Even then, throughout the opening hours, doctors do not always stand by on the spot. (2) the factors of cleanliness and professionalism of employees are still low. This condition is the opposite of services in clinics and private doctors that tend to be more friendly. (3) the quality of drugs provided by CHC is still generic, with very low quality. In connection with these conditions, to improve the performance and quality of health services, it is necessary to pay attention to the interests and needs of the local conditions of the community served.

Various studies in the last three years have shown that the substance of the study is related to: a) the visit of Surabaya residents on the NHI program service website, is very high, so that all NHI service products can be understood [Sabrina, 2015]; b). The management of funds resulting from the claim of the NHI program has not been optimally used, even the payment of the claim results is still not in accordance with what was proposed [Kulo, et.al, 2014]; and c) the service of the NHI program at the CHC in Surabaya is still not implemented optimally, because of the limited medical personnel and facilities prepared [Pramono and Roekminiati, 2015].

Referring to the study, that in order to improve the quality of service of CHC as FLHF, it is felt necessary to formulate a service model that pays attention to local wisdom in health services. In addition, this study seeks to formulate models that are important for improving the performance of institutional CHC s and national apparatuses with a governance approach. Therefore, the state of art of this study is "a service model for patients with NHI program based on local wisdom in CHC as FLHF". By formulating this model, it is expected that CHC services will increase with a variety of superior services in providing public health services.

#### II. THEORY REVIEW

#### **Public service**

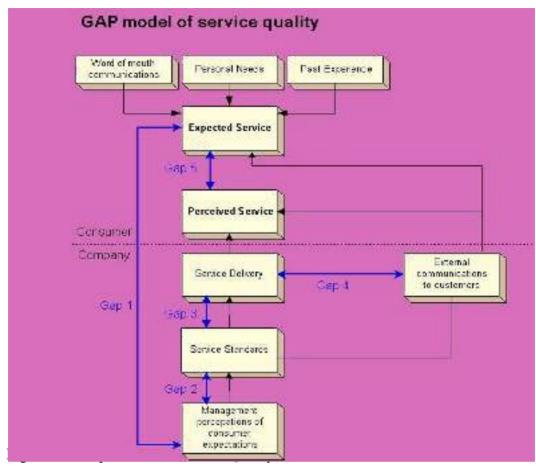
Referring to the literature, public services can be defined by all service activities carried out by public service providers that are intended for the needs of recipients of services or by the community. Public services are organized by public employees, because basically a government is established to provide services to the community, so that a prosperity can be realized for the community. Thus, that public service is a service organized by government institutions, which is not profit-oriented. The term public in the services provided by the government is very specific

and must be interpreted with great care. Public meaning in public service is not the same as the customer (customer). The author agrees that the statements of Denhardt and Denhardt (2003), which criticizes the understanding of the New Public Management paradigm which is principled that "run government like a business" or "market as a solution to the public sector".

The meaning of public terms in public services is indeed more appropriate to use the term services for citizens (citizens). Treating services to citizens is very different from treating customers. Service to citizens not only secretaries provides satisfaction, but more emphasis is on how to give citizens the right to get public services. The government, as a public service provider, must work continuously to find service innovations for citizens so that the services provided will be of high quality. Various studies of public services, have found different results from one another, due to services held by the government that are "not profit oriented" (Frank et.al, 2004); and to improve the quality of public services, "organizing services must be motivated in a very different way" (Frank et al. 2004); there was also found a "tendency for salary reduction for public sector employees when attending education. Even public sector employees lack attention and job security, while carrying out service duties. (Volokh, 2014).

At present, various government innovations in providing public services include collaborating with the private sector in the provision and implementation of public affairs. Through this endeavor, it is hoped that it will be able to answer issues related to the understanding of the public, the public interest, and how the public interest can be realized without being dependent on government institutions. Government efforts to collaborate with other parties have referred to the concept of governance. In the Governance concept the responsibility for providing public goods and organizing public affairs is the responsibility of three actors, namely: the state, the private sector and civil society. Thus, according to the concept of Governance that the government is no longer believed to be the only actor capable of efficiently, economically and fairly providing various forms of public services. Therefore, this Governance concept views the importance of partnership and networking among stakeholders in the implementation of public affairs.

Various service gaps are often found in service delivery to improve quality services, as stated by Zeithaml and Berry (1985) in the following chart:



Source: Zeithaml, at al (1996)

According to the model, five gaps or gaps were identified which led to unsuccessful services: (i) gap between consumer expectation and management perception. The gap arises, because management is not fully aware of what problems consumers want; (ii) gap between management perception and service quality specifications. Gaps arise, because management's understanding of the desires of consumers is good, but in fact management is not fully able to provide services that consumers want; (iii) gap between service quality specifications and service delivery. This gap arises, because the quality of service specifically is good, but because employees who provide services are poorly trained, new, and rigid, so the way to provide services is less good and less than perfect; (iv) gap between service delivery and external communications. This gap arises, due to differences between services provided as in service promises written on: advertisements, brochures, or other promotional media. However, the reality given to recipients of services is not in accordance with what they receive; (v) gap between perceived service and expected service. This gap arises, because the service received by the recipient of the service is not in accordance with what he imagined or expected the recipient of the service.

To answer the various gaps formulated, then Zeithaml, at al (1996), determine the five criteria so that public services provided by service providers must be able to provide: namely: (i) tangibles, service providers must be able to provide: office physical facilities, computerized administration, waiting room, place of information; (ii) reability, service providers must be able to demonstrate competence, reliability and trust in providing services; (iii) reponsivess, service providers must be able to be able to carry out services quickly and accurately, and be responsive to consumer desires; (iv) assurance, service providers must be able to demonstrate hospitality and politeness in providing services; and (v) empathy, service providers must be able to demonstrate, be assertive and attentive to service recipients.

#### **Health Services of CHC**

The health services of CHC or CHC services are one form of public service that must be provided by the government itself or provided jointly between the government and the community. CHC services are important nowadays, at least that in order to improve health services, it is necessary to answer the gap in services provided by CHC with services that are the hope of the community as recipients of services.

The results of a study carried out by Dwiyanto, and friends cited by Pasolong (2013: 130), that in 2002 Governance and Decentralization (GDS) in 20 provinces in Indonesia showed that the performance of public services in the implementation of decentralization has not been able to answer the criteria of quality service. Whereas "the implementation of regional autonomy does not exacerbate the quality of public services but in general the practice of public service delivery is still far from the principles of good governance".

In the current development, there are several trends and strengths in the external environment to influence the health service system implemented by CHC, namely:

- 1. CHC users in the US are expected to double from 20 to 40 million users after access to health care is increased to 50 million by 2025. (Institute for Alternative Futures, 2012)
- Pressure on health care costs will likely continue to increase. The cost of replacing medicines will be the same as treatment in all states in America for 2013 and 2014,
- 3. Affordable regulatory care provisions in the United States will expand Accountable Care Organizations (ACOs) to create a greater focus on the health of the population, through the CHC.
- 4. Growth in the number of communities requires efforts to build community resilience in various fields (for example, food, economy and energy), especially health (Official Transition Initiatives, 2012)

5. There is growing public conversation about the need for justice or equality in society, and this conversation tends to grow because economic conditions deteriorate, more jobs are lost, and unemployment continues. There is parallel recognition that health equality needs to be addressed through health care reform. A recent poll shows that citizens pay attention to this gap, with 78 percent of Americans believing that more action must be taken to ensure that health differences between groups because factors such as education and income no longer exist. Perceived health challenges in the United States (2008)

Understanding such conditions that improving service to CHC is not only a local need but in line with the conditions and development of health services carried out in developed countries, as well as the need for health services in developing countries, especially in responding to the various needs that are developing at this time.

#### Local Wisdom

Local wisdom comes from two words, wisdom, and local. In general, local wisdom can be understood as local ideas that are wise, full of wisdom, good value, embedded and followed by members of the community. Local wisdom has a lot of functions. The functions of local wisdom are (1) conservation and preservation of natural resources; (2) human resource development; (3) the development of culture and science; (4) advice, trust, literature and abstinence; (5) social meaning such as communal / kinship integration ceremonies; (6) means ethics and morals; (7) meaning politically, for example the bowling ceremony and the patron of the client.

Local wisdom according to Atmodjo (1986: 37) is the ability to absorb foreign cultures that come selectively, meaning that they are adapted to the local atmosphere. Such things are the characteristics of an area. Local Wisdom has several characteristics, namely (i) having the ability to control; (ii) is a stronghold to survive external cultural influences; (iii) having the ability to accommodate outside culture has the ability to provide direction for cultural development; (iv) has the ability to integrate or integrate external cultures and indigenous cultures.

Local wisdom is explicit knowledge that emerges from a long period and evolves together with the community and the environment in the area based on what has been experienced. So it can be said, local wisdom in each region varies depending on the environment and life needs. Wisdom or wisdom is something that humanity desires in this world. Wisdom starts from the ideas of individuals who then meet with other individual ideas, then in the form of collective ideas. This local wisdom is usually created and practiced for the good of the community that uses it. There are times when local wisdom is only known and practiced by a small number of people, such as villages. But there are also local wisdoms used by a large group of people, for example ethnic local wisdom.

#### III. METHODS AND MAETERIALS

This study aims to: (i) identify services provided to NHI Program patients at three CHC in three Regencies / Cities in East Java; (ii) analyze and map the services provided to NHI Program patients at three CHC in three Regencies / Cities in East Java; (iii) analyzing NHI Program patient service models at three CHC in three Regencies / Cities in East Java; and (iv) formulating a draft NHI Program patient service model at three CHC in three Regencies / Cities in East Java based on local wisdom. The study was carried out in CHC in three regencies / cities, namely: Medokan Ayu CHC, Rungkut Sub-District, Surabaya City; North Ponorogo CHC, Ponorogo District; and Batu CHC, Batu City District, Batu. Research approach to explorative qualitative approach. Research instruments: researchers themselves, interviews, and observations. Data analysis techniques using the Interactive Model perspective [Miles, Huberman and Saldana (2014: 33)]

#### IV. DISCUSSION

According to the results of the study, the model of health services carried out by three CHC that were the location of the study could be described and analyzed with qualitative approaches as follows:

#### 1. CHC Health Service

## 1. 1. Health Services in North Ponorogo CHC

That North Ponorogo CHC has local wisdom that can be developed in service to patients for both general patients and NHI. This CHC has patients who are very loyal primarily for dental and oral examinations since 1954 and immunizations. Several innovations have been made to provide maximum service to patients. Among them are "immunization center, and integrated pregnancy services". The implementation of this innovation statement is that there are several patients coming to get services including services to mothers and children (babies). This CHC has collaborated with several schools in its work area to immunize hepatitis, diphtheria and others. Including students who do not take immunizations at school, can follow immunization at the CHC.

Analysis that can be given by researchers that this CHC is in addition to working with school institutions, actually services that are based on local wisdom can be developed to carry out service innovations. Thus, the services provided will create a constant congeniality visiting the CHC for immunization, including dental and oral examinations that are superior in service. Health services that are based on local wisdom can be developed by combining with a culture that is a peculiarity of Ponorogo as the City of Reog. Thus, the outside services of the CHC can present a

small amount of immunization events so that the children who attend can seek treatment or get health care while enjoying reog entertainment.

Services based on local wisdom also deserve to be developed in other areas, especially in villages that get the title of "idiot village". The village in Karangpatihan Village, Balong Subdistrict, when the study was conducted, there were 99 people who were mentally retarded. This data is a concern for CHC services based on local wisdom. This North Ponorogo CHC is a CHC located in the center of the city which is the "referral" of patients from various parts of the District in Ponorogo Regency. In addition, the location of the CHC close to the referral hospital is also a factor in the number of pesien who seek treatment at the North Ponorogo CHC. In connection with these data according to researchers, if North Ponorogo CHC is right to initiate to become a CHC that makes health service innovations that focus on mental health services.

Here are the local wisdom matrix recommended by researchers in developing the Ponorogo CHC service model:

Table 1: Local Wisdom Recommended by Researchers in Developing NHI Patient Services at North Ponorogo CHC

Local Wisdom	Recommendations for CHC Health Service Development
Community loyalty for generations to carry out immunizations at the CHC.	Presenting mini reog at immunization events. Both done at the CHC and at school.
Collaboration with schools to carry out immunizations that have been carried out for decades.	Presenting children's competitions that are fun and game on immunization events
Since 1954 it has become a "reference" for dental examinations.	Integrated Dental Center
Many and loyal Health Cadres both Toddler "Posyandu" and Elderly	Many and loyal Health Cadres both Toddler "Posyandu" and Elderly
Idiot village predicate	The mental health service program

Source: research data processed, 2018

## 1.2. Health Services at Medokan Ayu CHC

Medokan Ayu CHC is a CHC located in East Surabaya City. This CHC is relatively advanced, because it is equipped with: ER, Inpatient, and other services. In addition, services at Medokan Ayu CHC are IT-based, ranging from queues, counters, poly to pharmacy or medicine. However, SIMPUS (CHC Management Information System) has not been effective, due to labor shortages in the drug depot.

Supposedly, patients from poly immediately take drugs at the drug depot do not need to use the recipe again.

Local wisdom that needs to be developed by Medokan Ayu CHC by looking at the population data in its area is widely distributed at ages 5-9 years, 10-14 years, 15-49 years, 45-49 years. This age includes school age and productive age. In addition, the existence of Medokan Ayu CHC is located in Metropolis City, of course there is a very strong heterogeneous environmental influence compared to CHC in the suburbs. However, according to researchers, there is still a need to develop specific services for adolescents and for the population of productive age.

Medokan Ayu CHC, according to the results of the study, showed that the CHC became a place for student internships from: Airlangga University, Stikes, Hang Tuah University, Surabaya University, especially in nursing, midwives, and pharmacies. With many students from various universities, this has a positive impact on the development of this institution. However, the existence of apprenticeship students has not been used optimally, such as: conducting counseling, education about health for adolescents and mothers of productive age.

Other local wisdoms are research attention, including the loyalty of "Posyandu" Cadres who have been helping programs related to community service. Awards from "Posyandu" cadres included: (i) Mrs. Sudarwati, the Wonorejo cadre representative, won the first example of the Surabaya City "Posyandu" cadre in 2010; Surabaya City in 2012.

Table 2: Local Wisdom Recommended by Researchers in Developing NHI Patient Services at Medokan Ayu CHC

¥	
Local Wisdom	Recommendations for CHC Health Service Development
	Develop services for adolescents and mothers of productive age by collaborating
Have a population that is	with cross-sectors. For example: Police,
distributed to school age and	National Narcotics Agency, Social Service
productive age	and Health Service.
Close to state universities and	Maximizing partnerships / partnerships with
health schools both at the same	universities or equivalent and the School of
level as vocational schools and high	Health to support community services.
schools	
Health Cadres are loyal and have a	
high commitment to Toddler and	Maximizing cadre competence by following
Elderly "Posyandu"	various kinds of health training / counseling

Source: research data processed, 2018

#### 1.3. Health Services at Batu CHC

Local wisdom that is feasible to develop and become an innovation development for NHI patient service development is the CHC tourism emergency room. This is because that Batu City has various types of tourism, such as: Angkot Museum, Jatim Park 2, BNS (Batu Night Spectacular), Eco Green Park, Coban Rondo, Selecta Park, and others. At present, the CHC tourism emergency room serves all patients who are heading to Batu City. The CHC tourism emergency room also has the flexibility to be able to go to the hospital, and provide comfort for tourists.

The results showed that the visit of many NHI patients who visited were aged 45-69 years or entered in the elderly. An analysis can be given that local wisdom is a consideration for developing services, especially services for the elderly or elderly center. This service begins with the absence of queues for elderly patients both at counters and drug depots, public facilities such as squatting closets, handrails when riding, comfortable chairs and so on.

Local wisdom that needs to be developed by Batu CHC by looking at the population data in its area is widely distributed evenly among Toddlers (0-4) up to the age of 44-44 years. This age includes school age and productive age. The most appropriate service development service innovation is for children and teenagers of school age. The thing that is taken into consideration is the predicate of City of Tourism, assumed to be very vulnerable to outside influences. Therefore, adolescents really need a strong mental foundation so as not to fall into unwanted free association.

Table 3: Local Wisdom Recommended by Researchers in Developing NHI Patient Services at Batu CHC

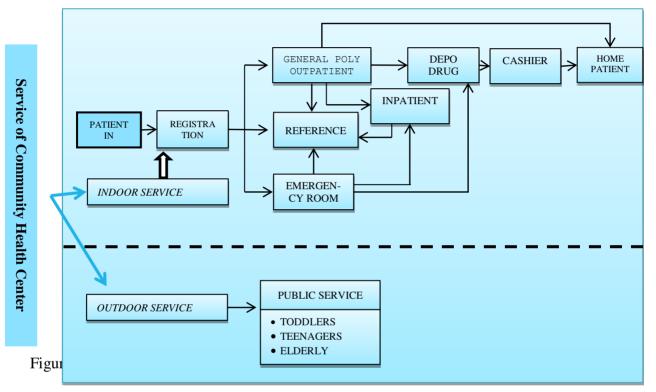
	Recommendations for CHC Health
Local Wisdom	Service Development
Batu as a city of tourism	Developing a "tourism ER" service. Serving all of the main NHI patients who experience health problems while recreation to Batu
	City.
JKN patients who visit are aged 45-	Elderly or Elderly Center services are
69 years or enter the elderly	developed
Harry distributed as well-time of	Develop services for adolescents in
Have a distributed population at school age	collaboration with cross-sectors. For example: Police, National Narcotics Agency, Social Service and Health Service.

Source: research data processed, 2018

#### 2. Model of CHC Health Services

CHC health services in the three CHC that are the research sites show different characteristics, at least these differences can be divided into large classifications, where for Ponorogo CHC, and Batu CHC, it is more focused on providing services within the CHC building, while for Medokan Ayu CHC, holding service inside and outside the CHC building. Judging from the aspect of service variation, there are also various data. The health care model implemented as described above shows the level of variation in health services that differ between health centers that are the place of research.

Referring to the various types of health services carried out by each health center that is the place of research, the following models can be formulated:



Based on the picture above, the health patient service flow can be divided into two parts, namely:

- 1. Patient Health Services carried out inside the building, with the following channels:
  - a. Registration:
    - 1) Patients come to the patient registration site, take the registration queue number in the queue machine
    - 2) Patients are called according to the queue serial number.

- 3) The patient shows an identity card (KTP / KK, health insurance card) that is owned or a medical card if he / she has already been examined at the health center to the registration officer for registration.
- 4) The registration officer submits the check queue number in the intended destination.
- b. Patients see General Poly:
  - 1) Medical officers (doctors, midwives, nurses) carry out examinations of patients.
  - 2) Medical officers refer patients to related units (laboratories, consultation clinics or other units) if needed.
  - 3) The medical officer makes a prescription and is handed over to the patient.
  - 4) The patient goes to the cashier to complete administration.
  - 5) The cashier submits details of the cost of services to the patient and asks to wait for the results of the drug in the waiting room or directs to the administration if it requires a letter number and aCHC stamp.
  - 6) Medicinal officers give drugs to patients.
  - 7) Patients go home.
- c. Patients take a referral to hospitalize in the referred Hospital
- d. Patients go to ER:
  - 1) referral for hospitalization or
  - 2) take drugs to the drug depot
  - 3) hospitalization in referred Hospital
- 2. Services carried out outside the building are services provided by puskesmas, which aim to motivate and encourage the community to live a healthy life. This service is aimed at the community around the puskesmas, especially in groups: Toddlers, Teens and the Elderly.

While service to patients and the community based on local wisdom can be described as follows:

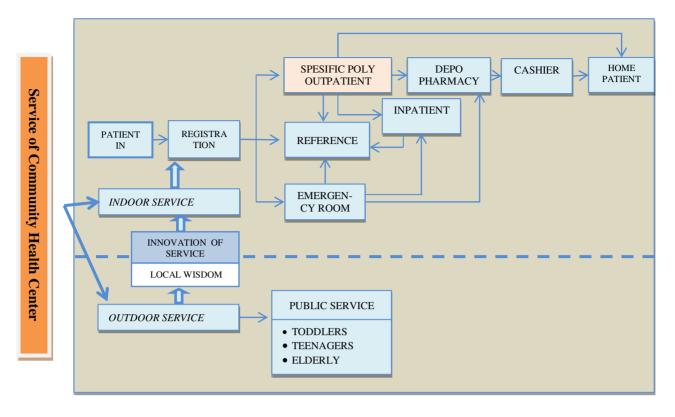


Figure 1. Model of CHC Services Based on Local Wisdom

Based on the picture of CHC health services based on local wisdom above, the health patient service flow can also be divided into two parts, namely:

# 1. Patient Health Services carried out inside the building, with the following channels:

- a. Registration:
  - 1) Patients come to the patient registration site, take the registration queue number in the queue machine
  - 2) Patients are called according to the queue serial number.
  - 3) The patient shows an identity card (KTP / KK, health insurance card) that is owned or a medical card if he / she has already been examined at the health center to the registration officer for registration.
  - 4) The registration officer submits the check queue number in the intended destination.
- b. Patients waiting in the top service poles provided by the Puskesmas:
  - 1) Medical officers (doctors, midwives, nurses) carry out examinations of patients.
  - 2) Medical officers refer patients to related units (laboratories, consultation clinics or other units) if needed.
  - 3) The medical officer makes a prescription and is handed over to the patient.
  - 4) The patient goes to the cashier to complete administration.
  - 5) The cashier submits details of the cost of services to the patient and asks to wait for the results of the drug in the waiting room or directs to the administration if it requires a letter number and aCHC stamp.

- 6) Medicinal officers give drugs to patients.
- 7) Patients go home.
- c. Patients take a referral to hospitalize in the referred Hospital
- d. Patients go to ER:
  - 1) referral for hospitalization
  - 2) take drugs to the drug depot
  - 3) hospitalization in referred Hospital
- 2. Services carried out outside the building are services provided by puskesmas, which aim to motivate and encourage the community to live a healthy life. Excellent service to the community, grouped into:
  - a. Services for toddlers, healthy program services for toddlers, such as presenting children's competitions that are fun and game on immunization events, maximizing cadre competencies by participating in various health training / counseling.
  - b. Services for Adolescents, healthy program services for adolescents, such as developing services for adolescents in collaboration with cross-sectors. For example: Police, BNN, Social Service and Health Service.
  - c. Services for the elderly, healthy program services for the elderly, such as developing elderly services or the elderly center

#### V. CONCLUSION

Referring to the results of the analysis of the study, the conclusions of this study are: 1) the service model for the current NHI program is still based on all types of diseases suffered by patients without being based on priority scale, because of the limited medical personnel and infrastructure needed, so impressed slow; 2) NHI program service innovation at Medokan Ayu CHC Surabaya is still limited to the electronic-based registration system (e-health), but patients cannot use it optimally due to limited ability. On the other hand, health services are still using conventional models, and 3) to improve the health services of the NHI program implemented by health centers in East Java, it is necessary to innovate service development models that pay attention to local wisdom and the needs of the surrounding community.

#### REFERENCE

- 1. Atmodjo, 1986."Penertian Kearifan Loka dan Relevansinya dalam moderniasi" Jakarta: Dunia Putaka
- 2. Debby Kulo, R., Massie G. A., dan Kandou G. D., Jurnal JIKMU, Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow, Suplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado
- 3. Denhardt, Janer V, and Robert B. Denhardt. 2003. The New Public Service : Serving Not Steering Armonk, N.Y : M.E.Sharpe
- 4. Armonk, NY: M. E. Sharpe. Frank, Sue A.; Lewis, Gregory B. "Government Employees: Working Hard or Hardly Working?". *The American Review of Public Administration*, March 2004). **34** (1): 36–51. *doi:10.1177/0275074003258823*
- 5. Institute for Alternative Futures. "Primary Care 2025: A Scenario Exploration". January 2012; pp. 19. http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025 Scenarios.pdf.
- 6. "Official Transition Initiatives." Transition United States. Accessed Feb 10, 2012. http://transitionus.org.
- 7. Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, dan L.L. Berry. 1998. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1
- 8. Pasolong, Harbani. 2013, Kepemimpinan Birokrasi, CV. ALFABETA
- 9. Perceived health challenges in the United States." National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. 2008. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- 10. Pramono Sapto, Roekminiati Sri, 2015, Penelitian DIPA dalam judul "Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Universitas Dr. Soetomo
- 11. Sabrina, Qhisti, Jurnal: Kebijakan dan Manajemen Publik, Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya, Volume 3, Nomor 2, ISSN 2303 341X, Mei-Agustus 2015, Universitas Airlangga.
- 12. Volokh, Sasha. "Are public-sector employees "overpaid"?". The *Washington Post*. 7 February 2014

# DRAF MODEL PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI



# PENGEMBANGAN MODEL LAYANAN PASIEN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) BERBASIS KEARIFAN LOKAL PADA PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) PROVINSI JAWA TIMUR

## Oleh

Ketua : Dr. Amirul Mustofa (NIDN: 0718016601)

Anggota: Sri Roekminiati, S.Sos, M.KP (NIDN: 0713087001)

Dra. Damajanti Sri Lestari, MM (NIDN: 0721066901)

#### Dibiayai oleh:

Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementrian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Sesuai Dengan Kontrak Penelitian Tahun Anggaran 2018 Nomor: 120/SP2H/LT/DRPM/2018, Tanggal 30 Januari 2018.

UNIVERSITAS DR. SOETOMO SURABAYA 2018 **PRAKATA** 

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadirat Allah SWT, karena atas hidayah dan

inayahNya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan

Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementrian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018, dengan

judul penelitan Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional

(JKN) Berbasis Kearifan Lokal pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat

Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur.

Penyelesaian laporan perkembangan PUPT pada tahun pertama ini, peneliti

berkewajiban untuk menghasilkan luaran wajib dalam bentuk draf model Pengembangan

Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan

Lokal pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa

Timur. Terselesainya draf model ini atas kerja keras tim peneliti dan bantuan dari para

petugas pada 3 puskesmas yang menjadi lokasi penelitian untuk memberikan data sesuai

dengan indikator penelitian yang telah ditetapkan peneliti. Sehubungan dengan itu, kiranya

peneliti berkewajiban untuk mengucapkan terima kasih kepada beberapa pihak yang

mendukung terselesainya pengambilan data.

Bangunan model ini, masih bersifat draf, dan masih perlu diperbaiki dan dilengkapi.

Oleh karena itu, berbagai kekurangan masih perlu dilakukan pembenahan. Seiring dengan

perbaikan itu, saran dan kritik yang konstruktif dari berbagai pembaca sangat peneliti

harapkan. Terima kasih

Surabaya, Agustus 2018

Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si

07180166001

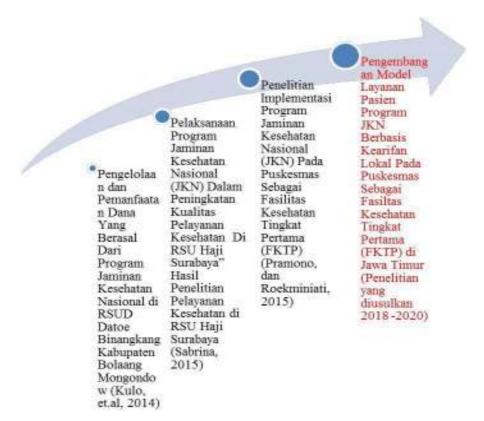
2

# MEMBANGUN PENGEMBANGAN MODEL LAYANAN PASIEN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) BERBASIS KEARIFAN LOKAL PADA PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) PROVINSI JAWA TIMUR

#### I. METODE

Keterkaitan antara penelitian yang diusulkan dan penelitian yang sedang berjalan atau yang sudah dihasilkan adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.1**Roadmap Penelitian



Memahami *roadmap* tersebut di atas, bahwa penelitian pada tiga tahun terakhir telah dilaksanakan dengan rincian bahwa untuk tahun 2014 telah dilaksanakan olah orang lain. Sedangkan pada tahun 2015 dilaksanakan oleh orang lain (Sabrina) dan dilaksanakan oleh anggota tim peneliti. Untuk melanjutkan penelitian yang dilaksanakan oleh anggota tim dan terkait dengan pengimplementasian *roadmap* penelitian yang ditetapkan oleh Universitas Dr. Soetomo dalam Rencana Induk Penelitian (2016 – 2020), maka penelitian ini

mengusulkan sebagaimana judul tersebut pada roadmap di atas. Dengan penelitian ini diharapkan dapat merumuskan draf kebijakan baru dalam pengembangan model layanan program JKN.

Research dan action research Penelitian akan dilakukan pada Puskesmas Provinsi Jawa Timur. Bagan penelitian selama tiga tahun secara utuh dan tahapannya pada gambar di bawah ini:

#### TARGET LUARAN YANG DICAPAI **ASPEK YANG DITELITI** Tahun I: (a) identifikasi dan pemetaan jenis **Tahun I:** (a) teridentifikasi dan terpetakan layanan pasien program JKN berdasarkan usia, semua jenis layanan pasien program JKN berdasarkan usia, jenis penyakit dan rujukan. jenis penyakit dan rujukan. (b) analisis model layanan yang diterapkan, c) rumusan draft (b) teranalisis model layanan yang pengembangan model layanan diterapkan, c) terumuskan draft pengembangan model layanan. Tahun II: (a) Implementasi draf model layanan Tahun II: (a) Implementasi draf model program JKN berbasis kearifan lokal (b) layanan program JKN berbasis kearifan lokal Mengkaji tingkat efektivitas dan berbagai (b) Terkaji tingkat efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien Penerapan draf kendala layanan bagi pasien Penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal; dan (c) sosialisasi revisi model layanan lokal; dan (c) tersosialisasi revisi model program JKN berbasis kearifan lokal pada layanan program JKN berbasis kearifan lokal seluruh bagian pelayanan di 3 puskesmas (d) pada seluruh bagian pelayanan di 3 puskesmas Penentuan Nota Kesepakatan untuk (d) Terlaksanan Nota Kesepakatan untuk menerapkan model layanan program JKN menerapkan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal berbasis kearifan lokal **Tahun III:** (a) Hasil uji pengembangan model **Tahun III:** (a) Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) puskesmas lain; (b) evaluasi layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pengembangan model layanan Program JKN pada 3 (tiga) puskesmas di 3 (tiga) berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) Puskesmas kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur, lain; dan (c) pengembangan model layanan (b) penyempurnaan model yang adatif dengan Program JKN berbasis kearifan lokal. kearifan lokal di masing-masing puskesmas, (c) pembakuan pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal pada

#### HASIL YANG DICAPAI DARI KEGIATAN PTUPT

- 1. Menghasilkan pemodelan pengembangan pelayanan Program JKN berbasis kearifan lokal Pada Puskesmas di Jawa Timur
- 2. Invited Speaker dalam Temu Ilmiah Internasional
- 3. Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Hak Cipta4. Publikasi ilmiah pada jurnal terakreditasi nasional/Proseding
- 5. Buku Ajar

# II. MODEL PELAYANAN YANG DILAKSANAKAN DAN KEARIFAN LOKAL

Menurut hasil penelitian bahwa model layanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tiga puskesmas yang menjadi lokasi penelitian, dapat didiskripsikan dan dianalisis dengan pendekatan kualitatif sebagaimana berikut:

# 1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Ponorogo Utara

Bahwa Puskesmas Ponorogo Utara memiliki kearifan lokal yang bisa dikembangkan dalam pelayanan pada pasien baik untuk pasien umum maupun JKN. Puskesmas ini memiliki pasien yang sangat setia utamanya untuk pemeriksaan gigi dan mulut sejak tahun 1954 dan imunisasi. Beberapa inovasi telah dilakukan untuk memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien. Diantaranya adalah "imunisasi center, dan pelayanan kehamilan terpadu". Implementasi dari terhadap dari statemen inovasi ini adalah bahwa terdapat beberapa pasien berdatangan untuk mendapat layanan termasuk layanan kepada ibu dan anak (bayi). Puskesmas ini telah bekerjasama dengan beberapa sekolah di wilayah kerjanya untuk melakukan imunisasi hepatitis, difteri dan lainnya. Termasuk siswa yang tidak mengikuti imunisasi di sekolah, dapat menyusul imunisasi di puskesmas.

Analisis yang dapat diberikan peneliti bahwa puskesmas ini selain bekerjasama dengan institusi sekolah, sebenarnya pelayanan yang berbasis kearifan lokal bisa dikembangkan untuk malakukan inovasi layanan. Dengan demikian, pelayanan yang diberikan akan menciptakan kesetian yang terus-menerus sampai turun-temurun berkunjung ke puskesmas untuk imunisasi, termasuk pemeriksaan gigi dan mulut yang menjadi unggulan dalam pelayanan. Pelayanan kesehatan yang berbasis kearifan lokal bisa dikembangkan dengan dipadukan dengan budaya yang menjadi kekhasan Ponorogo sebagai Kota Reog. Dengan demikian, pelayanan luar puskesmas dapat menghadirkan reog kecil pada *event-event* imunisasi agar anak-anak yang hadir bisa berobat atau mendapatkan perawatan kesehatan sambil menikmati hiburan reog.

Pelayanan yang berbasis kearifan lokal juga layak dikembangkan di dareah lain, terutama di kampung yang mendapatkan predikat "kampung idiot". Kampung yang berada di desa Karangpatihan Kecamatan Balong, saat penelitian ini dilaksanakan terdata sebanyak 99 orang yang mengalami keterbelakangan mental. Data ini menjadi perhatian bagi pelayanan puskesmas yang berbasis kearifan lokal. Puskesmas Ponorogo Utara ini merupakan puskesmas yang berada di pusat kota yang menjadi "jujukan " pasien dari berbagai penjuru Kecamatan di Kabupaten Ponorogo. Selain itu, letak Puskesmas yang dekat dengan rumah sakit rujukan juga menjadi faktor banyaknya pesien yang berobat ke Puskesmas Ponorogo utara. Sehubungan dengan data tersebut menurut peneliti, jika Puskesmas Ponorogo Utara tepat untuk menginisiasi untuk menjadi puskesmas yang membuat inovasi layanan kesehatan yang berfokus pada pelayanan kesehatan jiwa.

Berikut matrik kearifan lokal yang direkomendasikan peneliti dalam pengembangan model layanan puskesmas Ponorogo:

Tabel 1: Kearifan Lokal yang Direkomendasi Peneliti dalam Pengembangan Layanan pasien JKN Di Puskesmas Ponorogo Utara

Delement Description of the second of the se	
Kearifan Lokal	Rekomendasi Pengembangan Layanan Kesehatan Puskesmas
Kesetiaan masyarakat secara turuntemurun untuk melakukan imunisasi di puskesmas.	Menghadirkan reog mini pada <i>event-event</i> imunisasi. Baik dilakukan di puskesmas maupun di sekolah.
Kerjasama dengan sekolah untuk melakukan imunisasi yang sudah dilakukan puluhan tahun.	Menghadirkan lomba anak-anak yang bersifat <i>fun Education</i> pada <i>event</i> imunisasi
Sejak 1954 menjadi "jujukan" untuk pemeriksaan gigi.	Dental Center Terpadu
Kader Kesehatan yang banyak dan setia baik Posyandu Balita maupun Posyandu Lansia	Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam pelatihan/penyuluhan kesehatan
Predikat kampung Idiot	Program layanan kesehatan jiwa

Sumber: data penelitian diolah, 2018

# 2. Pelayanan Kesehaan di Puskesmas Medokan Ayu

Puskesmas Medokan Ayu merupakan Puskesmas di Surabaya Timur yang cukup maju, dilengkapi dengan UGD, Rawat Inap dan beberapa layanan. Selain itu layanan yang ada di Puskesmas Medokan Ayu sudah berbasis IT, mulai dari antrian, loket, poli hingga farmasi atau obat. SIMPUS ini dibuat untuk membantu membuat laporan puskesmas dan untuk data perencanaan tingkat dinas. Hanya saja SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) belum berjalan efektif karena kekurangan tenaga kerja di depo obat. Seharusnya pasien dari poli langsung ambil obat di depo obat tidak perlu menggunakan resep lagi. Selain itu aplikasi P-Care dibuat oleh BPJS untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien yang berobat. Membuat rujukan secara berjenjang.

Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Medokan Ayu dengan melihat data penduduk di wilayahnya banyak terdistribusi pada usia 5-9 tahun, 10-14 tahun, 15-49 tahun, 45-49 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Selain itu, keberadaan Puskesmas Medokan Ayu yang berada di Kota Metropolis, tentunya terdapat pengaruh lingkungan heterogen yang sangat kuat dibanding dengan puskesmas di daerah pinggiran. Namun demikian, menurut peneliti bahwa masih perlu adanya pengembangan layanan spesifik untuk remaja dan bagi penduduk usia produktif.

Puskesmas Medokan Ayu, menurut hasil penelitian menunjukkan bahwa puskesmas ini menjadi tempat magang mahasiswa dari: Unair, Stikes, Universitas Hang Tuah, Unmuh Surabaya, khususnya jurusan keperawatan, bidan, apoteker dan farmasi. Dengan banyaknya mahasiswa dari berbagai perguruan tinggi ini, berdampak positif untuk perkembangan institusi ini. Namun demikian, keberadaan mahasiswa magang belum dimanfaatkan secara maksimal, seperti: menyelenggarakan penyuluhan, edukasi tentang kesehatan untuk remaja maupun ibu usia produktif.

Kearifan lokal yang lain yang perhatian penelitiann, diantaranya adalah kesetiaan Kader Posyandu yang selama ini sudah membantu program-program yang berhubungan dengan pelayanan masyarakat. Penghargaan yang didapat dari kader Posyandu diantaranya adalah: (i) Bu Sudarwati wakil kader Wonorejo menjadi juara 1 kader Posyandu teladan tingkat Kota Surabaya tahun 2010, dan (ii) Ibu Ira Prihandini kader RW VI Kelurahan Medokan Ayu menjadi juara harapan 1 kader Posyandu teladan tingkat Kota Surabaya Tahun 2012.

