

laporan_akhir_AMIRUL

by Amirul Mustofa

Submission date: 13-Feb-2020 01:30PM (UTC+0800)

Submission ID: 1256627627

File name: laporan_akhir_AMIRUL.pdf (3.7M)

Word count: 60914

Character count: 395662

**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)

56

Dibiayai oleh:

Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementerian 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 : Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan Lokal Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur

Peneliti/Pelaksana
Nama Lengkap : Dr. Drs AMIRUL MUSTOFA, M.Si
Perguruan Tinggi : Universitas Dr Soetomo
NIDN : 0718016601
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Ilmu Administrasi
Nomor HP : 081230594747
Email : amirulmust66@gmail.com,
amirul.mustofa@unitomo.ac.id

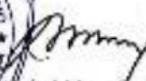
Alamat surel (e-mail) : amirul.mustofa@unitomo.ac.id

Anggota (1)
Nama Lengkap : SRI ROEKMINIATI S.Sos, M.KIP
NIDN : 0713087001
Perguruan Tinggi : Universitas Dr Soetomo

Anggota (2)
Nama Lengkap : DAMAJANTI SRI LESTARI S.E., M.M
NIDN : 0721066901
Perguruan Tinggi : Universitas Dr Soetomo

Institusi Mitra (jika ada)
Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
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,
Dekan Fakultas Ilmu Administrasi



Amirul Mustafa, M.Si
NIP/NTK 91.01.1.085

Kota Surabaya, 9 - 11 - 2018
Ketua,



(Dr. Drs AMIRUL MUSTOFA, M.Si)
NIP/NTK 91.01.1085

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian Universitas Dr. Soetomo



Dr. Sri Dhanyedy, ST.MM
NIP/NIK 91.01.1.170

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, di antaranya 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 pemetaan 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-II**: 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 Kabupaten/Kota lainnya di Provinsi Jawa Timur.

Luaran wajib yang menjadi target penelitian ini adalah berbentuk pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas. Model layanan 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 publik yakni New Public Services.

Kata Kunci: Program JKN, Puskesmas, Kearifan Lokal

PRAKATA

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadiran Allah SWT, karena atas hidayah dan inayahNya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementerian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018, 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.

Penyelesaian laporan akhir PUPPT 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

	Hal
Halaman Sampul	i
Halaman Pengesahan	ii
Ringkasan	iii
Prakata.....	iv
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vii
Daftar Gambar	ix
Bab I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
Bab II Tinjauan Pustaka	6
2.1 Pembangunan Masyarakat (<i>community development</i>)	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
5.1.3 Pemetakan Layanan Berdasarkan Penyakit dan Jumlah Penduduk	39
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
7.1 Kesimpulan	69
7.2 Saran	70
Daftar Pustaka	71

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 1.1	Rencana Target Capaian Tahunan	4
Tabel 4.1	Rincian Metode Penelitian pada Tahun Pertama	27
Tabel 4.2	Rincian Metode Penelitian pada Tahun kedua	27
Tabel 4.3	Rincian Metode Penelitian pada Tahun Ketiga	28
Tabel 5.1	Cakupan Imunisasi Hepatitis B < 7 hari & BCG pada bayi di Puskesmas Ponorogo Utara tahun 2016	31
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	31
Tabel 5.3	Cakupan Pelindungan anak balita menurut jenis kelamin di Puskesmas Ponorogo Utara tahun 2016	31
Tabel 5.4	Pelindungan kesehatan gigi & mulut menurut jenis kelamin puskesmas Ponorogo Utara	32
Tabel 5.5	Pelindungan kesehatan gigi & mulut pada anak SD dan setingkat menurut jenis kelamin puskesmas Ponorogo Utara	32
Tabel 5.6	Cakupan pelindungan kesehatan usia lanjut menurut jenis kelamin puskesmas Ponorogo Utara tahun 16	32
Tabel 5.7	Jenis Layanan Penyakit Berdasarkan Jenis Penyakit	42
Tabel 5.8	Distribusi 10 Penyakit Terbanyak di Derita Pasien Di Puskesmas Medokan Ayu	43
Tabel 5.9	Distribusi 10 Penyakit Terbanyak DI Derita Pasien di Puskesmas Batu	44
Tabel 5.10	Jumlah Desa, Luas Desa, Distribusi Penduduk, dan Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara	45
Tabel 5.11	Jumlah Kunjungan Pendaftaran Pasien BPJS 2017	46
Tabel 5.12	Jumlah Rujukan Tahun 2016	46
Tabel 5.13	Jumlah Rujukan Tahun 2017	47
Tabel 5.14	Distribusi Penduduk Menurut Jenis Kelamin Wilayah Kerja Puskesmas Medokan Ayu Kota Surabaya Tahun 2016	48
Tabel 5.15	Data Penduduk di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Batu Menurut Jenis Kelamin 2016	49
Tabel 5.16	Jumlah Kunjungan Pasien JKN di Puskesmas Batu Berdasarkan Umur Tahun 2016	49
Tabel 5.17	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Batu Tahun 2017	50
Tabel 5.18	Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan Pasien JKN Di Puskemas Ponorogo Utara	55
Tabel 5.19	Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan Pasien JKN di Puskesmas Medokan Ayu	58
Tabel 5.20	Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan Pasien JKN di Puskesmas Batu	61
Tabel 6.1	Luaran Yang Dicapai	64

DAFTAR GAMBAR

		Hal
64 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
64 mbar 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 JKN/Umum di Medokan Ayu	59
Gambar 5.6	Pengembangan 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](https://doi.org/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 Binangking Kabupaten Bolaang Mongondow, Suplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado ⁵⁸
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., ³ and Christopher Pollitt. New York: Oxford University Press.
6. Institute for Alternative Futures. "Primary Care 2025: A Scenario Exploration". January 2012; pp. 19. http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025_Scenarios.pdf.
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. ³ Sasolong, 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 Supto, 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 RSUD 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

⁵⁴ Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara ⁵⁴ 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 ⁸ 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 ³⁰ 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, keterampilan 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](http://www.websitepersisumut.com), diakses 29 Mei 2017). Hal tersebut juga diperparah oleh tidak meratanya fasilitas kesehatan di daerah. Pada beberapa daerah Indonesia, kondisi geografis juga menjadi suatu masalah tersendiri, dimana infrastruktur jalan yang masih terbelah susah untuk diakses yang berimplikasi pada mahalanya 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 cenderung 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 diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan Jawa Timur. Selain itu Puskesmas Pucang Sewu merupakan Puskesmas yang sudah menggunakan 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 Fasilitas 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

27 No	Jenis Luaran	Indikator Capaian			
		TS	TS+1	TS+2	
1	Publikasi Ilmiah	28 Internasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Nasional Terakreditasi	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
2	Pemakalah dalam temu ilmiah	Internasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Nasional	Submitted	Publish	Tidak Ada
		Lokal	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan
3	Invited Speaker dalam temu ilmiah	Internasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Nasional	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan
28	Visiting Lecturer	Internasional	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
5	Hak Kekayaan	Paten	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada

27 No	Jenis Luaran	Indikator Capaian			
		TS	TS+1	TS+2	
	Intelektual (HKI)	28 Paten Sederhana	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		28 Hak Cipta	Draft	Terdaftar	Granted
		Merek Dagang	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Rahasia Dagang	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Desain Produk Industri	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Indikasi Geografis	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Perlindungan Varietas Tanaman	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
		Perlindungan Topografi Sirkuit Terpadu	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
6	Teknologi Tepat Guna	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	
7	Model/Purwarupa/Desain/ Karya seni/Rekayasa Sosial	Draft	Produk	Penerapan	
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 atau kekuasaan (*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, pembangunan 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 masyarakat membahas 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 untuk memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, seperti 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, et al (1996) yang penting untuk dilaksanakan bagi penyelenggara pelayanan (*delivery service*), 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:

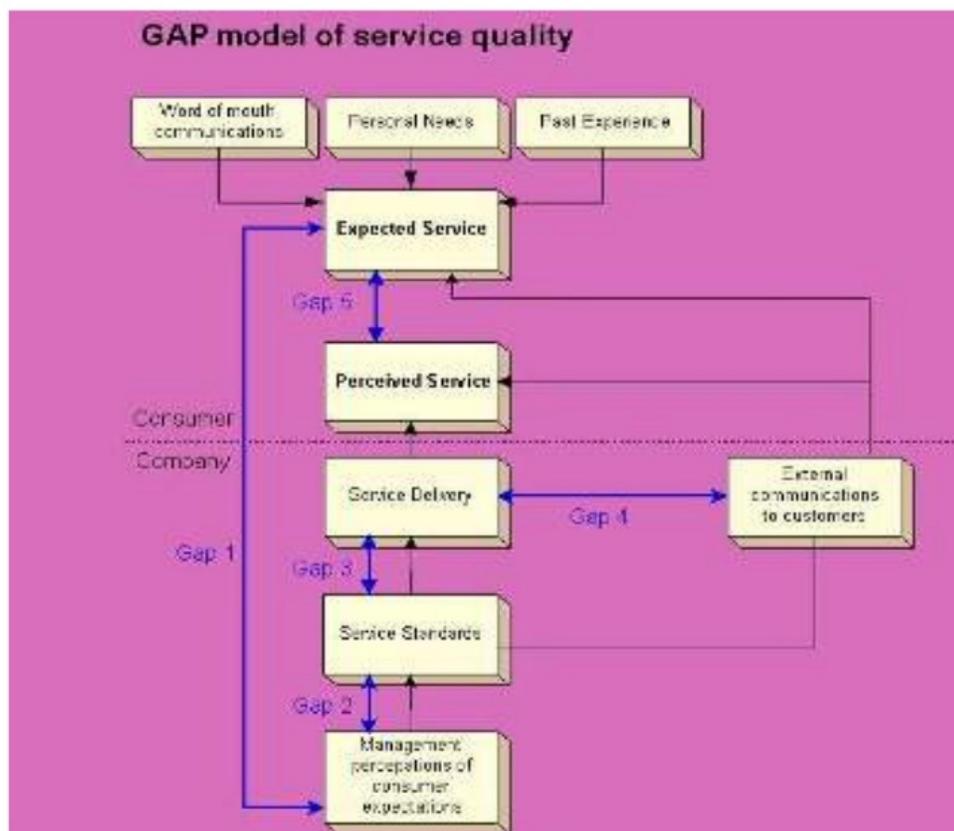
- 1) Baik tidaknya pelayanan (*quality of service*). Baik tidaknya pelayanan dapat dilihat dari sejauhmana institusi dalam memberikan pelayanan publik dengan ramah, populis dan berbagai macam bentuk perilaku yang bisa menyenangkan dan kepuasan pelayanan .
- 2) Produktivitas (*productivity*). Produktivitas 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) ⁴³ **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 – perubahan perbaikan pelayanan diupayakan untuk disesuaikan dengan perkembangan kondisi eksternal institusi dan visi dan misi institusi yang telah diprogramkan.
- 4) ⁴³ **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 pemerintahan di tingkat nasional, regional, dan internasional. ⁴³ (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) ⁴³ **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. Harapan Masyarakat dalam Pelayanan Publik

Pada prakteknya perjalanan public service dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan 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, et 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, et 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 and demand*
 - ☐ *Customers not fulfilling roles*

Gap 4

- *Ineffective management of customer expectations*
 - ☐ *Overpromising*
 - ☐ *Inadequate horizontal communications*

³⁷ *Service Quality (Servqual)* atau kualitas pelayanan menurut konsep yang diketengahkan sebelumnya, mengaitkan dua dimensi sekaligus, yaitu disatu pihak penilaian *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 melayani 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 menjadi prasyarat untuk menyampaikan kualitas pelayanan yang baik. Dari model ini diidentifikasi lima *Gap* atau kesenjangan yang menyebabkan ketidaksuksesannya penyampaian jasa.

1. **Gap Between Consumer Expectation And Management Perception**

⁶⁹ 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 Specifications

Kesenjangan persepsi manajemen dengan kualitas jasa. Mungkin manajemen sudah mengetahui keinginan konsumen, tetapi manajemen tidak sanggup dan tidak sepenuhnya melayani 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 Specifications 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 jasa 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. ³⁷ Ini gap kebanyakan terjadi, yaitu jasa yang diterima oleh konsumen 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 jasa yang di tawarkan.

2.3. Pelayanan Kesehatan

Program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Indonesia dibingkai dalam program ³⁰ 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 iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

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

- 1) Gotong royong. Dengan kewajiban semua peserta membayar iuran maka akan terjadi ⁴⁵ 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.
- ⁴⁵ 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
- ⁴⁵ 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 masyarakat dan 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 di wilayah kerjanya.
- (c) Kemandirian masyarakat;
Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- (d) Pemerataan;
Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan 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 tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas berwenang untuk:

- 40 (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) melaksanakan 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 Kesehatan dengan 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 mengintegrasikan atau menyatukan budaya luar dan budaya asli.

¹⁷ 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 di setiap daerah berbeda-beda tergantung lingkungan dan kebutuhan hidup. ²² 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 diciptakan 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 pelayanan yang berkualitas. 3)Komitmen pelaksanaan 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, ⁸R. 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 RSUD Haji Surabaya” Hasil Penelitian Pelayanan Kesehatan di RSUD 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 usulan 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 spesifik pelayanan kesehatan yang didekati dengan persepektif 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, pariwisata - kebudayaan, perdagangan, pertanian – perikanan, koperasi dan UMKM, industri, sumberdaya alam, hukum, kriminalitas komunikasi, teknologi informasi, gender, dan bidang kemanusiaan lainnya, harus menggunakan konsep *governance* (*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



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 pelaksanaan 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:

- 1) 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 model 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:

- 1) 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.

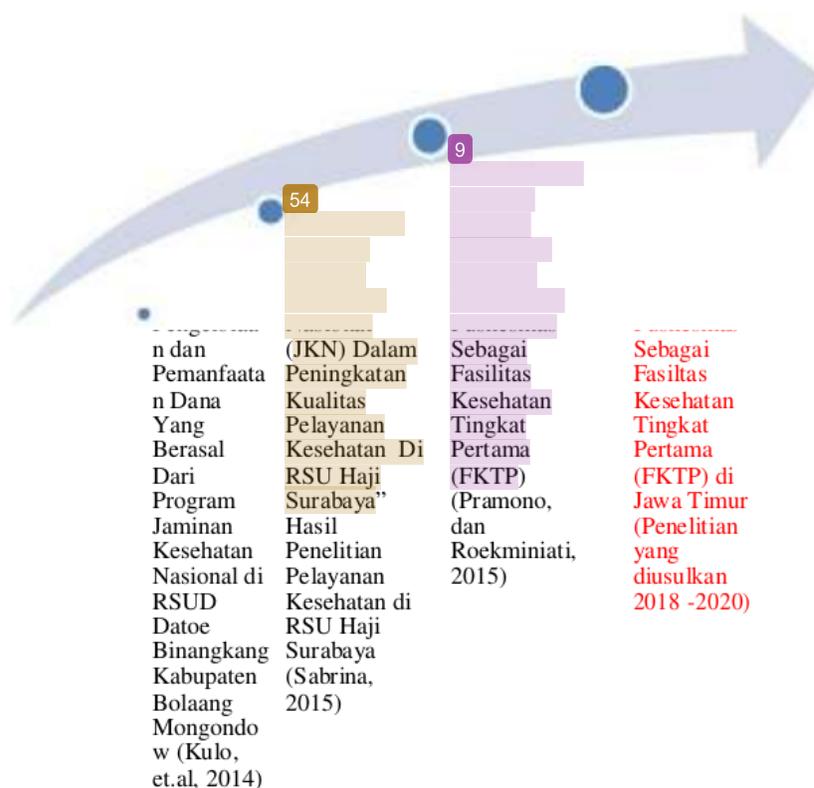
- 3) Membantu masyarakat dalam mendapatkan layanan sesuai kebutuhan yang diinginkan pada Puskesmas dan mendapatkan manfaat yang maksimal. Selain itu hasil penelitian juga memberi masukan demi terimplementasinya Program JKN di Puskesmas Kota Surabaya secara efisien dan efektif.

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1. Roadmap Penelitian

²⁷ Keterkaitan antara penelitian yang diusulkan dan penelitian yang sedang berjalan atau yang sudah dihasilkan adalah sebagai berikut:

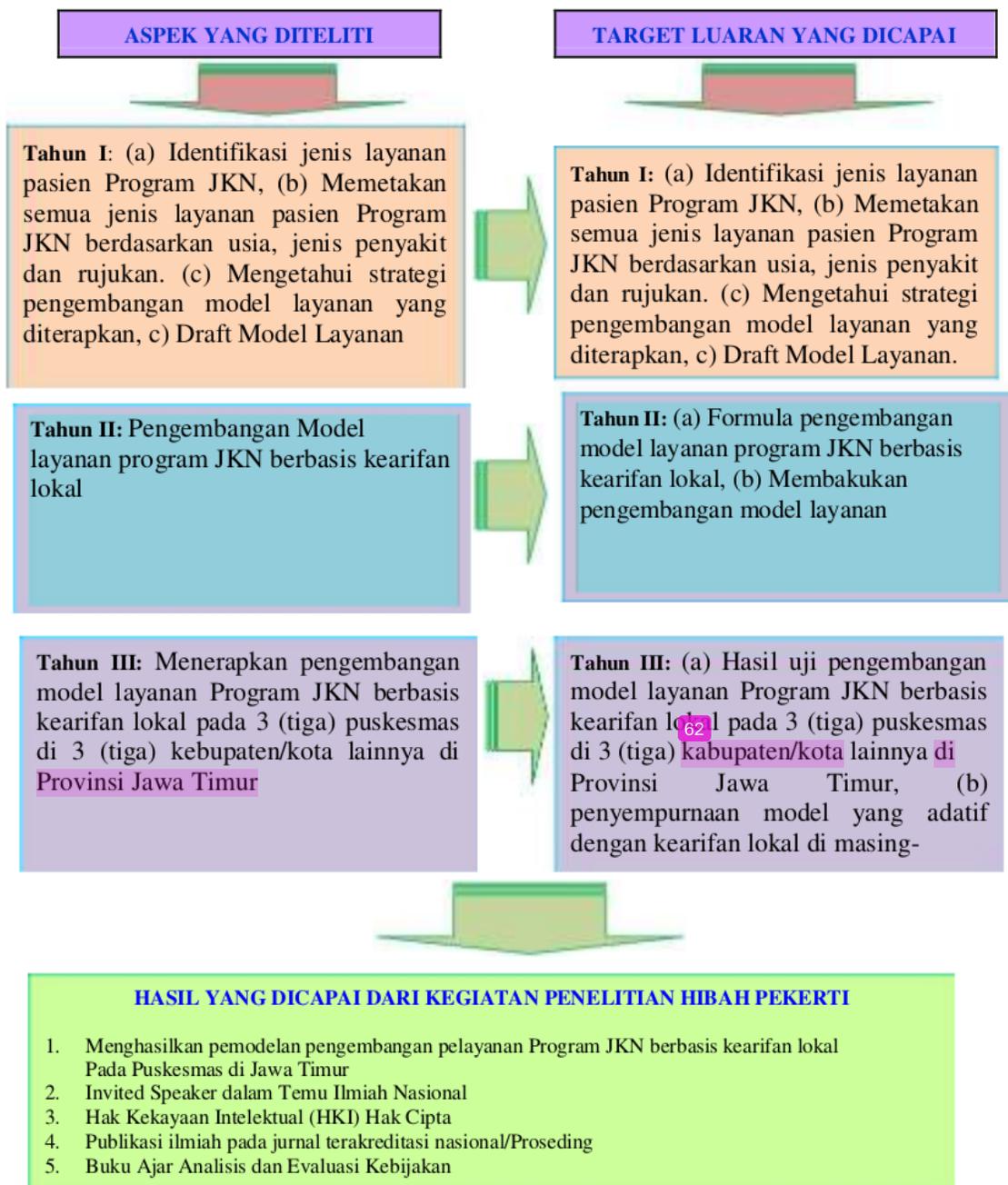
Tabel 4.1
Roadmap Penelitian



Memahami *roadmap* tersebut di atas, bahwa penelitian pada tiga tahun terakhir telah dilaksanakan dengan rincian bahwa untuk tahun 2014 telah dilaksanakan oleh 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:



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 Ponorego Utara Kecamatan Ponorego; 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 mengidentifikasi 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 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 menganalisis strategi pengembangan 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 diwujudkan 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
a. Formula pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal	Mengkaji tingkat efektivitas dari pengembangan model layanan utamanya untuk mengatasi berbagai kendala layanan bagi pasien Program JKN yang semakin lama semakin	Menguji dampak penerapan pengembangan model layanan berbasis kearifan lokal terhadap pasien Program JKN sehingga menambah kemudahan dan kelancaran dalam mendapatkan fasilitas pelayanan yang	Dapat diidentifikasi berbagai kelemahan serta kendala di lapangan terkait dengan pengembangan model layanan yang baru dan menyempurnakan pengembangan model melalui <i>Focus Group Discussion</i> dan dirumuskan

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
b. Membakukan pengembangan model layanan	<p>membudak.</p> <p>Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian pelayanan di 1) Puskesmas Medokan Ayu Kecamatan Rungkut Kota Surabaya; 2) Puskesmas 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 rangka mewujudkan <i>New Public Services</i></p>	<p>maksimal (prima).</p> <p>Melakukan pendampingan dalam pelaksanaan Pengembangan Model Layanan.</p>	<p>pengembangan model layanan yang baru.</p> <p>Membakukan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada Puskesmas</p>

Tabel 4.3 Rincian Metode Penelitian Pada Tahun Ketiga

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

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

BAB V

HASIL YANG DICAPAI

5.1. Deskripsi 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 disediakan 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

JU ³¹ AH LAHIR HIDUP			Hb < 7 Hari			BCG		
L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	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

JUMLAH BAYI			DPT-HB/DPT-HB- ³¹ H3			POLIO4			CAMPAK			IMUNISASI DASAR LENGKAP		
L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	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
Di³¹ Puskesmas Ponorogo Utara Tahun 2016

ANAK BALITA (12-59 BULAN)					
JUMLAH BAYI			MENDAPAT PELAYANAN KESEHATAN (MINIMAL 8 KALI)		
L	P	L+P	L	P	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.

31 **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	258

Sumber: Puskesmas Ponorogo Utara

31 **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 SD/MI	JUMLAH SD/MI DGN SIKAT GIGI MASSAL	JUMLAH SD/MI MDPTKAN PEL. GIGI	JUMLAH MURID SD/MI			JUMLAH MURID SD/MI DIPERIKSA			PERLU PERAWATAN			MENDAPAT PERAWATAN		
			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

USIA (60 TAHUN +)					
JUMLAH			MENDAPAT PELAYANAN KESEHATAN		
L	P	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 Batra
- g. Laboratorium
- h. Poli Kesehatan Lingkungan
- i. Poli Gizi
- j. Poli MTBS
- k. Poli P2
- l. 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 ⁷²SKDN (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 kesehatan 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 rincian 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
 - l. 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

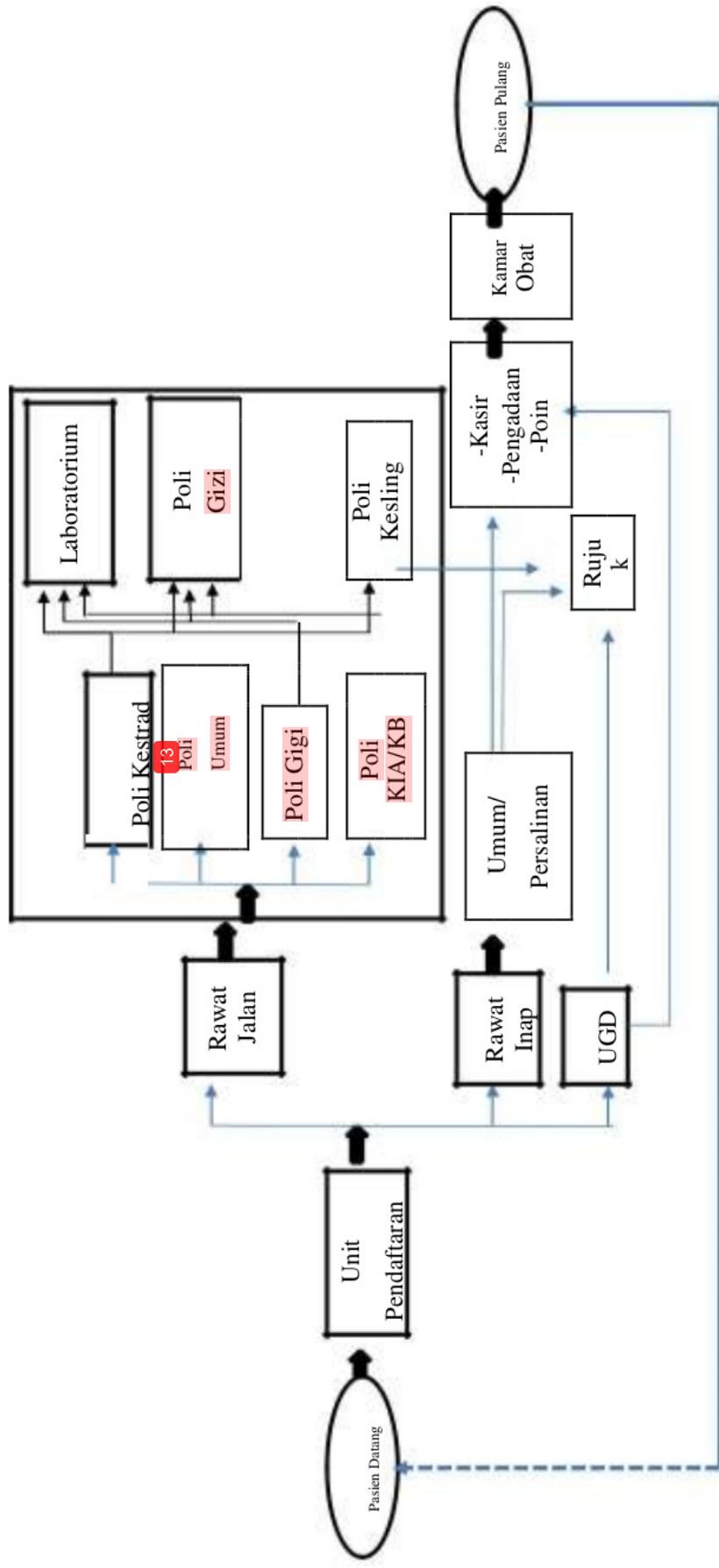
Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dan program/pelayanan inovatif:

- 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 diperiksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
 - 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.
- b. Pasien menuju 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

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	Artritis	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 pregnancy	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 pernafasan 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 upper 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

1) 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 (Km ²)	∑ 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 (Km ²)	Σ 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	BULAN	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 Aisyiah 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	JUMLAH PENDUDUK		
		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
JUMLAH		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	Σ 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
Jumlah		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		
		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

- 1) 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 hamil
 0,5 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 (Batra)

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

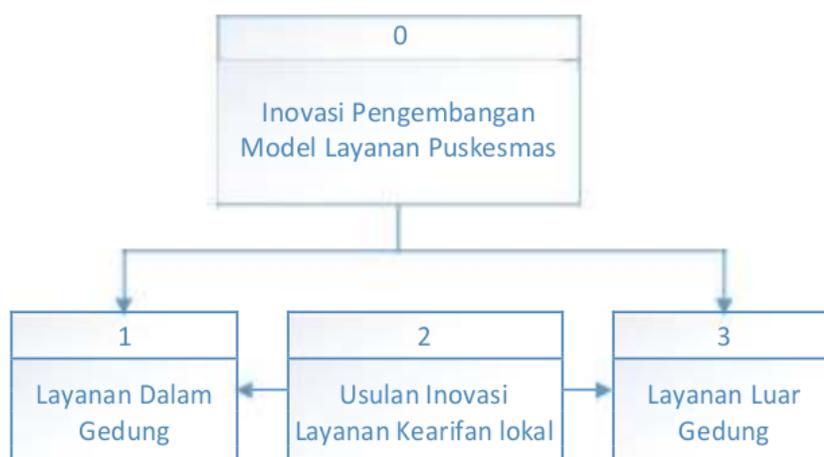
(3) Pelayanan Kesehatan terpadu meliputi:

- 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 penyempurnaan alur layanan di Puskesmas yang lebih rinci dibanding dengan yang ada sekarang (pada gambar: 5.1)

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 anak-anak 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 melakukan inovasi layanan adalah kesetiaan yang terus-menerus sampai turun-temurun berkunjung ke puskesmas untuk imunisasi dan pemeriksaan gigi dan mulut memiliki *entry point* yang cukup besar. Menurut peneliti kearifan 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.

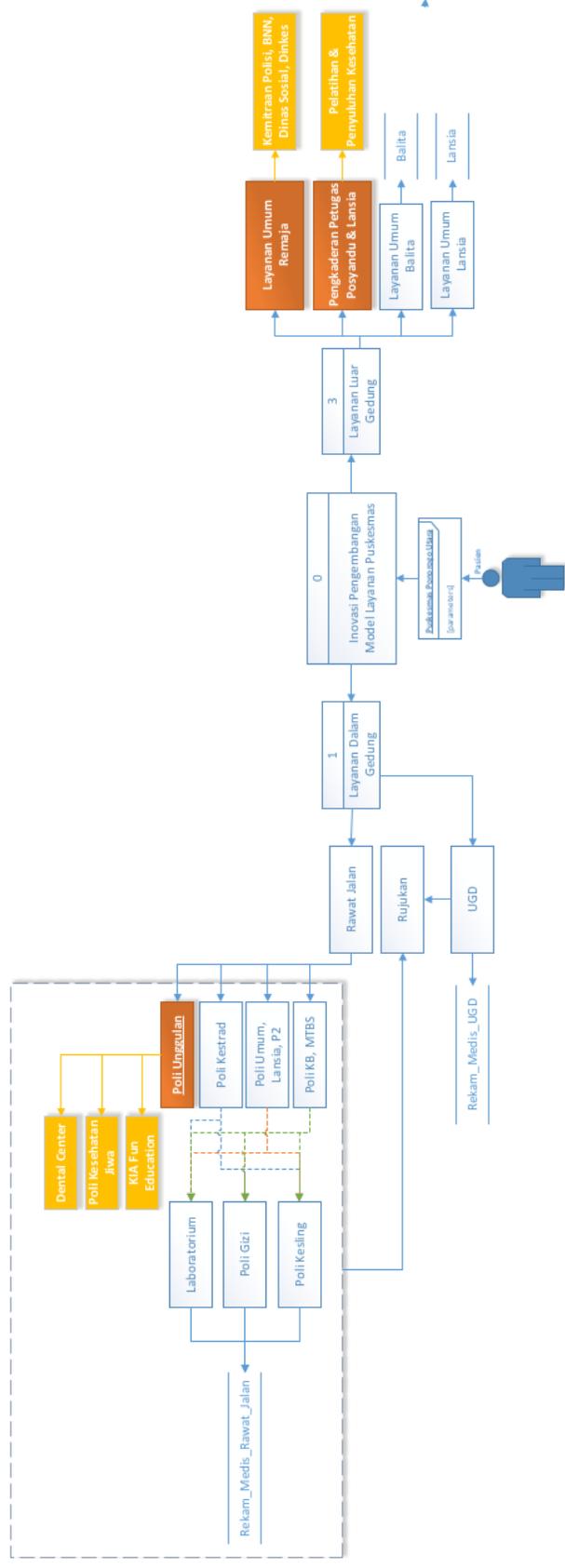
Tetapi dibalik kearifan lokal yang layak untuk dikembangkan, Kabupaten Ponorogo juga memiliki kearifan lokal yang memiliki stigma negatif yaitu predikat kampung idiot. Tepatnya ada di Desa Karangpatihan Kecamatan Balong ada 99 warga yang mengalami keterbelakangan mental. Hal ini tentunya menjadi “PR” 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 penjuru kecamatan di Kabupaten Ponorogo. Selain itu letak Puskesmas yang dekat dengan rumah sakit rujukan juga menjadi faktor banyaknya pasien 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 turun-temurun 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.	<i>Dental Center Terpadu</i>
Kader Kesehatan yang banyak dan setia baik Posyandu Balita maupun Posyandu Lansia	Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam 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 : Pengembangan Model Layanan Puskesmas 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 Metropolitan, 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 Muhamadiyah 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.