Tabel 2. Kearifan Lokal yang Direkomendasi Peneliti dalam Pengembangan Layanan pasien JKN Di Puskesmas Medokan Ayu

	Rekomendasi Pengembangan Layanan
Kearifan Lokal	Kesehatan Puskesmas
Memiliki Penduduk yang	Mengembangkan pelayanan untuk remaja
terdistribusi pada Usia sekolah dan	dan Ibu usia produktif dengan bekerjasama
T. D. 11.00	dengan lintas sektor. Misalnya: Polisi, BNN,
Usia Produktif	Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.
Dekat dengan PTN dan sekolah-	Memaksimalkan kerjasama/kemitraan
sekolah Kesehatan baik setingkat dengan SMK maupun Sekolah	dengan Perguruan tinggi atau yang sederajat serta Sekolah Kesehatan untuk menunjang
Tinggi	pelayanan masyarakat.
Kader Kesehatan setia dan	
mamiliki kamitman yang tinggi	Memaksimalkan kompetensi kader dengan
memiliki komitmen yang tinggi	mengikuti berbagai macam
Posyandu Balita maupun Posyandu	
Lansia	pelatihan/penyuluhan kesehatan
Layananan sudah menggunakan	Perlu diefektifkan dengan Mantenance Sistem
SIMPUS dan P-Care	Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitiaan diolah, 2018

# 3. Pelayanan Kesehaan Di Puskesmas Batu

Puskesmas Batu cukup maju, dilengkapi dengan UGD, Rawat Inap dan beberapa layanan. Selain itu layanan yang ada di Puskesmas Batu seperti halnya di Puskesmas Medokan Ayu sudah berbasis IT. Hanya saja SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) juga belum berjalan efektif karena ke Depo Obat masih menggunakan resep. Selain itu juga sudah menggunakan aplikasi *P-Care* dibuat oleh BPJS untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien yang berobat. Membuat rujukan secara berjenjang.

Kearifan lokal yang layak untuk dikembangkan dan menjadi cikal bakal untuk mengembangkan inovasi pengembangan layanan pasien JKN, adalah UGD Puskesmas Wisata. Hal ini dikarenakan bahwa Kota Batu kota wisata yang memiliki berbagai jenis wisata, sperti: Museum Angkot, Jatim Park 2, BNS (*Batu Night Spectacular*), *Eco Green Park*, Coban Rondo, Taman Selecta, dan lainnya. Sementara ini, UGD Puskesmas Wisata, melayani semua pasien yang mengalami masalah kesehatan ketika sedang rekreasi ke Kota Batu. UGD Puskesmas Wisata ini juga memiliki keleluasaan untuk bisa merujuk ke rumah sakit manapun, sehingga ini memberi kemudahan dan kenyamanan tersendiri bagi wisatawan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kunjungan banyaknya pasien JKN yang berkunjung adalah usia 45-69 tahun atau masuk pada usia lansia. Analisis yang dapat diberikan bahwa kearifan lokal yang menjadi pertimbangan untuk mengembangan layanan, khususnya adalah layanan lansia atau *lansia center*. Layanan ini dimulai dengan tidak adanya antrian untuk pasien usia lanjut baik di loket maupun depo obat, fasilitas umum seperti *closet* jongkok, pegangan tangan saat naik, kursi yang nyaman dan lain sebagainya.

Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Batu dengan melihat data penduduk di wilayahnya banyak terdistribusi merata pada Balita (0-4) sampai pada usia 44-44 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Inovasi layanan pengembangan layanan yang paling tepat adalah untuk anak maupun remaja usia sekolah. Hal yang menjadi pertimbangan adalah predikat Kota Wisata, diasumsikan sangat rawan dengan pengaruh dari luar. Oleh karena itu, remaja sangat memerlukan fondasi mental yang kuat agar tidak terperosok pada pergaulan bebas yang tidak diinginkan.

Tabel 3. Kearifan Lokal yang Direkomendasi Peneliti dalam Pengembangan Layanan pasien JKN Di Puskesmas Batu

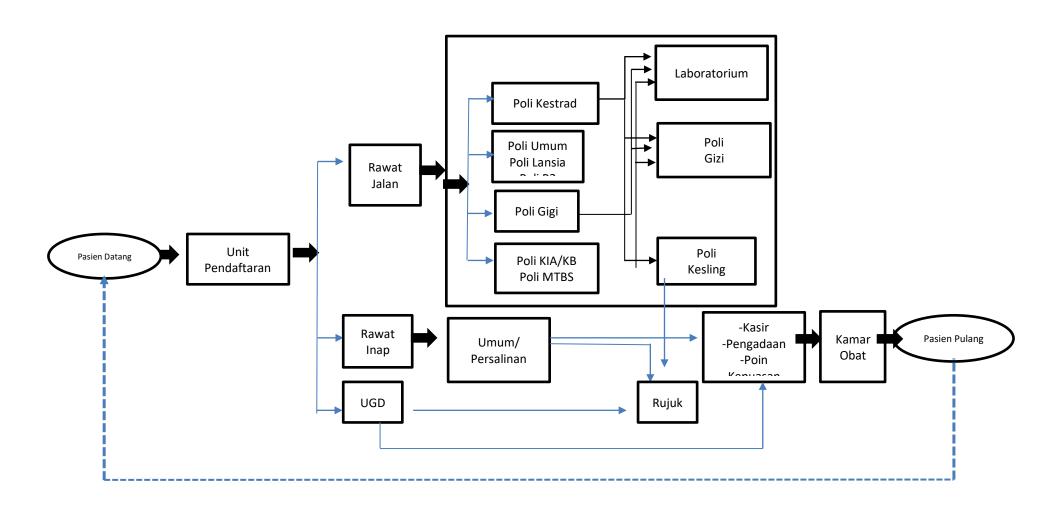
	Rekomendasi Pengembangan Layanan
Kearifan Lokal	Kesehatan Puskesmas
Batu sebagai Kota Wisata	Mengembangkan pelayanan "UGD Wisata".
	Melayani semua pasien JKN utamanya yang
	mengalami masalah kesehatan ketika sedang rekreasi ke Kota Batu.
Pasien JKN yang berkunjung adalah	Dikembangkan layanan lansia atau Lansia
usia 45-69 tahun atau masuk pada usia	Center
lansia	
Memiliki Penduduk yang terdistribusi	Mengembangkan pelayanan untuk remaja
pada Usia sekolah	bekerjasama dengan lintas sektor. Misalnya:
	Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.
Layananan sudah menggunakan	Perlu diefektifkan dengan Mantenance Sistem
SIMPUS dan P-Care	Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitiaan diolah, 2018

# 4. Model Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Pelayanan kesehaan puskesmas di tiga Puskesmas yang menjadi tempat penelitian menunjukkan karakteristik yang berbeda, paling tidak perbedaan tersebut dapat dibagi menjadi klasifikasi besar, dimana untuk puskemas Ponorogo, dan puskesmas Batu, lebih fokus menyelenggarakan pelayanan di dalam gedung puskesmas, sementara untuk puskesmas Medokan Ayu, menyelenggarakan pelayanan di dalam dan di luar gedung puskesmas. Ditinjau dari aspek variasi pelayanan juga didapatkan data yang bervariasi. Model layanan kesehatan yang dilaksanakan sebagaimana diuraiakan di atas menjukkan tingkat variasi pelayanan kesehatan yang berbeda antara puskesmas yang menjadi tempat penelitian.

Merujuk dari berbagai macam pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh masing-masing puskesmas yang menjadi tempat penelitian, dapat dirumuskan model sebagimana berikut:



Gambar 1. Existing Model Pelayanan Puskesmas Selama ini

Sumber: Profil Pukesmas

Pada Alur Pelayanan pada gambar 1 tidak nampak pelayanan di luar gedung misalnya: Layanan Posyandu Lansia, Layanan Posyandu Balita, Layanan Posyandu Remaja dan sebagainya. Meskipun pada kenyataannya sudah dilaksanakan di puskesmas yang menjadi lokasi penelitian.Selama ini Alur Pelayanan di Puskesmas baik pasien JKN maupun Umum yakni sebagai berikut

#### a. Pendaftaran:

- 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
- 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
- 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
- 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.

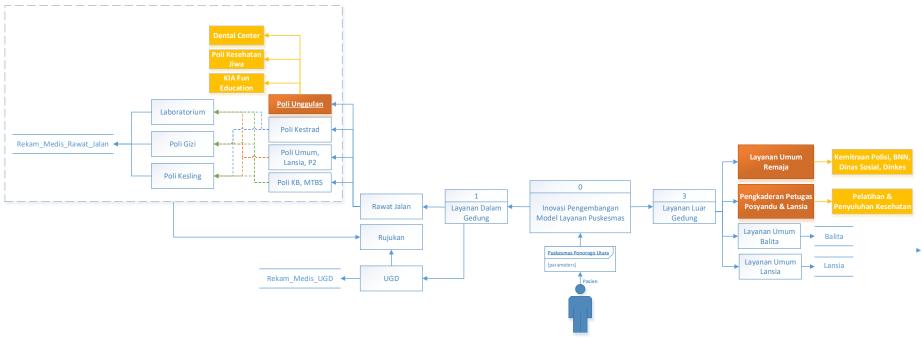
# b. Pasien menunju Poli Umum:

- 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien.
- 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
- 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
- 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
- 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
- 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
- 7) Pasien pulang.
- c. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
- d. Pasien menuju UGD:
  - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
  - 2) mengambil obat ke depo obat
  - 3) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk

••

## III. MODEL YANG DIBANGUN DAN DIKEMBANGKAN

Pengembangkan model layanan yang yang dilakukan peneliti yaitu dengan mengkombinasikan kearifan lokal yang dimiliki oleh masing-masing puskesmas yang menjadi lokasi penelitian dan nantinya akan menjadi inovasi pada pengembangan jenis layanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung. Pelayanan kepada pasien JKN/Umum dan masyarakat yang berbasiskan kearifan lokal di 3 (tiga) puskesmas yang menjadi lokasi penelitian digambarkan sebagaimana bagan berikut:

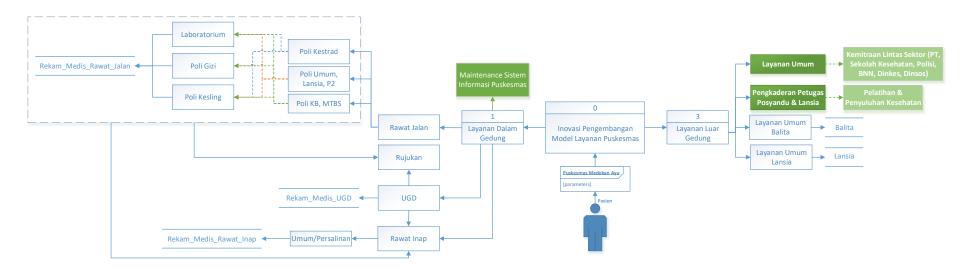


**Gambar 2**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Ponorogo Utara Sumber: data penelitiaan diolah, 2018

Berdasarkan gambar.2, pelayanan puskesmas berbasis kearifan lokal di Puskesmas Ponorogo Utara di atas, maka alur pelayanan pasien kesehatan BPJS maupun Umum dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni:

- 1. Pelayanan Kesehatan Pasien yang dilaksanakan di dalam Gedung, dengan alur sebagai berikut:
  - a. Pendaftaran:
    - 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
    - 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
    - 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
    - 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.
  - b. Pasien menunggu di poli Layanan Unggulan yang disediakan oleh Puskesmas:
    - 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien pada:
      - a. Poli KB, MTBS
      - b. Poli Umum, Lansia, P2
      - c. Poli Kestrad
      - d. Dental Center
      - e. Poli Kesehatan Jiwa
      - f. KIA Fun Education
    - 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
    - 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
    - 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
    - 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
    - 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
    - 7) Pasien pulang.
  - c. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
  - d. Pasien menuju UGD:
    - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
    - 2) mengambil obat ke depo obat
    - 3) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk

- 2. Pelayanan yang dilaksanakan di luar gedung, merupakan pelayanan yang disediakan oleh puskesmas, yang bertujuan untuk memotivasi dan mengajak kepada masyarakat untuk hidup sehat. Layanan unggulan kepada masyarakat, dikelompokkan menjadi:
  - a. Layanan pada Balita,
     Peningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu balita melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung.
  - b. Layanan pada Remaja bermitra dengan Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan
  - c. Layanan pada Lansia
    - Peningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu lansia melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung



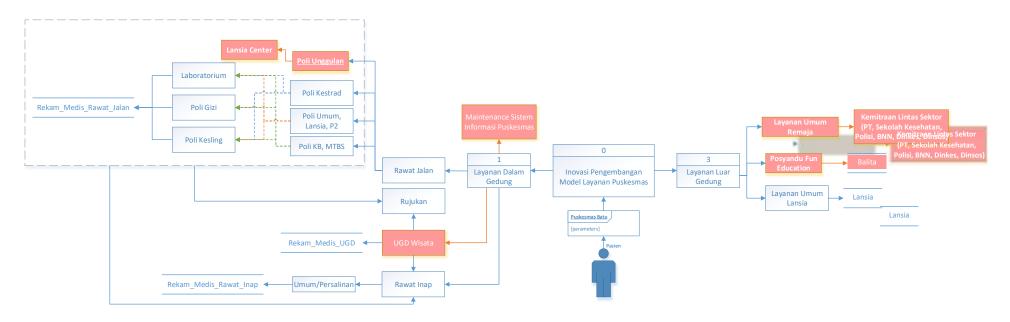
**Gambar 3**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Medokan Ayu Sumber: data penelitiaan diolah, 2018

Berdasarkan gambar.3, pelayanan puskesmas berbasis kearifan lokal di Puskesmas Ponorogo Utara di atas, maka alur pelayanan pasien kesehatan BPJS maupun Umum dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni:

- 1. Pelayanan Kesehatan Pasien yang dilaksanakan di dalam Gedung, dengan alur sebagai berikut:
  - a. Pendaftaran:
    - 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
    - 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
    - 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
    - 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.
  - b. Pasien menunggu di poli Layanan Unggulan yang disediakan oleh Puskesmas:
    - 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien pada:
      - a) Poli KB, MTBS
      - b) Poli Umum, Lansia, P2
      - c) Poli Kestrad
    - 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
    - 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
    - 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
    - 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
    - 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
    - 7) Pasien pulang.
  - c. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
  - d. Pasien menuju UGD:
    - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
    - 2) mengambil obat ke depo obat
    - 3) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk
  - e. Maintanance Sistem Informasi Puskesmas Terpadu
  - 3. Pelayanan yang dilaksanakan di luar gedung, merupakan pelayanan yang disediakan oleh puskesmas, yang bertujuan untuk memotivasi dan mengajak

kepada masyarakat untuk hidup sehat. Layanan unggulan kepada masyarakat, dikelompokkan menjadi:

- a. Layanan pada Balita, Bermitra dengan Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan
- b. Layanan pada Remaja
   Bermitra dengan Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan
- c. Layanan pada Lansia
   Peningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu lansia melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung



Gambar 4 : Pengambangan Model Layanan Pukesmas Batu

Sumber: Data Diolah

Berdasarkan gambar.4, pelayanan puskesmas berbasis kearifan lokal di Puskesmas Ponorogo Utara di atas, maka alur pelayanan pasien kesehatan BPJS maupun Umum dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni:

- 2. Pelayanan Kesehatan Pasien yang dilaksanakan di dalam Gedung, dengan alur sebagai berikut:
  - a. Pendaftaran:
    - 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
    - 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
    - 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
    - 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.
  - f. Pasien menunggu di poli Layanan Unggulan yang disediakan oleh Puskesmas:
    - 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien pada:
      - a) Poli KIA,KB, MTBS
      - b) Poli Umum
      - c) Poli Kestrad
      - d) Lansia Center
    - 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
    - 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
    - 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
    - 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
    - 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
    - 7) Pasien pulang.
  - g. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
  - h. Pasien menuju UGD WISATA:
    - a) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
    - b) mengambil obat ke depo obat
    - c) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk
  - i. Maintanance Sistem Informasi Puskesmas Terpadu
  - 4. Pelayanan yang dilaksanakan di luar gedung, merupakan pelayanan yang disediakan oleh puskesmas, yang bertujuan untuk memotivasi dan mengajak

kepada masyarakat untuk hidup sehat. Layanan unggulan kepada masyarakat, dikelompokkan menjadi:

- a) Layanan pada Balita, **Posyandu** *fun education*
- b) Layanan pada Remaja
   Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan, Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan
- c) Layanan pada Lansia

#### REFERENSI

- 1. Atmodjo, 1986."Penertian Kearifan Loka dan Relevansinya dalam moderniasi" Jakarta: Dunia Putaka
- 2. Debby Kulo, R., Massie G. A., dan Kandou G. D., Jurnal JIKMU, Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow, Suplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado
- 3. Denhardt, Janer V, and Robert B. Denhardt. 2003. The New Public Service : Serving Not Steering Armonk, N.Y: M.E.Sharpe
- 4. Armonk, NY: M. E. Sharpe. Frank, Sue A.; Lewis, Gregory B. "Government Employees: Working Hard or Hardly Working?". *The American Review of Public Administration*, March 2004). **34** (1): 36–51. *doi:10.1177/0275074003258823*
- 5. Institute for Alternative Futures. "Primary Care 2025: A Scenario Exploration". January 2012; pp. 19. http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025 Scenarios.pdf.
- 6. "Official Transition Initiatives." Transition United States. Accessed Feb 10, 2012. <a href="http://transitionus.org">http://transitionus.org</a>.
- 7. Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, dan L.L. Berry. 1998. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1
- 8. Pasolong, Harbani. 2013, Kepemimpinan Birokrasi, CV. ALFABETA
- 9. Perceived health challenges in the United States." National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. 2008. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- 10. Pramono Sapto, Roekminiati Sri, 2015, Penelitian DIPA dalam judul "Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Universitas Dr. Soetomo
- 11. Sabrina, Qhisti, Jurnal: Kebijakan dan Manajemen Publik, Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya, Volume 3, Nomor 2, ISSN 2303 341X, Mei-Agustus 2015, Universitas Airlangga.
- 12. Volokh, Sasha. "Are public-sector employees "overpaid"?". The *Washington Post*. 7 February 2014

# DRAF USULAN HAKI



# PENGEMBANGAN MODEL LAYANAN PASIEN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) BERBASIS KEARIFAN LOKAL PADA PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) PROVINSI JAWA TIMUR

#### Oleh

Ketua : Dr. Amirul Mustofa (NIDN: 0718016601)

Anggota : Sri Roekminiati, S.Sos, M.KP (NIDN: 0713087001)

Dra. Damajanti Sri Lestari, MM (NIDN: 0721066901)

## Dibiayai oleh:

Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementrian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Sesuai Dengan Kontrak Penelitian Tahun Anggaran 2018 Nomor: 120/SP2H/LT/DRPM/2018, Tanggal 30 Januari 2018.

UNIVERSITAS DR. SOETOMO SURABAYA
2018

**PRAKATA** 

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadirat Allah SWT, karena atas hidayah dan

inayahNya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan

Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementrian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018, dengan

judul penelitan Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional

(JKN) Berbasis Kearifan Lokal pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat

Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur.

Penyelesaian laporan perkembangan PUPT pada tahun pertama ini, peneliti

berkewajiban untuk menghasilkan luaran wajib dalam bentuk Draf HAKI Pengembangan

Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan

Lokal pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa

Timur. Terselesainya draf HAKI ini atas kerja keras tim peneliti dan bantuan dari para

petugas pada 3 puskesmas yang menjadi lokasi penelitian untuk memberikan data sesuai

dengan indikator penelitian yang telah ditetapkan peneliti. Sehubungan dengan itu, kiranya

peneliti berkewajiban untuk mengucapkan terima kasih kepada beberapa pihak yang

mendukung terselesainya pengambilan data.

Usulan HAKI ini, masih bersifat draf, dan masih perlu diperbaiki dan dilengkapi. Oleh

karena itu, berbagai kekurangan masih perlu dilakukan pembenahan. Seiring dengan

perbaikan itu, saran dan kritik yang konstruktif dari berbagai pembaca sangat peneliti

harapkan. Terima kasih

Surabaya, Agustus 2018

Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si

07180166001

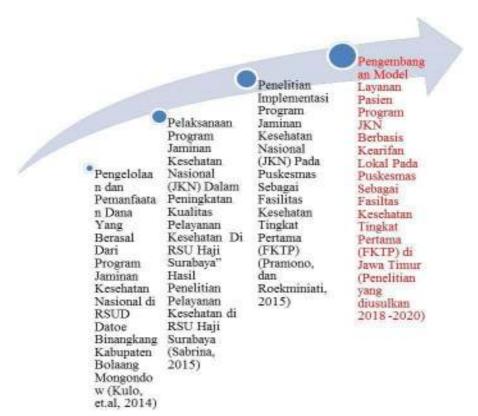
2

# MEMBANGUN PENGEMBANGAN MODEL LAYANAN PASIEN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) BERBASIS KEARIFAN LOKAL PADA PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) PROVINSI JAWA TIMUR

#### I. METODE

Keterkaitan antara penelitian yang diusulkan dan penelitian yang sedang berjalan atau yang sudah dihasilkan adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.1**Roadmap Penelitian



Memahami *roadmap* tersebut di atas, bahwa penelitian pada tiga tahun terakhir telah dilaksanakan dengan rincian bahwa untuk tahun 2014 telah dilaksanakan olah orang lain. Sedangkan pada tahun 2015 dilaksanakan oleh orang lain (Sabrina) dan dilaksanakan oleh anggota tim peneliti. Untuk melanjutkan penelitian yang dilaksanakan oleh anggota tim dan terkait dengan pengimplementasian *roadmap* penelitian yang ditetapkan oleh Universitas Dr.

Soetomo dalam Rencana Induk Penelitian (2016 – 2020), maka penelitian ini mengusulkan sebagaimana judul tersebut pada *roadmap* di atas. Dengan penelitian ini diharapkan dapat merumuskan draf kebijakan baru dalam pengembangan model layanan program JKN.

Research dan action research Penelitian akan dilakukan pada Puskesmas Provinsi Jawa Timur. Bagan penelitian selama tiga tahun secara utuh dan tahapannya pada gambar di bawah ini:

#### ASPEK YANG DITELITI TARGET LUARAN YANG DICAPAI **Tahun I**: (a) identifikasi dan pemetaan jenis **Tahun I:** (a) teridentifikasi dan terpetakan layanan pasien program JKN berdasarkan usia, semua jenis layanan pasien program JKN jenis penyakit dan rujukan. (b) analisis model berdasarkan usia, jenis penyakit dan rujukan. layanan yang diterapkan, c) rumusan draft (b) teranalisis model layanan yang pengembangan model layanan diterapkan, c) terumuskan draft pengembangan model layanan. Tahun II: (a) Implementasi draf model layanan **Tahun II:** (a) Implementasi draf model program JKN berbasis kearifan lokal (b) layanan program JKN berbasis kearifan lokal Mengkaji tingkat efektivitas dan berbagai (b) Terkaji tingkat efektivitas dan berbagai kendala layanan bagi pasien Penerapan draf kendala layanan bagi pasien Penerapan draf model layanan program JKN berbasis kearifan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal; dan (c) sosialisasi revisi model layanan lokal; dan (c) tersosialisasi revisi model program JKN berbasis kearifan lokal pada layanan program JKN berbasis kearifan lokal seluruh bagian pelayanan di 3 puskesmas (d) pada seluruh bagian pelayanan di 3 puskesmas Penentuan Nota Kesepakatan untuk (d) Terlaksanan Nota Kesepakatan untuk menerapkan model lavanan program JKN menerapkan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal berbasis kearifan lokal **Tahun III:** (a) Program JKN berbasis kearifan **Tahun III:** (a) Hasil uji pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal lokal pada 3 (tiga) puskesmas lain; (b) evaluasi pengembangan model layanan Program JKN pada 3 (tiga) puskesmas di 3 (tiga) berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) Puskesmas kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur, lain; dan (c) pengembangan model layanan (b) penyempurnaan model yang adatif dengan Program JKN berbasis kearifan lokal. kearifan lokal di masing-masing puskesmas, (c) pembakuan pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal pada

#### HASIL YANG DICAPAI DARI KEGIATAN PTUPT

- Menghasilkan pemodelan pengembangan pelayanan Program JKN berbasis kearifan lokal Pada Puskesmas di Jawa Timur
- 2. Invited Speaker dalam Temu Ilmiah Internasional
- 3. Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Hak Cipta
- 4. Publikasi ilmiah pada jurnal terakreditasi nasional/Proseding
- 5. Buku Ajar

#### II. MODEL ALUR PELAYANAN YANG DILAKSANAKAN

Menurut hasil penelitian bahwa model alur pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tiga puskesmas yang menjadi lokasi penelitian yaitu Puskesmas Ponorogo Utara, Puskesmas Medokan Ayu Surabaya dan Puskesmas Batu tidak nampak pelayanan di luar gedung misalnya: Layanan Posyandu Lansia, Layanan Posyandu Balita, Layanan Posyandu Remaja dan sebagainya. Meskipun pada kenyataannya sudah dilaksanakan di puskesmas yang menjadi lokasi penelitian.

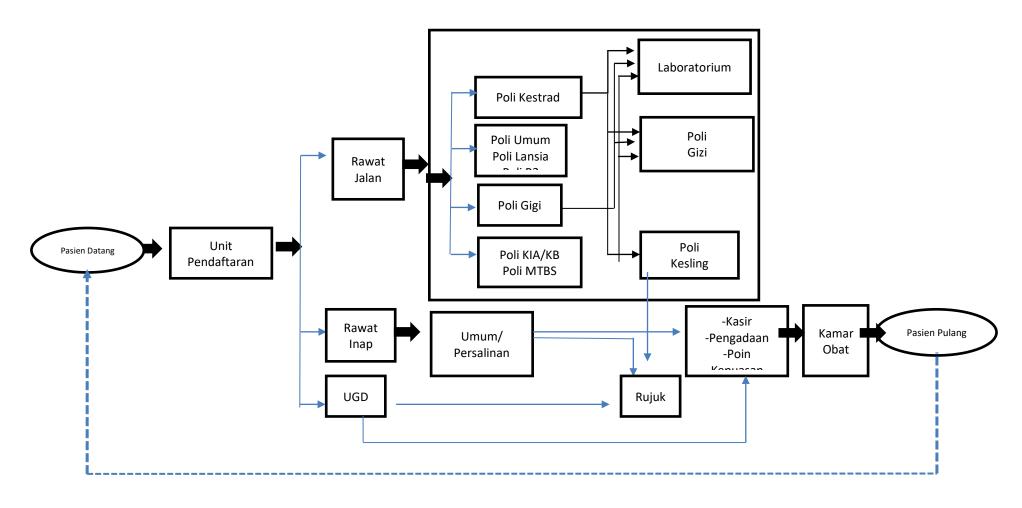
Pelayanan yang diberikan Puskesmas secara Umum antara lain:

- a. Poli Umum
- b. Poli Gigi
- c. Poli KIA-KB
- d. Poli Psikologi
- e. Poli Lansia
- f. Poli Battra
- g. Laboratorium
- h. Poli Kesehatan Lingkungan
- i. Poli Gizi
- j. Poli MTBS
- k. Poli P2
- 1. Kamar Obat
- m. Rawat Inap 24 jam
- n. UGD dengan jam pelayanan 24 jam

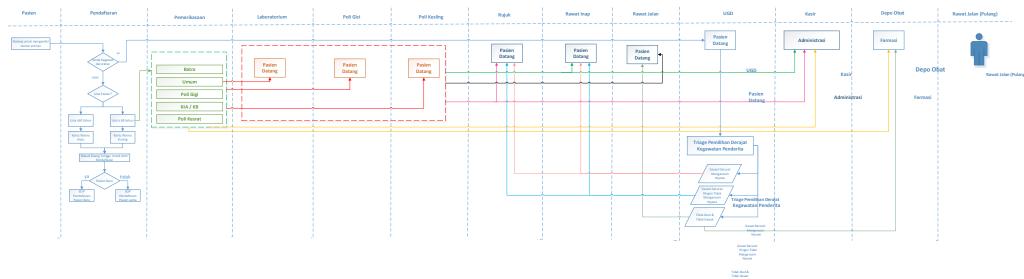
Deskripsi lengkap terkait dengan pelayanan Puskesmas sebagai berikut:

- a. Pelayanan Pokok
  - (1) Promosi Kesehatan
    - Pengkajian dan Intervensi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) pada rumah tangga dan istitusi
    - Penyuluhan Kesehatan
  - (2) Kesehatan Lingkungan
    - Pengawasan dan pengendalian kualitas air
    - Pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemukiman
    - Pembinaan pengelolaan TPM (Tempat Pengelolaan Makanan) dan penjamah makanan
    - Pembinaan kesehatan lingkungan institusi
  - (3) Upaya Perbaikan Gizi
    - Pelayanan gizi pada masyarakat
    - Pelayanan gangguan gizi
  - (4) Upaya Kesehatan KIA dan KB
    - Kesehatan maternal : (i) Pemeriksaan ibu hamil oleh dokter; dan (ii) Ibu Nifas

- Kesehatan Anak : (i) Imunisasi; dan (ii) Deteksi dini tumbuh kembang
- Pelayanan pada peserta KB aktif: Pelayanan KB Metode jangka pendek dan panjang
- (5) P2M (Pemberantasan Penyakit Menular)
  - Pengamatan epidemiologi
  - Pelayanan pemberantasan penyakit DBD
  - Pelayanan pemberantasan penyakit TBC
  - Pelayanan pemberantasan penyakit HIV, IMS
- (6) Pengobatan
  - Pemeriksaan dan konsultasi kasus geriatri
  - Kunjungan rawat jalan
  - Pemeriksaan Laboratorium
  - Penanganan Kasus
- b. Program Inovasi
  - (1) ARU (Anak Remaja dan Usila)
    - Pembinaan Usila
    - Pembinaan Kesehatan di sekolah
    - Penjaringan kesehatan di sekolah
    - Penyuluhan kesehatan dan konseling
  - (2) Gigi dan Mulut
    - Pembinaan dan pengembangan kesehatan gigi
    - Pelayanan kesehatan gigi : (i) Tambal, (ii) Cabut; dan (iii) Scalling
  - (3) Laboratorium
    - Pemeriksaan Darah
    - Pemeriksaan Urine
    - Pemeriksaan Sputum
    - Pemeriksaan Faeces
  - (4) Battra
    - Pembinaan Toga
    - Penyuluhan
    - Akupuntur
    - Akupressure
    - Pijat bayi
    - Penggunaan dengan menggunakan herbal
- c. Program Unggulan
  - Pelayanan puskesmas santun lansia
  - Pengobatan Tradisional
- d. UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)



Gambar 1. Exixting Model Alur Pelayanan Puskesmas Selama ini



**Gambar 2**: Flow Chart Alur Pelayanan di Puskesmas Sumber: data penelitian diolah, 2018

Pada gambar. 1 dan 2, dapat dilihat bahwa alur pelayanan puskesmasn baik pasien JKN maupun Umum yakni sebagai berikut:

#### a. Pendaftaran:

- 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
- 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
- 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
- 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.

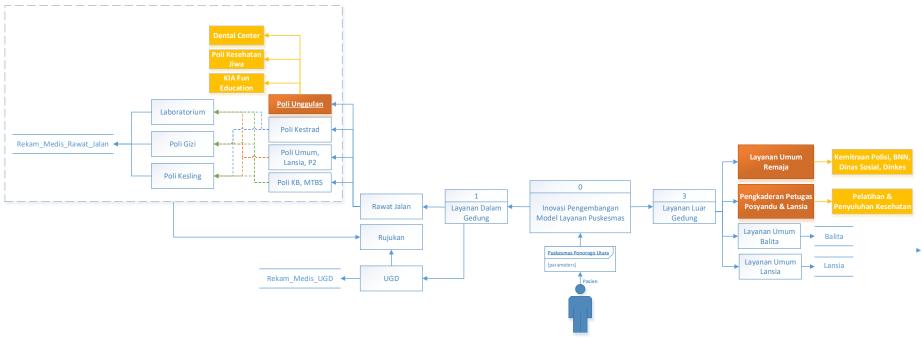
## b. Pasien menunju Poli Umum:

- 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien.
- 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
- 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
- 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
- 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
- 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
- 7) Pasien pulang.
- c. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
- d. Pasien menuju UGD:
  - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
  - 2) mengambil obat ke depo obat
  - 3) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk

••

## III. MODEL YANG DIBANGUN DAN DIKEMBANGKAN

Pengembangkan model layanan yang yang dilakukan peneliti yaitu dengan mengkombinasikan kearifan lokal yang dimiliki oleh masing-masing puskesmas yang menjadi lokasi penelitian dan nantinya akan menjadi inovasi pada pengembangan jenis layanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung. Pelayanan kepada pasien JKN/Umum dan masyarakat yang berbasiskan kearifan lokal di 3 (tiga) puskesmas yang menjadi lokasi penelitian digambarkan sebagaimana bagan berikut:

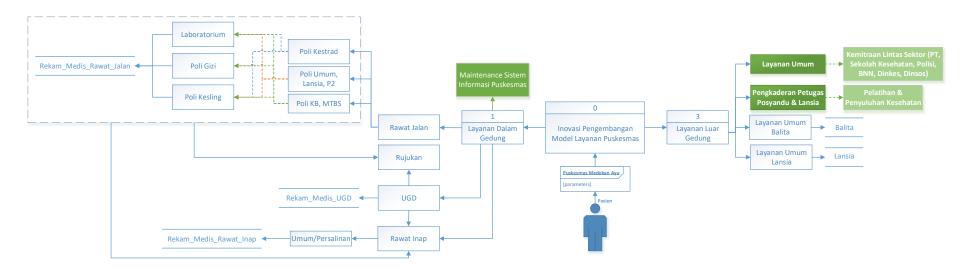


**Gambar 2**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Ponorogo Utara Sumber: data penelitiaan diolah, 2018

Berdasarkan gambar.2, pelayanan puskesmas berbasis kearifan lokal di Puskesmas Ponorogo Utara di atas, maka alur pelayanan pasien kesehatan BPJS maupun Umum dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni:

- 1. Pelayanan Kesehatan Pasien yang dilaksanakan di dalam Gedung, dengan alur sebagai berikut:
  - a. Pendaftaran:
    - 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
    - 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
    - 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
    - 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.
  - b. Pasien menunggu di poli Layanan Unggulan yang disediakan oleh Puskesmas:
    - 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien pada:
      - a. Poli KB, MTBS
      - b. Poli Umum, Lansia, P2
      - c. Poli Kestrad
      - d. Dental Center
      - e. Poli Kesehatan Jiwa
      - f. KIA Fun Education
    - 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
    - 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
    - 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
    - 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
    - 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
    - 7) Pasien pulang.
  - c. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
  - d. Pasien menuju UGD:
    - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
    - 2) mengambil obat ke depo obat
    - 3) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk

- 2. Pelayanan yang dilaksanakan di luar gedung, merupakan pelayanan yang disediakan oleh puskesmas, yang bertujuan untuk memotivasi dan mengajak kepada masyarakat untuk hidup sehat. Layanan unggulan kepada masyarakat, dikelompokkan menjadi:
  - a. Layanan pada Balita,
     Peningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu balita melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung.
  - b. Layanan pada Remaja bermitra dengan Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan
  - c. Layanan pada Lansia
    - Peningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu lansia melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung



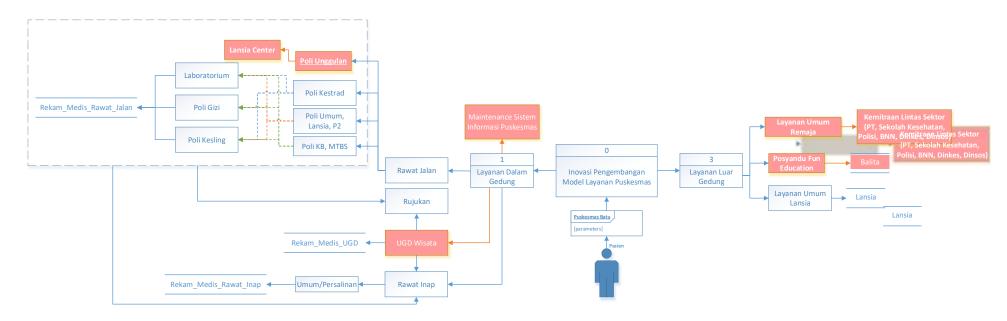
**Gambar 3**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Medokan Ayu Sumber: data penelitiaan diolah, 2018

Berdasarkan gambar.3, pelayanan puskesmas berbasis kearifan lokal di Puskesmas Ponorogo Utara di atas, maka alur pelayanan pasien kesehatan BPJS maupun Umum dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni:

- 1. Pelayanan Kesehatan Pasien yang dilaksanakan di dalam Gedung, dengan alur sebagai berikut:
  - a. Pendaftaran:
    - 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
    - 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
    - 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
    - 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.
  - b. Pasien menunggu di poli Layanan Unggulan yang disediakan oleh Puskesmas:
    - 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien pada:
      - a) Poli KB, MTBS
      - b) Poli Umum, Lansia, P2
      - c) Poli Kestrad
    - 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
    - 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
    - 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
    - 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
    - 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
    - 7) Pasien pulang.
  - c. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
  - d. Pasien menuju UGD:
    - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
    - 2) mengambil obat ke depo obat
    - 3) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk
  - e. Maintanance Sistem Informasi Puskesmas Terpadu
  - 3. Pelayanan yang dilaksanakan di luar gedung, merupakan pelayanan yang disediakan oleh puskesmas, yang bertujuan untuk memotivasi dan mengajak

kepada masyarakat untuk hidup sehat. Layanan unggulan kepada masyarakat, dikelompokkan menjadi:

- a. Layanan pada Balita, Bermitra dengan Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan
- b. Layanan pada Remaja
   Bermitra dengan Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan
- c. Layanan pada Lansia
   Peningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu lansia melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung



Gambar 4 : Pengambangan Model Layanan Pukesmas Batu

Sumber: Data Diolah

Berdasarkan gambar.4, pelayanan puskesmas berbasis kearifan lokal di Puskesmas Ponorogo Utara di atas, maka alur pelayanan pasien kesehatan BPJS maupun Umum dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni:

- 2. Pelayanan Kesehatan Pasien yang dilaksanakan di dalam Gedung, dengan alur sebagai berikut:
  - a. Pendaftaran:
    - 1) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
    - 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
    - 3) Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
    - 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.
  - f. Pasien menunggu di poli Layanan Unggulan yang disediakan oleh Puskesmas:
    - 1) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien pada:
      - a) Poli KIA,KB, MTBS
      - b) Poli Umum
      - c) Poli Kestrad
      - d) Lansia Center
    - 2) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
    - 3) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
    - 4) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
    - 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
    - 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
    - 7) Pasien pulang.
  - g. Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
  - h. Pasien menuju UGD WISATA:
    - a) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
    - b) mengambil obat ke depo obat
    - c) melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk
  - i. Maintanance Sistem Informasi Puskesmas Terpadu
  - 4. Pelayanan yang dilaksanakan di luar gedung, merupakan pelayanan yang disediakan oleh puskesmas, yang bertujuan untuk memotivasi dan mengajak

kepada masyarakat untuk hidup sehat. Layanan unggulan kepada masyarakat, dikelompokkan menjadi:

- a) Layanan pada Balita, **Posyandu** *fun education*
- b) Layanan pada Remaja
   Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan, Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan
- c) Layanan pada Lansia

#### REFERENSI

- 1. Atmodjo, 1986."Penertian Kearifan Loka dan Relevansinya dalam moderniasi" Jakarta: Dunia Putaka
- 2. Debby Kulo, R., Massie G. A., dan Kandou G. D., Jurnal JIKMU, Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow, Suplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado
- 3. Denhardt, Janer V, and Robert B. Denhardt. 2003. The New Public Service : Serving Not Steering Armonk, N.Y: M.E.Sharpe
- 4. Armonk, NY: M. E. Sharpe. Frank, Sue A.; Lewis, Gregory B. "Government Employees: Working Hard or Hardly Working?". *The American Review of Public Administration*, March 2004). **34** (1): 36–51. *doi:10.1177/0275074003258823*
- 5. Institute for Alternative Futures. "Primary Care 2025: A Scenario Exploration". January 2012; pp. 19. http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025 Scenarios.pdf.
- 6. "Official Transition Initiatives." Transition United States. Accessed Feb 10, 2012. <a href="http://transitionus.org">http://transitionus.org</a>.
- 7. Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, dan L.L. Berry. 1998. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1
- 8. Pasolong, Harbani. 2013, Kepemimpinan Birokrasi, CV. ALFABETA
- 9. Perceived health challenges in the United States." National survey results of a public opinion poll commissioned by the Robert Wood Johnson Foundation. 2008. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- 10. Pramono Sapto, Roekminiati Sri, 2015, Penelitian DIPA dalam judul "Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Universitas Dr. Soetomo
- 11. Sabrina, Qhisti, Jurnal: Kebijakan dan Manajemen Publik, Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya, Volume 3, Nomor 2, ISSN 2303 341X, Mei-Agustus 2015, Universitas Airlangga.
- 12. Volokh, Sasha. "Are public-sector employees "overpaid"?". The *Washington Post*. 7 February 2014

# DRAFT BUKU AJAR



2018

Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si. Sri Roekminiati, S.Sos., M.KP. Dra. Damajanti Sri Lestari, MM.

#### KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadirat Allah SWT, karena atas hidayah dan inayahNya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementrian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018, dengan judul penelitan Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan Lokal pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur.

Penyelesaian laporan perkembangan PTUPT pada tahun pertama ini, peneliti berkewajiban untuk menghasilkan luaran wajib dalam bentuk Draft Buku Ajar. Terselesainya Draft Buku Ajar Ini adalah hasil kerja keras tim peneliti dan bantuan dari para petugas pada 3 puskesmas yang menjadi lokasi penelitian untuk memberikan data sesuai dengan indikator penelitian yang telah ditetapkan peneliti. Sehubungan dengan itu, kiranya peneliti berkewajiban untuk mengucapkan terima kasih kepada beberapa pihak yang mendukung terselesainya pengambilan data.

Draft Buku Ajar ini, masih banyak kekurangan dan masih perlu diperbaiki dan dilengkapi. Oleh karena itu, berbagai kekurangan masih perlu dilakukan pembenahan. Seiring dengan perbaikan itu, saran dan kritik yang

konstruktif	dari	berbagai	pembaca	sangat	peneliti	harapkan.
Terima kas	sih					

Surabaya, Agustus 2018

Tim Penyusun

# **DAFTAR ISI**

DAFTAR	GAMBAR	ii iv vi vii							
BAB I	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	1 1 4 11 21							
BAB II	ADMINISTRASI PELAYANANA. PelayananB. Pelayanan PublikC. Perkembangan Konsep Pelayanan Publik D. Latihan	22 22 24 34 63							
BAB III	PELAYANAN KESEHATAN	64 64 85 105							
BAB IV	ADMINISTRASI PELAYANAN PUSKESMAS A. Sumberdaya Manusia Pelayanan Puskesmas	108 108 114 122 124							
BAB V	KEBIJAKAN PELAYANAN PUSKESMAS A. Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional	125 125 130							

	C. Berbagai Kendala Pelayanan JKN D. Latihan	137 139
BAB VI	KEARIFAN LOKAL	140 140 147 155 169
BAB VII	MODEL LAYANAN PUSKESMAS	170 170 174 193
DAFTAR	PLISTAKA	194

# **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 7.1	Alur Pelayanan Puskesmas	172
Gambar 7.2	Flow Chart Alur Pelayanan di	
	Puskesmas	173
Gambar 7.3	Alur Dasar Pelayanan yang	
	Dikembangkan di Puskesmas	174
Gambar 7.4	Pengambangan Model Layanan	
	Pukesmas Pasien JKN/Umum di	178
	Ponorogo Utara	
Gambar 7.5	Pengambangan Model Layanan	
	Pukesmas Pasien JKN/Umum di	186
	Medokan Ayu	
Gambar 7.6	Pengambangan Model Layanan	
	Pukesmas Batu	190

# **DAFTAR TABEL**

Tabel 7.1	Kearifan Lokal dan Rekomendasi	
	Pengembangan Layanan pasien JKN	177
	Di Puskesmas Ponorogo Utara	
Tabel 7.2	Kearifan Lokal dan Rekomendasi	
	Pengembangan Layanan Pasien JKN	183
	Di Puskesmas Medokan Ayu	
Tabel 7.3	Kearifan Lokal dan Rekomendasi	
	Pengembangan Layanan Pasien JKN	189
	Di Puskesmas Batu	

# RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)

PROGRAM STUDI : Ilmu Administrasi Negara

MATAKULIAH : Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat

KODE MATAKULIAH : AP1703

SKS : 2

SEMESTER : VII (tujuh)

MATAKULIAH PRASYARAT : ---

DOSEN PENGAMPU : Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si

Sri Roeminiati, S.Sos., MKp

Dra. Damajanti Sri Lestari, MM

CAPAIAN PEMBELAJARAN : Mahasiswa mampu menguasai teori administrasi pelayanan kesehatan masyarakat,

mengimplementasikan teori pelayanan kesehatan masyarakat, meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan masyarakat yang berbasis kearifan lokal, sehingga pelayanan masyarakat menjadi lebih

baik dan sesuai dengan kepentingan masyarakat setempat.

Perte	Kemampuan			Bentuk pembelajaran		PENILAIAN		
muan Ke	Akhir yang direncanakan	INDIKATOR	MATERI POKOK	(metode dan pengalaman belajar)	Jenis	Kriteria	Bobot	Referensi
1	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori administrasi dan manajeman, serta kesamaan kedua teori tersebut	<ol> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertiaan dan definisi teori administrasi</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan karakteristik dan prinsip – prinsip administrasi</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan definisi dan karakteristik manajemen</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan definisi dan karakteristik manajemen</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan persamaan antara teori administrasi dan manajemen</li> </ol>	<ol> <li>Definisi dan pengertian administrasi</li> <li>karakteristik dan prinsip – prinsip administrasi</li> <li>Definisi dan pengertian manajemen</li> <li>Persamaan pengertian dan teori administrasi dan manajemen menurut pendekatan administration as management.</li> </ol>	Ceramah     Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	5.00%	BAB I, dan Buku Pendukung Nicholas Henry
2	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan perkembangan teori administrasi publik.     Mahasiswa mampu	Perkembangan     teori administrasi     pelayanan publik     Pendekatan     pelayanan publik     menurut paradigma	<ul><li>Ceramah</li><li>Diskusi</li></ul>	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	7.00%	BAB I, dan Buku Pendukung Denhardt and Denhardt

	perkembangan pelayanan publik berdasarkan paradigma administrasi publik.	pendekatan pelayanan publik menurut paradigma	OPA B) Pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPM Pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPS				(2007)
3	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan, dan pelayanan publik, serta standar pelayanan publik	memahami dan menjelaskan 2 pengertian pelayanan 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan 4 pengertian pelayanan	Pengertian     pelayanan     Pengertian     pelayanan publik     Unsur – unsur     pelayanan publik     Prinsip – prinsip     pelayanan publik     standar pelayanan     publik dan unsur –     unsurnya	<ul><li>Ceramah</li><li>Diskusi</li></ul>	Tes Ketepatan memahami dan menjelaskan	8.00%	BAB II,

	memahami dan menjelaskan prinsip – prinsip pelayanan publik 5) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan standar pelayanan publik dan unsur – unsurnya						
4 Mahasiswa mampu memahami o menjelaskar pengertian pelayanan kesehatan	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan  nengertian pelayanan	<ol> <li>Pengertian pelayanan kesehatan</li> <li>Dasar hukum pelayanan kesehatan</li> <li>Pihak-pihak yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan</li> <li>Pelayanan kesehatan masyarakat</li> <li>Unsur – unsur pelayanan kesehatan masyarakat</li> </ol>	Ceramah     Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	8.00%	BAB III

5	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan masyarakat, dan administrasi pelayanan puskesmas	<ol> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan sumberdaya pelayanan puskesmas</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sumberdaya pelayanan puskesmas</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sarana dan prasarana pelayanan Puskesmas</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sarana dan prasarana pelayanan Puskesmas</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan faktor – faktor yang mendukung peningkatan pelayanan Puskesmas</li> </ol>	3)	Penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat Sumberdaya pelayanan puskesmas Sarana dan prasarana pelayanan puskesmas Faktor – faktor yang mendukung peningkatan pelayanan Puskesmas	•	Ceramah Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	8.00%	BAB III BAB IV
6	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan kebijakan dan implementasi pelayanan	<ol> <li>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan kebijakan pelayanan jaminan kesehatan nasional</li> <li>Mahasiswa mampu memahami dan</li> </ol>	2)	Kebijakan pelayanan jaminan kesehatan nasional Implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional Faktor – faktor yang mempengaruhi	•	Mahasiswa Presentasi Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	8.00%	BAB IV BAB V

	puskesmas	im pe ke 3) Ma me fal me im pe	enjelaskan aplementasi elayanan jaminan esehatan nasional ahasiswa mampu emahami dan enjelaskan faktor – ktor yang empengaruhi aplementasi elayanan jaminan esehatan nasional		implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional						
7	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan Kearifan Lokal dan desentralisiasi pelayanan puskesmas	me me Ke 2) Ma me be Ke 3) Ma me me de	ahasiswa mampu emahami dan enjelaskan konsep earifan Lokal ahasiswa mampu emahami dan enjelaskan konsep entuk-bentuk earifan Lokal ahasiswa mampu emahami dan enjelaskan esentralisasi layanan uskesmas	1) 2) 3)	Konsep kearifan lokal Bentuk-bentuk kearifan lokal Desentralisasi layanan Puskesmas	•	Ceramah Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	8.00%	BAB VI
8	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan konsep desentralisiasi dan otonomi daerah serta	me me de oto 2) Ma me	ahasiswa mampu emahami dan enjelaskan konsep esentralisiasi dan onomi ahasiswa mampu emahami dan enjelaskan kriteria esentralisiasi dan	1) 2) 3)	Konsep desentralisiasi dan otonomi Kriteria desentralisiasi dan kreteria otonomi daerah serta otonomi pelayanan Reformasi	•	Ceramah Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	BAB VI

	reformasi pelayanan puskesmas	daera pelay 3) Maha mem menj pelay 4) Maha mem menj aspe	eria otonomi ah serta otonomi yanan asiswa mampu ahami dan elaskan reformasi yanan puskesmas asiswa mampu ahami dan elaskan aspek – ek reformasi yanan puskesmas	4)	pelayanan puskesmas Aspek – aspek reformasi pelayanan puskesmas						
9	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan model pelayanan puskesmas	1) Maha mem menj pelay 2) Maha mem fakto menej fakto dalar kualit	asiswa mampu lahami dan lelaskan model yanan puskesmas lasiswa mampu lahami dan lelaskan berbagai lar yang lentukan kualitas lan puskesmas lasiswa mampu lahami dan lelaskan berbagai lar kearifan lokal m menentukan tas layanan lesmas	ŕ	Model pelayanan puskesmas Berbagai faktor yang menentukan kualitas layanan puskesmas Faktor kearifan lokal dalam menentukan kualitas layanan puskesmas	•	Ceramah Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	BAB VII
10	Mahasiswa melaksanakan persiapan studi lapang untuk memahami	temp 2) Maha surat ijin s	asiswa mencari pat studi lapang asiswa mengurus t pengantar dan studi lapang asiswa	,	penentuan lokasi studi lapang pengajuan permohonan dan ijin Diskusi dan	•	Diskusi	Non tes	Ketepatan merumuskan dan menentukan	7.00%	Semua Literatur

	pelayanan puskesmas	mendiskusikan dan merumuskan teori yang digunakan untuk studi lapang 4) Mahasiswa mendiskusikan dan merumuskan guide quesioner untuk studi lapang	perumusan teori yang digunakan untuk studi lapang 4) Diskusi dan merumuskan guide quesioner untuk studi lapang				alat		
11	Mahasiswa melaksanakan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Mahasiswa dengan tim melaksanakan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Diskusi dan FGD, serta pengambilan data	•	Diskusi FGD, Pengambi- lan data	Non tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	Semua Literatur
12	Mahasiswa membuat laporan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Mahasiswa dengan tim menyusun laporan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Penyusunan laporan studi lapang	•	Penyusunan laporan	Non tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	Semua Literatur
13	Mahasiswa mampu mem- presentasikan dan mendiskusikan laporan studi lapang	Mahasiswa mampu mem- presentasikan dan mendiskusikan laporan studi lapang dihadapan perserta diskusi di kelas	Presentasi Kelompok I dan II	•	Mahasiswa Presentasi Diskusi	Non tes	Kemampuan mamahami, manganalisis dan mempresenta sikan materi	7.00%	Semua Literatur

14	Mahasiswa	Mahasiswa mampu mem-	Presentasi Kelompok III	•	Mahasiswa	Non	Kemampuan	7.00%	Semua
	mampu mem-	presentasikan dan	dan IV		Presentasi	tes	mamahami,		Literatur
	presentasikan	mendiskusikan laporan		•	Diskusi		manganalisis		
	dan	studi lapang dihadapan					dan		
	mendiskusikan	perserta diskusi di kelas					mempresenta		
	laporan studi						sikan materi		
	lapang								
Total Bobot								100%	

# BAB I ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

#### A. Konsep Administrasi

Administrasi secara umum dapat diartikan sebagai proses yang dilakukan secara kerjasama untuk mencapai tujuan Bersama yang telah ditentukan sebelumnya. Apabila secara kerjasama untuk mencapai tujuan Bersama yang telah ditentukan sebelumnya. Apabila secara formal dalam organisasi maka proses kerjasama tersebut adalah upaya mewujudkan tujuan organisasi.

Beberapa pendapat para ahli tentang pegertian administrasi menurut Robbins dalam Silalahi (1989;9), bahwa "Administrasi adalah keseluruhan proses aktivitas-aktivitas pencapaian tujuan secara efisien dengan dan melalui oranglain".Pendapat Siagian dalam Silalahi (1989;9), bahwa "Administrassi adalah keseluruhan proses pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih yang terlibat dalam suatu bentuk usaha kerjasama demi tercapainya tujuan yang ditentukan sebelumnya".

Pendapat diatas disimpulkan bahwa administrasi merupakan sebuah kegiatan yang dilakukan secara berkelompok dengan menjujung kerjasama yang tinggi untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan yang telah ditentukan sebelumnya berupa tujuan dari suatu organisasi.

Administrasi dalam Arti Sempit Menurut Handayaningrat (2002:2) dalam bukunya Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen sebagai berikut : Administrasi secara sempit berasal dari kata Administratie (bahasa Belanda) yaitu meliputi kegiatan cata-mencatat, suratmenyurat, pembukuan ringan, ketik-mengetik, agenda dan sebagainya yang bersifat teknis ketatausahaan (clerical work). Dari definisi tersebut dapat disimpulkan administrasi dalam arti sempit merupakan kegiatan ketatausahaan yang meliputi kegiatan cata-mencatat. surat-menyurat, pembukuan dan pengarsipan surat serta hal-hal lainnya yang dimaksudkan untuk menyediakan informasi serta mempermudah informasi kembali memperoleh iika dibutuhkan.

Administrasi dalam Arti Luas Adminsitrasi dalam arti luas berasal dari kata Administration (bahasa Inggris) yang dikemukakan beberapa ahli dan dikutip oleh Soewarno Handayaningrat dalam bukunya Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen (2002:2). Administrasi dalam : Leonard D. White dalam arti luas vaitu Introduction to The Study of Public Administration mengatakan: 16 Administration is a process common to all group effort, public or private, civil or military, large scale or small scale... etc. (Administrasi adalah suatu proses yang pada umumnya terdapat pada semua usaha kelompok, negara, swasta, sipil, atau militer, usaha besar atau kecil, dan sebagainya).

Di dalam proses administrasi pada umumnya memerlukan dua orang atau lebih dan kelompok yang terdiri dari kelompok-kelompok yang berada dalam suatu negara, yang bekerja di bidang swasta, bidang sipil atau bidang militer yang bekerja sama dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan yang ditentukan sebelumnya. William H. Administrative Newman dalam bukunya Action mengemukakan bahwa: Administration has been defined as the guidance, and leadership and control of the effort of a of individuals towards some aroup common goal. (Administrasi didefinisikan sebagai bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan dari usaha-usaha kelompok individu-individu guna tercapainya tujuan bersama). Definisi tersebut menjelaskan administrasi memerlukan sebuah tindakan yang dapat berupa bimbingan, kepemimpinan, pengawasan yang efektif yang merupakan fungsi-fungsi administrasi untuk mencapai suatu tujuan bersama yang sudah ditentukan.

Menurut H.A. Simon dkk. dalam bukunya Public Administration bahwa: Administration as the activities of group cooperating to accomplish common goals. (Administrasi adalah sebagai kegiatan dari pada kelompok yang mengadakan kerja sama untuk menyelesaikan tujuan bersama). 17 Definisi tersebut menjelaskan administrasi memerlukan sebuah kerja sama antara dua orang atau lebih ataupun kelompok-kelompok kepentingan tertentu yang mengadakan pertemuan antar kelompok-kelompok tertentu

agar dapat menyelesaikan tujuan bersama. The Liang Gie (2009:9) dalam bukunya administrasi perkantoran modern mengatakan bahwa : "Administrasi secara luas adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh sekelompok orang dalam suatu kerjasama untuk mencapai tujuan tertentu."

Administrasi secara luas tersebut menjelaskan bahwa serangkaian kegiatan yang memerlukan proses kerja sama dan bukan merupakan hal yang baru karena dia telah timbul bersama-sama dengan timbulnya peradaban manusia. Menurut Siagian (2008:2) dalam buku Filsafat Administrasi mengatakan: "Administrasi adalah satu keseluruan proses kerjasama antara dua orang manusia atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya." Jadi, dapat disimpulkan dari beberapa pengertian tentang administrasi oleh pendapat para ahli di atas bahwa pada dasarnya administrasi merupakan kegiatan dua orang manusia atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu melalui suatu kerjasama di dalam suatu organisasi untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

# B. Administrasi Vs Manajemen

Sisi pertama dari administrasi pembangunan adalah administrasi dari atau bagi pembangunan (administrationof development). Banyak cara pendekatan untuk mengkaji

administrasi. Bisa dari segi komponennya, kegiatannya maupun prosesnya. Bisa juga menggunakan pendekatan yang relatif baru berkembang yaitu kebijaksanaan publik, seperti yang telah diuraikan di atas. Namun, untuk dasar pemahaman dapat digunakan pendekatan Waldo (1992), bahwa kalau kita cerminkan administrasi untuk mencari wujudnya, maka ditemukan dua aspek, yaitu manajemen dan organisasi, sedangkan manajemen adalah fisiologinya. Organisasi biasanya digambarkan sebagai wujud statis dan mengikuti pola tertentu, sedangkan manajemen adalah dinamis dan menunjukkan gerakan atau proses. Keduanya dapat digunakan untuk analisis administrasi.

Untuk membahas administrasi bagi pembangunan, Lebih tepat digunakan pendekatan manajemen. Karena itu pada dasarnya dapat dikatakan Bahwa masalah administrasi bagi pembangunan adalah masalah manaiemen pembangunan. Studi mengenai manajemen telah banyak mengilhami perkembangan. Namun teori pokoknya tidak berubah, bahwa yaitu sekurang-kurangnya ada tiga kegiatan besar yang dilakukan oleh manajemen, yakni *perencanaan*, pelaksanaan, dan pengawasan. Fungsi manajemen pada sistem administrasi mana pun, baik di negara yang sedang membangun maupun di negara maju, sama saja, yang berbeda adalah penekanannya. Teknik atau metode penyelenggaraannya juga dapat berbeda tergantung pada pengaruh berbagai faktor, seperti system politik, latar belakang budaya, atau tingkat penguasaan teknologi.

Manajemen pembangunan adalah manajemen publik dengan ciri-ciri yang khas, seperti juga administrasi pembangunan adalah administrasi publik (negara) dengan kekhasan tertentu. Untuk analisis manajemen pembangunan dikenali beberapa fungsi yang cukup nyata (district), yakni:

- 1) perencanaan,
- 2) pengerahan (mobilisasi) sumber daya,
- 3) pengerahan (menggerakkan) partisipasi masyarakat,
- 4) penganggaran,
- pelaksanaan pembangunan yang ditangani langsung oleh pemerintah,
- 6) koordinasi.
- 7) pemantauan dan evaluasi dan
- 8) pengawasan.

Di bawah ini akan diuraikan lebih lanjutberbagai fungsi tersebut, dan dilengkapi denganperan informasi yang amat penting sebagai instrumen atau perangkat bagi manajemen. Administrasi pembangunan mencangkup dua pengertian, yaitu administrasi dan pembangunan. Administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan dan keputusan keputusan yang telah diambil diselenggarakan oleh dua atau lebih untuk mencapai tujuan ditentukan sebelumnya, telah sedangkan yang didefinisikan sebagai rangkaian pembangunan usaha mewujudkan pertumbuhan dan perubahan secara terencana dan sadar yang ditempuh oleh suatu negara bangsa menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa (*nation-building*).

Ada beberapa pengertian administrasi pembangunan menurut para ahli. Hiram S. Phillips mendefinisikan administrasi pembangunan sebagai rather than the traditional term of public administration to indicate the need for a dynamic process designed particularly to meet requirements of social and economic changes. Pernyataan ini diartikan sebagai lebih baik dari pada masa tradisional administrasi publik untuk menunjukkan kebutuhan untuk suatu proses dinamis yang didesain secara khusus untuk mendapatkan syarat perubahan sosial dan ekonomi.

Paul Meadows mendefinisikan administrasi pembangunan sebagai development administration can be regarded as the public management of economic and social change in term of deliberate public policy. The development administrator is concerned with guiding change. Pernyataan ini diartikan sebagai administrasi pembangunan dapat dipandang sebagai manajemen publik perubahan ekonomi dan sosial yang disengaja dalam masa kebijakan publik. Administrator pembangunan dapat memfokuskan pada perubahan terarah.

# 1. Ciri – Ciri Administrasi Pembangunan

Ada beberapa ciri administrasi pembangunan menurut Irving Swerdlow dan Saul M. Katz. *Pertama*, adanya suatu orientasi administrasi untuk mendukung

pembangunan. Administrasi bagi perubahan – perubahan ke arah keadaan yang dianggap lebih baik. Keadaan yang lebih baik ini bagi negara – negara baru berkembang dinyatakan dengan usaha ke arah modernisasi, atau pembangunan bangsa atau pembangunan sosial ekonomi. Di dalam administrasi pembangunan, diberikan uraian mengenai saling kait – berkaitnya administrasi dengan aspek – aspek pembangunan di bidang politik, ekonomi, sosialbudaya, dan lain – lain. Kedua, adanya peran administrator unsur pembangunan. Peranan sebagai serta funasi pemerintah sangat erat kaitannya dengan perencanaan dan pelaksanaan pembangunan. Administrator juga dapat menciptakan suatu sistem dan praktek administrasi yang membina partisipasi dalam pembangunan. Ketiga, perkembangan, baik dalam ilmu maupun pelaksanaan perencana pembangunan terdapat orientasi yang semakin besar memberikan perhatian terhadap aspek pelaksanaan Suatu perencanaan yang berorientasi pada pelaksanaannya akan lebih banyak memperhatikan aspek administrasi dalam aspek pembangunannya. Keempat, administrasi pembangunan masih berdasarkan pada prinsip administrasi Namun. prinsip negara. administrasi pembangunan memiliki ciri – ciri yang lebih maju daripada administrasi negara.

Sondang P. Siagian juga merumuskan ciri – ciri administrasi pembanguna. *Pertama*, Administasi pembangunan lebih memberikan perhatian terhadap

lingkungan masyarakat yang berbeda – beda, terutama bagi lingkungan masyarakat negara – negara baru berkembang. Kedua, administrasi pembangunan mempunyai peran aktif dan berkepentingan terhadap tujuan-tujuan pembangunan, baik dalam perumusan kebijaksanaannya maupun dalam pelaksanaannya yang efektif. Bahkan, administrasi ikut serta mempengaruhi tujuan-tujuan pembangunan masyarakat dan menunjang pencapaian tujuan-tujuan sosial, ekonomi, dan lain – lain yang dirumuskan kebijaksanaannya dalam proses politik. Ketiga, administrasi pembangunan berorientasi kepada usaha-usaha yang mendorong perubahan ke arah keadaan yang dianggap lebih baik untuk suatu masyarakat di masa depan atau berorientasi masa depan. Keempat, administrasi pembangunan lebih berorientasi kepada pelaksanaan tugas – tugas pembangunan dari pemerintah. Administrasi pembangunan lebih bersikap sebagai "development agent", yakni kemampuan untuk merumuskan kebijaksanaan-kebijaksanaan pembangunan dan pelaksanaan yang efektif, serta sebagai kemampuan dan pengendalian instrumen-instrumen bagi pencapaian tujuantujuan pembangunan. Kelima, administrasi pembangunan mengaitkan diri dengan substansi harus perumusan kebijaksanaan dan pelaksanaan tujuan-tujuan pembangunan di berbagai bidang yaitu ekonomi, sosial, budaya, dan lainlain. Keenam. dalam administrasi pembangunan, administrator dalam aparatur pemerintah juga bisa menjadi pergerak perubahan. Ketujuh, administrasi pembangunan lebih berpendekatan lingkungan, berorientasi pada kegiatan, dan bersifat pemecahan masalah. Ketiga unsur ini disebut *mission driven.* 

#### 2. Ruang Lingkup Administrasi Pembangunan

Menurut Bintoro Tjokroamidjojo, ada beberapa administrasi gambaran mengenai ruang lingkup pembangunan. Pertama. administrasi pembangunan the development mempunyai dua fungsi, yaitu administration dan the administration of development. The development of administration menyangkut usaha penyempurnaan organisasi, pembinaan lembaga vand kepegawaian, tata kerja, dan pengurusan diperlukan, administrasi sarana-sarana lainnya, sedangkan the administration of development menyangkut masalah kebijaksanaan-kebijaksanaan dan perumusan programpembangunan di berbagai bidang serta program pelaksanaannya secara efektif. Kedua, administrasi untuk pembangunan dapat dibagi menjadi dua subfungsi. Pertama, perumusan kebijaksanaan pembangunan. Formulasi kebijaksanaan negara atau pemerintah tidak hanya dilakukan dalam proses administrasi, tetapi juga dalam tingkat tertentu dalam proses politik. Kebijaksanaan dan program dirumuskan dalam suatu rencana pembangunan. Mekanisme dan tata kerja dalam proses analisa, perumusan dan pengambilan keputusan mengenai kebijaksanaan dan program pembangunan tersebut dapat diupayakan untuk disempurnakan. Kedua, pelaksanaan dari kebijaksanaan dan program tersebut dahulu secara efektif. Untuk melakukannya, administrator memerlukan penyusunan instrumen-instrumen yang baik.

Ada dua kegiatan yang mendapat perhatian. Pertama, masalah kepemimpinan, koordinasi, pengawasan, dan fungsi administrator sebagai unsur pembangunan. Kedua, pengendalian atau pengurusan yang baik dari administrasi fungsionil, seperti perlembagaan dalam arti sempit, kepegawaian, pembiayaan pambangunan, dan lain – lain sebagai sarana pencapaian tujuan kebijaksanaan dan program pembangunan.

#### C. Perkembangan Administrasi Publik

Dalam hubungannya dengan perkembangan ilmu administrasi publik, krisis akademis terjadi beberapa kali sebagaimana terlihat dari pergantian paradigma yang lama dengan yang baru. Nicholas Henry melihat perubahan paradigma ditinjau dari pergeseran locus dan focus suatu disiplin ilm. Fokus mempersoalkan "what of the field" atau metode dasar yang digunakan atau cara-cara ilmiah apa yang dapay digunakan untuk memecahkan suatu persoalan. Sedang locus mencakup "where of the field" atau medan atau tempat dimana metode tersebut digunakan atau diterapkan.

Berdasarkan locus dan focus suatu disiplin ilmu, Henry membagi paradigma administrasi negara menjadi lima, yaitu :

- Paradigma Dikotomi Politik dan Administrasi (1900-1926)
- 2) Paradigma Prinsip-Prinsip Administrasi (1927-1937)
- Paradigma Administrasi Negara sebagai Ilmu Politik
   (1950-1970)
- 4) Paradigma Administrasi Negara sebagai Ilmu Administrasi (1956-1970)
- Paradigma Administrasi Negara sebagai Administrasi Negara (1970an)

Pada tahun 1970an, George Frederickson memunculkan Administrasi model Negara Baru (New **Public** Administration). Paradigma ini merupakan kritik terhadap paradigma administrasi negara lama yang cenderung mengutamakan pentingnya nilai ekonomi seperti efisiensi dan efektivitas sebagai tolok ukur kinerja administrasi negara. Menurut paradigma Administrasi Negara Baru, administrasi negara selain bertujuan meraih efisiensi dan efektivitas pencapaian tujuan juga mempunyai komitmen untuk mewujudkan manajemen publik yang responsif dan berkeadilan (social equity).

Pada tahun 1980 – 1990an muncul paradigma baru dengan berbagai macam sebutan seperti 'managerialism', 'new public management', 'reinventing government', dan sebagainya. Paradigma administrasi negara yang lahir pada

era tahun 1990an pada hakekatnya berisi kritikan terhadap administrasi model lama yang sentralistis dan birokratis. Ide dasar dari paradigma semacam NPM dan *Reinventing Government* adalah bagaimana mengadopsi model manajemen di dunia bisnis untuk mereformasi birokrasi agar siap menghadapi tantangan global.

Pada tahun 2003, muncul paradigma *New Public Service* (NPS) yang dikemukakan oleh Dernhart dan Derhart. Paradigma ini mengkritisi pokok-pokok pemikiran paradigma administrasi negara pro-pasar. Ide pokok paradigma NPS adalah mewujudkan administrasi negara yang menghargai citizenship, demokrasi dan hak asasi manusia.

Untuk memberikan gambaran tentang perkembangan paradigma dalam teori administrasi negara, buku ini membatasi pada empat paradigma yaitu Paradigma Administrasi Negara Tradisional atau disebut juga sebagai paradigma Administrasi Negara Lama (Old Public Administration), Paradigma New Public Administration, Paradigma New Public Management, dan Paradigma Governance /New Public Service.

# 1. Paradigma Administrasi Negara Lama

Paradigma Administrasi Negara Lama dikenal juga dengan sebutan Administrasi Negara Tradisional atau Klasik. Paradigma ini merupakan paradigma yang berkembang pada awal kelahiran ilmu administrasi negara. Tokoh paradigma ini adalah antara lain adalah pelopor berdirinya ilmu administrasi negara Woodrow Wilson dengan karyanya "The Study of Administration" (1887) serta F.W. Taylor dengan bukunya "Principles of Scientific Management"

Dalam bukunya "The Study of Administration", Wilson problem yang berpendapat bahwa utama dihadapi pemerintah eksekutif adalah rendahnya kapasitas administrasi. Untuk mengembangkan birokrasi pemerintah efektif dan efisien. diperlukan pembaharuan yang administrasi pemerintahan dengan jalan meningkatkan profesionalisme manajemen administrasi negara. Untuk itu, diperlukan ilmu yang diarahkan untuk melakukan reformasi birokrasi dengan mencetak aparatur publik yang profesional dan non-partisan. Karena itu, tema dominan dari pemikiran Wilson adalah aparat atau birokrasi yang netral dari politik. Administrasi negara harus didasarkan pada prinsip-prinsip manajemen ilmiah dan terpisah dari hiruk pikuk kepentingan politik. Inilah yang dikenal sebagai konsep dikotomi politik dan administrasi. Administrasi negara merupakan pelaksanaan hukum publik secara detail dan terperinci, karena itu menjadi bidangnya birokrat tehnis. Sedang politik menjadi bidangnya politisi.

Ide-ide yang berkembang pada tahun 1900-an memperkuat paradigma dikotomi politik dan administrasi, seperti karya Frank Goodnow "Politic and Administration". Karya fenomenal lainnya adalah tulisan Frederick W.Taylor

"Principles of Scientific Management (1911). Taylor adalah pakar manajemen ilmiah yang mengembangkan pendekatan baru dalam manajemen pabrik di sector swasta - Time and Motion Study. Metode ini menyebutkan ada cara terbaik untuk melaksanakan tugas tertentu. Manajemen ilmiah dimaksudkan untuk meningkatkan output dengan menemukan metode produksi yang paling cepat, efisien, dan tidak melelahkan. Jika ada cara terbaik paling meningkatkan produktivitas di sector industri, tentunya ada juga cara sama untuk organisasi public. Wilson berpendapat pada hakekatnya bidang administrasi adalah bidang bisnis, sehingga metode yang berhasil di dunia bisnis dapat juga diterapkan untuk manajemen sektor publik.

Teori penting lain yang berkembang adalah analisis birokrasi dari Max Weber. Weber mengemukakan ciri-ciri struktur birokrasi yang meliputi hirarki kewenangan, seleksi dan promosi berdasarkan *merit system*, aturan dan regulasi yang merumuskan prosedur dan tanggungjawab kantor, dan sebagainya. Karakteristik ini disebut sebagai bentuk kewenangan yang legal rasional yang menjadi dasar birokrasi modern.

Ide atau prinsip dasar dari Administrasi Negara Lama (Dernhart dan Dernhart, 2003) adalah :

- 1) Fokus pemerintah pada pelayanan publik secara langsung melalui badan-badan pemerintah.
- Kebijakan publik dan administrasi menyangkut perumusan dan implementasi kebijakan dengan

- penentuan tujuan yang dirumuskan secara politis dan tunggal.
- Administrasi publik mempunyai peranan yang terbatas dalam pembuatan kebijakan dan kepemerintahan, administrasi publik lebih banyak dibebani dengan fungsi implementasi kebijakan publik.
- 4) Pemberian pelayanan publik harus dilaksanakan oleh administrator yang bertanggungjawab kepada "elected official" (pejabat/birokrat politik) dan memiliki diskresi yang terbatas dalam menjalankan tugasnya.
- 5) Administrasi negara bertanggungjawab secara demokratis kepada pejabat politik.
- Program publik dilaksanakan melalui organisasi hirarkis, dengan manajer yang menjalankan kontrol dari puncak organisasi.
- Nilai utama organisasi publik adalah efisiensi dan rasionalitas
- 8) Organisasi publik beroperasi sebagai sistem tertutup, sehingga partisipasi warga negara terbatas
- 9) Peranan administrator publik dirumuskan sebagai fungsi POSDCORB

# 2. Paradigma Administrasi Negara Baru

Paradigma ini berkembang tahun 1970an. Paradigma Administrasi Negara Baru (*New Public Administration*) muncul dari perdebatan hangat tentang kedudukan administrasi negara sebagai disiplin ilmu maupun profesi. Dwight Waldo menganggap administrasi negara berada dalam posisi revolusi ( a time of revolution) sehingga mengundang para pakar ilmu administrasi negara dalam suatu konferensi yang menghasilkan kumpulan makalah "Toward a New Public Administration : The Minnowbrook Perspective" (1971). Tujuan konferensi ini adalah mengidentifikasi apa saja yang relevan dengan administrasi negara dan bagaimana disiplin administrasi negara harus menyesuaikan dengan tantangan tahun 1970an. Salah satu artikel dalam kumpulan makalah ini adalah karya George Frederickson berjudul "The New Public Administration".

Paradigma New Public Administration pada dasarnya mengkritisi paradigma administrasi lama atau klasik yang terlalu menekankan pada parameter ekonomi. Menurut paradigma Administrasi Negara Baru, kinerja administrasi publik tidak hanya dinilai dari pencapaian nilai ekonomi ,efisiensi, dan efektivitas ,tapi juga pada nilai "social equity" (disebut sebagai pilar ketiga setelah nilai efisiensi dan efektivitas). Implikasi dari komitmen pada "social equity", maka administrator publik harus menjadi 'proactive administrator' bukan sekedar birokrat yang apolitis.

Fokus dari Administrasi Negara Baru meliputi usaha untuk membuat organisasi publik mampu mewujudkan nilainilai kemanusiaan secara maksimal yang dilaksanakan dengan pengembangan sistem desentralisasi dan organisasi demokratis yang responsif dan partisipatif, serta dapat

memberikan pelayanan publik secara merata. Karena administrasi negara mempunyai komitmen untuk mewujudkan nilai-nilai kemanusiaan dan keadilan (social equity), maka Frederickson menolak pandangan bahwa administrator dan teori-teori administrasi negara harus netral dan bebas nilai.

# 3. Paradigma New Public Management

Paradigma New Public Management (NPM) muncul tahun 1980an dan menguat tahun 1990an sampai sekarang. Prinsip dasar paradigma NPM adalah menjalankan administrasi negara sebagaimana menggerakkan sektor bisnis (run government like a business atau market as solution to the ills in public sector). Strategi ini perlu dijalankan agar birokrasi model lama - yang lamban, kaku dan birokratis – siap menjawab tantangan era globalisasi.

Model pemikiran semacam NPM juga dikemukakan oleh David Osborne dan Ted Gaebler (1992) dalam konsep "Reinventing Government". Osbone dan Gaebler menyarankan agar meyuntikkan semangat wirausaha ke dalam sistem administrasi negara. Birokrasi publik harus lebih menggunakan cara "steering" (mengarahkan) daripada "rowing" (mengayuh). Dengan cara "steering", pemerintah tidak langsung bekerja memberikan pelayanan publik, melainkan sedapat mungkin menyerahkan ke masyarakat. Peran negara lebih sebagai fasilitator atau supervisor penyelenggaraan urusan publik. Model birokrasi yang

hirarkis-formalistis menjadi tidak lagi relevan untuk menjawab problem publik di era global.

Ide atau prinsip dasar paradigma NPM (Dernhart dan Dernhart, 2003) adalah :

Mencoba menggunakan pendekatan bisnis di sektor publik, penggunaan terminologi dan mekanisme pasar , dimana hubungan antara organisasi publik dan customer dipahami sebagaimana transaksi yang terjadi di pasar.