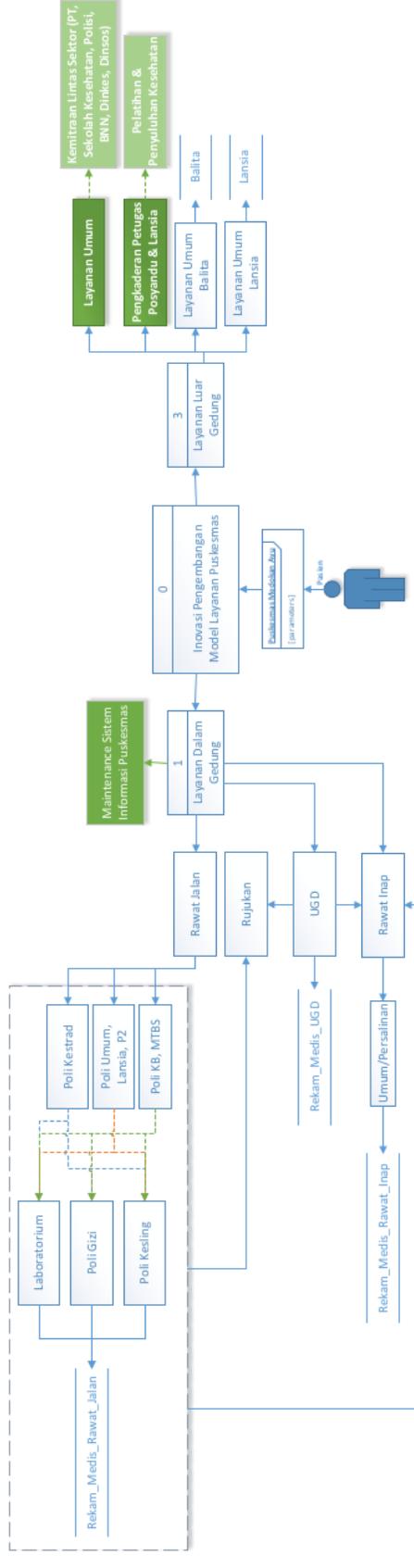
Kearifan lokal yang lain adalah kesetiaan Kader Posyandu yang selama ini sudah membantu program-program yang berhubungan dengan pelayanan masyarakat. Ditandai dengan penghargaan yang diterima oleh Bu Sudarwati wakil kader Wonorejo menjadi juara 1 kader Posyandu teladan tingkat Kota Surabaya tahun 2010. 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 dan Ibu usia produktif dengan bekerjasama dengan lintas sektor. Misalnya: Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.
Dekat dengan PTN dan sekolah-sekolah Kesehatan baik setingkat dengan SMK maupun Sekolah Tinggi	Memaksimalkan kerjasama/kemitraan dengan Perguruan tinggi atau yang sederajat serta Sekolah Kesehatan untuk menunjang pelayanan masyarakat.
Kader Kesehatan setia dan memiliki komitmen yang tinggi Posyandu Balita maupun Posyandu Lansia	Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam pelatihan/penyuluhan kesehatan
Layanan sudah menggunakan SIMPUS dan P-Care	Perlu diefektifkan dengan <i>Maintenance</i> Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018



Gambar 5.5 : Pengembangan Model Layanan Puskesmas 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 *Maintenance* 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 mengembangkan 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.

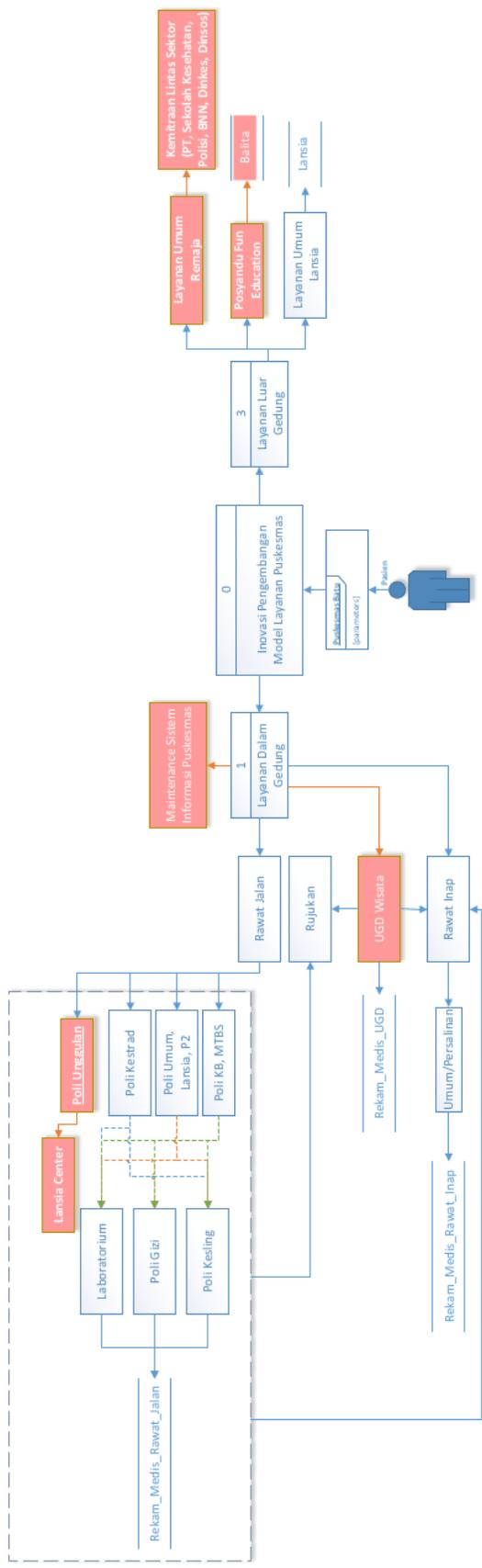
Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Batu dengan melihat data penduduk di wilayahnya banyak terdistribusi merata pada Balita (0-4) sampai pada usia 44-44 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Inovasi layanan pengembangan layanan yang paling tepat adalah 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

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.
Layanan sudah menggunakan SIMPUS dan P-Care	Perlu diefektifkan dengan <i>Maintenance Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu</i>

Sumber: data penelitian diolah, 2018



Gambar 5.7 : Pengembangan Model Layanan Puskesmas 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, *Maintenance* 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

28
6.1 Luaran Yang Dicapai

Luaran yang dicapai pada kegiatan penelitian tahun ke-1 yaitu dengan tersedianya draft Pengembangan Model Layanan Puskesmas 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. Selanjutnya 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 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

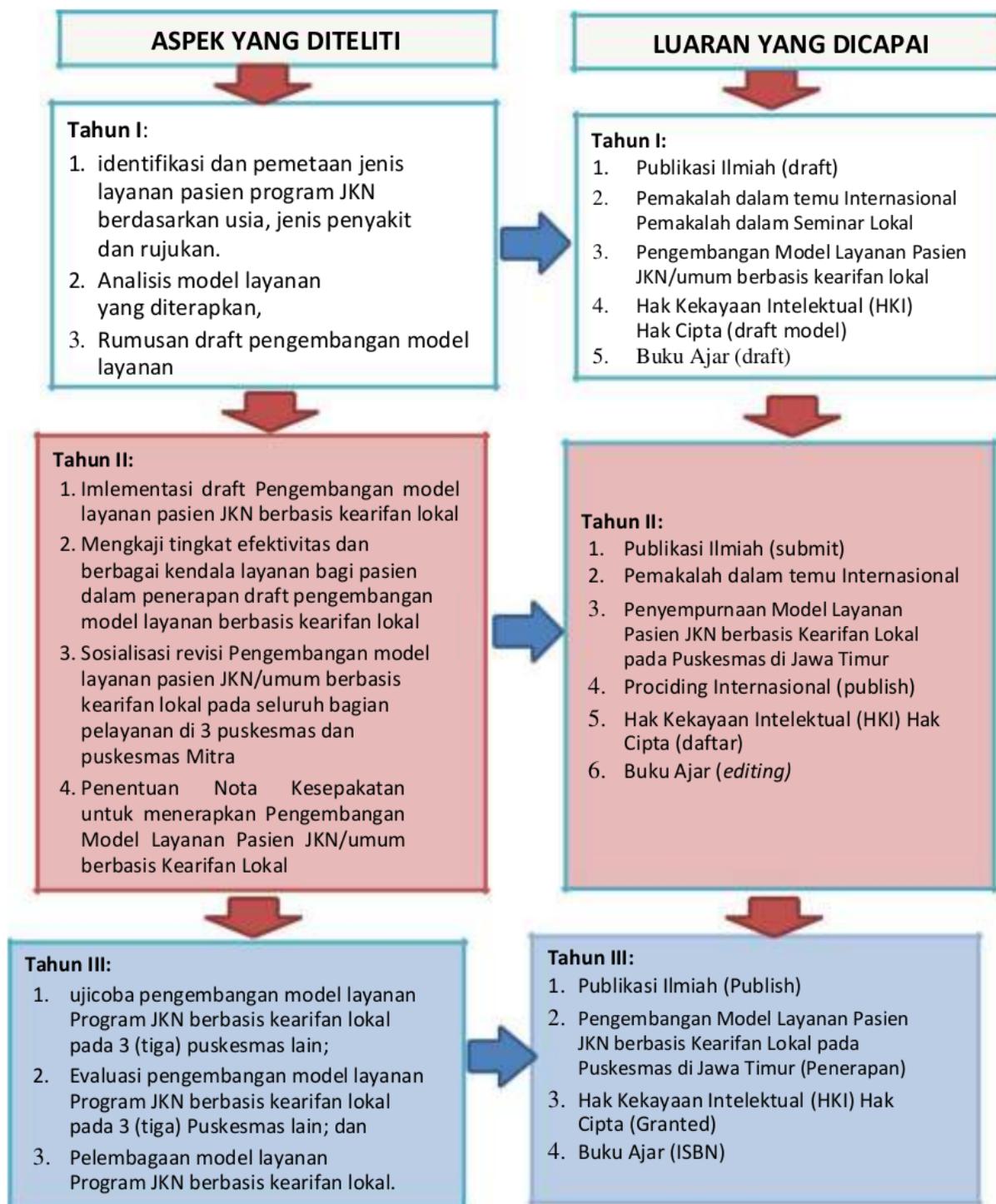
Membakukan draf model layanan program JKN berbasis kearifan lokal	Melakukan sosialisasi revisi model layanan program JKN berbasis kearifan lokal pada seluruh bagian pelayanan di 3 puskesmas Penentuan Nota Kesepakatan untuk menerapkan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal diseluruh jenis layanan yang ada di puskesmas	Melakukan pendampingan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal.	Membakukan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 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 <i>Focus Group Discussion</i>	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 pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal pada Puskesmas di Kota Surabaya	Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian layanan di Puskesmas 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 rangka mewujudkan <i>New Public Services</i> pada puskesmas di Provinsi Jawa Timur	Melakukan pendampingan dalam pelaksanaan pengembangan model layanan pasien program JKN..	Membakukan pengembangan model layanan berbasis kearifan lokal bagi pasien Program JKN pada Puskesmas di Provinsi Jawa Timur.
---	---	--	--

Bagan Alir Penelitian dan Hasil yang telah Dicapai Tahun I dan Rancangan Tahun II dan Tahun III



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

6.2. Jadwal Kegiatan

Jadwal penelitian ini meliputi kegiatan 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)

No	Uraian Kegiatan	Bulan Ke										Indikator capaian			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1	Persiapan penelitian (mengurus izin penelitian dan menyusun instrumen penelitian)														Deskripsi data di lokasi penelitian Desain interview guide dengan kebutuhan data
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														Mendeskrripsikan data lapangan
7	Pembahasan (temuan penelitian)														Menyempurnakan Model Tahun I
8	Laporan Hasil Penelitian														Menyusun laporan penelitian secara lengkap
9	Sosialisasi hasil penelitian/seminar														Menggelar seminar internal/eksternal
10	Publikasi (jurnal/Proseding)														Mendaftar ke jurnal Ilmiah Internasional Bereputasi, <i>Procciding</i> Internasional, Buku Ajar (Editing), Daftar HAKI., Pemakalah Nasional/Internasional
		Kampus					Penelitian lapangan								

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.

33

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 kesepakatan 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 Kebijakan Negara*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Arief. 2007. *Pemasaran Jasa dan Kualitas 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, ⁸ 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, ³⁵ 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:

⁴⁵ 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

Jumlah Puskesmas 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>, diakses tanggal 12 Januari 2015

Lampiran 1. ²⁷ Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas

No	Nama/NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (jam/minggu)	Uraian Tugas
1	Dr. Amirul Mustofa, M.Si 0713087001	Fak. Ilmu Administrasi Univ. Dr. Soetomo	Ilmu Adm. Niaga	20	Bertanggungjawab dalam membantu ketua tim dalam merencanakan, mengarahkan, melaksanakan, menganalisa, serta mengevaluasi pelaksanaan penelitian.
2	⁹ Sri Roekminiati, S.Sos., M.KP. 0713087001	Fak. Ilmu Administrasi Univ. Dr. Soetomo	Ilmu Administrasi Negara	20	Bertanggungjawab dalam merencanakan, mengarahkan, melaksanakan, menganalisa, serta mengevaluasi pelaksanaan penelitian.
3	Dra. Damajanti Sri Lestari, MM. 0721066901	Fak. Ilmu Administrasi Univ. Dr. Soetomo	Ilmu Adm. Negara	20	Bertanggungjawab dalam membantu ketua tim dalam merencanakan, mengarahkan, melaksanakan, menganalisa, serta mengevaluasi pelaksanaan penelitian.

Lampiran 4 Biodata Ketua dan Anggota

IDENTITAS KETUA PENELITI

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 <i>Corporate Social Responsibility</i> 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'ood, MA.	Prof. Dr. Bambang Supriyono, M.Si

D. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
		Sumber	Jml (juta Rp)
Februari – Mei 2016	Survey Kepuasan Masyarakat Kreatif dan Inovatif Layanan Kantor Samsat Provinsi Jawa Timur Tahun 2016	Dinas Pendapatan Daerah Provinsi Jawa Timur	210
Februari - November 2015	Penelitian Disertasi: Pelaksanaan Program <i>Corporate Social Responsibility</i> 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

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

²⁷
E. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat Dalam 5 Tahun Terakhir.

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

27 Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
		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 Kabupaten Bondowoso", 18-19 April 2012.	Bagian Organisasi Sekretariat Kabupaten Bondowoso	2
2012	Menjadi Instruktur Diklat Pemantapan Teknis Etika Pelayanan Di Samsat Kabupaten Gresik, "Philosophy Of Public Service", 13 April 2012.	SAMSAT BERSAMA Kabupaten Gresik	3,5
2012	Menjadi Instruktur Diklat Pemantapan Teknis Etika Pelayanan Di Samsat Kabupaten Gresik, "Philosophy Of Public Service", 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>	<i>e-journal</i> Ilmiah Politik Kenegaraan, Universitas Negeri Padang	Vol. 11, No. 1, Tahun 2012, 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

No	Nama Pertemuan Ilmiah/ Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Asia-America-Africa-Australia Public Finance Management Conference: Public Reform for Good Government Governance, ,	<i>Managing Reform: Corporate Social Responsibility Program of Sustainable Development in East Java</i> ”, Asia-America-Africa-Australia Public Finance Management Conference: Public Reform for Good Government Governance	13-14 November 2012, Post Graduate, UPN “Veteran” JawaTimur, Surabaya, Indonesia.

H. Karya Buku Dalam 5 tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit

I. Perolehan HKI dalam 5–10 Tahun Terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit

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

No	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
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 RSUD 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 Pelaksanaan 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 Suramadu Ditinjau dari Aspek Pemerintahan	Anggota Tim Peneliti	Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur
2009	Pengembangan Investasi dan Industrialisasi yang Berdampak pada Penyerapan 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 (<i>Capacity Building</i>) <i>Jatim Rescue</i>	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 <i>Center for Integrated Community Learning and Empowerment (CIRCLE)</i> 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 (ToT)</i> Internalisasi Sistem Integritas dan <i>Good Governance</i> dalam Pengadaan Barang/Jasa Publik	Surabaya, Kerjasama Kemitraan (<i>Public Service Governance</i>), 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 Publik di Jawa Timur.	Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr. Soetomo 11 Desember 2012
2013	Menjadi Narasumber dalam Penyuluhan dengan Tema : “Pentingnya <i>Public Speaking</i> bagi Istri Perangkat Desa Dalam Meningkatkan Kinerja Organisasi Pemerintah Desa”	Fakultas Ilmu Administrasi 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 “ <i>Best Service Performance</i> ” dalam Rangka <i>Total Image</i> 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 Ilmu Administrasi 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 (Studi Kasus Di Universitas Airlangga, Universitas Negeri Surabaya, Universitas Dr. Soetomo)	FONEMA Fakultas Ilmu Keguruan dan Ilmu Pendidikan. ISSN : 2087-9253 Vol.2 No.3 Januari 2014 Halaman 120-136
2014	Evaluasi Dampak Pemekaran Kecamatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia (Studi Kasus di Kecamatan Tegalsari Kabupaten Banyuwangi)	JURNAL ILMU ADMINISTRASI STIA LAN BANDUNG ISSN: 1829 8974 Volume XI Agustus 2014 Halaman 183-200
2016	Analisis Kepuasan Masyarakat Terhadap Laporan Hasil Studi Siswa dengan Menggunakan Rapor Online di SMPN 12 Surabaya	FONEMA, Vol.3, No.6, Juni 2016, ISSN 2087-9253, Penerbit FKIP Unitomo

Surabaya, Oktober 2016



Sri Roekminiati, S.Sos. M.KP

IDENTITAS ANGGOTA PENELITIAN

A. Identitas Diri

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 Dihilangkan	± 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 Merek Terhadap Kepuasan Nasabah Pada BPR. Dinar Pusaka Sidoarjo	
5	Nama Pembimbing/ Promotor	Drs. Sukirman, SE.	Drs. Sarwani, MM.	

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			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.

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			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

33

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
CENDAKIAYA
UNIVERSITAS DR. SOETOMO
LEMBAGA PENELITIAN**

Jl. Soetomo 98 Surabaya, 60118 Telp. (031) 5822670, 5824452, Fax. (031) 5828845
website: <http://unitomo.ac.id> Email : lemb@unitomo.ac.id

8 AUG 2018

SURAT TUGAS

Nomor : Lemlit.2234/E.23/ VIII/ 2018

Ketua Lembaga Penelitian Universitas Dr Soetomo Surabaya dengan ini member tugas kepada saudara:

No	N A M A	NIDN	JABATAN
1	Dr. Amiral Mustofa	0718916601	Dosen Fakultas Ilmu Administrasi Unitomo
2	Sri Reekminiati, S.Sos, MKP	0713087001	Dosen Fakultas Ilmu Administrasi Unitomo
3	Dra. Damajanti Sri Lestari, MM	0721066901	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.


Ummi Ady, SE., MM
NPD.94.01N.170



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



**SEMINAR HASIL
PENELITIAN PRODUK TERAPAN UNGGULAN
PERGURUAN TINGGI (PTUPT)**

**PENGEMBANGAN MODEL LAYANAN PASIEN PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERBASIS KEARIFAN
LOKAL PADA PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA PROVINSI JAWA TIMUR**

Ketua : Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si (NIDN: 0718016601)
Anggota: Sri Raekminiati, S.Sas, M.KP (NIDN: 0713067001)
Dra. Damajanti Sri Lestari, MM (NIDN: 0721066901)

**LEMBAGA PENELITIAN
UNIVERSITAS DR. SOETOMO
9, Agustus 2018**

**BAB I
PENDAHULUAN**

LATAR BELAKANG

Salah satu tujuan Program JKN adalah pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat lebih terjangkau;

Kondisi Riil

- Jumlah puskesmas (Faskes TK1) di Jatim masih kurang mengimbangi jumlah pasien; 1 : ± 50.000
- Jumlah tenaga medis dan non medis masih kurang mencukupi;
- Pelayanan puskesmas rata-rata kurang berfokus pada kebutuhan spesifik yang dibutuhkan masyarakat, berdasarkan peta kebutuhan masyarakat

Tujuan umum Penelitian:

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

Rumusan Masalah

- 1) Bagaimana layanan yang diberikan pada pasien Program JKN di Puskesmas?;
- 2) Bagaimana model layanan pasien Program JKN berbasis kearifan lokal yang diterapkan di Puskesmas?;
- 3) Bagaimana rumusan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas?;
- 4) Bagaimana rumusan representatif pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas dengan pelibatan stakeholder?;
- 5) Bagaimana menerapkan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas lainnya?; dan
- 6) Bagaimana melembagakan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal di puskesmas?

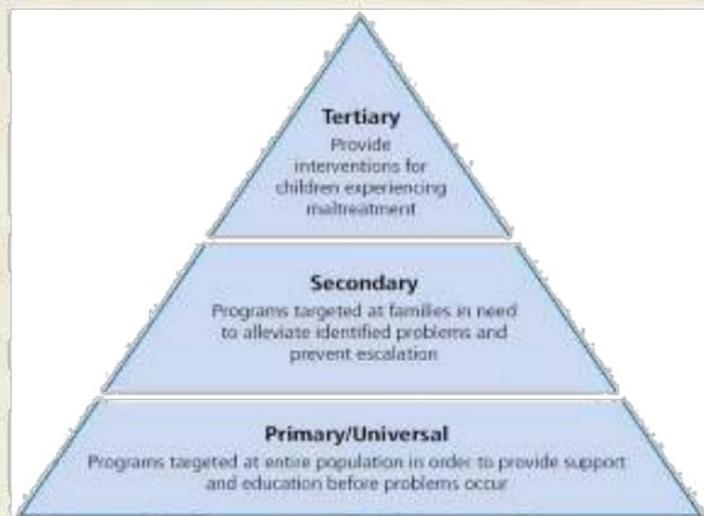
BAB II RENSTRA DAN ROAD MAP PENELITIAN PERGURUAN TINGGI

Gambar : Manajemen Pemerintahan dan Kebijakan Sosial
Road Map 2016 - 2020



BAB III TINJAUAN PUSTAKA

Gambar 1: Public Health Pyramid



Sumber: didaptasi dari Bromfield & Holzer, 2006

Dimensi SERVQUAL (Parasuraman, 1988)

Reliability: Kemampuan pemberi pelayanan untuk memberikan pelayanan kepada penerima pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya.

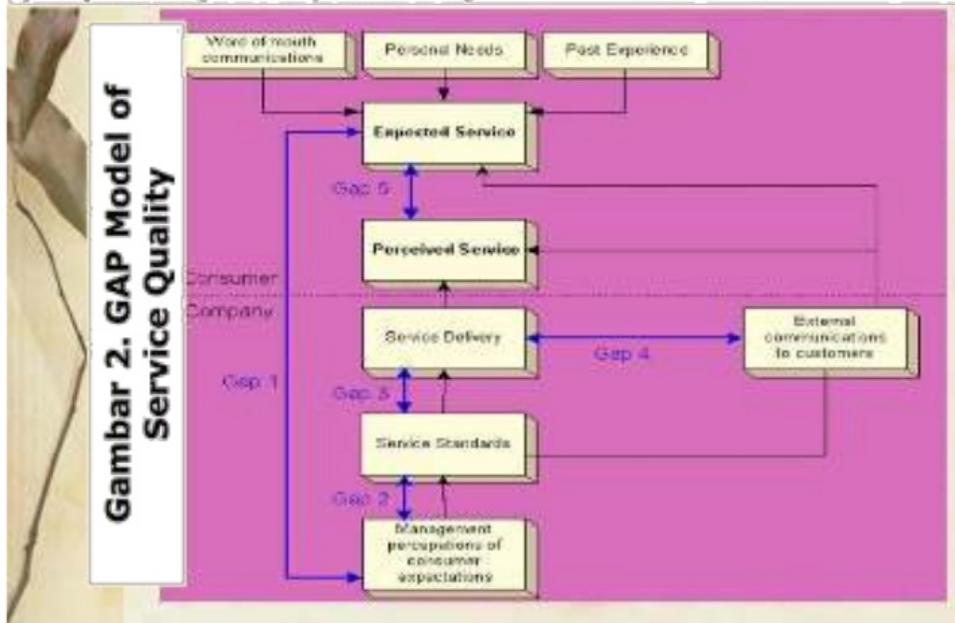
Assurance: pengetahuan dan kesopan santunan serta kemampuan para pegawai pemberi pelayanan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada pemberi pelayanan

Tangible: Sarana dan Sarana Fisik yang harus di persiapkan oleh pemberi pelayanan

Empathy: memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual yang diberikan kepada penerima pelayanan, berupaya memahami keinginan penerima pelayanan

Responsibility: kebijakan untuk membantu dan membeirikan pelayanan cepat responsif dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampalan informasi yang jelas

SERVQUAL is a technique that can be used for performing a gap analysis of an organization's service quality performance against customer service quality needs. (Zeithaml, et al :1996)



GAP Model of Service Quality

Gap 3 (antar Penyelenggara Pelayanan)

- Ketidaksamaan antara standar pelayanan dengan pelayanan yang diberikan

Gap 2 (antar Penyelenggara Pelayanan)

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

Gap 4 (antar Penyelenggara Pelayanan)

- Ketidaksamaan antara standar pelayanan dengan pelayanan yang dikomunikasikan kepada pihak eksternal

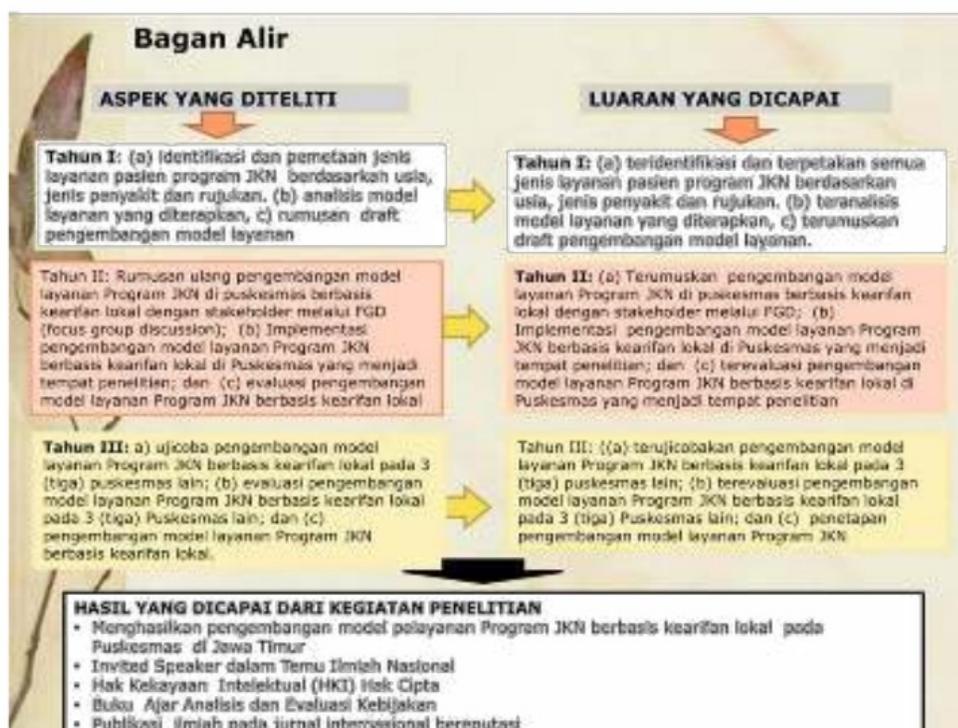
Gap 5 (antar Penerima Pelayanan)

- Ketidaksamaan antara pelayanan yang diharapkan penerima pelayanan dengan pelayanan yang diterima

Gap 1 (Penyelenggara Pelayanan dengan Penerima Pelayanan)

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

BAB IV METODE PENELITIAN



Rincian Metode Penelitian dan Indikator Capaian Pada Tahun Pertama

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
Identifikasi layanan program JKN yang diterapkan	Pedoman wawancara untuk mengidentifikasi layanan yang diberikan pasien khususnya pada pasien Program JKN. Wawancara dilakukan pada petugas di semua jenis layanan yang ada pada 1 Puskesmas di Jawa Timur yaitu: 1) Puskesmas Melosari Aya Kecamatan Ringulu Kota Surabaya; 2) Puskesmas Perangin Utara Kecamatan Perangin; 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 mengidentifikasi sebuah layanan pasien Program JKN di Puskesmas
Memastikan layanan program JKN	Menganalisis dan memaparkan kembali semua jenis layanan yang diberikan semua petugas medis dan nonmedis berdasarkan semua jenis penyakit, rajukan ke rumah sakit, tipe dan kemampuan Tipe-1.	Memastikan layanan yang diberikan seluruh petugas layanan di puskesmas khususnya yang dilakukan pada pasien Program JKN.	Mampu memastikan semua jenis layanan yang diberikan semua petugas medis dan nonmedis berdasarkan semua jenis penyakit, rujukan ke rumah sakit.
Penyusunan Draft Model Layanan	Menganalisis hasil wawancara dan pengamatan langsung selanjutnya membuat pemodelan pengembangan pelayanan yang berbasis kearifan lokal di Puskesmas Pacang Sewu.	Menganalisis hasil 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

Rincian Metode Penelitian dan Indikator Pada Tahun Kedua

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
Formula pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal	Mengkaji tingkat efektivitas dari pengembangan model layanan utamanya untuk mengatasi berbagai kendala layanan bagi pasien Program JKN yang semakin lama semakin meningkat.	Menguji dampak penerapan pengembangan model layanan berbasis kearifan lokal terhadap pasien Program JKN sehingga menambah kemudahan dan kelancaran dalam mendapatkan fasilitas pelayanan yang maksimal (prima).	Dapat diidentifikasi berbagai kelemahan serta kendala di lapangan terkait dengan pengembangan model layanan yang baru dan menyempurnakan pengembangan model melalui Focus Group Discussion dan dirumuskan pengembangan model layanan yang baru.
Membuatkan pengembangan model layanan	Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian pelayanan di 1 Puskesmas Melosari Aya Kecamatan Ringulu Kota Surabaya; 2) Puskesmas Perangin Utara Kecamatan Perangin; dan 3) Puskesmas Batu Kecamatan Batu Kota Batu terkait dengan Pengembangan Model Layanan Berbasis Kearifan Lokal yang lebih melibatkan kebutuhan pasien Program JKN. Selanjutnya dibuat Survei Kepuasan untuk menerapkan model layanan di seluruh jenis layanan yang ada di puskesmas dalam rangka mewujudkan visi Puskesmas.	Melakukan pendampingan dalam pelaksanaan Pengembangan Model Layanan.	Membuatkan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada Puskesmas.

Rincian Metode Penelitian Pada Tahun Ketiga

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
Uji coba pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal pada 3 (tiga) Puskesmas di 3 (tiga) kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur	Mengsocialisasikan dan menguji pengembangan model layanan yang telah diumumkan dalam melakukan pelayanan terhadap pasien program JKN tiga Puskesmas lain di Jawa Timur	Menemukan bagian pelayanan yang efektif untuk menerapkan pengembangan model layanan yang berbasis kearifan lokal. Dan jika diperlukan juga diadaptasikan dengan kearifan-kearifan lokal di Puskesmas setempat.	Dapat diketahui hasil uji coba pengembangan model layanan berbasis kearifan lokal yang efektif.
Evaluasi model dengan mengidentifikasi kearifan lokal di Puskesmas setempat	Mengkaji tingkat efektivitas dari model layanan, untuk mengidentifikasi bagian-bagian pelayanan kearifan lokal Program JKN yang akan diadopsi secara menyeluruh.	Menganalisis dampak penerapan pengembangan model layanan berbasis kearifan lokal terhadap pasien Program JKN sehingga mengetahui kemudahan dan kesederhanaan dalam mendapatkan fasilitas pelayanan yang maksimal-patent.	Dapat diketahui keterlambatan terdapatnya kearifan lokal dalam pengembangan model layanan yang berbasis kearifan lokal, model pelayanan kearifan lokal dan indikator pengembangan pelayanan yang baik.
Memublikasikan pengembangan model layanan program JKN berbasis kearifan lokal pada Puskesmas di Kota Surabaya	Melakukan sosialisasi pada seluruh bagian layanan di Puskesmas terkait dengan Pengembangan Model Layanan Berbasis Kearifan Lokal yang lebih menjawab kebutuhan pasien Program JKN. Selanjutnya dibuat Nota Kesepakatan untuk menetapkan model tersebut di seluruh jenis layanan yang ada di Puskesmas dalam rangka mewujudkan <i>New Public Services</i> pada Puskesmas di Provinsi Jawa Timur	Melakukan penyalangan dalam pelaksanaan pengembangan model layanan pasien program JKN.	Memublikasikan pengembangan model layanan berbasis kearifan lokal bagi pasien Program JKN pada Puskesmas di Provinsi Jawa Timur.

BAB V TUJUAN, URGENSI, DAN LUARAN PENELITIAN

Tujuan khusus

Tahun Pertama (I)

- Mengidentifikasi dan memetakan layanan yang diberikan pada pasien Program JKN pada Puskesmas yang menjadi tempat penelitian;
- Menganalisis model layanan pasien Program JKN berbasis kearifan lokal yang diterapkan pada Puskesmas yang menjadi tempat penelitian; dan
- Merumuskan draft pengembangan model layanan di Puskesmas berdasarkan kearifan lokal.

Tahun Kedua (II)

- Merumuskan ulang pengembangan model layanan Program JKN di Puskesmas berbasis kearifan lokal dengan stakeholder melalui FGD (focus group discussion); dan
- Mengimplementasikan pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas yang menjadi tempat penelitian; dan
- Mengevaluasi pengembangan model layanan Program JKN berbasis kearifan lokal di Puskesmas yang menjadi tempat penelitian.