Administrator publik ditantang untuk dapat menemukan atau mengembangkan cara baru yang inovatif untuk mencapai hasil atau memprivatisasi fungsi-fungsi yang sebelumnya dijalankan pemerintah"*steer not row*" artinya birokrat/PNS tidak mesti menjalankan sendiri tugas pelayanan publik, apabila dimungkinkan fungsi itu dapat dilimpahkan ke pihak lain melalui sistem kontrak atau swastanisasi.

NPM menekankan akuntabilitas pada customer dan kinerja yang tinggi, restrukturisasi birokrasi, perumusan kembali misi organisasi, perampingan prosedur, dan desentralisasi dalam pengambilan keputusan.

# 4. Paradigma New Public Service dan Governance

Paradigma New Public Service (NPS) merupakan konsep yang dimunculkan melalui tulisan Janet V.Dernhart dan Robert B.Dernhart berjudul "The New Public Service: Serving, not Steering" terbit tahun 2003. Paradigma NPS dimaksudkan untuk meng" counter" paradigma administrasi

yang menjadi arus utama (mainstream) saat ini yakni paradigma New Public Management yang berprinsip "run government like a businesss" atau "market as solution to the ills in public sector".

Menurut paradigma NPS , menjalankan administrasi pemerintahan tidaklah sama dengan organisasi bisnis. Administrasi negara harus digerakkan sebagaimana menggerakkan pemerintahan yang demokratis. Misi organisasi publik tidak sekedar memuaskan pengguna jasa (customer) tapi juga menyediakan pelayanan barang dan jasa sebagai pemenuhan hak dan kewajiban publik.

Paradigma NPS memperlakukan publik pengguna layanan publik sebagai warga negara (citizen) bukan sebagai pelanggan (customer). Administrasi negara tidak sekedar bagaimana memuaskan pelanggan tapi juga bagaimana memberikan hak warga negara dalam mendapatkan pelayanan publik. Cara pandang paradigma NPS ini ,menurut Dernhart (2008), diilhami oleh (1) teori politik demokrasi terutama yang berkaitan dengan relasi (citizens) dengan pemerintah, dan warga negara pendekatan humanistik dalam teori organisasi dan manajemen.

Paradigma NPS memandang penting keterlibatan banyak aktor dalam penyelenggaraan urusan publik . Dalam administrasi publik apa yang dimaksud dengan kepentingan publik dan bagaimana kepentingan publik diwujudkan tidak hanya tergantung pada lembaga negara. Kepentingan publik

harus dirumuskan dan diimplementasikan oleh semua aktor baik negara, bisnis, maupun masyarakat sipil. Pandangan semacam ini yang menjadikan paradigma NPS disebut juga sebagai paradigma Governance. Teori berpandangan bahwa negara atau pemerintah di era global tidak lagi diyakini sebagai satu-satunya institusi atau aktor efisien. secara ekonomis vang mampu dan adil menyediakan berbagai bentuk pelayanan publik sehingga paradigma Governance memandang penting kemitraan (partnership) dan jaringan (networking) antar banyak stakeholders dalam penyelenggaraan urusan publik.

#### D. Latihan

# BAB II ADMINISTRASI PELAYANAN

#### A. Pelayanan

Pelayanan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah sebagai suatu usaha untuk membantu menyiapkan atau megurus apa yang diperlukan orang lai. Sedangkan menurut Moenir (2010:26) peayanan adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan factor maateri melalui system, prosedur dan metode tertentu dalam rangka usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya. Pelayanan hakikatnya adalah serangkaian kegiatan, karena itu pelayanan merupakan sebuah proses. Sebagai proses, pelayanan berlangsung secara rutin dan berkesinambungan, meliputi seluruh kehidupan orang dalam masyarakat.

Sedangkan menurut Groonros (1990:27) dalam Ratminto dan Atik (2005:2) pelaynan adalah suatu aktivitas atau serangkaian sktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang di sediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen atau pelanggan.

Berbeda dengan Suprapto (2006:227) menngatakan bahwa pelayanan atau jasa merupakan suatu kinerja penampilan, tidak terwujud dan cepat hilang, lebih dapat

dirasakan daripada dimiliki, serta pelanggan lebih dapat berpartisipasi aktif dalam proses mengonsumsi jasa tersebut.

Menurut Philip Kotler dalam Suparapto (2006:228) karakteristik iasa dapat diuraikan sebagai berikut :

#### 1) Intangible (tidak terwujud)

Suatu jasa memiliki sifat tidak terwujud, tidak dapat dirasakan dan dinikmati sebelum dibeli oleh konsumen.

#### 2) *Inseparibility* (tidak dapat dipisahkan)

Pada umumnya jasa yang diproduksi (dihasilkan dan dirasakan pada waktu bersamaan dan apabila dikehendaki oleh seseorang untuk diserahkan kepada pihak lainnya, maka dia akan tetap merupakan bagian dari jasa tersebut.

#### 3) Variability (bervariasi)

Jasa senantiasa mengalami perubahan, tergantung dari siapa penyedia jasa, penerima jasa dan kondisi dimana jasa tersebut diberikan.

# 4) Perishability (tidak tahan lama)

Daya tahan suatu jasa tergantung suatu situasi yan diciptakan oleh berbagai factor.

Sedangkan menurut Sampara dalam Sinambela (2011:5) pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interkasi langsung antar seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan.

#### B. Pelayanan Publik

Menurut Sedarmayanti (2010:243) pelayanan berarti melayani suatu jasa yang dibutuhkan oleh masyarakat dalam segala bidang. Kegiatan pelayanan kepada masyarakat merupakan tugas dan fungsi dari administrasi Negara. Berbeda dengan pendapat Thoha seperti yang dikutip Sedarmayanti (2010:43) bahwa pelayanan publik merupakan usaha yang dilakukan seseorang atau kelompok orang atau instansi tertentu untuk menberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam mencapai tujuan.

Menurut Sinambela (2011:5) pelayanan publik diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan dan tatacara yang telah ditetapkan.

Sedangkan di dalam Undang-Undang No. 25 tanhun 2009 tentang pelayanan publik, mendefinisikan bahwa pelayanan publik adalah kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundangundangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dana tau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik. Adapun asas-asas pelayanan publik yang termuat dalam Undang-Undang tersebut meliputi:

# 1) Kepentingan umum

Yaitu pemberian pelayanan tidak boleh mengutamakan kepetingan pribadi dana tau golongan.

#### 2) Kepastian hukum

Yaitu jaminan terwujudnya hak dan kewajiban dalam penyelenggaraan pelayanan.

#### 3) Kesamaan hak

Yaitu pemberian pelayanan tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.

#### 4) Keseimbangan hak dan kewajiban

Yaitu pemenuhan hak harus sebanding dengan kewajiban yang harus dilaksanakan, baik oleh pemberi maupun penerima pelayanan.

#### 5) Keprofesionalan

Yaitu pelaksana pelayanan harus memiliki kompetensi yang sesuai dengan bidang tugas.

#### 6) Partisipatif

Yaitu peningkatan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat.

# Persamaan perlakuan/tidak diskriminatif Yaitu setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan yang adil

#### 8) Keterbukaan

Yaitu setiap penerima pelayanan dapat dengan mudah mengakses dan memperoleh informasi mengenai pelayanan yang diinginkan.

#### 9) Akuntabilitas

Yaitu proses penyelenggaraan pelayanan harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

10) Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan, yaitu pemberian kemudahan terhadap kelompok rentan sehinggan tercipta keadilan dalam pelayanan.

#### 11) Ketepatan waktu

Yaitu penyelesaian setiap jenis pelayanan dilakukan tepat eaktu sesuai dengan standar pelayanan.

12) Kecepatan, kemudahan dan keterjangkauan Yaitu setiap jenis pelayanan dilakukan secara tepat, mudah dan terjangkau.

Dalam kamus Bahasa Indonesia (1990), pelayanan publik dirumuskan sebagai berikut :

- 1) Pelayanan adalah perihal atau cara melayani.
- Pelayanan adalah kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang dan jasa.
- Pelayanan medis merupakan pelayanan yang diterima seseorang dalam hubungannya dengan pensegahan, diagnosa dan pengobatan suatu gangguan kesehatan tertentu.
- 4) Publik berarti orang banyak (umum)

Pengertian publik menurut Inu Kencana Syafi'ie, dkk (1999:18) yaitu : "Sejumlah manusia yang memiliki kebersamaan berfikir, perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai- nilai norma yang mereka miliki".

Pengertian lain berasal dari pendapat A.S. Moenir (1995:7) menyatakan bahwa : "Pelayanan umum adalah suatu usaha yang dilakukan kelompok atau seseorang atau birokrasi untuk memberikan bantuan kepada masyarakat dalam rangka mencapai suatu tujuan tertentu".

Pelayanan merupakan kegiatan utama pada orang yang bergerak di bidang jasa, baik itu orang yang bersifat komersial ataupun yang bersifat 12 non komersial. Namun dalam pelaksanaannya terdapat perbedaan antara pelayanan yang dilakukan oleh orang yang bersifat komersial yang biasanya dikelola oleh pihak swasta dengan pelayanan yang dilaksanakan oleh organisasi non komersial yang biasanya adalah pemerintah. Kegiatan pelayanan yang bersifat komersial melaksanakan kegiatan dengan berlandaskan mencari keuntungan, sedangkan kegiatan pelayanan yang bersifat non- komersial kegiatannya lebih tertuju pada pemberian layanan kepada masyarakat (layanan publik atau umum) yang sifatnya tidak mencari keuntungan akan tetapi berorientasikan kepada pengabdian.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pelayanan publik adalah segala bentuk jasa pelayanan baik dalam bentuk

barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh Instansi pemerintah di Pusat, di daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundangundangan.

#### 1. Unsur-unsur Pelayanan Publik

Dalam proses kegiatan pelayanan publik terdapat beberapa faktor atau unsur yang mendukung jalannya kegiatan. Menurut A.S. Moenir (1995:8), unsur-unsur tersebut antara lain :

- Sistem, Prosedur dan Metode Yaitu di dalam pelayanan publik perlu adanya sistem informasi , prosedur dan metode yang mendukung kelancaran dalam memberikan pelayanan.
- Personil, terutama ditekankan pada perilaku aparatur; dalam pelayanan publik aparatur pemerintah selaku personil pelayanan harus profesional, disiplin dan terbuka terhadap kritik dari pelanggan atau masyarakat.
- Sarana dan prasarana Dalam pelayanan publik diperlukan peralatan dan ruang kerja serta fasilitas pelayanan publik. Misalnya ruang tunggu, tempat parker yang memadai.
- Masyarakat sebagai pelanggan Dalam pelayanan publik masyarakat sebagai pelanggan sangatlah

heterogen baik tingkat pendidikan maupun perilakunya.

#### 2. Azas, prinsip dan standar pelayanan publik

Secara teoritis, tujuan pelayanan publik pada dasarnya adalah memuaskan masyarakat. Untuk mencapai kepuasan itu dituntut kualitas pelayanan publik yang profesional, kemudian Lijan Poltak Sinambela(2008:6) mengemukakan azas-azas dalam pelayanan publik tercermin dari:

#### 1) Transparansi

Bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.

#### 2) Akuntabilitas

Dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.

#### 3) Kondisional

Sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.

# 4) Partisipatif

Mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.

#### 5) Keamanan Hak

Tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, agama, ras, golongan, gender dan status ekonomi.

#### 6) Keseimbangan

Hak dan kewajiban Pemberi dan penerima pelayanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masingmasing pihak.

Dalam proses kegiatan pelayanan diatur juga mengenai prinsip pelayanan sebagai pegangan dalam mendukung jalannya kegiatan. Adapun prinsip pelayanan publik menurut keputusan MENPAN No. 63/ KEP/ M. PAN/ 7/ 2003 antara lain adalah :

#### 1) Kesederhanaan

Prosedur pelayanan publik tidak berbelit- belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.

#### 2) Kejelasan

Persyaratan teknis dan administrative pelayanan publik; unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan atau persoalan dan sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik; rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran.

# 3) Kepastian waktu

Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

#### 4) Akurasi

Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat dan sah.

#### 5) Keamanan

Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.

#### 6) Tanggung jawab

Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan atau persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.

#### 7) Kelengkapan sarana dan prasarana

Tersedianya sarana dan prasarana kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika.

#### 8) Kemudahan akses

Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.

#### 9) Kedisiplinan, kesopan dan keramahan

Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.

#### 10) Kenyamanan

Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan seperti parker, toilet, tempat ibadah, dan lain- lain.

Penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. "Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib diataati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan." Kep. MENPAN No. 63 Th 2003:VB, meliputi:

#### 1) Prosedur pelayanan

Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengadaan.

# 2) Waktu penyelesaian

Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.

# 3) Biaya pelayanan

Biaya atau tarif pelayanan termasuk rinciannya yang dititipkan dalam proses pemberian pelayanan.

# 4) Produk Pelayanan

Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

# 5) Sarana dan prasarana

Penyedia sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.

6) Kompetensi petugas pemberi pelayanan Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan.

Azas, prinsip, dan standar pelayanan tersebut diatas merupakan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan publik oleh instansi pemerintah dan juga berfungsi sebagai indikator dalam penilaian serta evaluasi kinerja bagi penyelenggara pelayanan publik. Dengan adanya standar dalam kegiatan pelayanan publik ini diharapkan masyarakat bisa mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan prosesnya memuaskan dan tidak menyulitkan masyarakat.

Kualitas Pelayanan Publik Menurut Sedarmayanti (2009:253) kualitas pelayanan merujuk pada pengertian:

- Kualitas terdiri dari sejumlah keistimewaan produk, baik langsung maupun atraktif yang memenuhi keinginan dan memberi kepuasan atas penggunaan produk itu.
- Kualitas terdiri dari segala sesuatu yang bebas kekurangan/kerusakan.

Menurut Fitzsimmons seperti yang dikutip Sedarmayanti (2009:253-254) terdapat beberapa dimensi kualitas pelayanan publik antara lain:

- a. Reliability (handal), kemampuan pegawai dalam memberikan pelayanan secara tepat dan benar, yang telah dijanjikan kepada pelanggan.
- b. Responsiveness, bentuk sikap pegawai yang secara sadar dan ingin membantu konsumen dengan memberikan pelayanan dengan benar.
- c. Assurance, sikap dan pengetahuan dari pegawai yang diwujudkan dengan memiliki wawasan yang luas, sopan santun, percaya diri, sikap menghormati kepada konsumen sebagai penunjang dalam kualitas pelayanan.
- d. Emphaty, sikap dari pemberi layanan untuk memberikan perlindungan dan melakukan pendekatan, serta berusaha memenuhi kebutuhan dan mengetahui keinginan konsumen.
- e. Tangibles, meliputi penampilan petugas dan sarana fisik lainnya, seperti perlengkapan yang menunjang pelayanan

# C. Perkembangan Konsep Pelayanan Publik

Pelayanan publik merupakan produk birokrasi publik yang diterima oleh warga pengguna maupun masyarakat secara luas. Karena itu menurut pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan warga pengguna. Pengguna yang dimaksud disini adalah warga negara yang membutuhkan pelayanan publik, seperti

pembuatan KTP, IMB, akte kelahiran, sertifikat tanah dan lain sebagainya.

Berbeda dengan produk pelayanan berupa barang yang mudah dinilai kualitasnya, produk pelayanan berupa jasa tidak mudah untuk dinilai kualitasnya. Pelayanan jasa tidak berwujud sehingga tidak nampak (intangible). Namun demikian proses penyelenggaraannya bisa diamati dan dirasakan. Demikian pula halnya dengan pelayanan publik, yang merupakan sebuah produk pelayanan jasa yang diselenggarakan oleh birokrasi pemerintah. Pelayanan publik merupakan pelayanan yang diselenggarakan oleh birokrasi pemerintah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat penggunanya (warga negara).

Masyarakat setiap waktu selalu menuntut pelayanan publik yang berkualitas dari birokrasi pemerintah, meskipun tuntutan tersebut sering tidak sesuai dengan harapan mereka, karena secara empiris pelayanan publik yang terjadi selama ini masih terkesan berbelit-belit, lambat, mahal dan melelahkan. Kecenderungan seperti itu terjadi karena masyarakat masih diposisikan sebagai pihak "melayani", bukan yang "dilayani". Oleh sebab itu pada saat ini kebutuhan mendesak yang perlu dilakukan oleh birokrasi pemerintah adalah melakukan reformasi pelayanan publik dengan mengembalikan dan mendudukkan "pelayan" dan yang "dilayani" ke pengertian yang sesungguhnya.

Osborne & Plastrik (1997) mencirikan pemerintahan (birokrasi) sebagaimana diharapkan di atas adalah

pemerintahan milik masyarakat, vakni pemerintahan (birokrasi) yang mengalihkan wewenang kontrol yang dimilikinya kepada masyarakat. Masyarakat diberdayakan sehingga mampu mengontrol pelayanan yang diberikan oleh birokrasi. Dengan adanya kontrol dari masyarakat pelayanan publik akan lebih baik, karena mereka akan memiliki komitmen vang lebih baik, lebih peduli dan lebih kreatif dalam memecahkan masalah. Pelayanan yang diberikan oleh birokrat ditafsirkan sebagai kewajiban, bukan hak karena mereka diangkat oleh pemerintah untuk melayani masyarakat, oleh karena itu harus dibangun komitmen yang kuat untuk melayani sehingga pelayanan akan dapat menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat dan dapat merancang model pelayanan yang lebih kreatif serta lebih efisien.

Sementara itu dalam konteks desentralisasi (otonomi daerah), Mohamad (2003) mengatakan bahwa pelayanan publik seharusnya menjadi lebih responsif terhadap kepentingan publik. Paradiama pelayanan publik berkembang dari pelayanan yang sifatnya sentralistik ke pelayanan yang lebih memberikan fokus pada pengelolaan yang berorientasi kepuasan pelanggan (customer-driven government) dengan ciri-ciri:

 Lebih memfokuskan diri pada fungsi pengaturan melalui berbagai kebijakan yang memfasilitasi berkembangnya kondisi kondusif bagi kegiatan pelayanan kepada masyarakat,

- Lebih memfokuskan diri pada pemberdayaan masyarakat sehingga masyarakat mempunyai rasa memiliki yang tinggi terhadap fasilitas-fasilitas pelayanan yang telah dibangun bersama,
- Menerapkan sistem kompetisi dalam hal penyediaan pelayanan publik tertentu sehingga masyarakat memperoleh pelayanan yang berkualitas,
- 4) Terfokus pada pencapaian visi, misi, tujuan dan sasaran yang berorientasi pada hasil (outcomes) sesuai dengan masukan yang digunakan,
- 5) Lebih mengutamakan apa yang diinginkan oleh masyarakat,
- Pada hal tertentu pemerintah juga berperan untuk memperoleh pendapat dari masyarakat dari pelayanan yang dilaksanakan,
- 7) Lebih mengutamakan antisipasi terhadap permasalahan pelayanan,
- 8) Lebih mengutamakan desetralisasi dalam pelaksanaan pelayanan, dan
- 9) Menerapkan sistem pasar dalam memberikan pelayanan.

Pada dasarnya pemerintah telah melakukan berbagai upaya agar menghasilkan pelayanan yang lebih cepat, tepat, manusiawi, murah, tidak diskriminatif, dan transparan. Namun, upaya-upaya yang telah ditempuh oleh pemerintah nampaknya belum optimal. Salah satu indikator yang dapat dilihat dari fenomena ini adalah pada fungsi pelayanan

publik yang banyak dikenal dengan sifat birokratis dan banyak mendapat keluhan dari masyarakat karena masih belum memperhatikan kepentingan masvarakat pengelola pelayanan publik penggunanya. Kemudian, cenderung lebih bersifat direktif yang hanya memperhatikan/ mengutamakan kepentingan pimpinan/organisasinya saja. Masyarakat sebagai pengguna seperti tidak memiliki kemampuan apapun untuk berkreasi, suka tidak suka, mau tidak mau, mereka harus tunduk kepada pengelolanya. Seharusnya, pelayanan publik dikelola dengan paradigma yang bersifat supportif di mana lebih memfokuskan diri kepada kepentingan masyarakatnya, pengelola pelayanan harus mampu bersikap menjadi pelayan yang sadar untuk melayani dan bukan dilayani.

Sekelompok dan/ organisasi baik langsung maupun tidak langsung untuk memenuhi kebutuhan. Pelayanan berarti melayani suatu jasa yang dibutuhkan oleh masyarakat dalam segala bidang. Kegiatan pelayanan kepada masyarakat merupakan salah satu tugas dan fungsi administrasi negara.

Menurut Albercht dalam Lovelock, 1992 (dalam Sedarmayanti2010:243) pelayanan adalah suatu pendekatan organisasi total yang menjadikualitas pelayanan diterima pengguna iasa. sebagai kekuatan yang penggerakutama dalam pengoperasian bisnis. Selanjutnya Monir (dalam Harbani Pasolong2013: 128), mengatakan bahwa pelayanan adalah proses pemenuhan

kebutuhanmelalui aktivitas orang lain secara langsung. Sedangkan Menteri PendayagunaanAparatur Negara, mengemukakan bahwa pelayanan adalah segala bentukkegiatan pelayanan dalam bentuk barang atau jasa dalam rangka upayapemenuhan kebutuhan masyarakat. Sedangkan menurut Gronroos (dalamRatminto dan Atik Septi Winarsih 2013:2) pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitaas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang tejadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atauhal- hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan vangdimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/ pelanggan.

Pelayanan publik menurut Sinambela (dalam Harbani Pasolong 2013:128) adalah sebagai setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadapsejumlah manusia yang memiliki setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik. Agung Kurniawan (dalam Harbani Pasolong 2013: 128) mengatakan bahwa pelayanan publik adalah pemberian pelayanan (melayani) keperluan orang lain atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Definisi pelayanan publik menurut Kepmen PAN Nomor 25 Tahun 2004 adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik

sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima layanan, maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang- undangan. Sedangkan Kepmen PAN Nomor 58 Tahun 2002 mengelompokkan tiga pelayanan dari instansi BUMN/BUMD. Pengelompokkan ienis pelavanan tersebut didasarkan pada ciri- ciri dan sifat kegiatan serta produk pelayanan yang dihasilkan, yaitu (1) pelayanan administratif. (2) pelayanan (3)pelayanan barang, jasa.Pelayanan publik adalah pemberian jasa, baik oleh pemerintah, pihak swasta atas nama pemerintah, ataupun pihak swasta kepada masyarakat, dengan atau tanpa pembayaran guna memenuhi kebutuhan dan atau kepentinganmasyarakat (Panji Santosa 2009:57). Menurut Thoha (dalam Sedarmayanti 2010:243) pelayanan masyarakat adalah usaha yang dilakukan oleh seseorangdan atau kelompok orang atau instansi tertentu untuk memberi bantuan dankemudahan kepada masyarakat dalam mencapai tujuan.

Jenis pelayanan administratif adalah jenis pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan berupa pencatatan, penelitian, pengambilan keputusan,dokumentasi dan kegiatan tata usaha lainnya yang secara keseluruhanmenghasilkan produk lahir berupa dokumen, misalnya sertifikat, ijin- ijin,rekomendasi, keterangan dan lainlain. Misalnya pelayanan sertifikattanah. jenis pelayaran, IMB, pelayanan administrasi kependudukan (KTP, NTCR, akte kelahiran, dan akte kematian).

Jenis pelayanan barang adalah pelayanan yang diberikan oleh unitpelayanan berupa kegiatan penyediaan dan atau pengolahan bahan berwujud fisik termasuk distribusi dan penyampainnya dan konsumen langsung (sebagai unit atau individual) dalam suatu sistem. Secara keseluruhan kegiatan tersebut menghasilkan produk akhir berwujud benda (berwujud fisik) atau yang dianggap benda yang memberikan nilai tambah secara langsung bagi penggunanya. Misalnya jenis pelayanan listrik, pelayanan air bersih dan pelayanan telepon.

Jenis pelayanan jasa adalah jenis pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan yang berupa sarana dan parasarana serta penunjangnya. Pengoperasiannya berdasarkan suatu sistem pengoperasian tertentu dan pasti. Produk akhirnya berupa jasa yang mendatangkan manfaat bagi penerimanya secara langsung dan habis terpakai dalam jangka waktu tertentu. Misalnyapelayanan angkutan darat, laut dan udara, layanan kesehatan, layananperbankkan, layanan pos dan pelayanan pemadam kebakaran.

Standar pelayanan publik menurut Keputusan Menteri PAN Nomor 63/KEP/ M.PAN/7/ 2003 (dalam Hardiansyah 2011:28) sekurang- kurangnyameliputi:

- a. Prosedur pelayanan;
- b. Waktu penyelesaian;
- c. Biaya pelayanan;
- d. Produk pelayanan;

- e. Sarana dan prasarana;
- f. Kompetensi petugas pelayanan

Pelayanan prima adalah pelayanan yang diberikan kepada pelanggan(masyarakat). Minimal yang sesuai dengan standar pelayanan ( cepat, tepat, akurat, murah, ramah).

Hal yang melekat pada pelayanan prima yaitu:

- a. Keramahan
- b. Kredibilitas
- c. Akses
- d. Penampilan fasilitas
- e. Kemampuan dalam menyajikan pelayanan.

Dalam sektor publik, pelayanan dikatakan prima apabila sebagai berikut:

- a. Pelayanan yang terbaik dari pemerintah kepada pelnggan / penggunajasa.
- b. Pelayanan prima apa bila ada standar pelayanan.
- c. Pelayanan prima bila melebihi standar, atau sama degan standar. Bila belum ada standar, pelayanan yang terbaik dapat diberikan,pelayanan yang mendekati apa yang dianggap pelayanan standar, danpelayanan yang dilakukan secara maksimal.
- d. Pelanggan adalah masyarakat dalam arti luas; masyarakat eksternal,dan masyarakat internal ( SESPANAS LAN, 1998).

Sendi pelayanan prima, dikembangkan menjadi 14 (empatbelas) unsuryang relevan, valid, dan realibel, sebagai unsur yang minimal yang harus adauntuk dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Prosedur pelayanan: kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan.
- b. Prasyarat pelayanan: prasyarat teknis dan administratif yangdiperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenispelayanan.
- Kejelasan petugas pelayanan: keberadaan dan kepastian petugas yangmemberikan (nama, jabatan serta kewenagan dan tanggungjawabnya).
- Kedisiplinan petugas pelayanan: kesungguhan petugas dalammemberikan pelayanan terutama terhadap konsisitensi waktu kerjasesuai ketentuan yang berlaku.
- e. Tanggung jawab petugas pelayanan: kejelasan wewenang dantanggung jawab petugas dala penyelenggaraan dan penyelesaianpelayanan.
- f. Kemampuan petugas pelayanan: tingkat keahlian dan keterampilanyang dimiliki petugas dalam memberikan/menyelesaikan pelayanankepada masyarakat.
- g. Kecepatan pelayanan: Target waktu pelayanan dapat diselesaikandalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggaraanpelayanan.

- Keadilan mendapatkan pelayanan: pelaksanann pelayanan dengantidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani.
- Kesopanaan dan keramahan petugas: sikap dan perilaku petugasdalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan danramah serta saling menghargai dan menghormati.
- Kewajaran biaya pelayanan: keterjangkauan masyarakat terhadapbesarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.
- k. Kepastian biaya pelayanan: kesesuaian antara biaya yang dibayarkankepada biaya yang telah ditetapkan
- Kepastian jadwal pelayanan: pelaksanan waktu pelayanan, sesuaidengan ketentuan yang ditetapkan
- m. Kenyamanan lingkungan: kondisi sarana dan prasarana pelayananyang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasanyaman kepada penerima pelayanan.
- n. Keamanan pelayanan: terjaminnya tingkat keamanan unitpenyelenggaraan pelayanan ataupun sarana yang digunakan. Sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayananterhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan(Kepmen PAN Nomor 25 tahun 2004).

Strategi pelayanan prima yang mengacu kepuasan/keinginan pelanggan dapat ditempuh melalui:

- Implementasi visi misi pelayanan pada semua tingkat yang terkaitdengan pelaksanan pelayanan kepada masyarakat (pelanggan)
- b. Hakikat pelayanan prima disepakati untuk dilaksanakan oleh semuaaparatur yang memberi pelayanan.
- Dalam pelaksanaan pelayanan prima, didukung sistem dan lingkunganyang dapat memotivasi anggota organisasi untuk melaksanakanpelayanan prima.
- d. Pelaksanaan pelayanan prima aparatur pemerintah, didukung sumberdaya manusia, dana dan teknologi canggih tempat guna.
- e. Pelayanan prima dapat berhasil guna, apabila organisasi menerbitkanstandar pelayanan prima yang di dapat dijadikan pedoman dalammelayani dan panduan bagi pelanggan yang memerlukan jasapelayanan.

Standar pelayanan prima dapat diwujudkan melalui:

- a. Kosepsi penyusutan standar pelayanan prima
  - 1. Concep (gagasan terbaru dan tercanggih)
  - 2. *Competency* (kemampuan beroperasi pada standar yang tinggidimana saja)
  - 3. Conection (hubungan yang baik)
- b. Prinsip pengembangan pelayana prima
  - 1. Rumusan organisasi
  - 2. Penyebaran visi dan misi
- c. Sasaran pelayan yang "SMART"
  - 1. Specivic (spesifik)
  - 2. Measurable (dapat diukur)

- 3. Achievable (dapat dicapai)
- 4. Relevant (sesuai kepentingan)
- 5. Timed (jelas waktunya)

Variabel pelayanan prima yaitu:

- a. Pemerintah yang bertugas melayani.
- b. Masyarakat yang dilayani oleh pemerintah.
- c. Kebijakan yang dijadikan landasan pelayanan publik.
- d. Peralatan/sarana pelayanan yang canggih.
- e. Sumber yang tersedia untuk diramu dalam kegiatan pelayanan.
- f. Kualitas pelayanan yang memuaskan masyarkat sesuai denganstandar dan asas pelayanan masyarakat.
- g. Manajemen dan kepemimpinan serta organisasi pelayananmasyarakat.
- h. Perilaku yang terlibat dalam pelayanan masyarakat:
   pejabat danmasyarakat, apakah masing-masing
   menjalankan fungsinya(SESPANAS LAN, 2000)

Strategi penyusunan standar pelayanan prima:

- a. Identifikasi siapa yang menjadi pelanggan pada tiap jenis layanan.
- b. Memahami apa yang dibutuhkan pelanggan.
- c. Identifikasi jenis pelayanan.
- d. Persyaratan yang harus dipenuhi untuk keperluan pelayanan.
- e. Sistem dan prosedur mendapatkan pelayanan.
- Menetapkan jumlah dan kualisifikasi tenaga kerja yang menanganipelayanan.

- g. Menetapkan jenis dan jumlah peralatan yang diperlukan/dipakai.
- h. Menetapkan standar waktu penyelesaian pelayanan.
- i. Menetapkan standar harga/biaya yang diperlukan dalam tiap jenispelayanan (bila ada)
- j. Petugas yang menerima keluhan/kontak person, dan lainnya.

Pelayanan publik sebagai fokus disiplin ilmu administrasi publik tetapmenarik untuk dicermati karena pelayanan yang diberikan oleh apaturpemerintah kepada publik masih dianggap " belum baik atau tidak memuaskan". Hal ini dapat disimpulkan dari kesimpulan Agus Dwiyanto, dan kawan- kawan (dalam Harbani Pasolong 2013: 130) dalam Governance and desentralization disingkat GDS 2002 di 20 Provinsi di Indonesia tentang pelayananpublik menyebutkan " walaupun pelaksanaan otonomi daerah tidakmemperburuk kualitas pelayanan publik" tetapi secara umum praktikpenyelenggaraan pelayanan publik masih iauh dari prinsipprinsip pemerintahanyang baik (Good Governance).

Menurut Sadu Wasistiono (dalam Pandji Santosa 2009:58) Beberapaalasan perhatian pemerintah terhadap pelayanan publik antara lain sebagaiberikut:

 Instansi pemerintah pada umumnya menyelenggarakan kegiatan yangbersifat monopoli, sehingga tidak terdapat iklim kompetisi

- didalam,padahal tanpa kompetisi tidak akan tercipta efesiensi dan peningkatankualitas.
- Dalam menjalankan kegiatan, aparatur pemerintah lebihmengandalkan kewenangan daripada berbuat jasa ataupun kebutuhankonsumen.
- 3. Belum atau tidak diadakan akuntabilitas terhadap kegiatan suatuinstansi pemerintah, baik akuntabilitas vertikal kebawah, kesamping,maupun keatas.
- 4. Dalam aktivitasnya, aparat pemerintah seringkali terjebak padapandangan "ectic", yakni mengutamkan pandangan dan keinginanmereka sendiri ( birokrasi) daripada konsep "emic", yakni konsepdari mereka menerima jasa layanan pemerintah.
- Kesadaran anggota masyarakat pada hak dan kewajiban sebagaiwarga negara mauoun sebagai konsumen masih relatif rendah,sehingga mereka cenderung menerima begitu saja, terlebih layananyang diberikan bersifat cuma-cuma.

Konsep pelayanan publik yang diperkenalkan oleh David Osborne dan Ted Gaebler dalam bukunya " reinventing Government" intinya adalah pentingnya peningkatan pelayanan publik oleh birokrasi pemerintah dengan caramemberi wewenang kepada pihak swasta lebih banyak berpartisipasi sebagai pengelola pelayanan publik.

Dalam rangka perbaikan penerapan dan perbaikan sistem dalamkaitannya dengan pelaksanaan pelayanan publik, Osborne menyimpulkan 10prinsip yang disebut keputusan gaya baru. Salah satu prinisp penting dalamkeputusannya adalah " sudah saatnya pemerintah berorientasi" pasar" untuk itudiperlukan pendobrakan aturan agar lebih efektif dan efesien melaluipengendalian pasar itu sendiri".

Kesepuluh prinsip yang dimaksud Osborne, adalah sebagai berikut:

- Pemerintah katalis: mengarahkan ketimbang mengayuh.
- Pemerintah milikmasyarakat: memberi wewenang ketimbang melayani.
- 3. Pemerintah yangkompetetif: menyuntikkan persaingan kedalam pemberian pelayanan.
- Pemerintah yang digalakkan oleh misi: mengubah organisasi yang digerakkan oleh peraturan.
- 5. Pemerintah yang berorientasi hasil: membiayai hasil, bukan masukan.
- 6. Pemerintah berorientasi pelanggan: memenuhi kebutuhanpelanggan, bukan birokrasi.
- 7. Pemerintah wirausaha: menghasilkan ketimbang membelanjakan.
- 8. pemerintah antisipatif: mencengah daripada mengobati.
- Pemerintahan desentralisasi.
- 10. Pemerintahan birokrasi pasar: mendongkrakperubahan melalui pasar.

Menurut Gaspersz (dalam Harbani Pasolong 2013: 130) bahwa elemenpaling penting bagi organisasi adalah pelanggan, untuk itu identifikasi secaratepat apa yang menjadi kebutuhan pelanggan. Hal ini sejalan dengan Tiosvolddalam Wasistiono (dalam Harbani Pasolong 2013: 130) mengatakan bahwa bagiorganisasi," melayani konsumen merupakan saat yang menetukan" (moment of thruts), peluang bagi organisasi menentukan kredibilitas dan kapabilitasnya.Strategi mengutamakan pelanggan adalah prioritas utama yang harusdilakukan. Bahkan Carlzon dalam Wasisistino (dalam Harbani Pasolong 2013:131) menamakan abad ini sebagai " abad pelanggan". Abad dimana parapengguna jasa diposisikan pada tempat yang paling terhormat (putting costumersfirst). Segala upaya peningkatan kualitas pelayanan dilakukan denganmenggunakan pendekatan pelanggan.

Dari sudut pandang pelanggan, setiap dimensi itu penting dalampenyampaian pelayanan berkualitas, untuk itu setiap perusahaan penyediapelayanan perlu menerapkan perspektif pelayanan pelanggan sebagaimanadipaparkan oleh Jan Carlzon dalam William (dalam Harbani Pasolong 2013: 131), sebagai berikut:

- 1. Pelanggan adalah raja
- 2. Pelanggan adalah alasan keberadaan kita
- 3. Tanpa pelanggan, kita tak punya apa- apa,
- 4. Pelanggankitalah yang menentukan bisnis kita,

Jika kita, tidak memahami pelanggankita, maka berarti kita tidak memahami bisnis kita.

Pernyataan diatas, mencerminkan orientasi terhadap pelanggan, sebuahpandangan bahwa pelanggan adalah penentu puncak sifat dan keberhasilanorganisasi seseorang, suatu pandangan yang memutar balikkan pandangan tradisional tentang organisasi. Respektif ini adalah respektif pelayananpelanggan. Identifikasi pelanggan menurut Vincent Gaspersz (dalam HarbaniPasolong 2013: 131) yaitu berkaitan dengan mereka yang secara langsungmaupun tidak langsung menggunakan jenis- jenis pelayanan publik atau mereka yang secara langsung maupun tidak langsung terkena dampak dari kebijakankebijakanorganisasi publik.

Organisasi publik memiliki pelanggan yang dapat dikategorikan sebagaipelanggan internal dan pelanggan eksternal.

- a. Pelanggan internal (internal Custamers) mencangkup unit- unit ataupegawai dalam suatu dalam suatu organisasi publik yang bekerjatergantung pada unit atau pegawai yang lain dalam organisasi yangsama.
- b. Pelanggan eksternal (external custamers)
   mencangkup penggunaproduk (barang dan/ atau
  jasa) dari organisasi publik.

Stakeholder menurut Vincent Gasperzs (dalam Harbani Pasolong2013:131) merupakan setiap orang atau kelompok yang berkepentingan dengantingkat kinerja atau kesesuian dari suatu organisasi publik, program.

Stakeholder mungkin tidak menggunakan secara langsung produkyang dihasilkan oleh organisasi publik. Mereka mungkin saja menjadi penasehatatau pemberi rekomendasi terhadap organisasi publik karena mempunyaikepentingan dengan tingkat kinerja atau kesesuian diri organisasi publik itu.

Kualitas pada dasarnya merupakan kata yang menyandang arti relatifkarena bersifat abstrak, kualitas dapat digunakan untuk menilai atau menentukantingkat penyesuian suatu hal terhadap persyaratan atau spesifikasinya. Bilapersyaratan atau spesifikasi itu terpenuhi berarti kualitas sesuatu hal yangdimaksud dapat dikatakan baik, sebaliknya jika persyaratan tidak terpenuhimaka dapat dikatakan tidak baik.