Tahun ketiga (III)

- Menguji coba 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

Luaran Penelitian

No	Jenis Luaran	Indikator Capaian			
		TS	TS+1	TS+2	
1	Publikasi Ilmiah	Internasional	draft	submit	publish
		Nasional Terakreditasi	-	-	-
2	Pemakalah dalam temu ilmiah	Internasional	-	-	-
		Nasional Lokal	Submitted	Publish	-
3	Invited Speaker dalam temu ilmiah	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan	
		Internasional Nasional	-	-	-
4	Visiting Lecturer	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan	Sudah Dilaksanakan	
5	Hak Kekayaan Intelektual (HKI)	Internasional	-	-	-
		Paten	-	-	-
		Paten Sederhana	-	-	-
		Hak Cipta	Draft	Terdatar	Granted
		Merak Dagang	-	-	-
		Rahasia Dagang	-	-	-
		Desain Produk Industri	-	-	-
		Indikasi Geografis	-	-	-
		Perlindungan Varietas Tanaman	-	-	-
		Perlindungan Topografi Sirkuit Terpadu	-	-	-
6	Teknologi Tepat Guna	-	-	-	
7	Model/Panwarupa/Desain/ Karya seni/Bekayasa Sosial	-	Produk	Penerapan	
8	Buku Ajar (ISBN)	Draf	Editing	Sudah Terbit	
9	Tingkat Kelempaan Teknologi (TKT)	Skala 4	Skala 5	Skala 5	

BAB VI HASIL PENELITIAN

Kunjungan Pasien
Layanan Berdasar Kunjungan Pasien
Terbesar pada
Puskesmas Medokan Ayu

NO	KUNJUNGAN PASIEN	JUMLAH	PROSEN
1	Ibu Hamil	989	2,96%
2	Ibu Melahirkan	944	2,82%
3	Bayi (1-4 tahun)	891	2,66%
4	Balita (5-6 tahun)	3.608	10,79%
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%
8	Usia Lanjut (>60 tahun)	3.260	9,75%
Jumlah		33.449	100,00%

Layanan Berdasar Jenis Penyakit
Penyakit yang Di Derita Pasien
Berdasar Kunjungan Pasien
Terbesar pada
Puskesmas Medokan Ayu

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	PROSEN
1	Acute upper respiratory infection, unspecified (penyakit infeksi akut lain pada saluran pematasan 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	5,95%
5	Headache (sakit kepala)	717	5,07%
6	Other acute gastritis (peradangan akut pada lining lambung)	681	4,82%
7	Caries of dentine (kerusakan pada struktur jaringan keras gigi)	575	4,07%
8	Essential (primary) hypertension (penyakit hipertensi primer)	514	3,64%
9	Chronic gingivitis (peradangan gusi kronis)	411	2,91%
10	Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle, unspecified (penyakit kulit, misal bisul dan ambya)	401	2,84%
JUMLAH		14.136	100,00%

Layanan Berdasar Jenis Penyakit

Penyakit yang Di Derita Pasien Berdasar Kunjungan Pasien Terbesar pada Puskesmas Batu

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	PROSEN
1	Essential (primary) hypertension	870	20,43%
2	Acute nasopharyngitis (common cold)	814	17,15%
3	Acute upper 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%

Layanan Berdasar Jenis Penyakit

Penyakit yang Di Derita Pasien Berdasar Kunjungan Pasien Terbesar pada Puskesmas Ponorogo Utara

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH	PROSEN
1	Hypertension	1.200	12,00%
2	Common Cold	1.182	11,82%
3	Diabetes Mellitus	1.104	11,04%
4	Myalgia	1.087	10,87%
5	Gastritis	1.077	10,77%
6	Arthritis	914	9,14%
7	Disorder of Refraction	907	9,07%
8	Influenza	888	8,88%
9	Gatal-gatal	878	8,78%
10	Supervisor of Other normal pregnancy	759	7,59%
	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 Kesehatan 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 pendaftaran dengan berbasis pada elektronik (e-health), 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 e-kios, 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.



Terima Kasih

Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.

[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 | <http://ifory.net>
Automated Conference System provided by Konfrenzi | <http://konfrenzi.com>

LAMPIRAN

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

Abstract:

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/analisa-tantangan-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

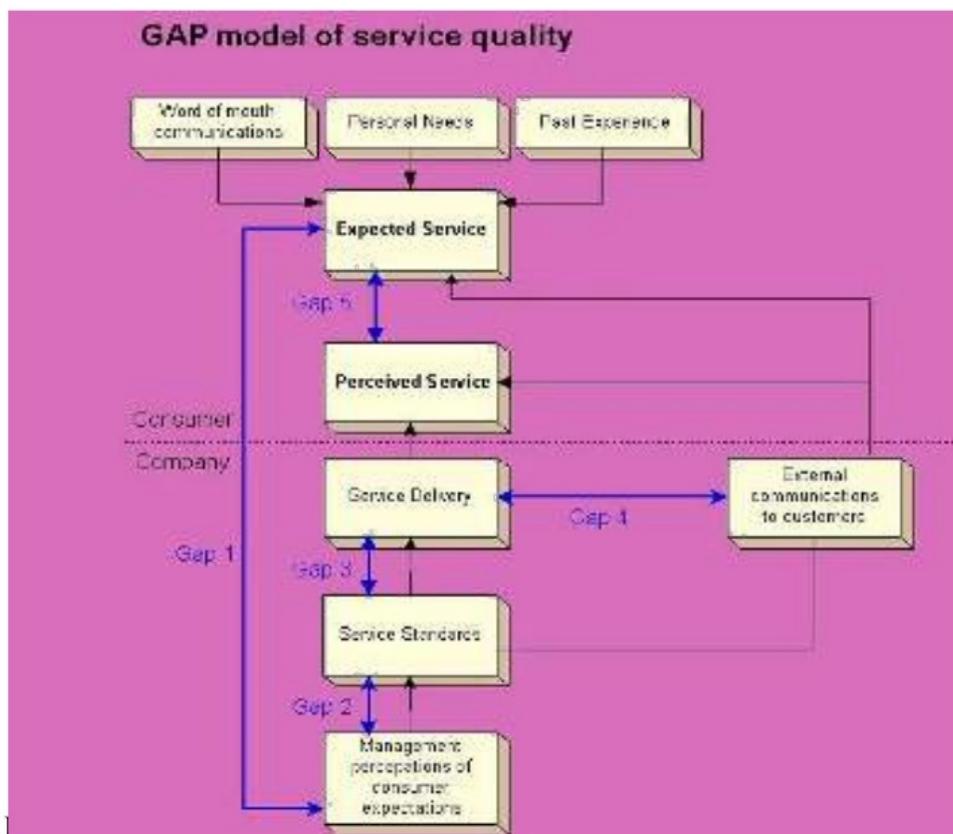
Referring to the literature, public services can be defined by all service activities carried out by public service providers that are intended for the needs of recipients of services or by the community. Public services are organized by public employees, because basically a government is established 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. (Volkh, 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, et 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, et 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) reliability, service providers must be able to demonstrate competence, reliability and trust in providing services; (iii) responsiveness, service providers must 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)
2. 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. ³ There is growing public conversation about the need for justice or equality in society, and ³ 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.

⁶¹ Local Wisdom

Local wisdom comes from two words, wisdom, and local. In general, ⁶¹ 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) ⁶¹ conservation and preservation of natural resources; (2) human resource development; (3) ⁶¹ the development of culture and science; (4) advice, trust, literature and abstinence; (5) social meaning such as communal / kinship ⁶¹ 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 ⁷⁰ 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
Have a population that is distributed to school age and productive age	Develop services for adolescents and mothers of productive age by collaborating with cross-sectors. For example: Police, National Narcotics Agency, Social Service and Health Service.
Close to state universities and health schools both at the same level as vocational schools and high schools	Maximizing partnerships / partnerships with universities or equivalent and the School of Health to support community services.
Health Cadres are loyal and have a high commitment to Toddler and Elderly “Posyandu”	Maximizing cadre competence by following 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

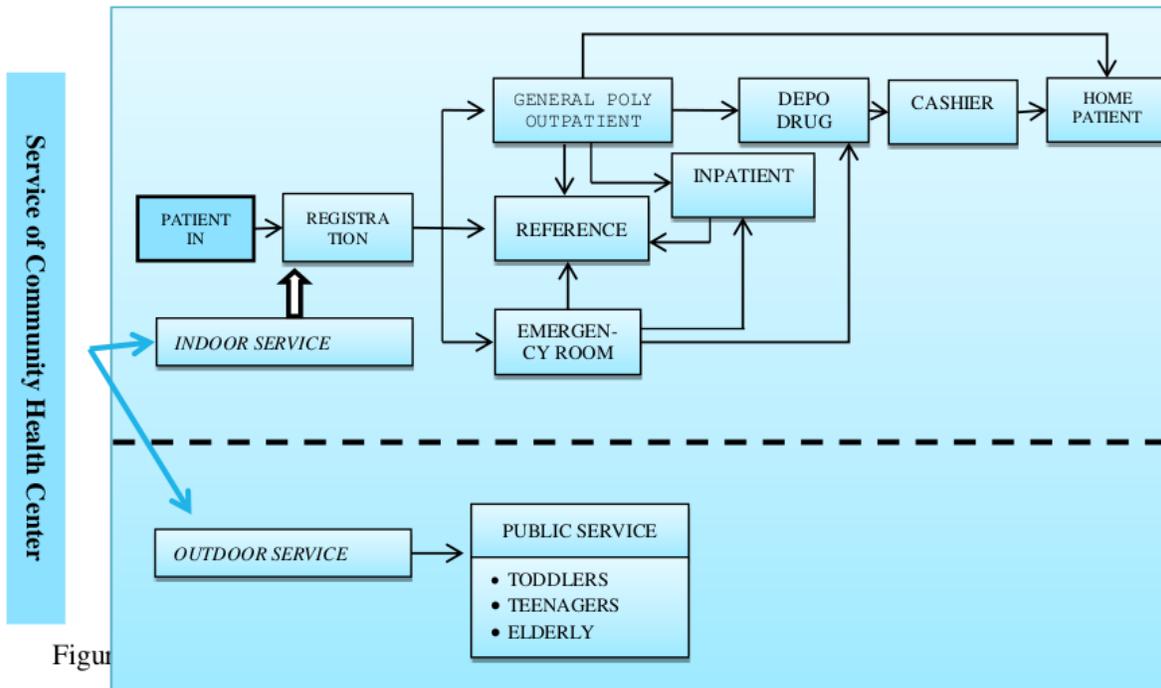
Local Wisdom	Recommendations for CHC Health Service Development
Batu as a city of tourism	Developing a "tourism ER" service. Serving all of the main NHI patients who experience health problems while recreation to Batu City.
JKN patients who visit are aged 45-69 years or enter the elderly	Elderly or Elderly Center services are developed
Have a distributed population at school age	Develop services for adolescents in 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:

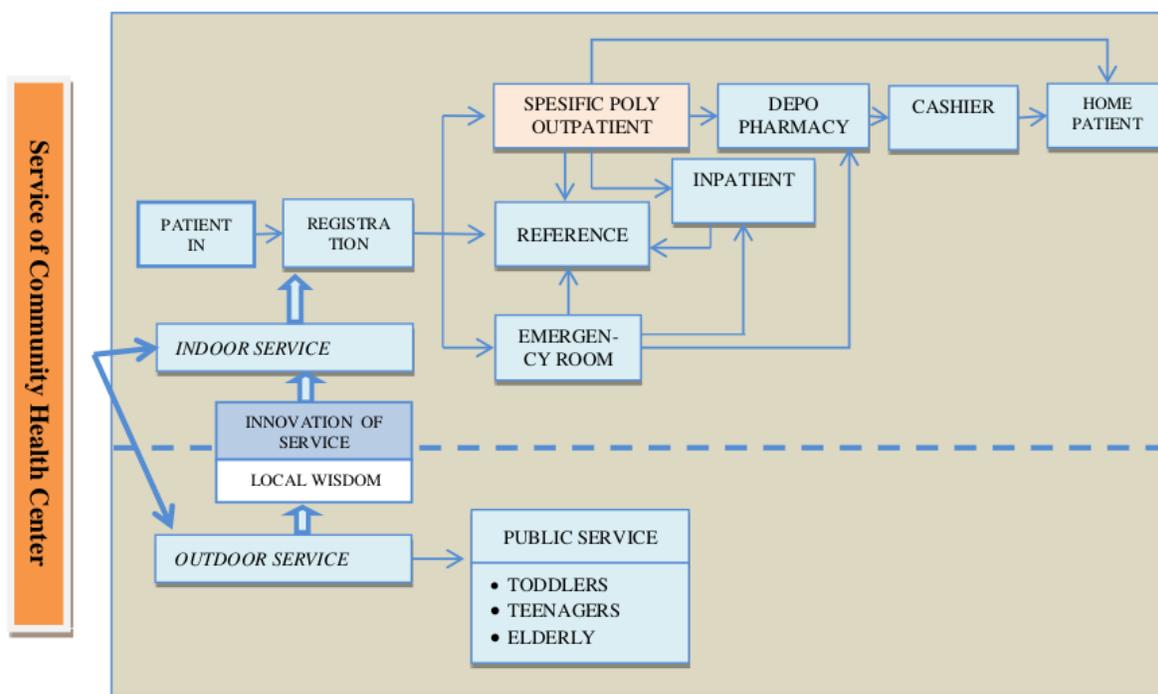


Figure 1. Model of CHC Services Based on Local Wisdom

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 a CHC 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 modernisasi" 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 Kesehatan 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-PrimaryCare2025Scenarios.pdf>.
6. "Official Transition Initiatives." Transition United States. Accessed Feb 10, 2012. <http://transition.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. Sasolong, 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, Qhisi, Jurnal: Kebijakan dan Manajemen Publik, Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSUD 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)

⁵⁶
Dibiayai oleh:

**Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Jenderal Penguatan Riset
dan Pengembangan Kementerian 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 kehadiran 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 PUPPT 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

**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

27

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

Tabel 1.1

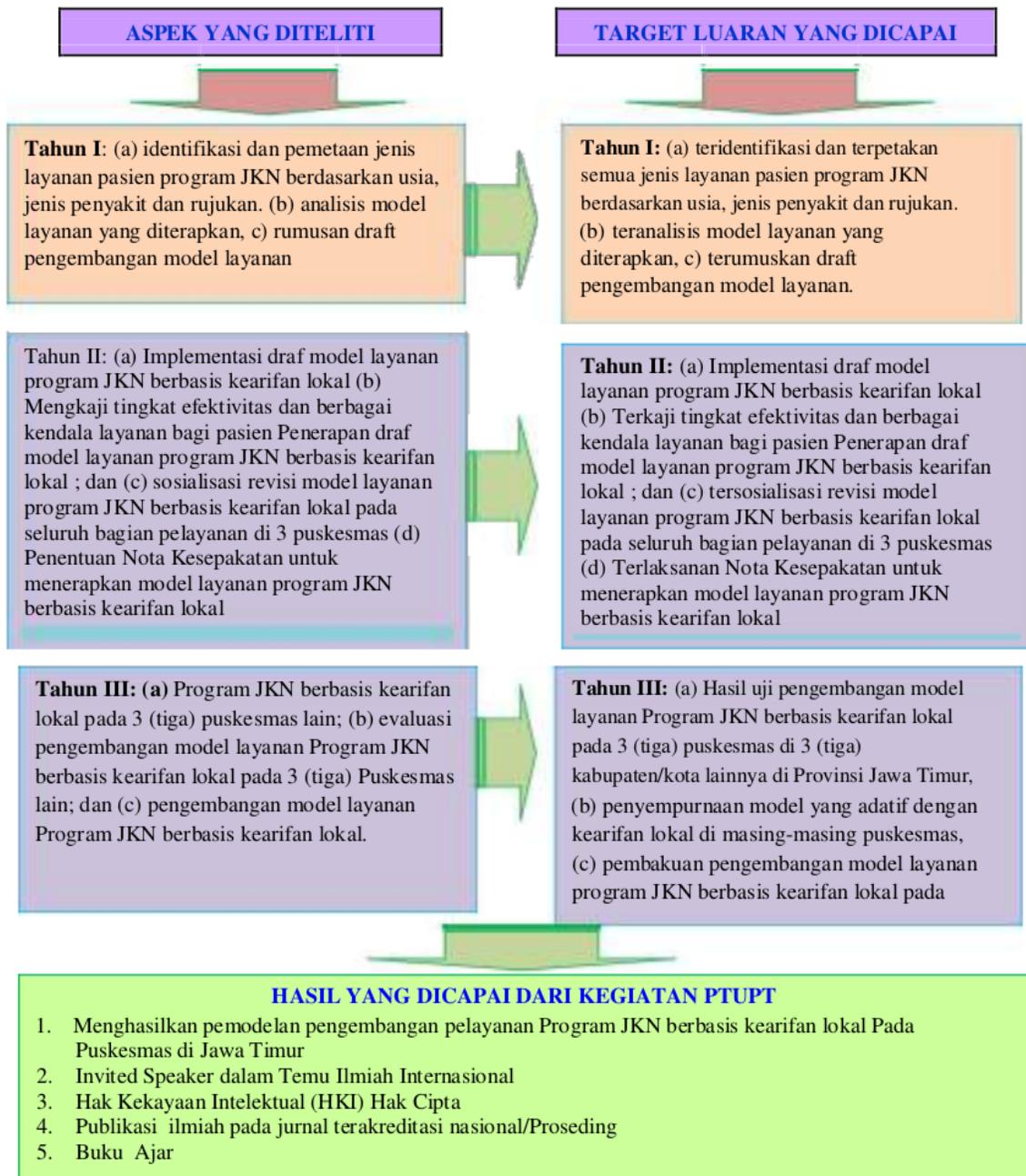
Roadmap Penelitian



Memahami *roadmap* tersebut di atas, bahwa penelitian pada tiga tahun terakhir telah dilaksanakan dengan rincian bahwa untuk tahun 2014 telah dilaksanakan oleh 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:



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 kesetiaan 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 daerah 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 pasien 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

Kearifan Lokal	Rekomendasi Pengembangan Layanan Kesehatan Puskesmas
Kesetiaan masyarakat secara turun-temurun 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.	<i>Dental Center Terpadu</i>
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 Kesehatan 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 Metropolitan, 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

Kearifan Lokal	Rekomendasi Pengembangan Layanan Kesehatan Puskesmas
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 dan sekolah-sekolah Kesehatan baik setingkat dengan SMK maupun Sekolah Tinggi	Memaksimalkan kerjasama/kemitraan dengan Perguruan tinggi atau yang sederajat serta Sekolah Kesehatan untuk menunjang pelayanan masyarakat.
Kader Kesehatan setia dan memiliki komitmen yang tinggi Posyandu Balita maupun Posyandu Lansia	Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam pelatihan/penyuluhan kesehatan
Layanan sudah menggunakan SIMPUS dan P-Care	Perlu diefektifkan dengan <i>Maintenance</i> Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018

3. Pelayanan Kesehatan 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, seperti: 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 mengembangkan 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

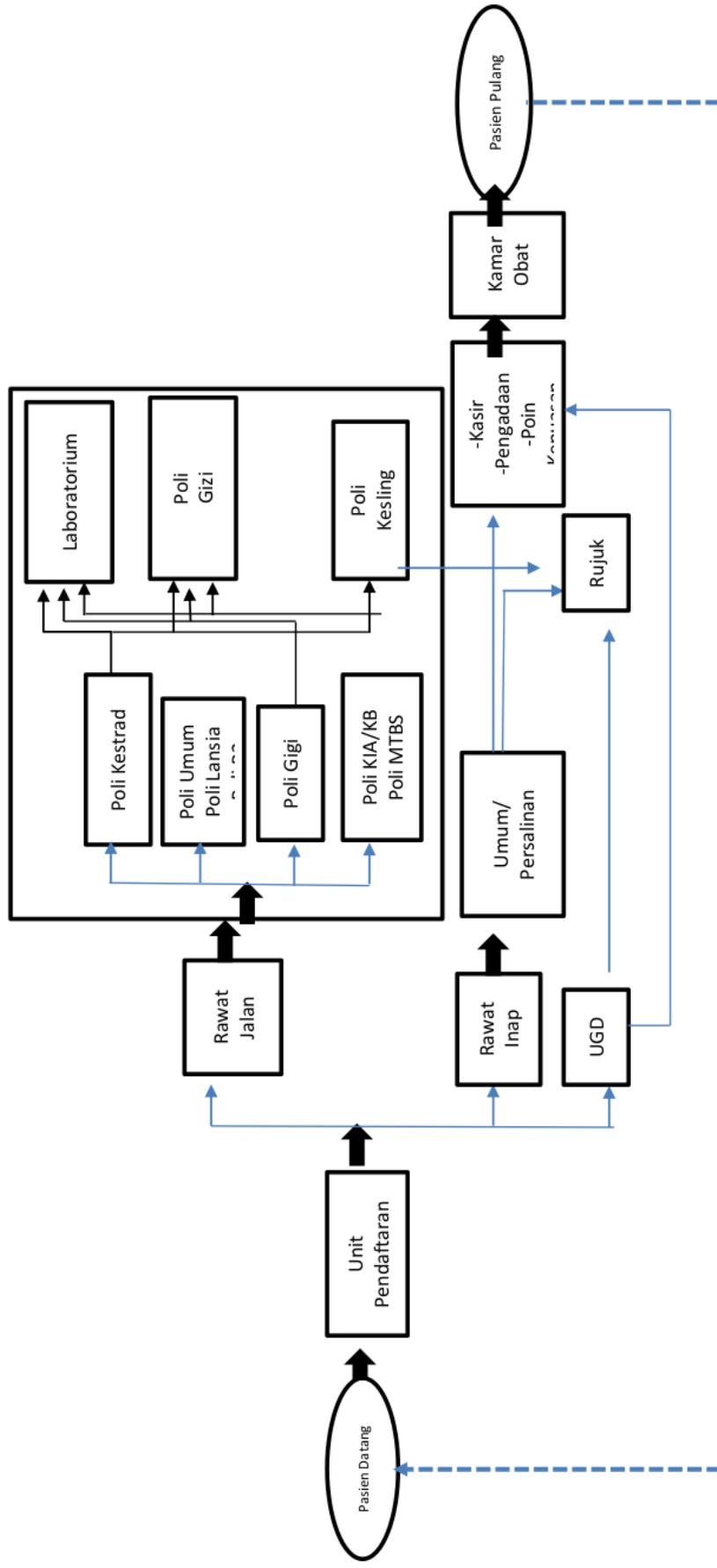
Kearifan Lokal	Rekomendasi Pengembangan Layanan Kesehatan Puskesmas
Batu sebagai Kota Wisata	Mengembangkan pelayanan “UGD Wisata”. Melayani semua pasien JKN utamanya yang mengalami masalah kesehatan ketika sedang rekreasi ke Kota Batu.
Pasien JKN yang berkunjung adalah usia 45-69 tahun atau masuk pada 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.
Layanan sudah menggunakan SIMPUS dan P-Care	Perlu diefektifkan dengan <i>Maintenance</i> Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018

4. Model Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Pelayanan kesehatan puskesmas di tiga Puskesmas yang menjadi tempat penelitian menunjukkan karakteristik yang berbeda, paling tidak perbedaan tersebut dapat dibagi menjadi klasifikasi besar, dimana untuk puskesmas 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 diuraikan di atas menunjukkan 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 sebagaimana berikut:



Gambar 1. Existing Model Pelayanan Puskesmas Selama ini

Sumber: Profil Puskesmas

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 menuju 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

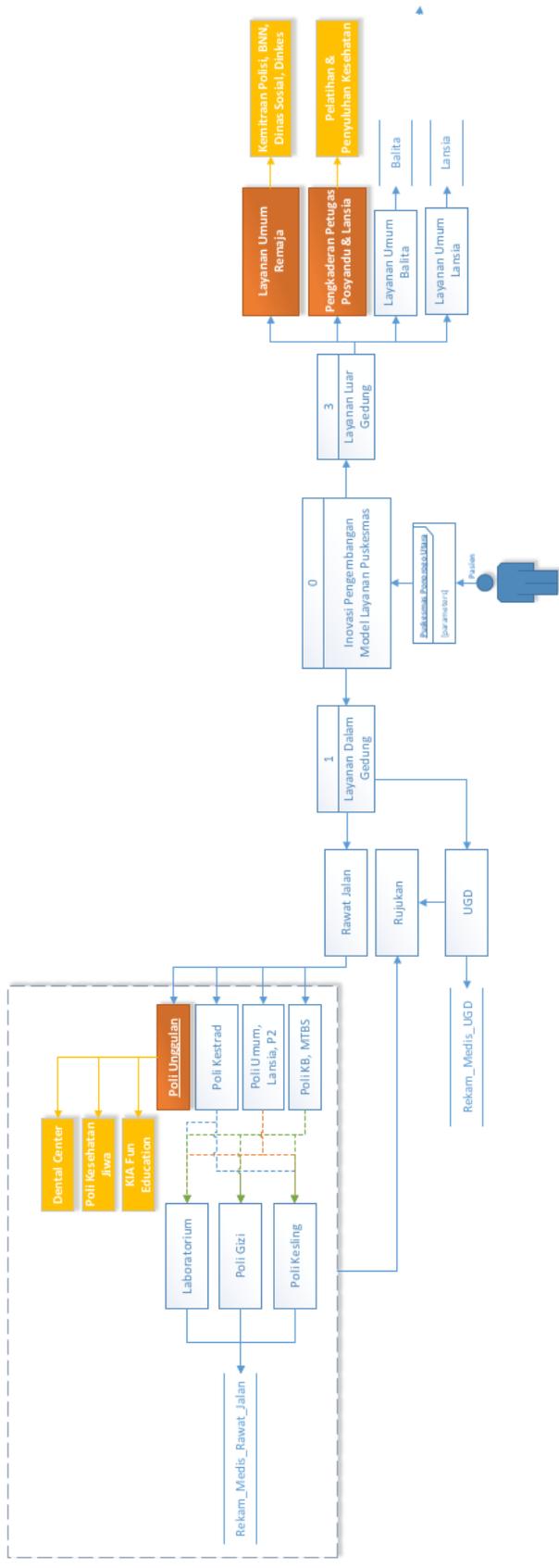
d. Pasien menuju UGD:

- 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

Pengembangan model layanan yang dilakukan peneliti yaitu dengan mengombinasikan 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 berbasis kearifan lokal di 3 (tiga) puskesmas yang menjadi lokasi penelitian digambarkan sebagaimana bagan berikut:

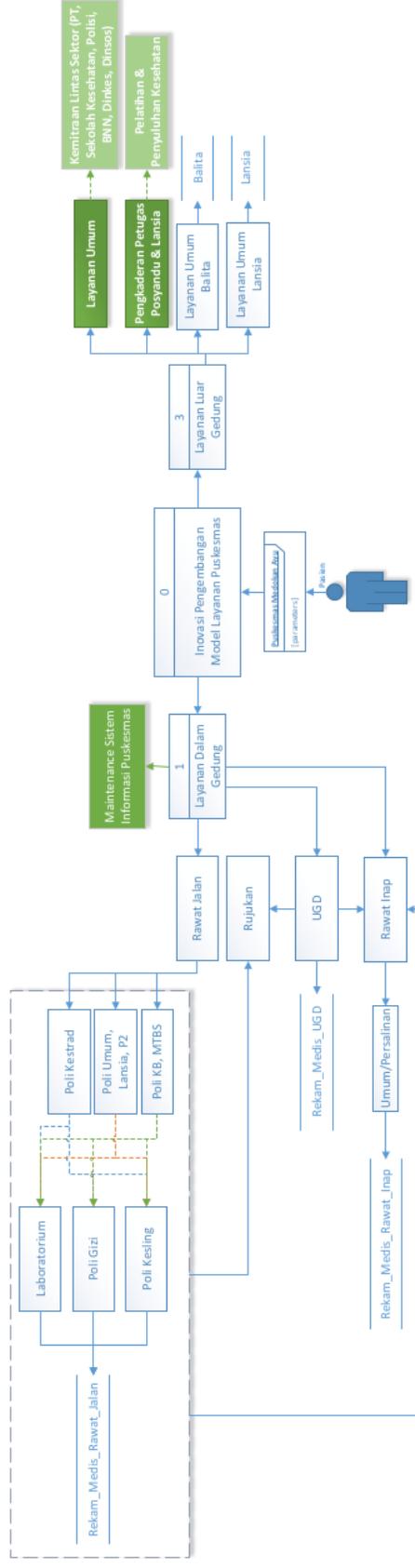


Gambar 2 : Pengembangan Model Layanan Puskesmas Pasien JKN/Umum di Ponorogo Utara
Sumber: data penelitian diolah, 2018

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



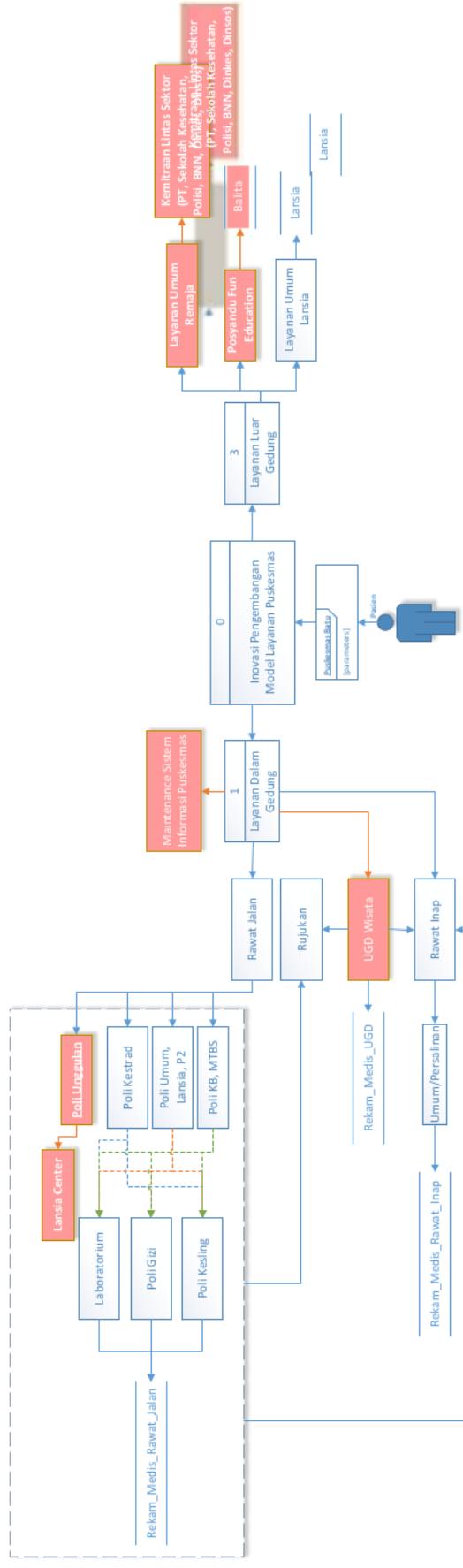
Gambar 3 : Pengembangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Medokan Ayu
 Sumber: data penelitian diolah, 2018

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 dimiliki atau Kartu Berobat jika sudah pernah diperiksa 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. **Maintenance 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 : Pengembangan 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 modernisasi" 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 Kesehatan 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-PrimaryCare2025Scenarios.pdf>.
6. "Official Transition Initiatives." Transition United States. Accessed Feb 10, 2012. <http://transition.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. Masolong, 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 Spto, 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 RSUD 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)

56

Dibiayai oleh:

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

**PRAKATA
UNIVERSITAS DR. SOETOMO SURABAYA
2018**

PRAKATA

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadiran Allah SWT, karena atas hidayah dan inayahNya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementerian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018, 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.

Penyelesaian laporan perkembangan PUPPT 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

**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

27

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

Tabel 1.1

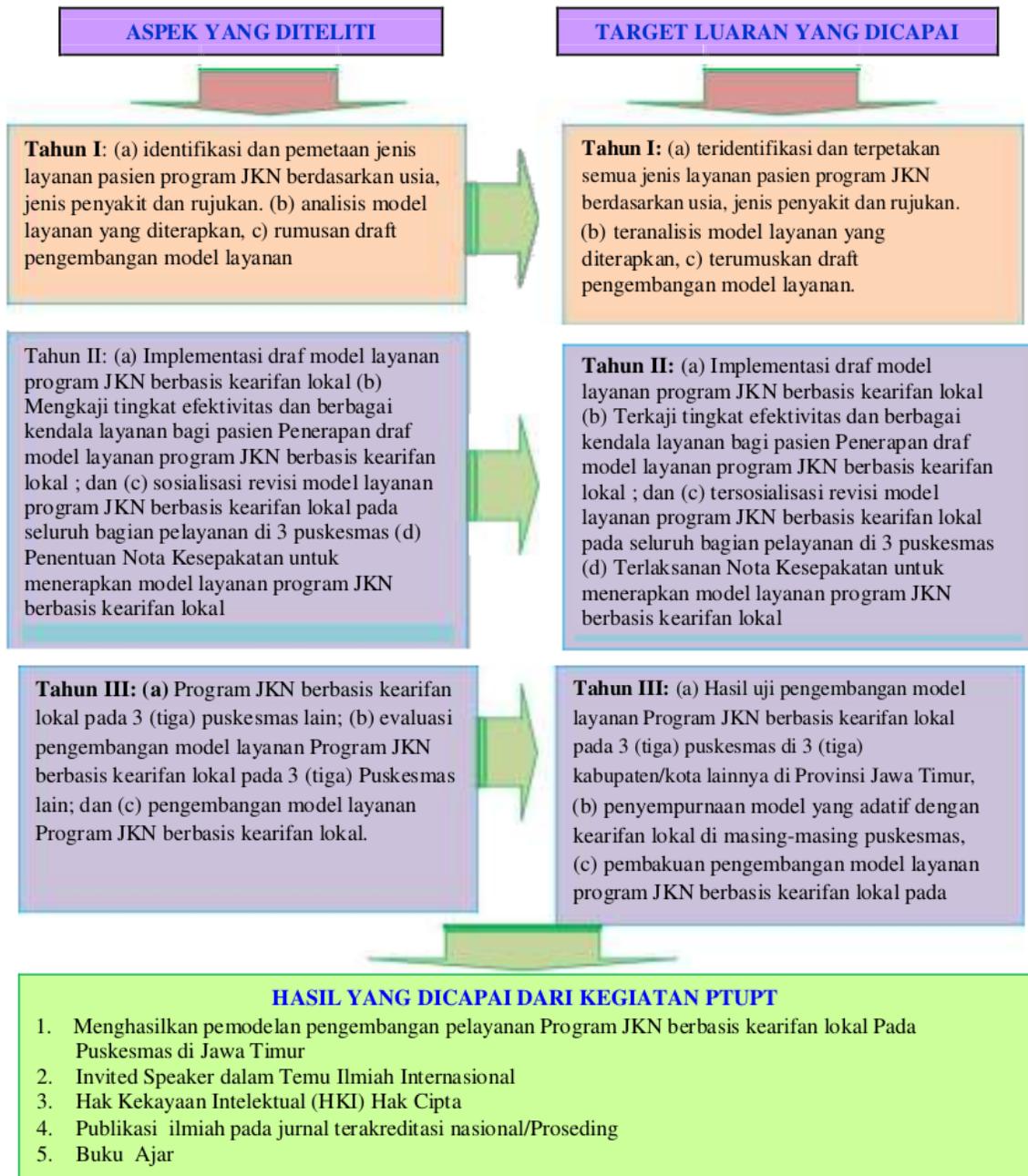
Roadmap Penelitian



Memahami *roadmap* tersebut di atas, bahwa penelitian pada tiga tahun terakhir telah dilaksanakan dengan rincian bahwa untuk tahun 2014 telah dilaksanakan oleh 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:



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.

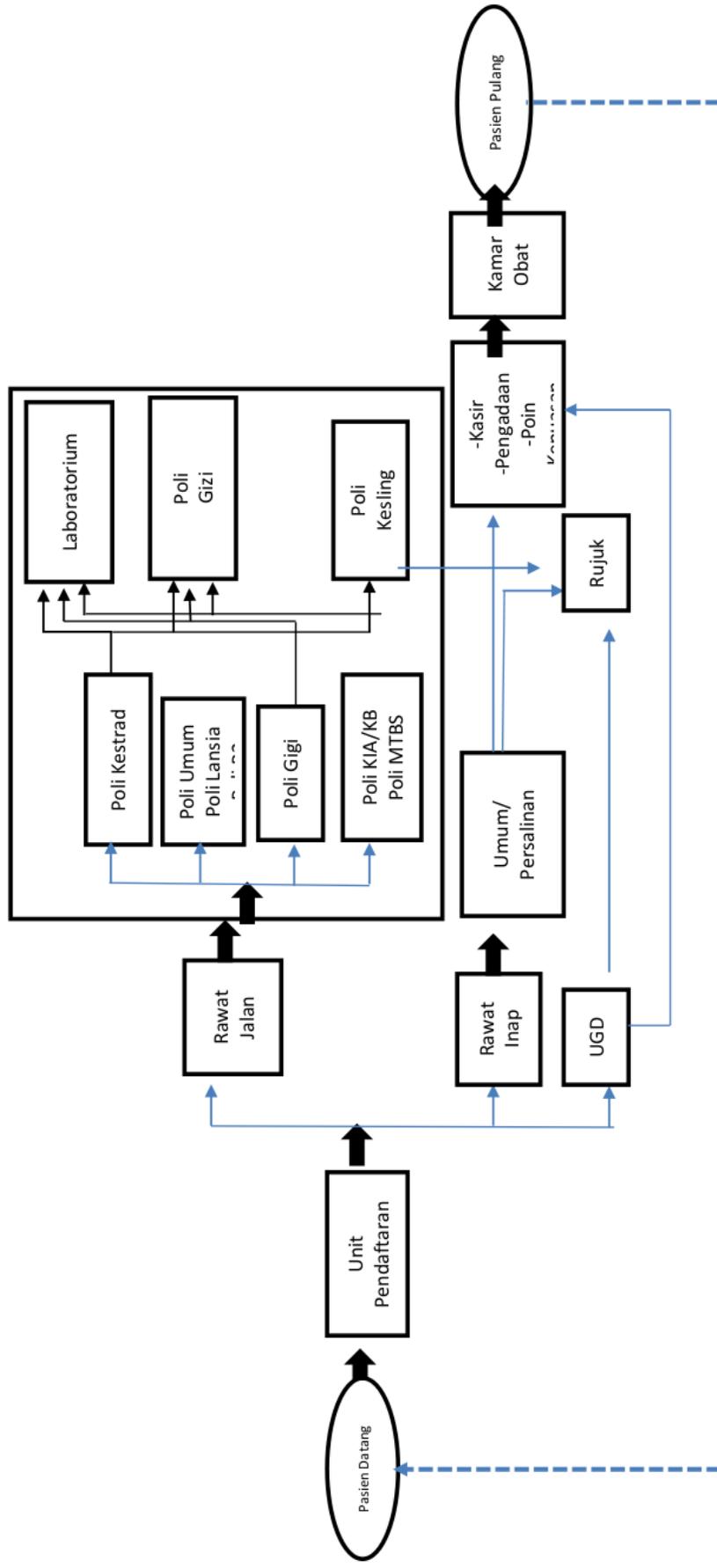
Pelayanan yang diberikan Puskesmas secara Umum antara lain:

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

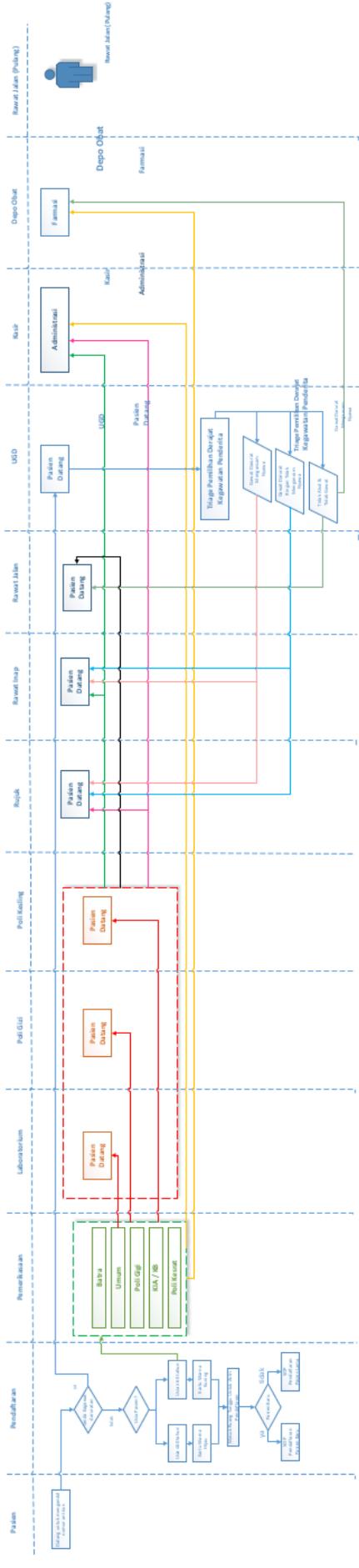
Deskripsi lengkap terkait dengan pelayanan Puskesmas sebagai berikut:

- a. Pelayanan Pokok
 - (1) Promosi Kesehatan
 - Pengkajian dan Intervensi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) pada rumah tangga dan institusi
 - 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
 - Akupunktur
 - Akupressure
 - Pijat bayi
 - Penggunaan dengan menggunakan herbal
- c. Program Unggulan
- Pelayanan puskesmas santun lansia
 - Pengobatan Tradisional
- d. UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)



Gambar 1. Existing Model Alur Pelayanan Puskesmas Selama ini



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

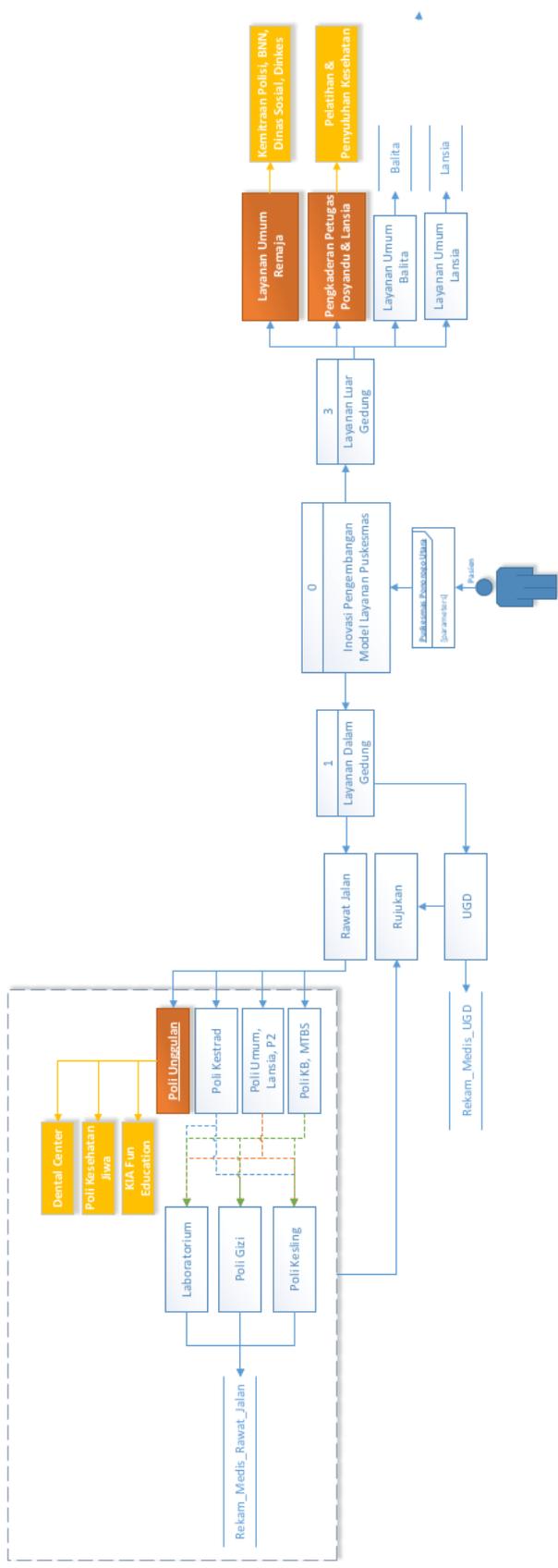
Pada gambar. 1 dan 2, dapat dilihat bahwa alur pelayanan puskesmasn baik pasien JKN maupun Umum yakni sebagai berikut:

- 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 menuju 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

Pengembangan model layanan yang dilakukan peneliti yaitu dengan mengombinasikan 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 berbasis kearifan lokal di 3 (tiga) puskesmas yang menjadi lokasi penelitian digambarkan sebagaimana bagan berikut:

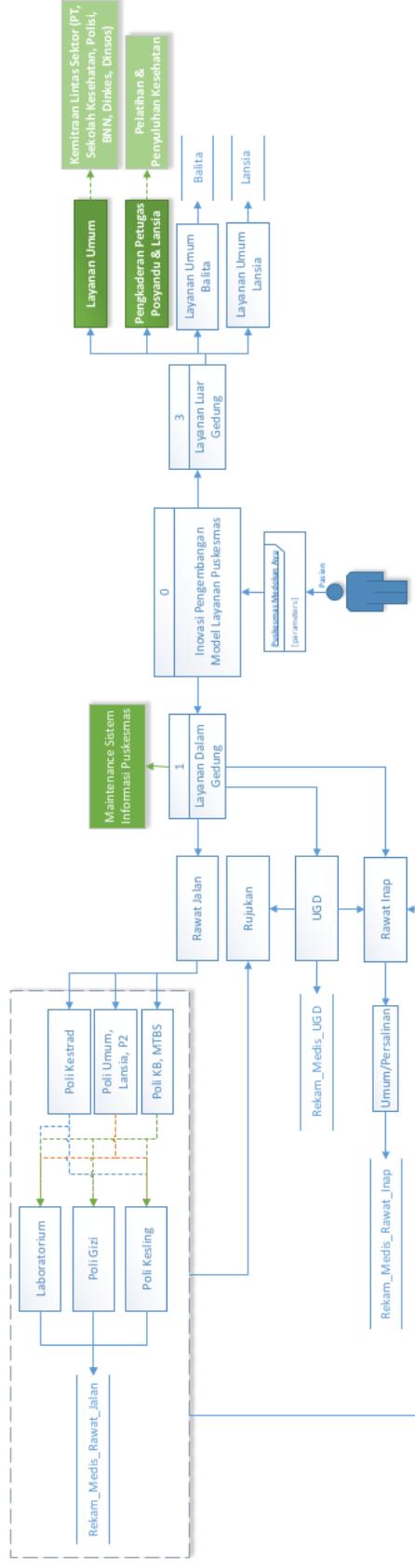


Gambar 2 : Pengembangan Model Layanan Puskesmas Pasien JKN/Umum di Ponorogo Utara
Sumber: data penelitian diolah, 2018

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



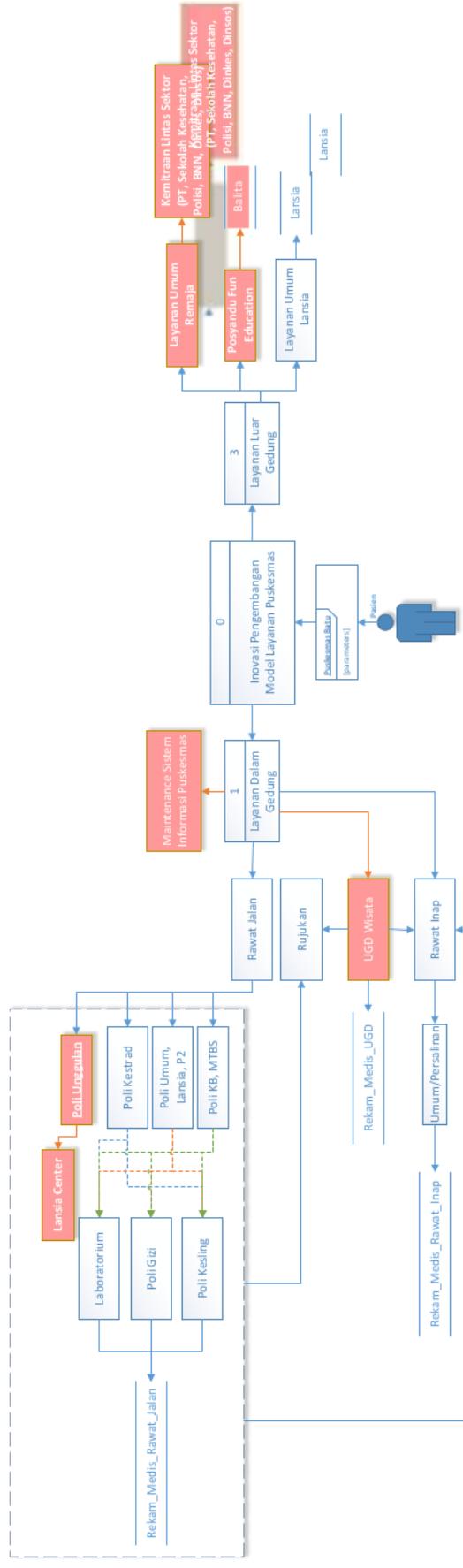
Gambar 3 : Pengembangan Model Layanan Pukesmas Pasien JKN/Umum di Medokan Ayu
 Sumber: data penelitian diolah, 2018

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 dimiliki 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. **Maintenance 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 : Pengembangan 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 Kesehatan 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://transition.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. Sasolong, 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 Spto, 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 RSUD 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**



**ADMINISTRASI
PELAYANAN KESEHATAN
MASYARAKAT**

2018

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

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadiran Allah SWT, karena atas hidayah dan inayahNya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementerian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018, 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.