Dengan demikian. untuk menentukan kualitasdiperlukan indikator. Karena spesifikasi merupakan indikator harusdirancang berarti kualitas secara tidak langsung merupakan hasil rancangan yangtidak tertutup kemungkinan untuk diperbaiki atau ditingkatkan. Mutu sebenarnya tidak dapat diukur karena merupakan hal yang maya(imaginer) jadi bukan suatu besaran yang terukur. Oleh sebab itu, perlu dibuatindikator yang merupakan besaran yang terukur demi untuk menentukan kualitasbaik produk maupun jasa. Berbagai upaya dilakukan untuk membuat indikatoryang terukur dan cocok bagi masalah penentuan kualitas sedemikian rupasehingga pembuatan

produk atau pelayanan jasa dan pengntrolan keterlaksanaanya.

Kualitas menurut Fandy Tjiptono (dalam Harbani Pasolong 2013:132) adalah

- 1. Kesesuian dengan persyaratan atau tuntutan
- 2. Kecocokan pemakaian,
- 3. Perbaikan atau penyempurnaan keberlanjutan,
- 4. Bebas dari kerusakan.
- 5. Pemenuhan kebutuhan pelanggan semenjak awal dan setiap saat,
- Melakukan segala sesuatu secara benar semenjak awal
- 7. Sesuatu yang bisamembahagiakan pelanggan.

Kualitas (Quality) menurut Montgomery dalamSupranto (dalam Harbani Pasolong 2013: 132) "the exent to which productsmeet the requirement of people who use them" jadi suatu produk, apakah itubentuknya barang atau jasa dikatakan bermutu bagi seseorang kalau produktersebut dapat memenuhi kebutuhannya.

Sinamba dkk. (dalam Harbani Pasolong 2013:133), mengatakan bahwakualitas pelayanan prima tercermin dari:

 Transparansi, yaitu pelayanan yangbersifat terbuka, muda dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkandan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti,

- akuntabilitas, yaitu pelayanan dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan,
- 3. Kondisional, yaitu pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efesiensi dan efektivitas.
- 4. Partisipatif, yaitu pelayanan yang dapat mendorong serta masyarakat dengan memperhatikan aspirasi,kebutuhan dan harapan masyarakat,
- Kesamaan hak, yaitu pelayanan yangtidak melakukan deskriminasi dilihat dari aspek apapun khususnya suku, ras,agama, golongan, status sosial, dan
- Keseimbangan hak dan kewajiban, yaitu pelayanan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi danpenerima pelayanan publik.

Kasmir (dalam Harbani Pasolong 2013: 133), mengatakan bahwapelayanan yang baik adalah kemampuan memberikanpelayanan seseorang dalam vang dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan dengan standaryang ditentukan. Menurut Zethaml dan Haywood Farmer dalam Warella (dalamHarbani Pasolong 2013: 133), mengatakan ada tiga karakteristik utama tentang pelayanan, yaitu:

- intangibility,
- 2. heterogeinity dan

### 3. inseparability

Intangibility berarti bahwa pelayanan pada dasarnya bersifat performencedan hasil pengalaman dan bukannya objek. Kebanyakan pelayanan tidak dapatdihitung, diukur, diraba atau dites sebelum disampaikan untuk menjaminkualitas. Berbeda dengan barang yang dihasilkan oleh suatu pabrik yang dapatdites kualitasnya sebelum disampaikan pada pelanggan.

Heterogeinity berarti pemakai jasa atau klien atau pelanggan memilikikebutuhan yang sangat heterogen. Pelanggan dengan pelayanan yang samamungkin mempunyai prioritas berbeda. Demikian pula performence seringbervariasi dari suatu prosedur keprosedur lainnya bahkan dari waktu ke waktu.

Inseparability berarti bahwa produksi dan konsumsi suatu pelayanantidak terpisahkan. Konsekuensinya didalam industri pelayanan kualitas tidakrekayasa kedalam produksi disektor pabrik dan kemudian disampaikan kepadapelanggan. Kualitas terjadi selama interaksi antara klien dan penyedia jasa. Mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan suatu organisasi penting karenadapat memberikan manfaat bagi organisasi yang bersangkutan. inidilakukan paling tidak organisasi atau instansi yang bersangkutan sudah punya

"concern" pada pelanggannya. Pada akhirnya, bisa jadi berusaha maksimaluntuk memenuhi kepuasan pelanggan yang dilayani.

Pelayanan berkualitas atau pelayanan prima yang berorientasi padapelanggan sangat tergantung kepuasan pelanggan. Lukman (dalam HarbaniPasolong 134). menvebut salah satu ukuran berhasil menyajikanpelayanan yang berkualitas (prima) sangat tergantung pada tingkat kepuasanpelanggan yang dilayani. Pendapat artinya kepada tersebut menuju pelayananeksternal, dari perspektif pelanggan, lebih utama lebih atau didaulukan apabilaingin mencapai kinerja pelayanan yang berkualitas.

Sementara itu Gerson (dalam Harbani Pasolong 2013: 134), menyatakanpengukuran kualitas internal memang penting. Tetapi semua itu tidak ada artinya jika pelanggan tidak puas dengan yang diberikan. Untuk membuat pengukuran kualitas lebih berarti dan sesuai, "tanyakan" kepada pelanggan apa yang mereka inginkan, yang bisa memuaskan mereka.

Pendapat tersebut dapat diartikan bahwa kedua sudut pandang tentangpelayanan itu penting, karena bagaimanapun pelayanan internal adalah langkahawal dilakukannya suatu pelayanan. Akan tetapi pelayanan tersebut harus sesuaidengan keinginan pelanggan yang dilayani. Artinya bagaimana upaya untukmemperbaiki kinerja internal harus mengarah/ merujuk pada apa yangdiinginkan pelanggan (eksternal). Kalau tidak demikian bagaimanapun performasuatu organisasi tetapi kalau tidak sesuai dengan

keinginan pelanggan atau tidakmemuaskan, citra kinerja organisasi tersebut akan dinilai tetap tidak bagus. Oleh karena pertama- tama penting untuk mengetahui kualitas pelayanan dariperspektif pelanggan, selain agar organisasi tersebut "survive" juga agarkinerjanya dapat lebih ditingkatkan lagi.

Servgual ini asal mulanya dari dunia bisnis, walaupun kemudian tidaksedikit diadopsi untuk organisasi publik. Walaupun konsep tentang servicequality (servgual) yang dikemukakan ahli tersebut para secara universal tidakseragam tetapi semua itu dapat menambah pemahaman secara mendalam tentangservgual tersebut. Salah satu teori tentang servgual yang banyak dikenal adalah

servqual yang dikemukakan oleh Zeithaml- Parasuraman – Berry (1990).

Menurut Zeithaml (dalam Harbani Pasolong 2013: 135), keputusanseseorang konsumen untuk mengonsumsi atau tidak mengonsumsi suatu barangatau jasa dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain adalah persepsinyaterhadap kualitas pelayanan yang diberikan provider (penyedia layanan)tergantung persepsi konsumen atau pelayanan yang diberikan. Pernyataan inimenunjukkan adanya interaksi yang kuat antara "kepuasan konsumen" dengankualitas pelayanan. Tanpa kepuasan pelanggan, transaksi dan

belanja yangberkelanjutan hanyalah mimpi yang tak pernah akan berwujud.

Menurut Zeithhaml- Parasurman- Berry (dalam Harbani Pasolong 2013:135), untuk mengetahui kualitas pelayanan yang dirasakan secara nyata olehkonsumen yag terletak pada lima dimensi kualitas pelayanan menurut apa yangdikatakan konsumen. Kelima dimensi servqual tersebut, yaitu:

- Tangibles: kualitas pelayanan berupa sarana fisik perkantoran,komputerisasi administrasi, ruang tunggu, tempat informasi.
- Reability: kemampuan dan keandalan untuk menyediakan pelayananyang terpercaya.
- Reponsivess: kesanggupan untuk membantu dan menyediakanpelayanan secara cepat dan tepat, serta tanggap terhadap keinginankonsumen.
- 4. Assurance: kemampuan dan keramahan serta sopan santun pegawaidalam menyakinkan kepercayaan konsumen.
- 5. *Emphaty:* sikap tegas tetapi penuh perhatian dari pegawai terhadapkonsumen.

Pada dasarnya teori tentang servqual dari Zithham, walaupun berasal daridunia bisnis, tetapi dapat dipakai untuk mengukur kinerja pelayanan publik yangdiberikan oleh instansi pemerintah. Kriteria yang diguanakan untuk melakukanpenilaian kualitas pelayanan publik dengan

mengacu pada Kepmen PAN Nomor81 Tahun 1993 adalah sebagai berikut:

- a. Kriteria kuantitatif
  - 1. Kesederhanaan
  - 2. Kejelasan dan kepastian
  - Keamanan
  - 4. Keterbukaan
  - 5. Efesiensi
  - 6. Ekonomis
  - 7. Keadilan
- b. Kriteria Kualitatif
  - Jumlah warga/masyarakat yang meminta pelayanan sertaperkembangan pelayanan dari waktu kewaktu,
  - 2. Lamanya waktu pemberian pelayanan,
  - Ratio/ perbandingan antara jumlah pegawai/ tenaga yang ada dengan jumlah warga/ masyarakat yang meminta pelayanan untukmenunjukkan tingkat produktivitas kerja,
  - 4. Penggunaan perangkat- perangkat modern untuk mempercepat danmempermudah pelaksanaan,
  - Frekuensi keluhan dan/ atau pujian dari masyarakat mengenai kinerjapelayanan yang diberikan, baik melalui media massa maupun melaluikotak saran yang disediakan.
  - Penilaian fisik lainnya, misalnya kebersihan dan kesejukanlingkungan, motivasi kerja pegawai

dan lain- lain aspek yangmempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja pelayanan publik.

Presiden Clinton menyatakan bahwa (Osborne dan Plstarik) dalamWarella (dalam Harbani Pasolong 2013:140): "The Standars of Quality forservice provided to the public shall be: custamer service equal to the best inbusiness". Beberapa kelengkapan untuk menjamin kualitas pelayanan bagipelanggan antara lain:

- 1. Standar pelayanan pelanggan berupa standar kualitas.
- Customer Redress, yaitu usaha memberikan kompensasi padapelanggan apabila standar pelayanan tidak tercapai, biasanya dalambentuk uang.
- 3. Quality Guaranties, yaitu komitmen organisasi untukmengembalikan uang pelanggan atau memberikan pelayanan barusecara bebas, apabila pelanggan tidak merasa puas dengan pelayanan.
- 4. Quality inspector, yaitu suatu tim yang terdiri dari para profesionalmaupun tokoh masyarakat yang memberikan pelayanan publik danmemberikan ranting terhadap kualitasnya, dapat dilakukan secaraanonim.
- Customer komplain system, yaitu memeriksa dan menganalisiskeluhan pelanggan, memberikan respon yang sesuai dan menciptakanmetode dimana organisasi dapat belajar dari keluhan tersebut untukmeningkatkan pelayanan.
- 6. *Ombudsmen*, yang membantu pelanggan memecahkan perselisihanmereka dengan penyedia jasa serta

mendapatkan pelayanan atauinformasi yang diperlukan apabila mereka tidak puas dengan responorganisasi terhadap keluhan- keluhan mereka.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkankinerja (hasil) vana dirasakan dengan harapannya. Tingkat kepuasan adalahfungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. MenurutLukman (dalam Harbani Pasolong 2013:144) bahwa kepuasansebagaimana tingkat menyatakan setelah membandingkan persamaan seseorang kinerja(hasil) yang dirasakan dengan harapannya. Menurut Engel (dalam Sujadi2012:49) kepuasan pelanggan sebagai evaluasi purnabeli dimana alternativeyang dipilih sekurangkurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidak sesuaian timbul apabila hasil (outcome) tidak memenuhiHarapan. Kemudian Tjiptono menambahkan bahwa kepuasan pelanggan dapatmenciptakan kesetiaan dan lovalitas pelanggan kepada perusahaan.

Selanjutnya menurut Fornell (dalam Fandy Tiiptono 2008:169) kepuasanpelanggan adalah evaluasi purnabeli keseluruhan yang membandingkan persepsiterhadap kinerja produk dengan ekspektasi prapembelian. Kotler dalamTjiptono menandaskan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaanseseorang (pelanggan) setelah membandingkan kinerja rasakan, dengan yang ia

dibandingkan dengan harapannya. Tingkat harapan pelanggan mengenaikuliatas:

- a. Harapan pelanggan yangn paling sederhana dan berbentuk asumsi
- b. Kepuasan pelanggan dicerminkan dalam pemenuhanpersyaratan/spesifikasi.
- c. Pelanggan menuntun kesenangan/jasa sehingga tertarik.

#### Pelangganadalah:

- a. Orang yang tidak tergantung pada kita, tetapi kita tergantungkepadanya.
- b. Orang yang membawa kita pada keinginannya.
- Tidak seorang pun yang pernah menang beradu argumentasidengan pelanggan.
- d. Orang yang sangat perlu kita puaskan (L.L. Bean, freeport,Maine)

Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pegawai yang memberipelayanan berpedoman pada visi, misi pelayanan (terpenuhinya pelayanan yangsesuai keinginan pelanggan).

# Elemen pemberi kepuasaan :

- a. Elemen produk.
- b. Elemen pelayanan
- c. Elemen penjualan dan purna jual
- d. Elemen lokasi dan waktu

# Menciptakan citra pelayanan positif:

a. Peningkatan kualitas pelayanan.

- b. Membrikan solusi/cara terbaik
- c. Membuat pelanggan merasa perhatikan.
- d. Keselarasan yang dikatakan dengan dilakukan.
- e. Mengenal siapa pelanggan dia
- f. Hentikan frase "ya...tapi..." tetapi responlah dengan frase "ya...dan..."

Menurut SPAMEN, LAN dalam agenda prilaku pelayanan prima, faktapenting kepuasan pelanggan terdiri dari:

- a. Kepuasan pelanggan adalah alat ampuh bagi kehidupan organisasi.
- Pelanggan harus diberi pelayanan terbaik dan seoptimal mungkin.
- Kepuasan pelanggan memerlukan upaya kerja profesional yangmantap.
- d. Memuaskan pelanggan adalah tanggung jawab semua pihak dalamorganisasi.
- e. Pelayanan yang memuaskan adalah tindakan kita, bukan advertensiyang kita sebarluaskan.

#### D. Latihan

# BAB III PELAYANAN KESEHATAN

## A. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama- sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Azwar, 2000). Menurut Evan (Astagauliyah, 2008), dibandingkan dengan kebutuhan hidup manusia vana lain. kebutuhan pelavanan kesehatan mempunyai tiga ciri utama yang terjadi sekaligus dan unik yaitu: unicertainty, asymetri of information dan externality. Ketiga cirri utama tersebut menyebabkan pelayanan kesehatan sangat unik dibandingkan dengan produk atau jasa lainnya.

Konsep pelayanan kesehatan dasar mencakup nilainilai dasar tertentu yang berlaku umum terhadap proses pengembangan secara menyeluruh, tetapi dengan penekanan penerapan dibidang kesehatan seperti berikut:

 Kesehatan secara mendasar berhubungan dengan tersedianya dan penyebaran sumberdaya, bukan hanya sumberdaya kesehatan, seperti dokter, perawat, klinik, obat, melainkan juga sumberdaya sosial, ekonomi yang lain seperti pendidikan, air dan persediaan makanan.

- Pelayanan kesehatan dasar dengan demikian memusatkan perhatian kepada adanya kepastian bahwa sumberdaya kesehatan dan sumberdaya sosial yang ada telah tersebar merata dengan lebih memperhatikan mereka yang paling membutuhkannya.
- Kesehatan adalah satu bagian penting dari pembangunan secara menyeluruh. Faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah faktor sosial, budaya, dan ekonomi disamping biologi dan lingkungan.
- 4. Pencapaian taraf kesehatan lebih baik yang memerlukan keterlibatan vang lebih banyak dari penduduk. seperti perorangan, keluarga. dan masyarakat, dalam pengambilan tindakan demi kegiatan mereka sendiri dengan cara menerapkan perilaku sehat dan mewujudkan lingkungan yang sehat.

Proses standarisasi meliputi, penyusunan, penerapan, monitoring, pengendalian, serta evaluasi dan revisi standar (PP 102/2000). Dijumpai berbagai pengertian standar, antara lain:

- Menurut Oxford Dictionary (dalam Tjahjono Koentjoro 2007: 24) standar adalah tingkat keprimaan dan digunakan sebagai dasar perbandingan.
- Menurut Donabedian (dalam Tjahjono Koentjoro 2007:
   standar adalah rentang variasi yang dapat diterima dari suatu norma atau kriteria.

Menurut Katz dan Green (dalam Tjahjono Koentjoro 2007:
 standar adalah pernyataan tertulis tentang harapan spesifik.

Dalam PP 102/2000 dijelaskan bahwa standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syaratsyarat keselamatan,keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman.

Menurut Schroeder (dalam Tjahjono Koentjoro 2007: 25) Keberadaan standar dalam pelayanan kesehatan akan memberikan manfaat, antara lain mengurangi variasi proses, merupakan persyaratan profesi, dan dasar untuk mengukur mutu. Diterapkannya standar juga akan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyedia pelayanan kesehatan (Moss & Barrach, Reasen, 2002).

Menurut Donabedian (dalam Tjahjono Koentjoro 2007: 26) terdapat tiga jenis standar yaitu:

- Standar struktur, yaitu sumber daya manusia, uang, material, peralatan, dan mesin
- Standar proses, yakni tahapan kegiatan yang dilakukan dalam pelayanan
- Standar hasil, yakni hasil- hasil (outcome) yang diharapkan.

Proses penyusunan standar meliputi empat langkah utama, yaitu menentukan kebutuhan dan lingkup standar,

menyusun standar, menerapkan standar, evaluasi, dan pembaharuan (updating) standar. Proses penyusunan standar diawali dengan multidiciplinary panel beranggotakan pihak terkait dan pelanggan untuk mengenali isu- isu yang relevan yang berkaitan dengan standar yang akan disusun, dilanjutkan dengan menetapkan lingkup dan target pemakai standar, menetapkan hasil yang akan dicapai, melakukan telaah bukti yang ada, menyusun draf standar, menetapkan strategi impelementasi, menyusun rencana evaluasi, melakukan uji coba standar dan lainnya.

Standar kesehatan harus dapat memenuhi 10 karakteristik standar, yaitu valid, menunjukkan efektivitas biaya, dapat dikembangkan (reproducible), reliabel, representatif, dapat diterapkan (applicable), fleksibel, jelas (clear), didokumentasikan dengan baik, dan dikaji ulang secara berkala. Persepsi tentang mutu suatu organisasi pelayanan sangat berbeda- beda karena sangat subjektif, disamping itu selera dan harapan pengguna pelayanan selalu berubah-ubah.

Banyak pengertian tentang mutu, antara lain berikut ini:

 Menurut Winston Dictionary (dalam M. Fais Satrianegara 2009:105) mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati.  Menurut Donabedian (dalam M. Fais Satrianegara 2009:105) mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program.

Beberapa definisi mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- Menurut Azrul Aswar (dalam M. Fais Satrianegara 2009:106) Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata- rata penduduk serta penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi.
- 2. Menurut Marv R. Zimmerman (dalam M. Fais pelayanan 2009:106) Satrianegara mutu adalah memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan atas`seluruh proses mendapatkan pelayanan dokter dan karyawan.

Secara umum pengertian mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efesien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai etika. hukum, dan sosial budaya dengan norma. memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen. Selain itu, mutu pelayanan kesehatan diartikan berbeda

## sebagai berikut:

- Menurut pasien atau masyarakat adalah empati, menghargai, tanggap sesuai dengan kebutuhan, dan ramah.
- Menurut petugas kesehatan adalah bebas melakukan segala sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang memenuhi standar.
- Menurut manajer/ administrator adalah mendorong manajer untuk mengatur staf dan pasien/ masyarakat dengan baik.
- 4. Menurut yayasan/ pemilik adalah menuntut pemilik agar memiliki tenaga profesional yang bermutu dan cukup.

Untuk mengatasi adanya perbedaan dimensi tentang masalah mutu pelayanan kesehatan seharusnya pedoman yang dipakai adalah hakekat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan tersebut. Yang dimaksud dengan hakekat dasar tersebut adalah memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan yang apabila berhasil dipenuhi akan menimbulkan rasa puas (client satisfation) terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Jadi yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan. Sekalipun pengertian mutu

yang terkait dengan kepuasan ini telah diterima secara luas, namun penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan. Tak dapat dipungkiri pelayanan yang bermutu menjadi sesuatu yang terus menerus berkembang didalam pelayanan kesehatan. Pelayanan terus menjadi sesuatu yang kompleks dan terus berubah.

Ada dua fokus pelayanan bermutu yang dapat dilakukan, yaitu:

- 1. Hal yang benar dikerjakan dengan benar. Setiap orang dapat melakukan sesuatu dengan benar atau salah. Proses yang mencapai harapan pelanggan dan dikelola dengan cara efektif adalah sesuatu yang benar. Kinerja yang dilakukan petugas dan unit sesuai dengan proses artinya melakukan sesuatu hal yang benar. Proses dan kinerja saling berhubungan, jika kita dengan jelas meningkatkan proses, kinerja juga meningkat.
- Perbaikan yang berkesinambungan dan terus menerus.
   Perbaikan terus menerus merupakan tantangan utama pelayanan yang bermutu.

tetapi Kesempurnaan mungkin sulit. membuat pelayanan menjadibaik dengan cara menyelesaikan demi masalah dan perbaikan terusmenerusadalah tanggung jawab setiap orang dalam organisasi.Banyak hal yang harus digunakan untuk pelayanan, dimana energidan keahlian setiap petugas setiap level diperlukan pada untukmencapaitantangan pelayanan bermutu. yangb Mengerjakan hal yangbenar dengan benar dan melakukan perbaikan yang terus menerusakan memberikan hal sebagai berikut.

- a. Hasil klinis yang optimal bagi pasien.
- b. Kepuasan bagi semua pelanggan.

Ada empat yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapaipelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan, yaitu sebagai berikut:

1. Pelanggan dan harapannya.

Harapan pelanggan mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan.Organisasi pelayanan kesehatan mempunyai banyak pelanggan potensial.Harapan mereka harus diidentifikasi dan diprioritaskan lalu membuat kriteriauntuk menilai kesuksesan.

#### 2. Perbaikan kinerja

Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalahmengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapaikonseling, adanya pengakuan, dan pemberian *reward*.

## 3. Proses perbaikan

Proses perbaikan juga penting. Seringkali kinerja disalahkan karenamasalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiritidak dirancang dengan baik untuk mendukung melibatkanstaf pelayanan. Dengan dalam proses pelayanan, maka dapat diidentifikasi masalah proses yangdapat mempengaruhi kepuasan pelanggan,

- mendiagnosis penyebab,mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.
- Budaya yang mendukung perbaikan terus menerusUntuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi yang tertib.

Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi sehingga dapatmendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya, harus sejalandengan dorongan peningkatan pelayanan mutu terusmenerus. Pemberipelayanan adalah pejabat/ pegawai instansi pemerintah yang melaksanakantugas dan fungsi dibidang pelayanan, sedangkan penerima pelayanan adalahorang atau badan hukum yang menerima pelayanan dari instansi pemerintah.Karakteristik pelayanan umum menurut SK Menpan No 81/ 1993 mengandungunsur kesederhanaan, efesiensi, ekonomis, keadilan, serta ketepatan waktu.Dalam pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua elemen dasar mutu vaitu:

- 1. Layanan teknik (technical care) yaitu penerapan ilmu dan teknis bagikedokteran atau ilmu kesehatan lainnya kedalam penangananmasalah kesehatan;
- 2. Layanan interpersonal (interpersonal care) yaitu manajemen interaksi sosial dan psikososial antara pasien dan praktisi kesehatanlainnya, misalnya dokter dan perawat; serta kenyamanan (amenitiesyaitu menggambarkan berbagai kondisi seperti ruang tunggu

yangmenyenangkan, ruang periksa yang nyaman, dan lain- lain).

Indikator mutu yang berkaitan dengan tingkat kepuasan pasien yaitu:

- 1. Jumlah keluhan pasien/ keluarga
- 2. Surat pembaca
- 3. Jumlah surat kaleng
- Surat yang masuk dikotak saran.

Menurut Levey dan Loomba (1973), Pelayanan Kesehatan merupakan upaya untuk menyelenggarakan sendiri ataupun secara Bersama-sama dalam suatu organisasi kesehatan untuk mencegah dam meningkatkan kesehatan, memelihara, dan menyembuhkan penyakit dari seseorang, kelompok, keluarga ataupun masyarakat.

Menurut Depkes RI (2009), pelayanan kesehatan merupakan upaya yang menyelenggarakan perorangan atau Bersama-sama dalam organisasi untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan, memelihara serta menyembuhkan penyakit dan juga memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, keluarga dan ataupun publik masyarakat.

Menurut A.A. Maulana, 2013, Sistem Pelayanan Kesehatan mempunyai tujuan yaitu :

- Promotif merupakan pemelihara dan peningkatan kesehatan hal-hal ini sangat diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi.
- Preventif merupakan pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit, terdiri dari :

- a. Preventif primer terdiri dari program Pendidikan, misalnya imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik.
- b. Preventif sekunder, merupakan pengobatan penyakit tahap dini.
- Preventif tersier, merupakan diagnose penyakit, pembuatan diagnose dan pengobatan.
- 3) Kuratif merupakan penyembuhan penyakit.
- 4) Rehabiltasi merupakan pemulihan dan proses pengobatan

#### Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh :

- 1) Dokter Spesialis
- 2) Dokter Subspesialis terbatas
- 3) Perawat
- 4) Bidan
- 5) Petugas kesehatan lingkungan

Pelayanan kesehatan (health service) care merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatkan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan.Defenisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam UndangUndang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersamasama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan,

keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

- kesehatan 1) Pelayanan perseorangan (medical service) Pelavanan kesehatan ini banvak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (self care), dan keluarga (family care) atau kelompok masyarakat bertujuan anggota yang untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.
- 2) Pelayanan kesehatan masyarakat (public health service) Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas. Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UU Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:
  - a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan

- kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif. kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Berdasarkan uraian di atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, klinik, dan rumah sakit diatur secara umum dalam UU Kesehatan, dalam Pasal 54 ayat (1) UU Kesehatan berbunyi bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Dalam hal ini setiap orang atau pasien dapat memperoleh kegiatan pelayanan kesehatan secara professional, aman, bermutu,

anti diskriminasi dan efektif serta lebih mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

#### 1. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan

Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap perlindungan dan kepastian hukum pasien.Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Pasal 53 UU Kesehatan, yaitu:

- Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
- Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Kemudian dalam Pasal 54 UU Kesehatan juga mengatur pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

- Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan itu sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum. vana mengakibatkan timbulnya hubungan hukum antara pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan, yang meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan prefentif dan kuratif untuk kepentingan pasien. Secara khusus dalam Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Peraturan atau dasar hukum dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Pasal 53 dan Pasal 54 UU Kesehatan sebagai dasar dan ketentuan umum dan ketentuan Pasal 29 ayat (1) 12 huruf (b) UU Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dalam

penyelenggaraan kesehatan di rumah sakit mencakup segala aspeknya yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.

Melalui ketentuan UU Kesehatan dan UU Rumah Sakit dalam hal ini pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, memiliki tanggung jawab agar tujuan pembangunan di bidang kesehatan mencapai hasil yang optimal, yaitu melalui pemanfaatan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, baik dalam jumlah maupun mutunya, baik melalui mekanisme akreditasi maupun penyusunan standar, harus berorientasi pada ketentuan hukum vana melindunai pasien. sehinaga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan.

# Pihak-Pihak yang Berhubungan dengan Pelayanan Kesehatan

Pihak-pihak yang berhubungan dengan setiap kegiatan pelayanan kesehatan baik itu di rumah sakit, puskesmas, klinik, maupun praktek pribadi, antara lain:

## 1) Dokter

Dokter adalah orang yang memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melakukan pelayanan kesehatan, khususnya memeriksa dan mengobati penyakit berdasarkan

hukum dan pelayanan di bidang kesehatan. Pasal 1 ayat (11) Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menjelaskan defenisi dokter adalah suatu pekerjaan yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi vang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik vang bersifat melayani masyarakat. Seorang dokter harus memahami ketentuan hukum berlaku dalam pelaksanaan profesinya yang termasuk didalamnya tentang persamaan hak-hak dan kewajiban dalam menjalankan profesi sebagai dokter.Kesadaran dokter terhadap kewaiiban terhadap diri sendiri hukumnya baik maupun terhadap orang lain dalam mejalankan profesinya harus benar-benar dipahami dokter sebagai pengemban hak dan kewajiban.

#### 2) Perawat

Perawat adalah profesi yang sifat pekerjaannya selalu berada dalam situasi yang menyangkut hubungan antar manusia, terjadi proses interaksi serta saling memengaruhi dan dapat memberikan dampak terhadap tiap-tiap individu yang bersangkutan. Menurut hasil Lokakarya Keperawatan Nasional Tahun 1983, perawat adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu pelayanan biopsiko-sosio-spiritual yang

komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia.

Sebagai suatu profesi perawat mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat, yang berarti masyarakat memberikan kepercayaan bagi perawat untuk terusmenerus memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02 /MENKES /148 I /2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. Pasal 1 ayat (1) menjelaskan defenisi perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan perawat, sesuai perundang-undangan. dengan peraturan Pada proses hubungan antara perawat dengan pasien, pasien mengutarakan masalahnya dalam rangka mendapatkan pertolongan vang artinya pasien mempercayakan dirinya terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

#### 3) Bidan

Bidan adalah profesi yang diakui secara nasional maupun internasional oleh sejumlah praktisi diseluruh dunia. Defenisi bidan menurut International Confederation of Midwife (ICM) Tahun 1972 adalah telah menyelesaikan seseorang yang program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktik kebidanan di negeri tersebut,

bidan harus mampu memberi supervisi, asuhan, dan memberi nasihat yang dibutuhkan wanita selama hamil, persalinan, dan masa pasca persalinan, memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta asuhan pada bayi lahir dan anak. Asuhan ini termasuk tindakan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi, dan mengupayakan bantuan medis serta melakukan tindakan pertolongan gawat-darurat pada saat tidak ada tenaga medis lain.

Defenisi bidan di Indonesia adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang telah diakui pemerintah dan telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan memperoleh kualifikasi untuk registrasi dan memperoleh izin.12 Secara otentik Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02. /MENKES /149 /2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menjelaskan yang dimaksud dengan bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan yang telah teregistrasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita sebagai pasiennya tetapi termasuk komunitasnya. Pendidikan tersebut termasuk antenatal, keluarga berencana dan asuhan anak.

#### 4) Apoteker

Menurut ketentuan Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian, apoteker ialah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Adapun tugas yang dimiliki oleh seorang apoteker dalam melakukan pelayanan kesehatan diatur dalam PP 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan pekerjaan kefarmasian termasuk sediaan farmasi. pengendalian mutu pengamanan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian pengelolaan obat. obat. pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat, dan obat tradisional.
- b. Membuat dan memperbaharui SOP (Standard Operational Procedure) baik di industri farmasi.
- c. Memenuhi ketentuan cara distribusi yang baik yang ditetapkan oleh menteri, saat melakukan pekerjaan kefarmasian dalam distribusi atau penyaluran 12 Ibid 16 sediaan farmasi, termasuk pencatatan segala sesuatu yang berkaitan dengan proses distribusi atau penyaluran sediaan farmasi.

- d. Sebagai penanggung jawab di industri farmasi pada bagian pemastian mutu (quality Assurance), produksi, dan pengawasan mutu.
  - e. Sebagai penanggung jawab fasilitas pelayanan kefarmasian yaitu di apotek, di instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik, toko obat, atau praktek bersama.
  - f. Melakukan pelayanan kefarmasian (pharmaceutical care) di apotek untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap sadiaan farmasi dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
  - g. Menjaga kerahasiaan kefarmasian di industri farmasi dan di apotek yang menyangkut proses produksi, distribusi dan pelayanan dari sediaan farmasi termasuk rahasia pasien. Pelayanan kegiatan kesehatan dapat diperoleh mulai dari tingkat puskesmas, rumah sakit umum/swasta, klinik dan institusi pelayanan kesehatan lainnya diharapkan kontribusinya agar lebih optimal dan maksimal. Masyarakat atau pasien dalam hal ini menuntut pihak pelayanan kesehatan yang baik dari beberapa institusi penyelenggara di atas agar kinerjanya dapat dirasakan oleh pasien dan keluarganya, dilain pihak pemerintah belum dapat menerapkan aturan pelayanan kesehatan secara tepat, sebagaimana yang diharapkan

karena adanya keterbatasanketerbatasan. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dibutuhkan tenaga kesehatan yang baik, terampil dan fasilitas rumah sakit yang baik, tetapi tidak institusi pelayanan medis tersebut semua memenuhi kriteria tersebut. sehingga meningkatkan kerumitan sistem pelayanan kesehatan dewasa ini.

#### B. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Standar Pelayanan kesehatan masyarakat dilihat dari bentuk pelayanannya yaitu pelayan klinik, puskesmas, dan rumah sakit

#### 1) KLINIK

Berdasarkan Pada PERATURAN MENTERI REPUBLIK KESEHATAN INDONESIA NOMOR 028/ MENKES/PER/I/2011 TENTANG KLINIK Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelavanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik. diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Tenaga medis adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis.

Berdasarkan jenis pelayanannya, klinik dibagi menjadi Klinik Pratama dan Klinik Utama.

- Klinik Pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar.
- Klinik Utama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik atau pelayanan medik dasar dan spesialistik.

Klinik Pratama atau Klinik Utama dapat mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis Penyakit tertentu. Jenis Klinik Pratama atau Klinik Utama pedoman penyelenggaraannya ditetapkan oleh Menteri. Klinik dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah atau masyarakat.

Klinik menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, one day care, rawat inap dan/atau home care. Klinik yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan 24 (dua puluh empat) jam harus menyediakan dokter serta tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan yang setiap saat berada di tempat.

Kepemilikan Klinik Pratama yang menyelenggarakan rawat jalan dapat secara perorangan atau berbentuk badan usaha. Kepemilikan Klinik Pratama yang menyelenggarakan rawat inap dan Klinik Utama harus berbentuk badan usaha. Klinik harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan dan ruangan, prasarana, peralatan, dan ketenangan.

## 2) PUSKESMAS

Setiap Puskesmas mempunyai jenis pelayanan yang standar sesuai wilayah kerja masing-masing. Beberapa Puskesmas melaksanakan jenis kegaitan pengembangan dan penunjang sesuai kemampuan sumber daya manusia dan sumber daya material yang dimilikinya. Berikut ringkasan pelayanan sebagai contoh menurut pengalaman bertugas keliling puskesmas.

- 1. Pelayanan Puskesmas didalam gedung (rawat jalan)
  - a. Ruangan Kartu/Loket
  - b. Poli Umum
  - c. Poli Gigi
  - d. Poli KIA-KB
  - e. Pojok Gizi
  - f. Ruangan Tundakan / UGD
  - g. Apotek
  - h. Gudang Obat
  - i. Gudang Inventaris
  - j. Ruangan Tata Usaha
  - k. Ruangan Imunisasi
  - I. Ruangan Laboratorium Sederhana
  - m. Ruangan Kepala Puskesmas
- Puskesmas Rawat Inap, pada umumnya mempunyai ruangan khusus untuk Unit Gawat Darurat, perawatan umum dan ruang bersalin
  - a. Pelayanan Puskesmas di luar gedung:
    - 1) Posyandu Balita
    - 2) Posyandu Lansia

- 3) Penyuluhan Kesehatan
- 4) Pelacakan Kasus
- 5) Survey PHBS
- 6) Rapat Koordinasi
- b. Program Pokok Puskesmas :
  - Promosi Kesehatan (Promkes)
  - 1) Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
  - 2) Sosialisasi Progra Kesehatan
  - Pencegahan Penyakit Menular (P2M):
  - 1) Surveilens Epidemiologi
  - 2) Pelacakan Kasus : TBC, Kusta, DBD, Malari, Flu Burung, ISPA, Diare, PMS
- 3. Pengobatan :
  - a. Poli Umum
  - b. Poli Gigi
  - c. Unit Gawat Darurat
  - d. Puskesmas Keliling
- 4. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) KB
  - a. ANC (Antenatal Care) , PNC (Post Natal Care), KB (Keluarga Berencana),
    - b. Persalinan, Rujukan Resti, Kemitraan Dukun
- 5. Upaya Peningkatan Gizi
  - a. Penimbangan, Pelacakan Gizi Buruk, Penyuluhan Gizi
- 6. Kesehatan Lingkungan:

- a. Pengawasan SPAL (saluran pembuangan air limbah), SAMI-JAGA (sumber air minum-jamban keluarga), TTU (tempat umum), Institusi
- b. Survey Jentik Nyamuk
- 7. Pencatatan dan Pelaporan:

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)

- 8. Program Tambahan/Penunjang Puskesmas:
  - a. Kesehatan Mata
  - b. Kesehatan Jiwa
  - c. Kesehatan Lansia
  - d. Kesehatan Reproduksi Remaja
  - e. Kesehatan Olahraga

(Program penunjang biasanya sebagai tambahan, sesuai kemampuan puskesmas dalam melakukan pelayanan)

#### 3) RUMAH SAKIT

Pelayanan rumah sakit ditunjukkan untuk : pasien/penderita dan keluarganya, orang sehat, masyarakat luas, dan institusi (asuransi, pendidikan, dunia usaha, kepolisian dan kejaksaan). Pelayanan terhadap pasien meliputi : pemeriksaan, penegakan diagnosis, tindakan terapeutik (pengobatan), tindakan pembedahan, penyinaran dan lain-lain.

Bentuk pelayanan rumah sakit dibagi atas pelayanan dasar, pelayanan spesialistik dan sub spesialistik dan

pelayanan penunjang. Bentuk pelayanan ini akan sangat ditentukan juga oleh tipe rumah sakit.

- a. Pelayanan dasar rumah sakit
  - Rawat jalan (politeknik/ambulatory), rawat inap (inpatient care), dan rawat darurat (emergency care). Rawat jalan merupakan pertolongan kepada penderita yang masih cukup sehat untuk pulang ke rumah.
  - 2) Rawat inap merupakan pertolongan kepada penderita yang memerlukan asuhan keperawatan terus-menerus (continuous nursing care) hingga sembuh. Rawat darurat merupakan pemberian pertolongan kepada penderita yang dilaksanakan dengan segera.
  - 3) Rawat darurat dilakukan dengan prinsip-prinsip: revive, review dan repair. Setiap pasien masuk rawat darurat khusus di rumah sakit kemungkinan dapat melalui 3 bagian sebelum masuk ke ruang rawat inap, atau kembali kerumah sendiri. Bagian-bagian ini adalah : ruang triage, ruang tindakan dan ruang observasi.
- b. Pelayanan medis spesialistik dan sub spesialistik meliputi : Pelayanan spesialis bedah, terdiri dari 8 spesialis yakni : bedah syaraf, bedah tumor, bedah urologi, bedah umum dan digestive, bedah

- orthopedic, bedah anak, bedah plastik dan rekonstruksi , bedah torax dan kardiovaskuler.
- c. Pelayanan spesialis penyakit dalam terdiri dari 8 (delapan) sub spesialis yakni gastro enterologi, metabolisme/endokrin, cardiology, tropical medicine, rheumatologi, pulmonologi, ginjal dan hematology.
- d. Pelayanan spesialis kebidanan dan penyakit kandungan terdiri dari 7 (tujuh) sub spesialis yakni obstetric dan gynocologi umum, perinatologi, endokrinologi, onkologi, obstetric dan gynocolgi social, reproduksi dan rekonstruksi.
  - e. Pelayanan spesialis kesehatan anak terdiri dari 14 (empat belas) sub spesialis yakni hematologyk pulmonologi , gastroenterologyk alergi immunologi, gizi, penyakit infeksi, pencitraan, nephrology, neonatology, endokrinologi, cardiologi, tumbuh
  - f. Pelayanan spesialis telinga, hidung dan tenggorokan terdiri dari 6 (enam) sub spesialis, yakni : otology, audiologi-vestibular, faring-laringologi, rhinologi, onkologi THT dan bronkho-esofagologi.

kembang, dan pediatric gawat darurat.

- g. Pelayanan spesial mata, terdiri dari 5 sub spesialis,
   yakni : glaucoma, external eye disease, retina/uvea,
   tumor dan trauma rekonstruksi.
  - h. Pelayanan spesialis neurology, terdiri dari 6 (enam) sub spesialis, yakni : neuro muscular, neuro fisiologi,

- neurologi anak, neuro opthalmologi, neuro radiologi dan neuro restorasi.
- Pelayanan spesialis kulit dan kelamin, terdiri dari 7 (tujuh) sub spesialis, yakni : allergi immunologi, kosmetik, mikologi, dermatologi, penyakit hubungan seksual, umum dan MH (Morbus Hansen).
- j. Pelayanan spesialis anaesthesi, terdiri dari 6 (enam) sub spesialis, yakni : thorax & cardiovascular anaesthesia, neuro anaesthesia, regional analgesia, obstetric anaesthesia and labor painless, pain clinic and palliative care, dan intensive cara unit.
- k. Pelayanan medis spesialis rehabilitasi medik.
- I. Pelayanan medis spesialis gizi klinik.
- m. Pelayanan bedah (operasi) dilakukan di instalasi bedah sentral. Instalasi bedah sentral merupakan pusat seluruh kegiatan pembedahan pasien di rumah sakit. Oleh karena itu, ada prinsip-prinsip yang harus dipatuhi di dalam bedah sentral ini, yaitu : cukup nyaman bagi tim, mencegah infeksi dan kontaminasi, dan membuat barrier antara hal-hal yang sifatnya bersih dengan yang kotor.

Selain itu juga di rumah sakit terdapat pelayanan penunjang, yaitu : penunjang diagnostic (radiology dan laboratorium), penunjang terapi (farmasi, gizi, rehabilitasi media dan kamar bedah). Pelayanan penunjang medis spesialistik, terdiri dari :

- Pelayanan spesialis radiology, yang terbagi atas : sub spesialis radiology anak, sub spesialis C. Tomografi, sub spesialis radiology, dan sub spesialis angiografi.
- 2. Pelayanan spesialis patologi klinik.
- 3. Pelayanan spesialis parasitologi klinik.
- 4. Pelayanan spesialis mikrobiologi klinik.
- 5. Pelayanan spesialis patologi anatomi.

### 1. Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Dari bentuk pelayanan rumah sakit tersebut di atas, maka jenis pelayanan rumah sakit dikelompokkan atas :

- a. Kelompok pelayanan medis, meliputi 6 (enam) jenis pelayanan, yakni :
  - 1) Pelayanan rawat jalan
  - 2) Pelayanan rawat darurat
  - 3) Pelayanan rawat inap
  - 4) Pelayanan bedah sentral
  - 5) Pelayanan rawat intensif
  - 6) Dan pelayanan rehabilitasi medik.

Kelompok pelayanan penunjang medis, mencakup 3 (tiga) jenis pelayanan, yakni :

- 1) Pelayanan radiology dan imaging
- 2) Pelayanan laboratorium, dan
- 3) Pelayanan farmasi.
- b. Kelompok penunjang non medik, mencakup 6 (enam) jenis pelayanan, yakni :
  - 1) Pelayanan gizi rumah sakit

- 2) Pelayanan pemulasaran jenazah
- 3) Pelayanan binatu
- 4) Pelayanan pemeliharaan dan perbaikan sarana
- 5) Pelayanan pelatihan dan pelatihan
- 6) Pelayanan sosial

.

### 2. Pelayanan kesehatan tradisional.

Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Berdasarkan cara pengobatannya, pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi:

- Pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan
- Pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keahliannya

Setiap orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi harus mendapat izin dari lembaga kesehatan yang berwenang.

Penggunaan alat dan teknologi harus dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat. Masyarakat diberi kesempatan yang seluasluasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yangdapat

dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya. Pemerintah mengatur dan mengawasi pelayanankesehatan tradisional dengan didasarkan pada keamanan,kepentingan, dan perlindungan masyarakat.

#### 3. Pelayanan kesehatan kebidanan

Sementara Berdasarkan pada PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI NOMOR 741/MENKES/PER/VII/2008 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDAN KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA jenis-jenis pelayanan kesehatan terdiri dari :

- 1) Pelayanan keseatan dasar, mencakup:
  - a. Pelayanan kesehatan ibu hamil
  - b. Pelayanan penanganan komplikasi kebidanan
  - c. Pelayanan pertolongan persalinan
  - d. Pelayanan nifas
  - e. Pelayanan penanganan neonatus dengan komplikasi
  - f. Pelayanan bayi baru lahir
  - g. Pelayanan imunisasi
  - h. Pelayanan pada balita
  - i. Pelayanan kesehatan anak
  - j. Pelayanan kb aktif
  - k. Pelayanan penanganan penderita penyakit
  - I. Pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin
- 2) Pelayanan kesehatan rujukan
  - a. Pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin

- b. Pelayanan gawat darurat level 1 yang arus diberikan
   Rumah Sakit
- 3) Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB)
- 4) promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

### 4. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang di inginkan, banyak syarat yang harus dipenuhi. syarat yang di maksud paling tidak mencakup delapan hal pokok, yaitu : tersedia (available), wajar (appropriate), berkesinambungan (continue), dapat di terima (acceptable), dapat di capai (accesible), dapat di jangkau (affordable), efisien (efficient), serta bermutu (quality) (azwar,1995)

- Ketersediaan pelayanan kesehatan (available)
   Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.
- Kewajaran pelayanan kesehatan (appropriate)
   Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.
- Kesinambungan pelayanan kesehatan (continue)
   Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat berkesinambungan, dalam arti tersedia setiap saat, baik menurut waktu atau kebutuhan pelayanan kesehatan.
- **4.** Penerimaan pelayanan kesehatan (*acceptable*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat di terima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

- Ketercapaian pelayanan kesehatan (accesible)
   Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat di capai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut.
- Keterjangkauan pelayanan kesehatan (affordable)
   Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat di jangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan
- Efisiensi pelayanan kesehatan (efficient)
   Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat di selenggarakan secara efisien.
- Mutu pelayanan kesehatan (quality)
   Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat

## 5. Sistem Rujukan

Seperti yang telah dirumuskan dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 1972 tentang Sistem Rujukan adalah suatu system penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara

horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Sistem rujukan adalah system yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatif dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun agar daoat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu dan bayi melalui peningkatan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan dan neonatal di wilayah mereka berada. (Depkes RI, 2006)

rujukan merupakan suatu sistem jaringan Sistem pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya masalah dari suatu kasus atau masalah kesehatan masyarakat. baik secara vertikal maupun horisontal, kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional.

## a. Jenis Rujukan

Rujukan secara konseptual terdiri atas :

- Rujukan Medik yang pada dasarnya menyangkut masalah pelayanan medik perorangan yang antara lain meliputi :
  - a) Rujukan kasus untuk keperluan diagnostic, pengobatan, tindakan operasi dan lain-lain.

- b) Rujukan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium klinik yang lengkap.
- c) Rujukan ilmu pengetahuan antara lain mendatangkan atau mengirim tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk melakukan tindakan, memberi pelayanan, alih pengetahuan dan teknologi dalam meningkatkan kualitas pelayanan.
- 2) Rujukan Kesehatan masyarakat rujukan yang menyangkut masalah kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif yang antara lain meliputi:
  - a) Rujukan sarana berupa antara lain bantuan laboratorium kesehatan, teknologi kesehatan.
  - b) Rujukan tenaga dalam bentuk antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyidikan sebab dan asal usul penularan penyakit serta penanggulangannnya pada bencana alam dan gangguan kamtibmas.
  - c) Rujukan operasional berupa antara lain bantuan obat, vaksin, pangan pada saat terjadi bencana, pemeriksaan specimen jika terjadi keracunan masal, pemeriksaan air minum penduduk.

## b. Jalur Rujukan Kesehatan

- 1) Rujukan Pelayanan Medis
  - a) Antara masyarakat dengan puskesmas

- b) Antara Puskesmas Pembantu/Bidan di Desa dengan Puskesmas
- Intern antara petugas Puskesmas/Puskesmas
   Rawat Inap
- d) Antara Puskesmas dengan Rumah Sakit, Labratorium ataufasilitas pelayanan lainnya.

#### 2) Rujukan Pelayanan Kesehatan

- a) Dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- b) Dari Puskesmas ke instansi lain yang lebih kompeten baik intrasektoral maupun lintas sektoral.
- Jika rujukan di Kabupaten/Kota masih belum mampu menanggulangi, dapat diteruskan ke Provinsi/Pusat.

# c. Tujuan Sistem Rujukan Upaya Kesehatan

#### Umum:

Dihasilkannya pemerataan upaya pelayanan kesehatan yang didukung mutu pelayanan yang optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan beerhasil

#### Khusus:

 Dihasilkannya upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna  Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif secara berhasil guna dan berdaya guna.

#### d. Upaya kesehatan Rujukan

Langkah-langkah dalam meningkatkan rujukan:

- Meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas dalam menampung rujukan dari Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan dari masyarakat
- Mengadakan "Pusat Rujukan Antara" dengan mengadakan ruangan tambahan untuk 10 tempat tidur perawatan penderita gawat darurat pada lokasi yang strategis
- Meningkatkan sarana komunikasi antara unit-unit pelayanan kesehatan dengan perantaraan telpon atau radio komunikasi pada setiap unit pelayanan kesehatan
- 4. Menyediakan puskesmas keliling pada setiap kecamatan dalam bentuk kendaraan roda 4 atau perahu bermotor yang dilengkapi dengan radio komunikasi
- Menyediakan sarana pencatatan dan pelaporan yang memadai bagi sistem rujukan, baik rujukan medik maupun rujukan kesehatan
- Meningkatkan dana sehat masyarakat untuk menunjang pelayanan rujukan

# e. Rujukan Kebidanan

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetri adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbale-balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara

vertical maupun horizontal. Rujukan vertical, maksudnya adalah rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Misalnya dari rumah sakit kabupaten ke rumah sakit provinsi atau rumah sakit tipe C ke rumah sakit tipe B yang lebih spesialistik fasilitas dan personalianya. Rujukan horizontal adalah konsultasi dan komunikasi antarunit yang ada dalam satu rumah sakit, misalnya antara bagian kebidanan dan bagian ilmu kesehatan anak.

#### 1) Tujuan rujukan

- 1. Setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang sebaik-baiknya.
- Menjalin kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya.
- Menjalin pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (transfer of knowledge and skill) melalui pendidikan dan pelatihan antara pusat dan daerah.

## 2) Kegiatan

- 1. Rujukan dan pelayanan kebidanan
- Pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap.
- Rujukan khusus patologis pada kehamilan, persalinan, dan nifas.
- Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya, seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi, yang memerlukan penanganan spesialis.

- 5. Pengiriman bahan laboratorium.
- 6. Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika parlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).
- 3) Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan
  - Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus, dan demontrasi operasi.
  - Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan Imiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau ilustrasi pendidikan.
- 4) Rujukan informasi medis
  - Membalas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim.
  - Menjalin kerjasama dalam system pelaporan datadata parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan prenatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional.
- 5) Keuntungan system rujukan

- Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah, dan secara psikologi member rasa aman pada pasien dan keluarganya
- Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga semakin banyak kasus yang dapat dikelola di daerah masing-masing.
- 3. Masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli
- 6) Indikasi perujukan ibu
  - 1. Riwayat seksio sesaria
  - 2. Perdarahan pervaginam
  - Persalinan kurang bulan(usia kehamilan kurang dari 37 mgg)
  - 4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
  - 5. Ketuban pecah lama (kurang lebih 24jam)
  - 6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
  - 7. Ikterus
  - 8. Anemia berat
  - 9. Tanda /gejala infeksi
  - 10. Preeklamisa/hipertensi dalam kehamilan
  - 11. Tinggi fundus 40cm atau lebih
  - 12. Gawat janin
  - 13. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
  - 14. Presentasi bukan belakang kepala
  - 15. Kehamilan gemeli

- 16. Presentasi majemuk
- 17. Tali pusat menumbung
- 18. syok

#### C. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Setiap Peserta Jaminan Kesehatan berhak memperoleh Manfaat Jaminan Kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan.

Sesuai dengan prinsip ekuitas setiap Peserta dijamin memperoleh kesamaan dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.

BPJS Kesehatan bertugas untuk membiayai pelayanan kesehatan setiap Peserta yang telah memenuhi kewajibannya dan memenuhi prosedur untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan dalam hal ini meliputi:rumah sakit, dokter praktek, klinik, laboratorium, apotik dan fasilitas kesehatan lainnya.

Pasal 36 ayat (2) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan mewajibkan Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.Pada ayat (2) ditentukan, Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memnuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Artinya Fasilitas Kesehatan tidak diwajibkan untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Kerjasama Fasilitas Kesehatan milik swasta dengan BPJS Kesehatan bersifat optional atau didasarkan pada kesepakatan kedua belah pihak.

Perlu ditambahkan bahwa Fasilitas Kesehatan dianggap memenuhi persyaratan apabila Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan diakui dan memiliki izin dari instansi Pemerintah yang bertanggung jawab di bidang kesehatan.

Persyaratan Faslitas Kesehatan milik Pemerintah dan milik swasta sebagaimana dimaksud pada Pasal 36 ayat (2) dan ayat (3) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri. Kerjasama Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.

Perturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan tidak mengatur secara rinci isi perjanjian tertulis antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan, tetapi sepenuhnya diserahkan kepada para pihak sesuai dengan asas kebebasan berkontrak.

Pasal 11 huruf d dan huruf e Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS menentukan bahwa kewenangan untuk membuat kesepakatan dengan Kesehatan pemerintah. Fasilitas mengenai besar pembayaran Fasilitas Kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah, dan untuk membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan Fasilitas Kesehatan menjadi wewenang BPJS.

Sehubungan dengan itu, unit organisasi BPJS Kesehatan yang ditugasi untuk menangani permasalahan kontrak dengan Fasilitas Kesehatan harus diisi oleh sumber daya manusia yang memahami seluk beluk pembuatan, pelaksanaan, penyelesaian perselisihan dan penghentian kontrak.Kontrak antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan merupakan kontrak perdata yang tunduk kepada ketentuan hukum perjanjian.

#### D. Latihan

#### BAB IV

#### ADMINISTRASI PELAYANAN PUSKESMAS

## A. Sumberdaya Manusia Pelayanan Puskesmas

Sumber daya manusia kesehatan (SDM Kesehatan) merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya Pendidikan. perencanaan. dan pelatihan. serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau untuk jenis tertentu tidak, yang memerlukan upaya kesehatan.

Ada 2 bentuk dan cara penyelenggaraan SDM kesehatan, yaitu :

- Tenaga kesehatan, yaitu semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.
- SDM Kesehatan yaitu tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggitingginya.

Tujuan SDM Kesehatan, secara khusus bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut :

- 1. Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu teknologi di pengetahuan dan bidang kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai ketrampilan penerapannya didalam dengan dan pengelolaan sumber pengembangan dava manusia kesehatan
- Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian
- 3. Mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan,merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan.

#### 1. Perencanaan SDM Kesehatan

SDM Perencanaan Kesehatan adalah proses SDM estimasi terhadap jumlah berdasarkan tempat,mketerampilan, perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan upaya kesehatan. Perencanaan dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan pembangunan kesehatan, baik lokal, nasional, maupun global dan memantapkan keterkaitan dengan unsur lain dengan maksud untuk menjalankan tugas dan fungsi institusinya yang meliputi : jenis, jumlah dan kualifikasi.

Dasar dari peningkatan perencanaan mutu SDM kesehatan yaitu kebijakan peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang dilaksanakan melalui:

- Peningkatan jumlah jaringan dan kualitas Puskesmas, termasuk mengembangkan desa siaga
- b. Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan
- Pengembangan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin
- d. Peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat
- e. Peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat seak usia dini
- f. Pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar

## Perencanaan terdiri dari 3 kelompok yaitu :

- a. Perencanaan tingkat Institusi meliputi : Puskesmas, Rumah Sakit (RS), poliklinik, dan lain sebagainya.
- b. Perencanaan tingkat Wilayah meliputi : institusi + organisasi.
- Perencanaan untuk bencana meliputi : pra-, pada saat dan pasca bencana.

Peningkatan perencanaan SDM Kesehatan yang sedang diupayakan :

- a. Implementasi Kepmenkes RI No. 81/MENKES/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota, dan Rumah Sakit
- SDM b. Penyusunan rencana kebutuhan kesehatan dalampencapaian sasaran pembangunan jangka pendek, dan jangka menengah, panang bidang kesehatan

Prospek ke depan Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan

- a. Peningkatan, pembinaan, dan pengawasan PPSDMK
- b. Peningkatan perencanaan SDM kesehatan
- c. Peningkatan pendayagunaan SDM kesehatan
- d. Peningkatan sumber daya pendukung

Peningkatan Mutu SDM Kesehatan dapat dilakukan dengan cara :

- a. Pengembangan karir dokter/ dokter gigi/ apoteker
- b. Pengembangan sistem penilaian kinera pada unit kerja independent
- c. Peningkatan kompetensi melalui Tugas Belajar
   Pendidikan/ Pelatihan

Penyusunan kebutuhan SDM kesehatan mutlak dalam konteks penyusunan pengembangan SDM, namun

perlu memperhatikan kekuatan dan kelemahannya. Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan harus mempertimbangkan kebutuhan epidemiologi, permintaan (demand) akibat beban pelayanan kesehatan, sarana upaya pelayanan kesehatan yangditetapkan, danstandar atau nilai tertentu.

Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan antara lain :

- Health Need Method, Diperhitungkan keperluan upaya kesehatan terhadap kelompok sasaran tertentu berdasarkan umur, jenis kelamin, dan lain-lain.
- Health Service Demand Method, Diperhitungkan kebutuhan upaya kesehatan terhadap kelompok sasaran menurut umur, jenis kelamin, dll.
- Health Service Target Method, Diperhitungkan kebutuhan upaya kesehatan tertentu terhadap kelompok sasaran tertentu. Misalnya, untuk percepatan penurunan kematian ibu dan bayi.
- 4. Ratio Method, Diperhitungkan berdasarkan ratio terhadap : penduduk, tempat tidur, dan lain-lain.

Disamping metode tersebut ada metode lain yang merupakan pengembangan:

a. Pendidikan dan Pelatihan SDM Kesehatan
 Salah satu cara pengembangan SDM kesehatan agar sesuai
 dengan tuntutan pekerjaan adalah melalui pendidikan dan

pelatihan SDM kesehatan. Fungsi dari pendidikan dan pelatihan ini adalah sebagai investasi SDM dan merupakan tuntutan luar dan dalam organisasi. Selain itu juga bertujuan untuk memperbaiki, mengatasi kekurangan dalam pelaksanaan pekerjaan agar sesuai dengan iptek.

Pendidikan dan pelatihan ini meliputi :

- 1. Knowledge
- 2. Ability
- 3. Skill

Bentuk pelatihan yang biasa dilakukan adalah diklat yang dilaksanakan oleh Pusdiklat ( Pusat Pendidikan dan Pelatihan). Pusdiklat adalah suatu unit yang bertugas menyelenggarakan diklat bagi pegawai/ calon pegawai. Fungsinya adalah mendidik dan melatih tenaga kerja dalam rangka pengembangan dan atau peningkatan kemampuan.

Secara khusus program pendidikan dan pelatihan ini bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut :

1. Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan

- Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian
- Mampu mengembangkan/meningkatkan kinerja profesionalnya, yang ditunjukkan dengan ketajaman analisis permasalahan kesehatan,merumuskan dan melakukan advokasi program dan kebijakan kesehatan dalam rangka pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan

## b. Pendayagunaan SDM Kesehatan

Prinsip :Merata, serasi, seimbang (pemerintah, swasta, masyarakat) lokal maupun pusat.

Pemeratan : keseimbangan hak dan kewajiban Pendelegasian wewenang yang proporsional

#### B. Sarana Dan Prasarana Puskesmas

Sarana dan prasarana puskesmas juga perlu mendapat perhatian demi meningkatkan kualitas pelayanan. Selain itu, sarana dan prasarana yang berkualitas dapat memberikan keamanan dan kenyamanan bagi pengguna puskesmas itu sendiri, yaitu pasiem dan petugas puskesmas.

Sebagai standar dalam menyediakan dan memelihara sarana dan prasarana puskesmas, ada pedoman yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat.

Pada lampiran peraturan tersebut dijelasskan secara rinci mengenai sarana dan prasarana puskesmas sebagai berikut .

- a. Sistem Penghawaan (ventilasi)
  - Ventilasi merupakan proses untuk mensuplai udara segar ke dalam bangunan gedung dalam jumlah yang sesuai kebutuhan, bertujuan menghilangkan gas-gas yang tidak menyenangkan, menghilangkan uap air yang berlebih dan membantu mendapatkan kenyamanan termal.
  - Ventilasi ruangan pada bangunan Puskesmas, dapat berupa ventilasi alami dan/atau ventilasi mekanis. Jumlah bukaan ventilasi alami tidak kurang dari 15% terhadap luas lantai ruangan yang membutuhkan ventilasi. Sedangkan sistem ventilasi mekanis diberikan jika ventilasi alami yang memenuhi syarat tidak memadai.
  - Besarnya pertukaran uadara yang disarankan untuk berbagai fungsi ruangan dibangunan Puskesmas minimal 12x pertukaran udara per jam dan untuk KM/WC 10x pertukaran udara per jam.
  - 4. Penghawaan/ ventilasi dalam ruang perlu memperhatikan 3 (tiga) elemen dasar, yaitu:
    - Jumlah udara luar berkualitas baik yang masuk dalam ruang pada waktu tertentu
    - Arah umum aliran udara dalam gedung yang seharusnya dari area bersih ke area

- terkontaminasi serta distribusi udara luar ke setiap bagian dari ruangan dengan cara yang efisien dan kontaminan airbone yang ada dalam ruangan dialirkan ke luar dengan cara yang efisien
- Setiap ruang diupayakan proses udara didalam ruangan bergerak dan terjadi pertukaran antara udara didalam ruang dengan udara dari luar.
- 4) Pemilihan sistem ventilassi yang alami, mekanik atau campuran, perlu memperhatikan kondisi local, seperti struktur bangunan, cuaca, biaya dan kualitas udara luar.

## b. Sistem Pencayaan

- Bangunan Puskesmas harus mempunyai pencahayaan alami dan/atau pencahayaan buatan.
- Pencahayaan harus terdistribusikan rata dalam ruangan.
- 3. Lampu-lampu yang digunakan diusahakan dari jenis hemat energi. Adapun tingkat pencahayaan yang direkomendasikan adalah sebagi berikut :
  - a) Ruangan administrasi kantor, ruangan Kepala Puskesmas, ruangan rapat, ruangan pendaftaran dan rekam medik, ruangan pemeriksaan umum, ruangan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB, dan imunisassi, ruangan kesehatan gigi dan mulut, ruangan ASI, ruangan promosi kesehatan, ruang

- farmasi, ruang rawat inap, ruangan rawat pasca persalinan. Tingkat pencahayaan 200 Lux.
- b) Laboratorium, ruangan tindakan, ruangan gawat darurat, Tingkat Pencahayaan 300 Lux.
- Dapur, ruang tunggu, Gudang umum, KM/WC, ruangan sterilisasi, ruangan cuci linen. Tingkat Pencahayaan 100 Lux.

#### c. Sistem sanitasi.

Sistem sanitasi Puskesmas terdiri dari sistem air bersih, sistem pembuangan air kotor dan/atau air limbah, kotoran dan sampah, serta penyaluran air hujan.

#### Sistem air bersih

- sistem air bersih harus direncanakandan dipasang dengan mempertimbangkan sumber air bersih dan sistem pengalirannya.
- Sumber air bersih dapat diperoleh langsung dari sumber air berlangganan dan/atau sumber air lainnya dengan baku mutu yang memenuhi dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## d. Sistem penyaluran air kotor dan/atau air limbah

- Tersedia sistem pengolahan air limah yang memenuhi persyaratan kesehatan.
- Saluran air limbah harus kedap air, bersih dari sampahh dan dilengkapi penutu dengan bak control untuk menjaga emiringan salurab minimal 1%.

- Didalam sistem penyaluran air kotor dan/atau air limbah dari ruang penyelenggaraan makanan disediakan perangkap lemak untuk memisahkan dan/atau menyaring kotoran/lemak.
- e. Sistem pembungan limbah Infeksius dan non infeksius.
  - Sistem pembuangan limbah infeksius dan non infeksius hrus direncanakan dan dipasang dengan mempertimbangkan fasilitas pewadahan, Tempat Penampungan Sementara (TPS), dan pengolahannya.
  - Pertimbangan jenis pewadahan dan pengolahan limbah infeksius dan non infeksius diwujudkan daalam bentuk penempatan pewadahan dan/atau pengolahannya yang tdaik mengganggu kesehatan penghuni, masyarakat dan lingkungannya serta tidak mengundang datangnya vector/binatang penyebar penyakit.
  - 3. Pertimbangan fasilitas Tempat Penampungan Sementara (TPS) yang terpisah diwujudkan dalam bentuk penyediaan Tempat Penampungan Sementara (TPS) limbah infeksius dan non infeksius, yang diperhitungkan berdasarkan fungsi bangunan, jumlah penghuni, dan volume limbah.
  - 4. Ketentuan lebih lanjut mengenai tat acara perencanaan, pemasangan, dan pengolahan fasilitas

pembuangan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan peundangan-undangan.

#### f. Sistem Kelistrikan

- Sistem kelistrikan dan penempatannya harus dioperasikan, diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu lingkungan, bagian bangunan dan instalansi lain.
- Perancangan dan pelaksanaannya harus memenuhi SNI 0225-2011, tentang Persyaratan Umum Instalasi Listrik (PUIL 2011) atau edisi yang terbaru.

## g. Sumber Daya Listrik

Sumber daya listrik yang dibutuhkan, terdiri dari Sumber Daya listrik normal dengan daya paling rendah 2200VA dan Sumber daya listrik darurat 75% dari sumber daya listrik normal.

## Sumber daya listrik normal, diperoleh dari :

- Sumber daya listrik berlangganan seperti PLN
- 2. Sumber daya listrik dari pembangkit listrik dengan bahan, bakar cair atau gas elpiji, Sumber listrik tenaga surya, Sumber listrik tenaga angina, Sumber listrik tenaga mikro hidro, Sumber listrik tenaga air.

Sumber daya listrik darurat

Sumber daya listrik darurat diperoleh dari :

Generator listrik, Uninterruptible Power Supply (UPS)

Sistem Distrbusi

- 1. Panel-panle listrik
- 2. Instalasi pengkabelan
- 3. Instalasi kotak kontak dan sakelar

#### h. Sistem Pembumian

Nilai pembumian bangunan tidak boleh kurang impedasinya dari 0.5  $\Omega$ . Nilai pembumian alat kesehatan tidak boleh kurang impedasinya dari 0.1  $\Omega$ .

#### i. Sistem Komunikasi

Alat komunikasi diperlukan untuk hubungan/komunikasi di lingkup dan keluar Puskesmas, dalam upaya mendukung pelayanan di Puskesmas. Alat Komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya.

## j. Sistem Gas medik

Gas Medik yang digunakan di Puskesmas adalah oksigen (O2). Sistem gas medik harus direncanakan dan diletakkan dengan mempertimbangkan tingkat keselamatan bagi penggunanya.

#### k. Sistem Proteksi Petir

Sistem proteksi petir harus dapat melindungi semua bagian dari bangunan Puskesmas, termasuk manusia yang

ada di dalamnya, dan instalasi serta peralatan lainnya terhadap kemungkinan bahaya sambaran petir.

#### I. Sistem Proteksi Kebakaran

- Bangunan Puskesmas harus menyiapkan alat pemadam kebakaran untuk memproteksi kemunkinan terjadinya kebakaran.
- 2. Alat pemadam kebakaran kapasitas minimal 2 kg, dan dipasang 1 buah untuk setiap 15 m2.
- Pemasangan alat pemadam kebakaran diletakkan pada dinding dengan ketinggian antara 15 cm – 120 cm dari permukaan lantai, dilinsungi sedemikian rupa untuk mencegah kemungkinan kerusakan atau pencurian.
- Apabila bangunan Puskesmas menggunakan generator sebagai sumber daya listrik utama, maka pada ruangan generator harus dipasangkan Alat Pemdam Kebakaran jenis CO2.

## m. Sistem Pengendalian Kebisingan

- Intensitas kebisingan equivalent (Leq) diluar bangunan Puskesmas tidak lebih dari 55 dBA, dan di dalam bangunan Puskesmas tidak lebih dari 45 dBA.
- Pengendalian sumber kebisingan disesuaikan dengan sifat sumber.
- Sumber suara genset dikendalikan dengan meredam dan membuat sekat yang memadai dan sumber

suara dari lalu lintas dikurangi dengan cara penanaman pohon ataupun cara lainnya.

## n. Sistem Transportasi Vertikal dalam Puskesmas.

Setiap bangunan Puskesmas yang bertingkat harus menyediakan sarana hubungan vertical antar lantai yang memadai berupa tersedianya tangga dan ram.

## Tangga

Tangga merupakan fasilitas bagi pergerakan vertical yang dirancang dengan mempertimbangkan ukuran dan kemiringan pijakan dan tanjakan dengan lebar yang memadai.

#### Ram

Ram adalah jalur sirkulasi yang memiliki bidang dengan kemiringan tertentu, sebagai alternative bagi orang yang tidak dapat menggunakan tangga.

# C. Faktor – Faktor Yang Mendukung Peningkatan Pelayanan Puskesmas

## 1. Jumlah Petugas

Jumlah petugas merupakan salah satu aspek yang menunjang pelayanan kepada pasien di puskesmas. Keadaan petugas yang kurang menyebabkan penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan tidak maksimal dan kurang memenuhi kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan. Selain itu, petugas sendiri

akan mengalami kewalahan dalam menjalankan tugasnya yang pada nantinya akan menurunkan tingkat kemampuan kerja yang diberikan petugas kepada pasien di puskesmas.

## 2. Ketanggapan petugas

Ketanggapan petugas berhubungan dengan aspek kesigapan dari petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan yang dinginkan. Tingkat dari petugas kesehatan dalam kesigapan memberikanpelayanan merupakan salahs atu aspek penilaian mempengaruhi pasien atas mutu vang pelayanan yangdiselenggarakan.

## 3. Kehandalan petugas

Kehandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalammenyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien di puskesmas. Tingkat kemampuan danketerampilan yang kurang dari tenaga kesehatan tentunva akan memberikan pelayanan yang kurangmemenuhi kepuasan pasien sebagai standar penilaian terhadap mutu pelayanan.

## 4. Ketersediaan dan kelengkapan fasilitas

Fasilitas merupakan sarana bantu bagi instansi dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kepada pasien di puskesmas. Keadaan fasilitas yang memadai akan membantu terhadap penyelenggaraanpelayanan kepada pasien.

## D. Latihan

# BAB V KEBIJAKAN PELAYANAN PUSKESMAS

## A. Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional

#### PROGRAM & KEBIJAKAN

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional menjadi program prioritas Pemerintah, yaitu Program Kementerian Kesehatan dan Program Dewan Jaminan Sosial Nasional.

1) KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI NO. HK.03.01/60/ I/2010 TENTANG RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN RI TAHUN 2010-2014

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.03.01/60/I/2010 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010-2014 (KMK Renstra 2010- 2014) menetapkan tema prioritas pembangunan kesehatan tahun 2010- 2014 adalah "Peningkatan Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan."

JKN telah masuk dalam strategi utama program pembangunan kesehatan Kementerian Kesehatan dengan dimulai dari penyelenggaraan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Selengkapnya, kelima strategi utama untuk pencapaian tema prioritas pembangunan kesehatan, yaitu:

 Program kesehatan masyarakat yang mencakup pelaksanaan program kesehatan preventif terpadu dengan pemberian imunisasi dasar kepada balita, penyediaan akses sumber air bersih, perluasan akses terhadap sanitasi dasar berkualitas, penurunan tingkat kematian ibu saat melahirkan dan tingkat kematian bayi.

- Peningkatan jangkauan dan kualitas Program Keluarga Berencana.
- Ketersediaan dan Kualitas Sarana Kesehatan.
- Pemberlakuan Daftar Obat Esensial Nasional sebagai dasar pengadaan obat nasional dan pembatasan harga obat generik berlogo pada 2010.
- Penerapan asuransi kesehatan nasional bagi seluruh masyarakat miskin pada tahun 2011 dan perluasannya secara bertahap pada tahun 2012-2014.

Prioritas Program Pembangunan Kesehatan pada tahun 2010-2014 difokuskan pada delapan fokus prioritas, yaitu:

- a. Peningkatan kesehatan ibu, bayi, balita, dan Keluarga Berencana (KB);
- b. Perbaikan status gizi masyarakat;
- Pengendalian penyakit menular serta penyakit tidak menular diikuti penyehatan lingkungan;
- d. Pemenuhan, pengembangan, dan pemberdayaan SDM kesehatan;

- Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, keamanan, mutu dan penggunaan obat serta pengawasan obat dan makanan;
- e. Pengembangan sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas);
- f. Pemberdayaan masyarakat dan penanggulangan bencana dan krisis kesehatan;
- g. Peningkatan pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier.

Arah dan kebijakan Kementerian Kesehatan pada tahun 2010-2014 bersifat reformatif dan akseleratif. Kementerian Kesehatan menetapkan 7 (tujuh) prioritas reformasi kesehatan, yaitu:

- a. pengembangan Jaminan Kesehatan Nasional;
- b. peningkatan pelayanan kesehatan di DTPK;
- ketersediaan, keterjangkauan obat di seluruh fasilitas kesehatan;
- d. pelaksanaan reformasi birokrasi;
- e. pemenuhan bantuan operasional kesehatan (BOK);
- f. penanganan daerah bermasalah kesehatan (PDBK);
- g. pengembangan pelayanan untuk Rumah Sakit
   Indonesia Kelas Dunia (World Class Hospital).

## 2) PETA JALAN JAMINAN KESEHATAN 2012-2019

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) bersama 14 (empat belas) Kementerian, PT Askes (Persero), dan PT Jamsostek (Persero) menyusun buku berjudul "Peta Jalan Jaminan Kesehatan 2012-2019".

Buku Peta Jalan Jaminan Kesehatan 2012-2019 ditandatangani oleh Ketua DJSN, Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, Menteri Kesehatan, Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional, dan Wakil Menteri Kesehatan.

Peta Jalan Jaminan Kesehatan 2012-2019 merupakan pegangan bagi semua pihak untuk memahami dan mempersiapkan diri berperan aktif mempersiapkan berdirinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014 dan mencapai cakupan universal satu jaminan kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Peta ini memuat enam aspek yang akan dibangun secara bertahap, yaitu:

- a. Peraturan perundang-undangan
- b. Perluasan kepesertaan
- c. Manfaat dan iuran
- d. Pelayanan kesehatan
- e. Keuangan
- f. Kelembagaan dan organisasi

## 3) KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN NO. 328/2013

Keputusan Menteri Kesehatan No. 328 Tahun 2013 Tentang Formularium Nasional mengatur daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan JKN. Peraturan ini mengatur pula pelayanan obat di luar Formularium Nasional, tata cara pemutahiran Formularium Nasional, serta tata cara pembinaan dan pengawasan pelaksanaannya.

## 4) KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN NO. 455/2013

Keputusan Menteri Kesehatan No. 455 Tahun 2013 Tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan (KMK Asosiasi Faskes) adalah peraturan pelaksanaan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013. KMK Asosiasi Faskes melaksanakan ketentuan Pasal 37 ayat (3) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013. Peraturan ini menetapkan Asosiasi Fasilitas Kesehatan yang diberi kewenangan untuk bernegosiasi tarif pelayanan dengan BPJS Kesehatan.

## 5) SURAT EDARAN MENTERI KESEHATAN NO. 31/2014

Surat Edaran Menkes No. 31/2014 Tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan JKN, bertujuan untuk memperjelas dan melengkapi ketentuan standar tarif yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013.

# 6) SURAT EDARAN MENTERI KESEHATAN NO. 32/2014

Surat Edaran Menkes No. 32/2014 Tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan JKN bertujuan untuk memperjelas penyelenggaraan JKN agar berjalan dengan efektif dan efisien dalam pemberian pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.

## 7) SURAT EDARAN MENTERI KESEHATAN NO. 50/2014

Surat Edaran Menteri Kesehatan No. 50/2014 ditujukan kepada Direktur Utama BPJS Kesehatan untuk mengatasi hambatan dalam penjaminan obat rujuk balik dan paket bahan medis habis pakai untuk pelayanan continous ambulatory peritoneal dialysis. Surat edaran ini memerintahkan Direktur BPJS Kesehatan untuk merujuk Ekatalog obat tahun 2013 atau Daftar Plafon dan Harga Obat tahun 2013 dan Peraturan Direksi PT Askes tahun 2013

## B.Implementasi Pelayanan Jkn

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan kebijakan sosial yang bersifat nasional atau diterapkan di seluruh Indonesia. Dikarenakan permasalahan untuk JKN hampir sama untuk setiap daerah di Indonesia, penulis berfokus pada Kota Semarang. Kota Semarang sendiri sebelum adanya JKN sudah terdapat jaminan kesehatan yang bernama Kartu

Semarang Sehat (KSS), ASKESKIN, dan JAMKESDA. Walaupun demikian masih banyak timbul permassalahan yang terjadi di Kota Semarang.

# 1. Isi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan

Dalam konteks implementasi kebijakan, keberhasilan sebuah kebijakan menurut Marille S Grindle (1980) dibagi menjadi dua bagian yaitu isi kebijakan dan lingkungan kebijakan. Isi kebijakan terdiri dari: (1) Kepentingan kelompok sasaran, (2) Tipe Manfaat, (3) Letak pengambilan keputusan, (4) Derajat Perubahan, (5) Pelaksana program, (6) Sumber Daya.

## a. Kepentingan Kelompok Sasaran

Jaminan Kesehatan Nasional memiliki sasaran untuk semua masyarakat Indonesia tanpa memisahkan golongan apapun, karena mereka miliki misi pada tahun 2019 semua masyarakat Indonesia sudah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Hal tersebutlah yang menjadi kelompok sasaran dari Jaminan Kesehatan Nasional, jadi semua masyarakat Indonesia yang menjadi kelmpok sasaran. Kepentingan masyarakat dari semua golongan sebagai sasaran atau objek program jaminan kesehatan nasional dari Pemkot Semarang adalah untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang baik di fasilitas-fasilitas kesehatan yang telah ditetapkan dengan anggaran APBN dan bisa dijangkau oleh masyarakat golongan bawah.

 Manfaat Yang Dapat Diperoleh Dari Peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional ini bertujuan untuk meningkatkan pelayanan mutu kesehatan dan mampu dijangkau oleh semua golongan, terutama kalangan masyarakat menengah ke bawah. Pelayanan kesehatan menjadi aspek penting yang diperhatikan oleh pemerintah selain pendidikan dan ekonomi. Masyarakat yang sudah terdaftar sebelumnya sebagai peserta ASKES. ASKESKIN. JAMKESMAS. JAMKESDA secara otomatis tersebut tidak membayar iuran setiap bulannya karena sudah mendapatkan Penerima Bantuan luran (PBI). Dana yang diperoleh BPJS Kesehatan untuk peserta PBI diambil dari APBD Jawa Tengah. Akan tetapi, berbeda lagi dengan peserta yang melakukan pendaftaran secara mandiri. Mereka dikenakan premi pembayaran setiap bulannya tergantung kelas yang dipilihnya. Manfaat yang didapat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

## c. Letak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

Untuk dapat diimplementasikan, kebijakan-kebijakan vang telah diambil dan dibuat oleh berbagai instansi kemudian pemerintah. dituangkan dalam bentuk dokumen tertulis dan juga mempunyai kekuatan hukum. Dokumen tertulis yang lazim ini disebut dengan produk hukum, dibuat berjenjang sesuai dengan hierarki pengambilan keputusan dalam kebijakan. Kebijakan JKN sudah sesuai dengan koridor hukum yang berlaku. Dasar hukumnya adalah UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Ketika awal pelaksanaan JKN tahun 2014 ini memang memiliki banyak masalah yang terjadi di lapangan karena masih koordinasi. kurangnya Akhirnya munculah terjadi Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2014 JKN. tentang pedoman pelaksanaan Semua pelaksanaan sudah diatur dalam Permenkes No. 28 tersebut. Dalam penerapan kebijakan JKN, ada tiga lembaga yang juga berpengaruh didalamnya yaitu BPJS Kesehatan selaku lembaga yang ditugaskan untuk menjalankan JKN, Kementrian Kesehatan Pusat serta Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

## d. Derajat Perubahan Jaminan Kesehatan Nasional

Setiap kebijakan memiliki tujuan yang ingin dicapainya. Seperti halnya kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dan juga meningkatkan mutu kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. meningkatkan mutu kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Pada awalnya, pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah baik itu pusat maupun kabupaten/kota masih iauh dari harapan terutama bagi masyarakat golongan kebawah. Akan tetapi, pemerintah terus berusaha untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik dengan memunculkan kebijakan-kebijakan terkait iaminan kesehatan.

Puncaknya adalah ketika pada tanggal 1 Januari 2014 silam yaitu dengan di terbitkannya Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan sebagai wujud perbaikan system jaminan kesehatan yang ada di Indonesia. BPJS Kesehatan ini merupakan bentuk transformasi dari PT. ASKES (Persero). Tentunya, kemunculan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasioanl ini merupakan awal perubahan untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia guna meningkatkan mutu kesehatan. Agar nantinya tidak ada lagi yang merasa disulitkan ketika akan berobat kerumah sakit terutama bagi masyarakat miskin.

e. Karakteristik Pelaksana Kebijakan Jaminan Kesehaan Nasional

Karakteristik dari para pelaksana kebijakan adalah salah satu faktor yang mendorong berhasil atau tidaknya

suatu kebijakan. Dalam implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan , karakteristik dari para pelaksana kebijakan memiliki watak dan komitmen yang seuai dengan harapan untuk mensukseskan kebijakan tersebut. Hal ini dapat dilihat dari berbagai sosialisasi yang telah diberikan oleh Dinas Kesehatan dan juga BPJS Kesehatan yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan.

f. Sumber Daya Terhadap Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

Perananan sumber daya bagi implementasi sebuah kebijakan memiliki peranan yang sangat penting terutama sumber daya manusia dan sumber daya finansial atau anggaran. Sebuah kebijakan pastilah dibutuhkan sumber daya untuk menjamin keberlangsungan kebijakan terebut baik itu sumber daya manusia maupun sumber daya anggaran. Sumber daya implementasi manusia sebagai suatu kebijakan, sehingga dapat berjalan secara efisisien apabila sumber mencukupi dan dapat bekerja dayanya secara professional dan efektif didalam menjalankan sebuah prigram sesuai dengan rumusan kebijakan yang telah ditentukan. Adapun sumber daya finansial juga memiliki keududukan yang sangat penting karena implementasi kebijakan tidak akan berjalan apabila secara finansial tidak mencukupi. Akibatnya implementasi kebijakan akan berjalan lamban.

# 2. Pengaruh Lingkungan Kebijakan Terhadap Isi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

Analisis pengaruh lingkungan terhadap keberhasilan implementasi kebijakan dapat dilihat dari keterkaitan keadaan sosial ekonomi dan budaya serta responsifitas dari masyarakat.

## a. Kebijakan Operasional Jaminan Kesehatan Nasional

Suatu kebijakan yang dibuat, perlu diperhitungkan terlebih dahulu kekuatan atau kekuasaan, kepentingan, dan juga aktor yang berperan didalamnya guna memperlancar jalannya kebijakan tersebut. Kekuasaan dan kepentingan dari aktor tidak mempengaruhi keberlangsungan jalannya kebijakan JKN. Hal itu dikarenakan semuanya dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan dan diawasi oleh Kementrian Kesehatan yang bertanggung jawab langsung dibawah presiden.

## b. Karakteristik Lembaga

Karakteristik lembaga merupakan lingkungan dimana berpengaruhnya dari pelaksanaan kebijakan tersebut. Dalam konteks pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Semarang, dua lembaga yang berperan penting dalam pelaksanaannya adalah Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama.

Tingkat Kepatuhan dan Respon Pelaksana C. Berdasarkan pengamatan dan penjelasan vang diberikan oleh para narasumber, tidak ditemukan adanya penolakan dari pihak internal BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Semarang ataupun Dinas Kesehatan terhadap pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh cukup tersedianya sumber-sumber dana dalam pelaksanaan JKN dan juga karena memang JKN ini sumber dananya lebih besar berasal dari hasil premi masyarakat dan anggaran APBN secara langsung yang turun untuk BPJS Kesehatan selaku lembaga penyelenggara JKN tersebut.

## C. Berbagai Kendala Pelayanan Jkn

Dalam pelaksanaan JKN oleh BPJS Kesehatan, muncul beberapa hambatan dan keluhan yang terjadi baik dari eksternal yang dialami oleh pemberi pelayanan yang berasal dari luar organisasi itu sendiri maupun internal hambatan yang berasal dari dalam organisasi itu sendiri.

- 1. Hambatan Eksternal
- a. Kurangnya kesadaran dari masyarakat

Untuk menumbuhkan kesadaran dalam diri masyarakat memang tidak mudah. Banyak masyarakat yang tidak mengerti pentingnya jaminan sosial. Banyak masyarakat yang tidak memahami pentingnya berbadi dalam subsidi silang ini. Tidak hanya dari kaum menegah kebawah yang merasa pembayaran masih mahal, namun datang juga dari kaum menengah keatas dimana mereka malah menggunkan atau memilih golongan III yaitu dengan biaya premi terendah, padahal mereka mampu untuk membayar dengan golongan I.

- Kesadaran bagi peserta mandiri untuk membayar iuran b. Banyak warga yang mendaftar JKN hanya untuk mendaptkan pengobatan gratis selama dia sakit, setelah itu banyak warga yang tidak membayar lagi setelah merasa sakitnya sudah sembuh. Padahal sudah dijelaskan jika warga tidak membayar iuran selama 6 bulan maka keanggotaannya akan dicabut. dan berdasarkan peraturan baru dijelaskan bahwa keanggotaan baru setidaknya menunggu 7 hari sebelum mendapat jaminan. Seharusnya dapat dipahami oleh semua warga bahwa jaminan kesehatan itu sangatlah penting.
- c. Peserta JKN belum paham sistem rujukan berjenjang dan prosedur pelayanan JKN Hal ini terkait dengan sosialisasi yang dilakukan, mungkin kurang menyeluruh atau bisa juga cenderung masyarakat yang acuh apabila ada petugas datang dan menjelaskan mengenai

Jaminan Kesehatan ini. Banyak masyarakat yang bingung mengenai dimana tempat Fasilitas Kesehatannya, dimana dia harus berobat kalau dirujuk, dan sebagainya. Hal ini diharapkan menjadi perhatian besar bagi penyelenggara dan juga pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional.

#### 2. Hambatan internal

Regulasi yang masih terus mengalami perubahan a. Pemerintah selalu berupaya memberikan pilihan kebijakan yang terbaik bagi masyarakatnya, dengan peraturan perundang-undangan vana berlaku dan mengikat inilah kebijakan dapat ditegakkan dengan baik. Peraturan ada diupayakan untuk yang dibuat semaksimal mungkin. Dalam pelaksanaannya, pemerintah merasa masih banyak hal hal yang perlu diperbaiki dalam peraturannya, seperti misal mengenai perubahan kapitasi.

#### D. Latihan

# BAB VI KEARIFAN LOKAL

## A. Konsep Kearifan Lokal

Kearifan lokal adalah identitas atau kepribadian budaya sebuah bangsa yang menyebabkan bangsa tersebut mampu menyerap, bahkan mengolah kebudayaan yang berasal dari luar/bangsa lai menjadi watak dan kemampuan sendiri Wibowo (2015:17). Identitas dan Kepribadian tersebut tentunya menyesuaikan dengan pandangan hidup masyarakat sekitar agar tidak terjadi pergesaran nilai-nilai. Kearifan lokal adalah salah satu sarana dalam mengolah kebudayaan dan mempertahankan diri dari kebudayaan asing yang tidak baik.

Kearifan lokal adalah pandangan hidup dan ilmu pengetahuan serta berbagai strategi kehidupan yang berwujud aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat lokal dalam menjawab berbagai masalah dalam pemenuhan kebutuhan mereka. Dalam bahasa asing sering juga dikonsepsikan sebagai kebijakan setempat local wisdom atau pengetahuan setempat "local knowledge" atau kecerdasan setempat local genious Fajarini (2014:123). Berbagai strategi dilakukan oleh masyarakat setempat untuk menjaga kebudayaannya.

Hal senada juga diungkapkan oleh Alfian (2013: 428) Kearifan lokal diartikan sebagai pandangan hidup dan pengetahuan serta sebagai strategi kehidupan yang berwujud aktifitas yang dilakukan oleh masyarakat lokal dalam memenuhi kebutuhan mereka. Berdasarkan pendapat Alfian itu dapat diartikan bahwa kearifan lokal merupakan adat dan kebiasan yang telah mentradisi dilakukan oleh sekelompok masvarakat secara turun temurun yang hingga masih saat dipertahankan keberadaannya masyarakat hukum adat tertentu di daerah tertentu. Berdasarkan pengertian di atas dapat diartikan bahwa local wisdom (kearifan lokal) dapat dipahami sebagai gagasangagasan setempat local yang bersifat bijaksana, penuh kearifan, bernilai baik, yang tertanam dan diikuti oleh anggota masyarakatnya.

Selanjutnya Istiawati (2016:5) berpandangan bahwa kearifan lokal merupakan cara orang bersikap dan bertindak dalam menanggapi perubahan dalam lingkungan fisik dan budaya. Suatu gagasan konseptual yang hidup dalam masyarakat, tumbuh dan berkembang secara terus-menerus dalam kesadaran masyarakat dari yang sifatnya berkaitan dengan kehidupan yang sakral sampai dengan yang profan (bagian keseharian dari hidup dan sifatnya biasa-biasa saja). Kearifan lokal atau local wisdom dapat dipahami sebagai gagasan-gagasan setempat local yang bersifat bijaksana, penuh kearifan, bernilai baik, yang tertanam dan diikuti oleh anggota masyarakatnya.

Kearifan lokal menurut (Ratna,2011:94) adalah semen pengikat dalam bentuk kebudayaan yang sudah ada sehingga didasari keberadaan. Kearifan lokal dapat

didefinisikan sebagai suatu budaya yang diciptakan oleh aktor-aktor lokal melalui proses yang berulang-ulang, melalui internalisasi dan interpretasi ajaran agama dan budaya yang disosialisasikan dalam bentuk norma-norma dan dijadikan pedoman dalam kehidupan sehari-hari bagi masyarakat.

#### 2. Bentuk-bentuk Kearifan Lokal

Haryanto (2014:212) menyatakan bentuk-bentuk kearifan lokal adalah Kerukunan beragaman dalam wujud praktik sosial yang dilandasi suatu kearifan dari budaya. Bentuk-bentuk kearifan lokal dalam masyarakat dapat berupa budaya (nilai, norma, etika, kepercayaan, adat istiadat, hukum adat, dan aturan-aturan khusus). Nilai-nilai luhur terkait kearifan lokal meliputi Cinta kepada Tuhan, alam semester beserta isinya, Tanggung jawab, disiplin, dan mandiri, Jujur, Hormat dan santun, Kasih sayang dan peduli, Percaya diri, kreatif, kerja keras, dan pantang menyerah, Keadilan dan kepemimpinan, Baik dan rendah hati, Toleransi, cinta damai, dan persatuan.

Hal hampir serupa dikemukakan oleh Wahyudi (2014: 13) kearifan lokal merupakan tata aturan tak tertulis yang menjadi acuan masyarakat yang meliputi seluruh aspek kehidupan, berupa Tata aturan yang menyangkut hubungan antar sesama manusia, misalnya dalam interaksi sosial baik antar individu maupun kelompok, yang berkaitan dengan hirarkhi dalam kepemerintahan dan adat, aturan

perkawinan antar klan, tata karma dalam kehidupan seharihari.

Tata aturan menyangkut hubungan manusia dengan alam, binatang, tumbuh-tumbuhan yang lebih bertujuan pada upaya konservasi alam. Tata aturan yang menyangkut hubungan manusia dengan yang gaib, misalnya Tuhan dan rohroh gaib. Kearifan lokal dapat berupa adat istiadat, institusi, kata-kata bijak, pepatah (Jawa: parian, paribasan, bebasan dan saloka).

Dalam karya sastra kearifan lokal jelas merupakan bahasa, baik lisan maupun tulisan Ratna (2011-95). Dalam masyarakat, kearifan-kearifan lokal dapat ditemui dalam cerita rakyat, nyayian, pepatah, sasanti, petuah, semboyan, dan kitab-kitab kuno yang melekat dalam perilaku seharihari. Kearifan lokal ini akan mewujud menjadi budaya tradisi, kearifan lokal akan tercermin dalam nilai-nilai yang berlaku dalam kelompok masyarakat tertentu.

Kearifan lokal diungkapkan dalam bentuk kata-kata bijak (falsafah) berupa nasehat, pepatah, pantun, syair, folklore (cerita lisan) dan sebagainya; aturan, prinsip, norma dan tata aturan sosial dan moral yang menjadi sistem sosial; ritus, seremonial atau upacara tradisi dan ritual; serta kebiasaan yang terlihat dalam perilaku sehari-hari dalam pergaulan sosial (Haryanto, 2013: 368). Cerita rakyat banyak mengandung amanat-amanat kepada.

Selain berupa nilai dan kebiasaan kearifan lokal juga dapat berwujud benda-benda nyata salah contohya adalah

wayang. Wayang kulit diakui sebagai kekayaan budaya dunia karena paling tidak memiliki nilai edipeni (estetis) adiluhung (etis) yang melahirkan kearifan masyarakat, masyarakat Jawa. Bahkan cerita terutama wayang merupakan pencerminan kehidupan masvarakat Jawa sehingga tidak aneh bila wayang disebut sebagai agamanya orang Jawa. Dengan wayang, orang Jawa mencari jawab atas permasalahan kehidupan mereka (Sutarso, 2012 : 507). Dalam pertunjukan wayang bergabung keindahan seni sastra, seni musik, seni suara, seni sungging dan ajaran mistik Jawa yang bersumber dari agama-agama besar yang ada dan hidup dalam masyarakat Jawa. Bentuk kearifan lokal yang terdapat pada masyarakat jawa selain wayang adalah joglo ( rumah tradisional jawa ).

Selain kearifan lokal di atas, Bali merupakan salah satu daerah yang masih kental nilai kearifan lokalnya. Hal ini dibuktikan dengan masih tingginya antusias dapat masvarakat terhadap budaya-budaya ritual maupun keagamaan yang ada di Bali. Masih banyak lagi daerah yang mempunyai kearifan lokal untuk menunjang perekonomiannya seperti masyarakat Bantul yang terkenal dengan kesenian kearamiknya, Garut yang terkenal dengan dodolnya, Kebumen dengan genteng sokka dan mash banyak lagi. Hal tersebut merupakan bagian dari budaya kita yang berbentuk kaerifan lokal.

Masyarakat Bali contoh implementasi kearifan lokal rasa syukur kepada tuhan adalah dengan jalan dengan

khidmat dan sujud bhakti menghaturkan yadnya dan persembahyangan kepada tuhan yang maha esa), berziarah atau berkunjung ketempat-tempat suci atau tirta yatra untuk memohon kesucian lahir dan bhatin dan mempelajari dengan sungguh-sungguh ajaran-ajaran mengenai ketuhanan, mengamalkan serta menuruti dengan teliti segala ajaran-ajaran kerohanian atau pendidikan mental spiritual.

Implementasi Tri Hita Karana Dalam masyarakat Bali dapat diterapkan dimana dan kapan saja dan idealnya dalam setiap aspek kehidupan manusia dapat menerapkan dan mempraktekan tri hita karana ini yang sangat sarat dengan ajaran etika yakni tidak saja bagaimana masyarakat Bali diajarkan bertuhan dan mengagungkan tuhan namun bagaimana srada dan bhakti kita kepada tuhan melalaui praktik kita dalam kehidupan sehari-hari seperti mengahargai antara manusia dan alam semesta ini yang telah memberikan kehidupan bagi kita.

Dalam kehidupan sehari-hari setiap manusia selalu mencari kebahagiaan dan selalu mengharapkan agar dapat hidup secara damai dan tentram baik antara manusia dalam hal ini tetangga yang ada dilingkungan tersebut maupun dengan alam sekitarya. Hubungan tersebut biasanya terjalin dengan tidak sengaja atau secara mengalir saja terutama dengan manusia namun ada juga yang tidak memperdulikan hal tersebut dan cenderung melupakan hakekatnya sebagai manusia sosial yang tak dapat hidup sendiri. Dalam

kehidupan manusia, segala sesuatu berawal dari diri sendiri dan kemudian berlanjut pada keluarganya. Dalam keluarga, manusia akan diberikan pengetahuan dan pelajaran tentang hidup baik tentang ketuhanan ataupun etika oleh orang tua atau pengasuh kita (wali), dan beranjak dari hal tersebut pula orang tua secara perlahan menanamkan nilai-nilai keagamaan dalam tubuh dan pikiran setiap anak-anaknya melalui praktik maupun teori. Begitu pula halnya dengan pendidikan atau pemahaman tentang tri hita karana itu sendiri, secara sadar maupun tidak sadar hal tersebut atau nilai-nilai ajaran tersebut sudah ditanamkan oleh orang tua melalui praktik kepada anak-anaknya seperti mengajarkan anaknya untuk mebanten saiban. Memang hal ini manpak sepele namun jika kita mampu mengkaji lebih dalam sesungguhnya hal ini mengandung nilai pendidikan yang sangat tinggi meskipun orang tua kebanyakan tidak mampu menjelaskan secara logika dan benar makna dari tindakan tersebut.

Selain hal tersebut diatas masih banyak hal terkait implementasi Tri Hita Karana yang dapat dilakukan dalam kehidupak keluarga, seperti mebanten ketika hendak melakukan suatu kegiatan seperi membuka lahan perkebunan yang baru. Interaksi manusia dengan alam dan Tuhan yang nampak pada kegiatan tersebut hampir tidak pernah diperbincangkan oleh manusia dan menganggap hal tersebut sebagi hal yang biasa, namun demikianlah umat hindu mengimani ajaran Tri Hita Karana yang mana implementasinya sendiri terkadang dilakukan secara tidak sengaja namun mengena pada sasaran.

# **B.Desentralisasi Layanan Puskesmas**

Di negara sedang berkembang seperti Indonesia, masyarakat sangat kesejahteraan tergantung pada kemampuan mereka mendapat akses dan kemampuan untuk dapat menggunakan pelayanan publik. Akan tetapi permintaan akan pelayanan tersebut biasanya jauh melebihi pemerintah untuk dapat meemenuhinya. kemampuan Desentralisasi adalah suatu paham mencoba vana menggugat kelemahan-kelemahan yang ada pada diskursus sentralisasi.

Pemusatan segala urusan publik hanya kepada negara, dengan jargon idealnya *Walfare State*, dalam realitasnya hanyalah sebatas retorika. Sebab, urusan pelayanan publik yang demikian kompleks, mustahil dapat diurus "secara borongan" oleh institusi negara. Pelayanan publik dapat diartikan sebagai suatu usaha yang dilakukan oleh seseorang / kelompok orang atau institusi tertentu untuk memberikan kemudahan dan bantuan kepada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu (Miftah Thoha, 1991).

Sedangkan Handayaningrat (1988), membedakan antara pelayanan masyarakat yaitu aktivitas yang dilakukan untuk memberikan jasa-jasa dan kemudahan-kemudahan kepada masyarakat. Sedangkan satu lagi, adalah pelayanan umum (public service) yaitu pelayanan yang diberikan dengan memegang teguh syarat-syarat efisiensi, efektivitas dan penghematan dengan melayani kepentingan umum di bidang produksi atau distribusi yang bergerak di bidang jasa-jasa vital. Jika dilihat dari segi dimensi-dimensi pelayanan dapat dibagi dalam beberapa jenis, misalnya Chitwood (dalam Frederickson, 1988) menyebutkan apabila pelayanan public dikaitkan dengan keadilan, maka bisa dibagi ke dalam tiga bentuk dasar, yaitu:

- 2. Pelayanan yang sama bagi semua. Misalnya pendidikan yang diwajibkan bagi penduduk usia muda.
- Pelayanan yang sama secara proporsional bagi semua, yaitu distribusi pelayanan yang didasarkan atas suatu ciri tertentu yang berhubungan dengan kebutuhan. Misalnya jumlah polisi yang ditugaskan untuk berpratoli dalam wilayah tertentu berbeda-beda berdasarkan angka kriminalitas.
- 4. Pelayanan-pelayanan yang tidak sama bagi individuindividu bersesuaian dengan perbedaan yang relevan. Ada beberapa kriteria mengapa pelayanan itu tidak sama antara lain: satu, pelayanan yang diberikan berdasarkan kemampuan untuk membayar dari

penerima pelayanan. Dua, penyediaan pelayananpelayanan atas dasar kebutuhan-kebutuhan.

Berkembangnya ragam pelayanan publik dan kian tingginya tuntutan pelayanan publik yang lebih efisien, cepat, fleksibel, berbiaya rendah serta memuaskan, akan menjadikan negara "kewalahan" manakala masih pada posisi tetap memaksakan dirinya sebagai satu-satunya institusi yang "paling syah" dalam memberikan pelayanan. Bahkan jika ia tetap menempatkan diri sebagai agen tunggal dalam memberikan pelayanan. Bahkan jika ia tetap menempatkan diri sebagai agen tunggal dalam memberikan pelayanan, pastilah akan berada pada posisi "payah". Karena itu, mengurus sesuatu yang semestinya tidak perlu diurus, haruslah ditinggalkan oleh Negara agar lebih berkonsentrasi pada urusan-urusan yang lebih strategis dan krusial. Karena itu, konsep desentralisasi sebenarnya bermaksud untuk mengurangi beban negara berlebihan dan tidak semestinya. Ia merekomendasikan berbagai hak, wewenang, tugas dan tanggungjawab dengan masyarakat (baik terorganisir maupun tidak) dalam mengurusi dan memberikan pelayanan publik agar tidak semakin "kepayahan". Bahkan ia memberikan rekomendasi agar rakyat diperbolehkan mengurusi dirinya sendiri; dan tidak serba menyerahkan segala urusannya kepada negara.

# 3. DESENTRALISASI DAN OTONOMI

Pengertian desentralisasi dan otonomi, sampai saat ini sebenarnya masih terdapat banyak pendapat. Setiap orang mempunyai tafsiran yang berbeda 3 terhadap "istilah" yang disebut dengan desentralisasi dan otonomi ini. Sebagai akibatnya, terdapat beragam pengertian yang berbeda antara yang satu dengan yang lain.

PBB misalnya, pada tahun 1962 mengartikan desentralisasi sebagai dekonsentrasi, yang juga disebut desentralisasi birokrasi atau administrasi, dan devolusi yang sering juga disebut sebagai desentralisasi demokrasi atau politik, yang mendelegasikan wewenang pengambilan keputusan kepada perwakilan yang dipilih melalui pemilihan lokal. Di lain pihak, Lemieux (dalam Zuhro, 1998) menyatakan bahwa secara konseptual, desentralisasi dn otonomi dipandang sebagai suatu hak dan kewenangan daerah untuk mengatur dirinya sendiri, baik yang menyangkut keputusan administrasi maupun keputusan politik dengan tetap memperhatikan ketentuan perundang-undangan.

Sedangkan menurut Rondinelli, (1981) menyatakan bahwa desentralisasi sebagai: "The transfer or delegatian of legal and outhority to plan, make decisions and manage public functions from the central governmental its agencies to field organizations of those agencies, subordinate units of government, semi autonomous public corporation, areawide or regional development authorities; functional authorities,

autonomous local government, or non-governmental organizational". (desentralisasi merupakan transfer atau pendelegasian wewenang politik dan hukum untuk merencanakan, membuat keputusan dan memanage fungsipublik dari pemerintah pusat dan lembagalembaganya terhadap organisasi-organisasi di lapangan dari lembaga-lembaga tersebut, unit-unit pemerintah, otoritas pembangunan regional; wewenang fungsional; pemerintahpemerintah otonomi local ; atau lembaga-lembaga nonpemerintahan). Berdasarkan pendapat tersebut desentralisasi dikategorikan atas tiga kategori, yaitu:

- 1. Dekonsentrasi.
- 2. Delegasi,
- Devolusi,

Dekonsentrasi pada dasarnya merupakan bentuk desentralisasi yang kurang ekstensif, yang sekedar merupakan pergeseran beban kerja dari kantor-kantor pusat departemen kepada staff, itu mungkin tidak diberikan kewenangan untuk merumuskan bagaimana vang dibebankan kepadanya harus dilaksanakan. Delegasi adalah bentuk desentralisasi dalam wujud pembuatan keputusan dan kewenangan-kewenangan manajemen untuk menjalankan fungsi-fungsi public tertentu pada organisasiorganisasi tertentu dan hanya dikontrol secara tidak langsung oleh departemen pusat. Devolusi diartikan sebagai wujud kongkrit dari desentralisasi politik (political decentralization). Ciri-ciri pokok dari devolusi ini antara lain :

Pertama, diberikan otonomi penuh dan kebebasan tertentu kepada pemerintah lokal, serta kontrol yang relatif kecil dari pemerintah pusat terhadapnya.

Kedua, pemerintah lokal ini harus memiliki wilayah dan kewenangan hukum jelas dan berhak yang untuk menjalankan kewenangan hukum dan segala berhak menjalankan fungsi-fungsi publik dan politiknya (pemerintahannya).

Ketiga, pemerintah lokal harus diberikan "corporate status" dan kekuasaan yang cukup untuk menggali sumber-sumber yang diperlukan untuk menjalankan semua fungsi-fungsinya. Keempat, perlu mengembangkan pemerintah lokal sebagai institusi, dalam arti bahwa ini akan dipersiapkan oleh masyarakat lokal sebagai 4 organisasi yang menyediakan pelayanan yang memuaskan kebutuhan mereka sebagai satuan pemerintah dimana mereka mempunyai hak mempengaruhi keputusan-keputusan.

Kelima, devolusi mensyaratkan adanya hubungan timbal balik yang saling menguntungkan serta koordinasi yang efektif antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Uphoff (1998) merekomendasi keterlibatan tiga sektor dalam memberikan pelayanan publik, ialah sektor negara (government/state), pasar (market) dan Non Government

Organization (NGO)/Grassroot Organization/Civil institution. Bahkan ia memandang bahwa keberhasilan suatu pembangunan banyak bergantung kepada rekayasa sinergi yang positif di antara ketiganya. Ketiganya merupakan institusi yang saling melengkapi dan berhubungan.

# 1. Pada sektor pemerintahan :

- Yang menjadi mekanisme pengendali adalah organisasi birokrasi yang berlevel mulai dari pusat sampai ke desa,
- Sebagai pengambil keputusan adalah para administrator yang dikelilingi oleh elit ahli,
- Dalam memberikan layanan mendasarkan kepada aturan-aturan birokrasi (perundang-undangan),
- d. Kriteria keberhasilan keputusan adalah banyaknya kebijaksanaan yang berhasil diimplemenasikan,
- e. Alam memberlakukan sangsi mempergunakan kekuasaan negara yang mempunyai sifat memaksa, dan
- f. Modus operandi layanan mendasarkan mekanisme yang berasal dari atas (top down) atau pemerintahan sendiri.

# 2. Pada sektor privat :

- a. Mekanisme pengendali layanan publik mengandalkan proses pasar,
- Pengambilan keputusan dilakukan oleh individu, para penabung dan investor,
- c. Pedoman perilaku adalah kecocokan harga,

- d. Kriteria keberhasilan keputusan/layanan adalah efisiensi yaitu memaksimalkan keuntungan dan atau kepuasan dan meminimalkan kerugian dan atau ketidakpuasan,
- e. Sanksi yang berlaku berupa kerugian finansial,
- f. Modus operandi pelayanan dilakukan oleh perorangan.

# 3. Pada sektor sipil:

- a. Mekanisme pengendali pelayanan adalah suatu asosiasi sukarela.
- Pembuatan keputusan pelayanan dilakukan secara bersama-sama oleh pemimpin dan anggota,
- c. Pedoman perilaku adalah persetujuan anggota,
- Yang dijadikan sebagai kriteria keberhasilan suatu keputusan adalah terakomodasinya interes anggota,
- e. Sanksi yang ada berupa tekanan social anggota, dan
- f. Modus operandi pelayanan dilakukan dari bawah (bottom up).

Pada sektor ketiga, terdapat perbedaan antara Non Government Organization (NGO) dan Grassroot organization (GRO). NGO merupakan organisasi yang jaringannya sampai ke tingkat internasional. Karena itu, strukturnya juga jelas mulai dari tingkat internasional sampai ke tingkat

individual. Sedangkan GRO atau organisasi akar rumput adalah suatu organisasi yang tumbuh dari bawah. Ia tidak terstruktur sampai ke tingkat internasional. Bahkan tidak jarang, GRO ini tumbuh dengan tingkatan lokal belaka.

# C. Reformasi Layanan Puskesmas

Pelayanan publik pada dasarnya menyangkut aspek kehidupan yang sangat luas. Dalam kehidupan bernegara, maka pemerintah memiliki fungsi memberikan berbagai pelayanan publik yang diperlukan oleh masyarakat, mulai pelayanan dalam bentuk pengaturan atau pelayanan-pelayanan lain dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat dalam bidang pendidikan, kesehatan, utlilitas, dan lainnya. Berbagai gerakan reformasi publik (public reform) yang dialami negara-negara maju pada awal tahun 1990-an banyak diilhami oleh tekanan masyarakat akan perlunya peningkatan kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh pemerintah.

Di Indonesia. upaya memperbaiki pelayanan sebenarnya juga telah sejak lama dilaksanakan oleh pemerintah, antara lain melalui Inpres No. 5 Tahun 1984 tentang Pedoman Penyederhanaan dan Pengendalian Perijinan di Bidang Usaha. Upaya ini dilanjutkan dengan Surat Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara No. 81/1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum. Untuk lebih mendorong komitmen aparatur pemerintah terhadap peningkatan mutu pelayanan, maka telah diterbitkan pula Inpres No. 1 Tahun 1995 tentang Perbaikan dan Peningkatan Mutu Pelayanan Aparatur Pemerintah Kepada Masyarakat. Pada perkembangan terakhir telah diterbitkan pula Keputusan Menpan No. 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentana Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.Oleh karena saya membuat makalah ini dengan judul " Model Reformasi Pelayanan Publik ",dan diharapkan agar kita lebih memahami tentang Model Reformasi Pelayanan Publik tersebut.

Pelayanan publik diibaratkan sebagai sebuah proses, dimana ada orang yang dilayani, melayani, dan jenis dari pelayanan yang diberikan. Sehingga kiranya pelayanan publik memuat hal-hal yang subtansial yang berbeda dengan pelayanan yang diberikan oleh swasta. Pelayanan publik adalah pelayanan yang diberikan oleh pemerintah dalam rangka memenuhi segala kebutuhan masyarakat, sehingga dapat dibedakan dengan pelayanan yang dilakukan oleh swasta (Ratminto, 2006).

Sebagai contoh adalah pembuatan Surat Izin Mengemudi (SIM) yang diberikan oleh pihak kepolisian dan dimonopoli oleh satu pihak. SIM tidak boleh dikeluarkan oleh lembaga lain termasuk swasta. Sehingga pelayanan yang seperti itu dengan ciri dimonopoli oleh pemerintah disebut pelayanan publik.

Namun, dalam perjalanannya ternyata pelayanan publik menemui berbagai macam rintangan vang menghadang. Salah satunya adalah paradigma birokrasi yang cenderung untuk minta dilayani ketimbang melayani. Hal tersebut mengakibatkan berbagai persoalan (Singgih Wiranto, 2006) seperti berbelit-belit, tidak efektif dan efisien, sulit dipahami, sulit dilaksanakan, tidak akurat, transparan, tidak adil, birokratis, tidak profesional, tidak akuntabel, keterbatasan teknologi, keterbatasan informasi, kurangnya kepastian hukum, KKN, biaya tinggi, polarisasi politis, sentralistik, tidak adanya standar baku dan lemahnya kontrol masyarakat. Sedangkan telah terjadi pergeseran paradigma pelayanan publik dimana rakyat atau warga Negara adalah focus dari pelayanan.

Pelayanan publik sendiri terdiri dari berbagai bentuk pelayanan yang diberikan oleh Negara. Pelayanan publik dapat berupa pelayanan di bidang barang dan jasa (Ratminto,2006). Pelayanan dibidang jasa seperti penyediaan bahan baker minyak yang dilakukan oleh Pertamina, dan beras yang diurus oleh Badan Usaha Logistik (BULOG). Sedangkan dalam porsi jasa dapat berupa jasa perizinan dan investasi yang sekarang ini sedang marak untuk dikaji dan diperbincangkan oleh berbagai kalangan, baik itu akademisi maupun praktisi.

Kenapa investasi bisa semakin marak? Mengingat Indonesia adalah Negara kaya namun kurang mendapatkan tempat dihati para investor. Hal tersebut terbukti dengan

peringkat Indonesia yang masih diatas seratus dalam kategori pro investasi karena proses yang panjang.

Dengan diberlakukannya pelayanan satu tempat atau *One Stop Service* (OSS) apakah telah dapat memperbaiki kualitas pelayanan terhadap perizinan. Seperti yang kita ketahui bahwa dengan adanya sistem OSS tersebut tidak serta merta masalah pelayanan perizinan yang berbelit-belit dan panjang akan terhapus. Hal tersebut dikarenakan beberapa alasan.

- 5) Terkadang isntitusi-institusi yang digabungkan dalam dalam satu kantor bukan berarti pemangkasan birokrasi. Publik harus tetap melalui meja-meja yang "sama" dengan sbelumnya. Bedanya jika dulu "meja-meja" lokasinya berbeda sekarang "jadi satu kantor ".
- 6) Orang-orang yang berada dikantor pelayanan satu atap yang "mewakili" institusinya tidak memiliki kewenangan yang cukup untuk menetapkan keputusan yang mendesak dalam hal pelayanan. Sehingga lagi-lagi si "publik" harus menunggu atasan "pelayan" dikantor tersebut, dalam memeberikan keputusan. Sehingga kantor inipun gagal mencapai tujuan awal yaitu efisiensi (Indiahono,2006).

Dapat diambil sebuah kesimpulan bahwa OSS saja tanpa memaknainya malah akan menambah masalah bagi daerah terutama untuk Banyumas. KPPI sendiri adalah sebuah badan untuk meng-acc hal-hal yang telah dibuat

oleh dinas atau badan lain.sebagai contoh (*Suara Merdeka*,2005) adalah pada tahun 2005 Pertumbuhan investasi di Banyumas beberapa tahun terakhir ini tergolong pesat. Pada tahun ini sampai Juni lalu, investasi di sektor perdagangan, jasa, dan properti dari investor lokal dan luar daerah yang bergulir Rp 64 miliar.

Angka itu dihitung berdasar pengajuan izin gangguan lingkungan ke Kantor Pelayanan Perizinan dan Investasi (KPPI) serta telah mengantongi SIUP dari Dinas Perdagangan dan Perindustrian serta Dinas Koperasi dan UKM. Dengan adanya pelayanan yang sangat banyak untuk mendirikan usaha seperti contoh di atas dalam hal ini berarti OSS belum bias maksimal mengingat beberapa pelayanan masih di urusi oleh dinas/kantor/lembaga lain selain KPPI.

Persoalan pun bukan hanya itu saja, melainkan masih banyak yang harus dibenahi karena untuk menjadi yang terbaik harus dimulai dari kita sendiri dalam hal ini inisiatif dari dalam lembaga. Komitmen dari KPPI sendiri menjadi sebuah *makanan* yang harus ditelan dan dicerna. Komitmen tersebut dapat dilihat dari kesesuaian antara peraturan dan kondisi lapangan. Banyak dari dinas/kantor/lembaga pemerintah yang mengindahkan hal tersebut. Akhirnya kepastian waktu penyelesaian dan biaya menjadi tidak jelas.

Hal seperti itu harus diantisipasi sejak dini mengingat rakyat masih membutuhkan pelayanan yang baik yang diberikan oleh pemerintah karena pemerintah memonopoli

pelayaan yang menyangkut rakyat banyak. Komitmen dalam melayani telah berhasil dibuktikan oleh pemerintah Kabupaten Purbalingga yang mendapat sertifikasi ISO 9001:2000 yang merupakan manajemen mutu pelayanan (*Suara Merdeka*,2006). Dapatkah pemerintah Banyumas menerapkan sistem yang sama atau malah lebih hebat dari Purbalingga? Kita tunggu aksinya.

Sebuah alternative yang dapat dilakukan untuk berbenah bagi KPPI adalah penggunaan sebuah sistem yang menggunakan partisipasi masyarakat sehingga pelayanan akan berada pada dua arah. Antara pelanggan dan yang melayani. Dalam berbagai referensi sistem itu disebut *Citizen Charter* atau *Service Charter*.

Istilah Citizen Charter (CC)atau kontrak pelayanan pertama kali diperkenalkan oleh Osborne dan Plastrik (1997). Citizen Charter (CC) adalah standar pelayanan yang ditetapkan berdasarkan aspirasi dari pelanggan, dan birokrasi berjanji untuk memenuhinya. Citizen Charter (CC) merupakan sebuah pendekatan dalam menyelenggarakan pelayanan publik yang menempatkan pengguna layanan atau pelanggan sebagai pusat perhatian. Dalam hal ini, kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan harus menjadi pertimbangan utama dalam proses pelayanan (AG. Subarsono,2006)

Dengan kontrak pelayanan berarti ada sebuah komitmen antara pelanggan dan yang melayani. Dalam hal ini akan ada sebuah kesepakatan baik itu mengenai

pelayanan, prosedur, waktu penyelesaian, maupun biaya yang ditanggung oleh pelanggan. Dengan demikian ada sebuah kesepahaman antara hak dan kewajiban dari masing-masing pihak.

# 4. Permasalahan Pelayanan Publik

Permasalahan utama pelayanan publik pada dasarnya adalah berkaitan dengan peningkatan kualitas pelayanan itu sendiri. Pelayanan yang berkualitas sangat tergantung pada berbagai aspek, yaitu bagaimana pola penyelenggaraannya (tata laksana), dukungan sumber daya manusia. dan kelembagaan.Dilihat dari sisi pola penyelenggaraannya, pelayanan publik masih memiliki berbagai kelemahan antara lain:

- a. Kurang responsif. Kondisi ini terjadi pada hampir semua tingkatan unsur pelayanan, mulai pada tingkatan petugas pelayanan (front line) sampai dengan tingkatan penanggungjawab instansi. Respon terhadap berbagai keluhan, aspirasi, maupun harapan masyarakat seringkali lambat atau bahkan diabaikan sama sekali.
- informatif. b. *Kurang* Berbagai informasi yang seharusnya disampaikan kepada masyarakat, lambat atau bahkan tidak sampai kepada masyarakat.
- c. Kurang accessible. Berbagai unit pelaksana pelayanan terletak jauh dari jangkauan masyarakat,

- sehingga menyulitkan bagi mereka yang memerlukan pelayanan tersebut.
- d. *Kurang koordinasi*. Berbagai unit pelayanan yang terkait satu dengan lainnya sangat kurang berkoordinasi. Akibatnya, sering terjadi tumpang tindih ataupun pertentangan kebijakan antara satu instansi pelayanan dengan instansi pelayanan lain yang terkait.
- e. Birokratis. Pelayanan (khususnya pelayanan perijinan) pada umumnya dilakukan dengan melalui proses vang terdiri dari berbagai level, sehingga menyebabkan penyelesaian pelayanan yang terlalu lama. Dalam kaitan dengan penyelesaian masalah pelayanan, kemungkinan staf pelayanan (front line staff) untuk dapat menyelesaikan masalah sangat kecil, dan dilain pihak kemungkinan masyarakat untuk bertemu dengan penanggungjawab pelayanan, dalam rangka menyelesaikan masalah yang terjadi ketika pelayanan diberikan, juga sangat sulit. Akibatnya, berbagai masalah pelayanan memerlukan waktu yang lama untuk diselesaikan.
- f. Kurang mau mendengar keluhan/saran/aspirasi masyarakat. Pada umumnya aparat pelayanan kurang memiliki kemauan untuk mendengar keluhan/saran/ aspirasi dari masyarakat. Akibatnya, pelayanan dilaksanakan dengan apa adanya, tanpa ada perbaikan dari waktu ke waktu.

g. *Inefisien*. Berbagai persyaratan yang diperlukan (khususnya dalam pelayanan perijinan) seringkali tidak relevan dengan pelayanan yang diberikan.

Dilihat dari sisi sumber daya manusianya, kelemahan utamanya adalah berkaitan dengan profesionalisme, kompetensi, empathy dan etika. Berbagai pandangan juga setuju bahwa salah satu dari unsur yang perlu dipertimbangkan adalah masalah sistem kompensasi yang tepat.

Dilihat dari sisi kelembagaan, kelemahan utama terletak pada disain organisasi yang tidak dirancang khusus dalam rangka pemberian pelayanan kepada masyarakat, penuh dengan hirarki yang membuat pelayanan menjadi berbelit-belit (birokratis), dan tidak terkoordinasi. Kecenderungan untuk melaksanakan dua fungsi sekaligus, fungsi pengaturan dan fungsi penyelenggaraan, masih sangat kental dilakukan oleh pemerintah, yang juga menyebabkan pelayanan publik menjadi tidak efisien.

### 5. Pemecahan Masalah

Tuntutan masyarakat pada era repormasi terhadap pelayanan publik yang berkualitas akan semakin menguat. Oleh karena itu, kredibilitas pemerintah sangat ditentukan oleh kemampuannya mengatasi berbagai permasalahan di atas sehingga mampu menyediakan pelayanan publik yang memuaskan masyarakat sesuai dengan kemampuan yang

dimilikinya. Dari sisi mikro, hal-hal yang dapat diajukan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut antara lain adalah sebagai berikut:

# a. Penetapan Standar Pelayanan.

Standar pelayanan memiliki arti yang sangat penting dalam pelayanan publik. Standar pelayanan merupakan suatu komitmen penyelenggara pelayanan menyediakan pelayanan dengan suatu kualitas tertentu yang ditentukan atas dasar perpaduan harapan-harapan masyarakat dan kemampuan penyelenggara pelayanan. Penetapan standar pelayanan yang dilakukan melalui proses identifikasi ienis pelavanan. identifikasi pelanggan, identifikasi harapan pelanggan, perumusan visi dan misi pelayanan, analisis proses dan prosedur, sarana dan prasarana, waktu dan biaya pelayanan. Proses ini tidak hanya akan memberikan informasi mengenai standar pelayanan yang harus ditetapkan, tetapi juga informasi mengenai kelembagaan yang mendukung terselenggaranya mampu proses manajemen yang menghasilkan pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Informasi lain yang juga dihasilkan adalah informasi mengenai kuantitas dan kompetensi-kompetensi sumber daya manusia yang dibutuhkan serta distribusinya beban tugas pelayanan yang akan ditanganinya.

- b. Pengembangan Standard Operating Procedures (SOP).
   Untuk memastikan bahwa proses pelayanan dapat berjalan secara konsisten diperlukan adanya Standard Operating Procedures. Dengan adanya SOP, maka proses pengolahan yang dilakukan secara internal dalam unit pelayanan dapat berjalan sesuai dengan
  - 1) Untuk memastikan bahwa proses dapat berjalan *uninterupted*. Jika terjadi hal-hal tertentu, misalkan petugas yang diberi tugas menangani satu proses tertentu berhalangan hadir, maka petugas lain dapat menggantikannya.Oleh karena itu proses pelayanan dapat berjalan terus;

acuan yang jelas, sehingga dapat berjalan secara konsisten. Disamping itu SOP juga bermanfaat dalam

hal:

- Untuk memastikan bahwa pelayanan perijinan dapat berjalan sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- Memberikan informasi yang akurat ketika dilakukan penelusuran terhadap kesalahan prosedur jika terjadi penyimpangan dalam pelayanan;
- Memberikan informasi yang akurat ketika akan dilakukan perubahan-perubahan tertentu dalam prosedur pelayanan;
- Memberikan informasi yang akurat dalam rangka pengendalian pelayanan;

- 6) Memberikan informasi yang jelas mengenai tugas dan kewenangan yang akan diserahkan kepada petugas tertentu yang akan menangani satu proses pelayanan tertentu. Atau dengan kata lain, bahwa semua petugas yang terlibat dalam proses pelayanan memiliki uraian tugas dan tangungjawab yang jelas;
- c. Pengembangan Survey Kepuasan Pelanggan.

Untuk menjaga kepuasan masyarakat, maka perlu dikembangkan suatu mekanisme penilaian kepuasan masyarakat atas pelayanan yang telah diberikan oleh penvelenggara pelayanan publik. Dalam konsep manajemen pelayanan, kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila produk pelayanan yang diberikan oleh penyedia pelayanan memenuhi kualitas yang diharapkan masyarakat. Oleh karena itu, survey kepuasan pelanggan memiliki arti penting dalam upaya peningkatan pelayanan publik;

d. Pengembangan Sistem Pengelolaan Pengaduan.

Pengaduan masyarakat merupakan satu sumber informasi bagi upaya-upaya pihak penyelenggara pelayanan untuk secara konsisten menjaga pelayanan yang dihasilkannya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Oleh karena itu perlu didisain suatu sistem pengelolaan pengaduan yang secara dapat efektif dan efisien mengolah berbagai pengaduan masyarakat

menjadi bahan masukan bagi perbaikan kualitas pelayanan; Sedangkan dari sisi makro, peningkatan kualitas pelayanan publik dapat dilakukan melalui pengembangan model-model pelayanan publik.

Dalam hal-hal tertentu, memang terdapat pelayanan publik pengelolaannya dapat dilakukan yang secara privateuntuk menghasilkan kualitas yang baik. Beberapa model yang sudah banyak diperkenalkan antara lain:contracting out, dalam hal ini pelayanan publik dilaksanakan oleh swasta melalui suatu proses lelang, pemerintah memegang peran sebagai pengatur; franchising, dalam hal ini pemerintah menunjuk pihak swasta untuk dapat menyediakan pelayanan publik tertentu yang diikuti dengan price regularity untuk mengatur harga maksimum. Dalam banyak hal pemerintah juga dapat melakukan privatisasi.

Disamping itu, peningkatan kualitas pelayanan publik juga perlu didukung adanya restrukturisasi birokrasi, yang akan memangkas berbagai kompleksitas pelayanan publik menjadi lebih sederhana. Birokrasi yang kompleks menjadi ladang bagi tumbuhnya KKN dalam penyelenggaraan pelayanan.

# 6. Salah satu contoh rendahnya kualitas pelayanan publik di indonesia

Keluhan dan Kritik terhadap BirokrasiHasil Penelitian Ugm

Agus Dwiyanto bersama sejumlah dosen Universitas Gadjah Mada bisa di bilang mampu mengupas birokrasi Indonesia secara lengkap di bandingkan dengan penulis lain di Indonesia. Dalam kesimpulannya mereka menulis antara lain:

Kinerja pelayanan public di kega provinsi, yaitu daerah istimewa Yogyakarta, Sumatra barat, dan Sulawesi selatan sebagaimana di tunjukan oleh penelitian itu masih sangat buruk. Kendati penyelenggaraan pelayanan di ketiga daerah itu tidak merepresentasikan kinerja pelayanan publik di Indonesia, Karena penyelenggaraan pelayanan publik antar povinsi dikabupaten jauh berbeda, temuan yang di peroleh penelitian ini setidak-tidaknya memberikan indikasi mengenai masih rendahnya kualitas pelayanan public di Indonesia. Penelitian ini membuktikan bahwa birokrasi publik di Indonesia belum mampu menyelenggarakan pelayanan public yang efisien, adil, responsif, dan akntabel.

Kenyataan tersebut sungguh memprihatinkan.Maka mereka memberikan sejumlah rekomendasi yang dapat dirangkum sebagai berikut:

- 1) Perlu dibangun nilai dan budaya baru.
- 2) Perlu diciptakan lingkungan baru, terutama berkaitan dengan trasnparasi dan pemberantasan KKN.
- 3) Perlu diterapkan costumer charter dalam birokrasi pelayanan publik.

- 4) Perlu dipkirkan pengembangan kemitraan antara pemerintahan dan masyarakat, termasuk dunia usaha.
- 5) Perlu dipikirkan "penggunanan misi birokrasi kriteria untuk menilai tindakan seorang pejabat pemerintahan dan birokrasi".

Dari uraian di atas jelas bahwa perbaikan kinerja pelayanan public di Indonesia memerlukan kebijakan yang Pemerintah holistic. di tuntut keberanian dan kemampuannya untuk bias mengembangkan kebijakan reformasi birokrasi yang holistic dan melaksanakannya secara konsisten. Hanya dengan cara ini,reformasi birokrasi di Indonesia akan dapat menghasilkan sosok birokrasi yang benar-benar mengabdikan dirinya pada kepentingan publik dan menghasilkan pelayanan public yang efisien,resfonsif,dan akuntabel.

### D. Latihan

### **BAB VII**

### **MODEL LAYANAN PUSKESMAS**

# A. Model Layanan Puskesmas Konvensional

Berikut ini adalah model pelayanan konvesional yang selama ini diterapkan di puskesmas

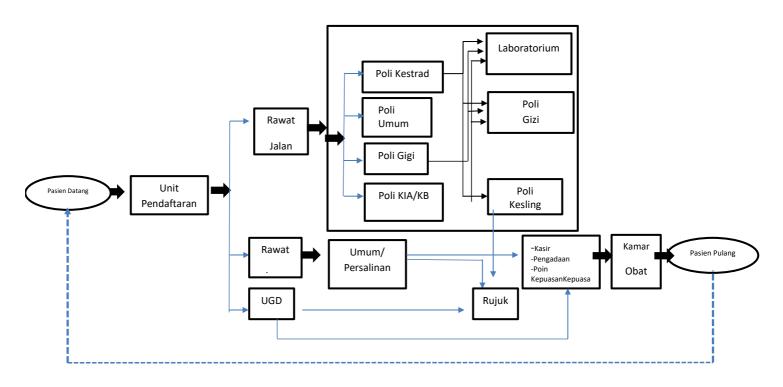
#### a Pendaftaran

- Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian
- 2) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.
- Pasien menunjukkan kartu identitas (KTP/KK, Kartu Jaminan Kesehatan) yang dipunyai atau Kartu Berobat jika sudah pernah periksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
- 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.

# b. Pasien menunju Poli Umum:

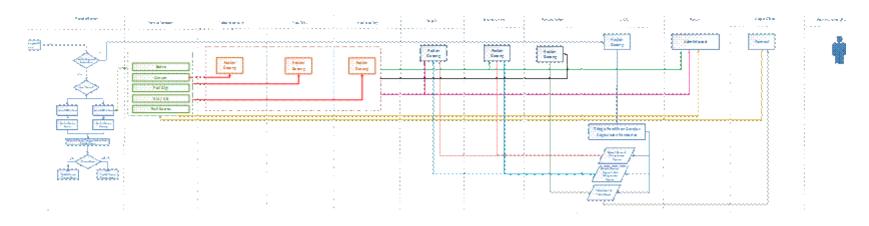
- Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien.
- Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
- Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
- Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.

- 5) Kasir menyerahkan rincian biaya pelayanan kepada pasien dan meminta untuk menunggu hasil obat di ruang tunggu atau mengarahkan ke tata usaha jika membutuhkan nomor surat dan stempel puskesmas.
- 6) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
- 7) Pasien pulang.
- Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
- d. Pasien menuju UGD:
  - 1) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
  - 2) mengambil obat ke depo obat
  - melakukan rawat inap di di Rumah Sakit yang dirujuk



Gambarr: 7.1 Alur Pelayanan Puskesmas

Sumber: Profil Puskesmas

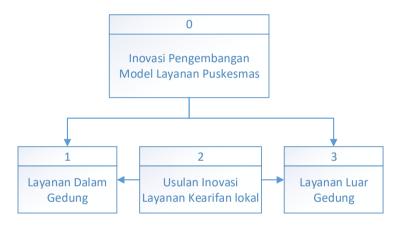


Gambar 7.2 : Flow Chart Alur Pelayanan di Puskesmas

Sumber: data penelitian diolah, 2018

# B. Model Layanan Puskesmas Berbasis Kearifan Lokal

Pada Sub bab ini disajikan model layanan puskesmas yang disesuaikan dengan kearifan lokal yang dimiliki oleh yang dapat diterapkan di 3 (tiga) Puskesmas di Jawa Timur.



Gambar 7.3 : Alur Dasar Pelayanan yang

Dikembangkan di Puskesmas

Sumber: data penelitian diolah, 2018

Model tersebut tentunya nanti akan dikembangkan menurut kearifan lokal yang dimiliki oleh masing-masing puskesmas. Selanjutnya kearifan lokal akan disuntikkan ke dalam inovasi layanan atau kegiatan yang ada di dalam gedung maupun di luar gedung.

# 7.1 Puskesmas Ponorogo Utara

Dari data yang tersaji dalam deskripsi umum lokasi penelitian menunjukkan bahwa pada Puskesmas Ponorogo Utara memiliki kearifan lokal yang bisa dikembangkan dalam pelayanan pada pasien baik untuk pasien umum maupun JKN. Puskesmas Ponorogo Utara memiliki pasien yang sangat setia utamanya untuk pemeriksaan gigi dan mulut sejak tahun 1954 dan imunisasi.

Beberapa inovasi telah dilakukan untuk memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien. Diantaranya adalah imunisasi Center, dan pelayanan kehamilan terpadu. Ketika peneliti ke lapangan/ di puskesmas peneliti melihat banyak pasien vang lalu lalang banyak ibu yang membawa bayinya dan anak-anak yang masih berseragam sekolah. Ternyata Puskesmas bekerjasama dengan beberapa sekolah di wilayah kerianva untuk melakukan imunisasi hepatitis, difteri dan MR. Bagi siswa yang ada kendala imunisasi di sekolah dapat menyusul imunisasi di puskesmas.

Meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa pengembangan pelayanan juga dapat melihat dari distribusi penduduk dan banyaknya penyakit yang diderita oleh para pasien. Tetapi

peneliti melihat kearifan lokal yang akan bisa dikembangkan untuk malakukan inovasi layanan adalah kesetian yang terus-menerus sampai turun-temurun berkunjung ke puskesmas untuk imunisasi dan pemeriksaan gigi dan mulut memiliki entry point yang cukup besar. Menurut peneliti karifan lokal yang ada akan bisa dikembangkan dengan dipadukan dengan budaya yang menjadi kekhasan Kota Ponorogo yaitu Reog Ponorogo. Yaitu menghadirkan reog kecil pada event-event imunisasi agar anak-anak yang hadir bisa berobat atau mendapatkan perawatan kesehatan sambil menikmati hiburan reog. Selain itu bisa juga menyelenggarakan event-event untuk anak-anak misalnya lomba mewarnai, edukasi kesehatan dengan game dan lain sebagainya.

Tetapi dibalik kearifan lokal yang layak untuk dikembangkan, Kabupaten ponorogo juga memiliki kearifan lokal yang memiliki stigma negatif yaitu predikat kampung idiot. Tepatnya ada di Desa Karangpatihan Kecamatan Balong ada 99 warga yang mengalami keterbelakangan mental. Hal ini tentunya menjadi "PR" Pekerjaan Rumah bagi semua elemen yang bergerak di bidang kesehatan termasuk Puskesmas Ponorogo Utara. Mengapa? Karena Puskesmas Ponorogo Utara

merupakan puskesmas yang berada di pusat kota yang menjadi "jujukan " pasien dari berbagai kecamatan di Kabupaten Ponorogo. penjuru Selain itu letak Puskesmas yang dekat dengan rumah sakit rujukan juga menjadi faktor banyaknya pesien yang berobat ke Puskesmas Ponorogo utara. Menurut peneliti sangatlah tepat jika Puskesmas Ponorogo Utara mengambil bagian pengembangan layanan pada program kesehatan Jiwa. Jika dibuat matrik kearifan lokal dan rekomendasi pengembangan layanan yang bisa dikembangkan adalah sebagai berikut.

Tabel 7.1

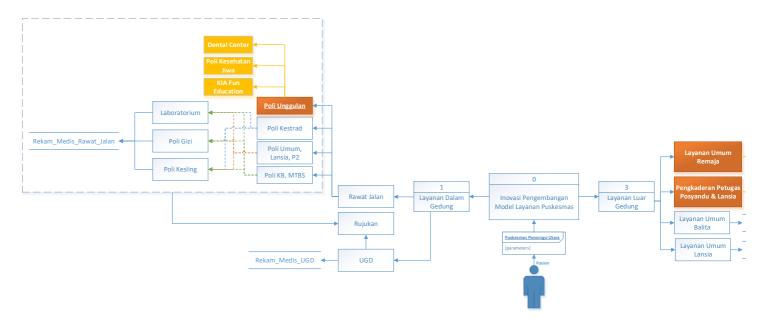
Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan
Layanan pasien JKN
Di Puskesmas Ponorogo Utara

Bii uskesiilas i onorogo otara	
KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Kesetiaan masyarakat secara turun-temurun untuk melakukan imunisasi di puskesmas	Menghadirkan reog mini pada event-event imunisasi. Baik dilakukan di puskesmas maupun di sekolah.
Kerjasama dengan sekolah untuk melakukan imunisasi yang sudah dilakukan puluhan tahun	Menghadirkan lomba anak- anak yang bersifat fun education pada event imunisasi

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Soigk 10E4	Dental Center Terpadu
Sejak 1954	Denial Center Terpadu
menjadi "jujukan"	
untuk pemeriksaan	
gigi.	
Kader Kesehatan	Memaksimalkan kompetensi
yang banyak dan	kader dengan mengikuti
setia baik	berbagai macam
Posyandu Balita	pelatihan/penyuluhan
maupun Posyandu	kesehatan serta
Lansia	pengkaderan untuk
	posyandu Lansia maupun
	Balita
Predikat kampung	Program Layanan
Idiot	Kesehatan Jiwa

Sumber: data penelitian diolah, 2018

Berdasarkan tabel di atas layanan yang dapat dikembangkan di Puskesmas Ponorogo Utara tertuang dalam Model Pengembangan Alur Layanan Pasien JKN/Umum sebagai berikut:



**Gambar 7.4**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Ponorogo Utara

Sumber: data penelitian diolah, 2018

Dapat dilihat pada gambar di atas menunjukkan bahwa inovasi pengembangan

layanan di Puskesmas Ponorogo Utara di dalam gedung adalah KIA *Fun Education,Dental Center* dan Poli Kesehatan Jiwa. Selain itu pengembangan layanan di luar gedung adalah Layanan Posyandu Remaja bekerjasama/bermitra dengan Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Selain itu adalah perlu meningkatkan kemampuan dan pengkaderan

posyandu melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung.

# 7.2. Puskesmas Medokan Ayu

Puskesmas Medokan Ayu merupakan Puskesmas di Surabaya Timur yang cukup maju, dilengkapi dengan UGD. Rawat Inap beberapa layanan. Selain itu layanan yang ada di Puskesmas Medokan Ayu sudah berbasis IT, mulai dari antrian, loket, poli hingga farmasi atau SIMPUS obat. ini dibuat untuk membantu membuat laporan puskesmas dan untuk data perencanaan tingkat dinas. Hanya saja SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) belum berjalan efektif karena kekurangan tenaga kerja di depo obat. Seharusnya pasien dari poli langsung ambil obat di depo obat tidak perlu menggunakan resep lagi. Selain itu aplikasi P-Care dibuat oleh BPJS untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien berobat Membuat rujukan yang secara berjenjang.

Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Medokan Ayu dengan melihat data penduduk di wilayahnya banyak terdistribusi pada usia 5-9 tahun, 10-14 tahun, 15-49 tahun, 45-49 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Selain itu keberadaan Puskesmas Medokan Ayu yang berada di Kota Metropolis, tentunya pengaruh lingkungan lebih

bersifat heterogen dibanding dengan daerah satelit misalnya: Kabupaten Ponorogo, Kabupaten Pacitan, Kabupaten Nganjuk. Menurut peneliti perlu adanya pengembangan layanan spesifik untuk remaja dan bagi penduduk usia produktif.

Selain karena lokasi Puskesmas itu Medokan Ayu sering dipergunakan sebagai tempat magang mahasiswa dari Unair, Stikes, Universitas Hang Tuah Universitas Muhamdiyah Surabaya, khususnya Jurusan keperawatan, bidan. apoteker dan farmasi. Banyaknya mahasiswa yang magang di Puskesmas Medokan hendaknya ditindaklanjuti dengan MoU Ayu (Memorandum or Understanding) atau kerjasama kedua belah pihak dalam kegiatan lain misalnya Pengabdian Masyarakat. Baik dilakukan penyuluhan, edukasi tentang kesehatan untuk remaja maupun ibu usia produktif. Selain itu juga sekolah SMK Kesehatan dan Perguruan Tinggi yang ada di sekitar Medokan Ayu antara laina UPN (Universitas Pembangunan Nasional) juga sekolah-sekolah Kesehatan baik setingkat dengan SMK maupun Sekolah Tinggi seperti misalnya; Stikes dan SMK Kesehatan Surabaya, Stikes dan SMK Kes Nusantara.

Kearifan lokal yang lain adalah kesetiaan Kader Posyandu yang selama ini sudah membantu program-program yang berhubungan dengan pelayanan masyarakat. Ditandai dengan penghargaan yang diterima oleh Bu Sudarwati wakil kader Wonorejo menjadi juara 1 kader Posyandu teladan tingkat Kota Surabaya tahun 2010. Dan Ibu Ira Prihandini kader RW VI Kelurahan Medokan Ayu menjadi juara harapan 1 kader Posyandu teladan tingkat Kota Surabaya Tahun 2012.

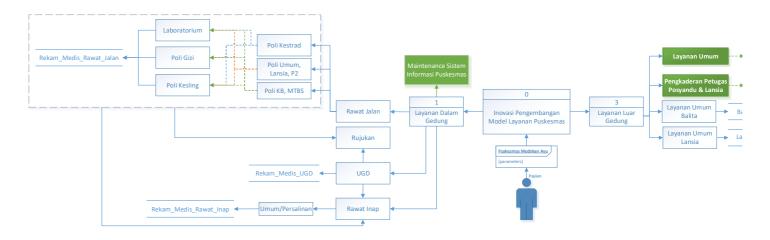
Tabel 7.2

Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan
Layanan Pasien JKN
Di Puskesmas Medokan Ayu

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Memiliki Penduduk yang terdistribusi pada Usia sekolah dan Usia Produktif	Mengembangkan pelayanan untuk remaja dan Ibu usia produktif dengan bekerjasama dengan lintas sektor. Misalnya: Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.
Dekat dengan PTN	Memaksimalkan
dan sekolah-	kerjasama/kemitraan
sekolah Kesehatan	dengan Perguruan tinggi
baik setingkat	atau yang sederajat serta
dengan SMK	Sekolah Kesehatan untuk
maupun Sekolah	menunjang pelayanan
Tinggi	masyarakat.
Kader Kesehatan	Memaksimalkan kompetensi

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
setia dan memiliki	kader dengan mengikuti
komitmen yang	berbagai macam
tinggi Posyandu	pelatihan/penyuluhan
Balita maupun	kesehatan
Posyandu Lansia	
Layananan sudah	Perlu diefektifkan dengan
menggunakan	Mantenance Sistem
SIMPUS dan P-	Informasi Puskesmas
Care	Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018



**Gambar 7.5**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Medokan Ayu Sumber: data penelitian diolah, 2018

Selain itu pengembangan layanan di luar gedung adalah Pelayanan Umum yang bermitra dengan

Pada gambar alur di atas menunjukkan bahwa inovasi pengembangan layanan di Puskesmas

Medokan Ayu di dalam gedung adalah Maintanance Sistem Informasi Puskesmas yang sudah ada.

Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan, Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Selain itu

adalah perlu meningkatkan kemampuan dan pengkaderan posyandu melalui pelatihan dan penyuluhan yang mendukung.

## 7.3. Puskesmas Batu

Puskesmas Batu cukup maju, dilengkapi dengan UGD, Rawat Inap dan beberapa layanan. Selain itu layanan yang ada di Puskesmas Batu seperti halnya di Puskesmas Medokan Ayu sudah berbasis IT. Hanva saja SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) juga belum berjalan efektif karena ke Depo Obat masih menggunakan resep. Selain itu juga sudah menggunakan aplikasi P-Care dibuat oleh BPJS untuk mengetahui jumlah kunjungan pasien yang berobat. Membuat rujukan secara berjenjang.

Berbicara tentang Kota Batu tentu tidak asing lagi di telinga masyarakat Jawa Timur yaitu sebagai Kota Wisata. Museum Angkot, Jatim Park 2, BNS (Batu Night Spectacular), Eco Green Park, Coban Rondo, Taman Selecta adalah wisata yang ada di Batu. Menurut Peneliti ini adalah kearifan lokal yang layak untuk dikembangkan menjadi cikal bakal untuk mengembangkan inovasi pengembangan layanan pasien JKN. Salah satunya adalah UGD Wisata. Dimana UGD itu melayani semua pasien yang mengalami masalah kesehatan ketika sedang rekreasi ke Kota Batu. Dengan adanya UGD Puskesmas Batu memiliki keleluasaan untuk bisa merujuk ke rumah

sakit manapun. Sehingga ini memberi kemudahan dan kenyamanan tersendiri bagi wisatawan.

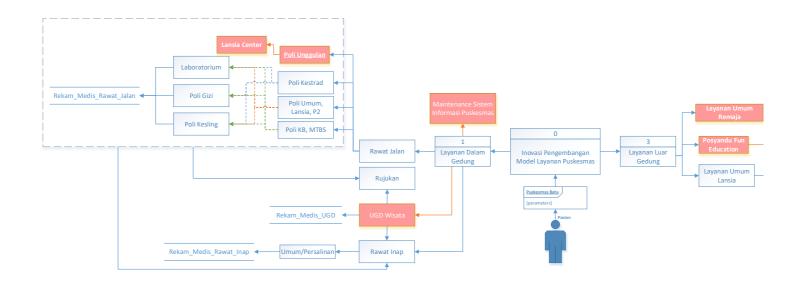
Dengan melihat data kunjungan banyaknya pasien JKN yang berkunjung adalah usia 45-69 tahun atau masuk pada usia lansia. Menurut peneliti ini iuga kearifan lokal meskipun bukan berupa kebiasaan tapi ini bisa menjadi pertimbangan untuk mengembangan layanan, khususnya adalah layanan lansia atau Lansia Center. Mulai tidak ada antrian untuk pasien usia lanjut baik di loket maupun depo obat, fasilitas umum seperti *closet* jongkok, pegangan tangan saat naik, kursi yang nyaman dan lain sebagainya.

Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Batu dengan melihat data penduduk di wilayahnya banyak terdistribusi merata pada Balita (0-4) sampai pada usia 44-44 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Inovasi layanan pengembangan layanan yang paling tepat adalah untuk anak maupun remaja usia sekolah. Karena dengan predikat Kota Wisata, Kota Batu sangatlah rawan dengan pengaruh dari luar. Dan tentunya remaja sangatlah memerlukan fondasi mental yang kuat agar tidak terperosok pada pergaulan bebas yang tidak diinginkan.

# Tabel 7.3 Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan Pasien JKN Di Puskesmas Batu

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Batu sebagai Kota Wisata	Mengembangkan pelayanan "UGD Wisata". Melayani semua pasien JKN utamanya yang mengalami masalah kesehatan ketika sedang rekreasi ke Kota Batu.
Pasien JKN yang berkunjung adalah usia 45-69 tahun atau masuk pada usia lansia	Dikembangkan layanan lansia atau <i>Lansia Center</i>
Memiliki Penduduk yang terdistribusi pada Usia sekolah	Mengembangkan pelayanan untuk remaja bekerjasama dengan lintas sektor. Misalnya: Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.
Layananan sudah menggunakan SIMPUS dan P- <i>Car</i> e	Perlu diefektifkan dengan <i>Mantenance</i> Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018



**Gambar 7.6**: Pengambangan Model Layanan Pukesmas Batu Sumber: data penelitian

diolah,

2018

Pada gambar alur di atas menunjukkan bahwa inovasi pengembangan layanan di Puskesmas

Batu di dalam gedung adalah UGD Wisata, *Maintanance* Sistem Informasi Puskesmas yang sudah ada dan Lansia Center. Selain itu pengembangan layanan di luar gedung adalah Layanan Umum Remaja Layanan Umum bermitra dengan Perguruan Tinggi, Sekolah Kesehatan, Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan. Selain itu perlu dikembangkan Posyandu *fun education*.

Secara umum menunjukkan bahwa berdasarkan kearifan lokal masing-masing puskesmas akan membawa inovasi pengembangan model layanan baik di dalam gedung maupun di luar gedung, sesuai kebutuhan diharapkan oleh pasien JKN khususnya. Inovasi layanan bermacam-macam diimplementasikan ke yang nantinya dalam program layanan baru, maupun penguatan pada layanan yang sudah ada. Tentunya ini semua akan efektif apabila didukung oleh seluruh stakeholder puskesmas.

# D. Latihan

### **DAFTAR PUSTAKA**

- AG, Subarsono. 2006. *Analisis Kebijakan Publik : K* onsep Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Pusta ka Pelajar.
- Alfian, Magdalia. 2013. Potensi Kearifan Lokal Dala m Pembentukan Jati Diri dan Karakter Bang sa, Prosiding The 5th International Conference On Indonesian Studies. Jakarta: Ethnicity and Globalization.
- Azwar, Saifuddin. 2000. *Reability dan Validity*. Yogy akarta: Pustaka Belajar.
- Bintoro, Tjokroamidjojo. 1984. *Pengantar Administra si Pembangun*an. Jakarta: LP3ES.
- Denhardt, Janer V, and Robert, B Denhardt. 2003. *T he New Public Service: Serving Not Steering*. Armonk, New York: M.E. Sharpe.
- Dwight, Waldo.1979. *Pengantar Studi Public Admini stration*. Jakarta: Aksara Barn.
- Fandy, Tjiptono. 2008. *Strategi Pemasaran* Edisi 3. Yogyakarta: Andi Offset.
- Frederickson, G. 1988. *Administrasi Negara Baru*. Jakarta: LP3ES.
- Gie, The Liang. 2009. Administrasi Perkantoran Modern. Yogyakarta: Liberty.

- Goodnow, Frank J. 1990. *Politics and Administratio n:A Study in Government*.

  New York Macmillen.
- Grinde, Merilee S. 1980. *Politics and Policy Implem entation in The Third World*. New Jersey: Prin ceton University Press.
- Handayaningrat, Soewarno. 1988. *Administrasi Pe merintahan Dalam Pembangunan Nasional.* Jakarta: CV. Haji Masagung.
- Handayaningrat, Sorwarni. 2002. *Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen*. Jakarta: C V. Haji Masagung.
- Harbani, Pasolong. 2013. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Henry, Nicholas. 1988. *Administrasi Negara Masala h-Masalah Kenegaraa*n. Jakarta: Rajawalu P ress.
- Inu Kencana Syafiie dkk. 1999. *Ilmu Administrasi Pu blik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Isna, Nilna Rahmi. 2009. *Sumberdaya Manusia Kes ehatan*. Padang: Universitas Andalas.
- Istiawati, Fitri Novia. 2016. *Pendidikan Karakter Ber*basis Nilai-Nilai Kearifan Lokal Adat Ammato
  a Dalam Menumbuhkan Karakter Konservasi
  . Cendekia

- Koentjono, Tjahjono. 2007. *Regulasi Kesehatan di I ndonesia*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Miftah Thoha, 1991. Beberapa Aspek Kebijaksanaa n Birokrasi. Yogyakarta: Widya Mandala.
- Moenir, H.A.S. 2010. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Osborne, David, and Ted Gabler. 1992. Reiventing
  Government: How The Entrpreneur Spirit is
  Transforming The Public Service, terjemaha
  n: Mewirausahakan Birokrasi Mentransforma
  sikan Semangat Wirausaha ke Dalam Sektor
  Publik. Alih Bahasa Abdul Rosyid dan Rame
  - Ratminto dan Atik Winarsih 2005. *Manajemen Pelay anan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

lan, Jakarta: Pusataks Binaman Pressindo.

- Ratna, I Nyoman Kutha. 2011. *Antropologi Sastra: P* eranan Unsur-Unsur Kebudayaan Dalam Pro ses Kreatif.
- Rondinelli, Dennis A, etc. 1981. Desentralization in Developing Countries: A Review Of Recent, Experince, World Bank Staff Working Papers . Washington DC.
- Santosa, Panji. 2009. *Administrasi Publik.* Bandung: PT. Refika Aditama.

- Satrianegara, M. Fais dan Siti Saleha. 2013. Buku A jar Organisasi dan Manajemen Pelayanan K esehatan serta Kebidanan. Jakaeta: Salemb a Medika
- Sedarmayanti. 2009. *Sumberdaya Manusia dan Pr* oduktivitas Kerja. Bandung: CV. Mandar Maj u.
- Sedarmayanti. 2010. *Manajemen Sumberdaya Man* usia, Reformasi Birokrasi danManajemen Pe gawai Negeri Sipil. Bandung: PT. Refika Adit ama.
- Siagian, Sondang P. 2008. *Filsafat Administrasi*. Ja karta: PT. Bumi Aksara.
- Silalahi Ulbert, Drs. 1989. *Studi Tentang Ilmu Admin istrasi*. Bandung: CV. Sinar Jaya.
- Sinambela, Lijan Poltak, dkk. 2008. *Reformasi Pela yanan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Suprapto, Tommy. 2006. Pengantar Teori Komunika si. Yogyakarta: Agromedia.
- Uphoff, Norman.1998. Grassroots Organizations an d NGOs in Rural evelopment: Opportunities With Diminishing States and Expanding Market.
- Wibowo, A dkk. 2015. *Pendidikan Karakter Berbasis Kearifan Lokal di Sekolah*. Yogyakarta: Pu staka Pelajar.

William, H Newman. 1975. *Administration in Action*. Englewood: Chift, NJ: Practice-Hall.

Wilson, Woodrow. 1886. *The Study Of Administratio n: A Study in Government*. New York: Mac millan.



Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr Soetomo Jl Semolowaru 84 Surabaya