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 kasih

Surabaya, Agustus 2018

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB I ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	1
A. Konsep Administrasi	1
B. Administrasi Vs Manajemen	4
C. Perkembangan Administrasi Publik	11
D. Latihan	21
BAB II ADMINISTRASI PELAYANAN	22
A. Pelayanan	22
B. Pelayanan Publik	24
C. Perkembangan Konsep Pelayanan Publik	34
D. Latihan	63
BAB III 15 LAYANAN KESEHATAN	64
A. Pelayanan Kesehatan	64
B. Pelayanan Kesehatan Masyarakat	85
C. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat	105
D. Latihan	107
BAB IV ADMINISTRASI PELAYANAN PUSKESMAS	108
A. Sumberdaya Manusia Pelayanan Puskesmas	108
B. Sarana dan Prasarana Puskesmas	114
C. Faktor-faktor Yang Mendukung Peningkatan Pelayanan Puskesmas	122
D. Latihan	124
BAB V KEBIJAKAN PELAYANAN PUSKESMAS ...	125
A. Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional	125
B. Implementasi Pelayanan JKN	130

	C. Berbagai Kendala Pelayanan JKN	137
	D. Latihan	139
BAB VI	KEARIFAN LOKAL	140
	A. Konsep Kearifan Lokal	140
	B. Desentralisasi Layanan Puskesmas	147
	C. Reformasi Layanan Puskesmas	155
	D. Latihan	169
BAB VII	MODEL LAYANAN PUSKESMAS	170
	A. Model Layanan Puskesmas Konvensional	170
	B. Model Layanan Puskesmas Berbasis Kearifan Lokal	174
	C. Latihan	193
	DAFTAR PUSTAKA	194

DAFTAR GAMBAR

64		
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	Pengembangan Model Layanan Puskesmas Pasien JKN/Umum di Ponorogo Utara	178
Gambar 7.5	Pengembangan Model Layanan Puskesmas Pasien JKN/Umum di Medokan Ayu	186
Gambar 7.6	Pengembangan Model Layanan Puskesmas Batu	190

DAFTAR TABEL

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

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.

Pertemuan Ke	Kemampuan Akhir yang direncanakan	INDIKATOR	MATERI POKOK	Bentuk pembelajaran (metode dan pengalaman belajar)	PENILAIAN			20 Referensi
					Jenis	Kriteria	Bobot	
1	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori administrasi dan manajemen, serta kesamaan kedua teori tersebut	<p>20 1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian dan definisi teori administrasi</p> <p>20 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan karakteristik dan prinsip – prinsip 20ministrasi</p> <p>3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan definisi dan karakteristik manajemen</p> <p>20 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan persamaan antara teori administrasi dan manajemen</p>	<p>1) Definisi dan pengertian administrasi karakteristik dan prinsip – prinsip administrasi</p> <p>2) Definisi dan pengertian manajemen</p> <p>3) Persamaan pengertian dan teori administrasi dan manajemen menurut pendekatan <i>administration as management.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi 	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	5.00%	BAB I, dan Buku Pendukung Nicholas Henry
20 2	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori	<p>20 1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan perkembangan teori administrasi publik.</p> <p>2) Mahasiswa mampu</p>	<p>1) Perkembangan teori administrasi pelayanan publik</p> <p>2) Pendekatan pelayanan publik menurut paradigma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi 	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	7.00%	BAB I, dan Buku Pendukung Denhardt and Denhardt

	perkembangan pelayanan publik berdasarkan paradigma administrasi publik.	memahami dan menjelaskan pendekatan pelayanan publik menurut paradigma OPA 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPM 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPS	OPA 3) Pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPM 4) Pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPS				(2007)
3	20 Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan publik, serta standar pelayanan publik	20 1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan publik. 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan publik. 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan unsur – unsur pelayanan publik 4) Mahasiswa mampu	1) Pengertian pelayanan 2) Pengertian pelayanan publik 3) Unsur – unsur pelayanan publik 4) Prinsip – prinsip pelayanan publik 5) standar pelayanan publik dan unsur – unsurnya	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	8.00% BAB II,

<p>20 4</p>	<p>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan</p>	<p>memahami dan menjelaskan prinsip – prinsip pelayanan publik 5) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan standar pelayanan publik dan unsur – unsumya 20 1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan 20 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan dasar hukum pelayanan kesehatan 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pihak-pihak yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan 20 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan masyarakat 20 5) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan unsur – unsur pelayanan kesehatan masyarakat</p>	<p>1) Pengertian pelayanan kesehatan 2) Dasar hukum pelayanan kesehatan 3) Pihak-pihak yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan 4) Pelayanan kesehatan masyarakat 5) Unsur – unsur pelayanan kesehatan masyarakat</p>	<p>• Ceramah • Diskusi</p>	<p>Tes</p>	<p>Ketepatan memahami dan menjelaskan</p>	<p>8.00%</p>	<p>BAB III</p>
-----------------	--	--	--	--------------------------------	------------	---	--------------	----------------

<p>20</p> <p>5</p> <p>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan masyarakat, dan administrasi pelayanan puskesmas</p>	<p>20</p> <p>1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat</p> <p>2) Mahasiswa mampu memahami dan sumberdaya pelayanan puskesmas</p> <p>3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sumberdaya pelayanan puskesmas</p> <p>20</p> <p>4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sarana dan prasarana pelayanan Puskesmas</p> <p>20</p> <p>5) Mahasiswa mampu menjelaskan faktor – faktor yang mendukung peningkatan pelayanan Puskesmas</p>	<p>1) Penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat</p> <p>2) Sumberdaya pelayanan puskesmas</p> <p>3) Sarana dan prasarana pelayanan puskesmas</p> <p>4) Faktor – faktor yang mendukung peningkatan pelayanan Puskesmas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi 	<p>Tes</p>	<p>Ketepatan memahami dan menjelaskan</p>	<p>8.00%</p> <p>BAB III BAB IV</p>
<p>20</p> <p>6</p> <p>Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan kebijakan dan implementasi pelayanan</p>	<p>20</p> <p>1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan kebijakan pelayanan jaminan kesehatan nasional</p> <p>2) Mahasiswa mampu memahami dan</p>	<p>1) Kebijakan pelayanan jaminan kesehatan nasional</p> <p>2) Implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional</p> <p>3) Faktor – faktor yang mempengaruhi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mahasiswa Presentasi • Diskusi 	<p>Tes</p>	<p>Ketepatan memahami dan menganalisis</p>	<p>8.00%</p> <p>BAB IV BAB V</p>

7	puskesmas	<p>menjelaskan implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional</p> <p>20 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan faktor – faktor yang mempengaruhi implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional</p> <p>20 1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan konsep Kearifan Lokal</p> <p>20 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan konsep bentuk-bentuk Kearifan Lokal</p> <p>3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan desentralisasi layanan Puskesmas</p>	implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi 	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	8.00%	BAB VI
8	puskesmas	<p>menjelaskan implementasi pelayanan jaminan kesehatan nasional</p> <p>20 1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan konsep desentralisasi dan otonomi daerah serta Reformasi</p> <p>20 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan kriteria desentralisasi dan otonomi daerah serta Reformasi</p>	<p>1) Konsep desentralisasi dan otonomi</p> <p>2) Kriteria desentralisasi dan otonomi daerah serta otonomi pelayanan</p> <p>3) Reformasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi 	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	BAB VI

	reformasi pelayanan puskesmas	<p>3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan reformasi pelayanan puskesmas</p> <p>20 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan aspek – aspek reformasi pelayanan puskesmas</p> <p>20</p>	<p>3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan reformasi pelayanan puskesmas</p> <p>20 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan aspek – aspek reformasi pelayanan puskesmas</p> <p>20</p>	<p>4) Aspek – aspek reformasi pelayanan puskesmas</p>	<p>1) Model pelayanan puskesmas</p> <p>2) Berbagai faktor yang menentukan kualitas layanan puskesmas</p> <p>3) Faktor kearifan lokal dalam menentukan kualitas layanan puskesmas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi 	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	BAB VII
9	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan model pelayanan puskesmas	<p>1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan model pelayanan puskesmas</p> <p>20 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan berbagai faktor yang menentukan kualitas layanan puskesmas</p> <p>3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan berbagai faktor kearifan lokal dalam menentukan kualitas layanan puskesmas</p>	<p>1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan model pelayanan puskesmas</p> <p>20 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan berbagai faktor yang menentukan kualitas layanan puskesmas</p> <p>3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan berbagai faktor kearifan lokal dalam menentukan kualitas layanan puskesmas</p>	<p>4) Aspek – aspek reformasi pelayanan puskesmas</p>	<p>1) Model pelayanan puskesmas</p> <p>2) Berbagai faktor yang menentukan kualitas layanan puskesmas</p> <p>3) Faktor kearifan lokal dalam menentukan kualitas layanan puskesmas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi 	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	BAB VII
10	Mahasiswa melaksanakan persiapan studi lapang untuk memahami	<p>1) Mahasiswa mencari tempat studi lapang</p> <p>2) Mahasiswa mengurus surat pengantar dan ijin studi lapang</p> <p>3) Mahasiswa</p>	<p>1) penentuan lokasi studi lapang</p> <p>2) pengajuan permohonan dan ijin</p> <p>3) Diskusi dan</p>	<p>4) Aspek – aspek reformasi pelayanan puskesmas</p>	<p>1) Model pelayanan puskesmas</p> <p>2) Berbagai faktor yang menentukan kualitas layanan puskesmas</p> <p>3) Faktor kearifan lokal dalam menentukan kualitas layanan puskesmas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 questioner untuk studi lapang	perumusan teori yang digunakan untuk studi lapang 4) Diskusi dan merumuskan guide questioner untuk studi lapang	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi • FGD, • Pengambilan data 	Non tes	alat	7.00%	Semua Literatur
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	<ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan laporan 	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	<ul style="list-style-type: none"> • Mahasiswa Presentasi • Diskusi 	Non tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	Semua Literatur
13	Mahasiswa mampu mempresentasikan dan mendiskusikan laporan studi lapang	Mahasiswa mampu mempresentasikan dan mendiskusikan laporan studi lapang dihadapan perserta diskusi di kelas	Presentasi Kelompok I dan II		Non tes	Kemampuan mamahami, menganalisis dan mempresentasikan materi	7.00%	Semua Literatur

14	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 III dan IV	<ul style="list-style-type: none"> • Mahasiswa Presentasi • Diskusi 	Non tes	Kemampuan mamahami, menganalisis dan mempresenta sikan materi	7.00%	Semua Literatur
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 pengertian 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 "Administrasi 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 menjunjung kerjasama yang tinggi untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan yang telah ditentukan sebelumnya berupa tujuan dari suatu organisasi.

Administrasi dalam Arti Sempit Menurut Handyaningrat (2002:2) dalam bukunya Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen sebagai berikut :
60
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).
60
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 memperoleh informasi kembali jika dibutuhkan.

44
Administrasi dalam Arti Luas Adminisitrasi dalam arti luas berasal dari kata Administration (bahasa Inggris) yang dikemukakan beberapa ahli dan dikutip oleh Soewarno Handyaningrat dalam bukunya Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen (2002:2). Administrasi dalam arti luas yaitu : Leonard D. White dalam bukunya Introduction to The Study of Public Administration mengatakan :
44
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. Newman dalam bukunya *Administrative Action* mengemukakan bahwa : Administration has been defined as the guidance, and leadership and control of the effort of a group of individuals towards some 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 keseluruhan 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 (*administration of 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 *manajemen 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,
- 5) pelaksanaan pembangunan yang ditangani langsung oleh pemerintah,
- 6) koordinasi,
- 7) pemantauan dan evaluasi dan
- 8) pengawasan.

Di bawah ini akan diuraikan lebih lanjut berbagai fungsi tersebut, dan dilengkapi dengan peran informasi yang amat penting sebagai instrumen atau perangkat bagi manajemen. Administrasi pembangunan mencakup dua pengertian, yaitu administrasi dan pembangunan. Administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan keputusan – keputusan yang telah diambil dan diselenggarakan oleh dua atau lebih untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya, sedangkan pembangunan didefinisikan sebagai rangkaian 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 – berkaitan administrasi dengan aspek – aspek pembangunan di bidang politik, ekonomi, sosial-budaya, dan lain – lain. *Kedua*, adanya peran administrator sebagai unsur pembangunan. Peranan serta fungsi 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 rencana. Suatu perencanaan yang berorientasi pada pelaksanaannya akan lebih banyak memperhatikan aspek administrasi dalam aspek pembangunannya. *Keempat*, administrasi pembangunan masih berdasarkan pada prinsip – prinsip administrasi negara. Namun, 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 tujuan-tujuan pembangunan. *Kelima*,⁵⁰ administrasi pembangunan harus mengaitkan diri dengan substansi perumusan kebijaksanaan dan pelaksanaan tujuan-tujuan pembangunan di berbagai bidang yaitu ekonomi, sosial, budaya, dan lain-lain. *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 gambaran mengenai ruang lingkup administrasi pembangunan. Pertama, administrasi pembangunan mempunyai dua fungsi, yaitu *the development of administration* dan *the administration of development*. *The development of administration* menyangkut usaha penyempurnaan organisasi, pembinaan lembaga yang diperlukan, kepegawaian, tata kerja, dan pengurusan sarana-sarana administrasi lainnya, sedangkan *the administration of development* menyangkut masalah perumusan kebijaksanaan-kebijaksanaan dan program-program pembangunan di berbagai bidang serta 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

disempumakan. 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 fungsional, seperti perlembagaan dalam arti sempit, kepegawaian, pembiayaan pembangunan, 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 dapat 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 :

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

Pada tahun 1970an, George Frederickson memunculkan model Administrasi 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 Demhart 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 berpendapat bahwa problem utama yang dihadapi pemerintah eksekutif adalah rendahnya kapasitas administrasi. Untuk mengembangkan birokrasi pemerintah yang efektif dan efisien, diperlukan pembaharuan 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 paling tidak melelahkan. Jika ada cara terbaik untuk 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.
- 2) Kebijakan publik dan administrasi menyangkut perumusan dan implementasi kebijakan dengan

penentuan tujuan yang dirumuskan secara politis dan tunggal.

- 3) Administrasi publik mempunyai peranan yang terbatas dalam pembuatan kebijakan dan pemerintahan, 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.
- 6) Program publik dilaksanakan melalui organisasi hirarkis, dengan manajer yang menjalankan kontrol dari puncak organisasi.
- 7) 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 nilai-nilai 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*". Osborne dan Gaebler menyarankan agar menyuntikkan 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.

70

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 business*” 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 Demhart (2008), diilhami oleh (1) teori politik demokrasi terutama yang berkaitan dengan relasi warga negara (*citizens*) dengan pemerintah, dan (2) 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 *Governance* berpandangan bahwa negara atau pemerintah di era global tidak lagi diyakini sebagai satu-satunya institusi atau aktor yang mampu secara efisien, ekonomis 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 mengurus apa yang diperlukan orang lain. Sedangkan menurut Moenir (2010:26) pelayanan 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 Gronroos (1990:27) dalam Ratminto dan Atik (2005:2) pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas 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 Suprpto (2006:227) mengatakan 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.

34 Menurut Philip Kotler dalam Suparpto (2006:228) karakteristik jasa dapat diuraikan sebagai berikut :

1) *Intangible* (tidak terwujud)

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

2) *Inseparability* (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 yang diciptakan oleh berbagai factor.

Sedangkan menurut Sampara dalam Sinambela (2011:5) pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi 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 memberikan 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 tahun 2009 tentang pelayanan publik, mendefinisikan bahwa pelayanan publik adalah kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan 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 kepentingan pribadi dan 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.

7) **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 sehingga tercipta keadilan dalam pelayanan.

11) Ketepatan waktu

Yaitu penyelesaian setiap jenis pelayanan dilakukan tepat waktu 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.
- 2) Pelayanan adalah kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang dan jasa.
- 3) Pelayanan medis merupakan pelayanan yang diterima seseorang dalam hubungannya dengan pengeahan, 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".

41

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 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

49

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 perundang-undangan.

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 :

- 1) Sistem, Prosedur dan Metode Yaitu di dalam pelayanan publik perlu adanya sistem informasi , prosedur dan metode yang mendukung kelancaran dalam memberikan pelayanan.
- 2) 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.
- 3) Sarana dan prasarana Dalam pelayanan publik diperlukan peralatan dan ruang kerja serta fasilitas pelayanan publik. Misalnya ruang tunggu, tempat parkir yang memadai.
- 4) Masyarakat sebagai pelanggan Dalam pelayanan publik masyarakat sebagai pelanggan sangatlah

heterogen baik tingkat pendidikan maupun perilakunya.

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

41

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:

51

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 masing-masing 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 :

5
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:

- 1) Kualitas terdiri dari sejumlah keistimewaan produk, baik langsung maupun atraktif yang memenuhi keinginan dan memberi kepuasan atas penggunaan produk itu.
- 2) 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 penggunaannya (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 yang “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 mendudukan “pelayan” dan yang “dilayani” ke pengertian yang sesungguhnya.

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

pemerintahan milik masyarakat, yakni 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 yang 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. Paradigma 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:

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

- 2) Lebih memfokuskan diri pada pemberdayaan masyarakat sehingga masyarakat mempunyai rasa memiliki yang tinggi terhadap fasilitas-fasilitas pelayanan yang telah dibangun bersama,
- 3) 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,
- 6) 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 desentralisasi 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 masyarakat penggunaannya. Kemudian, pengelola pelayanan publik 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 suportif 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 yang diterima pengguna jasa, sebagai kekuatan penggerakutama dalam pengoperasian bisnis. Selanjutnya Monir (dalam Harbani Pasolong2013: 128), mengatakan bahwa pelayanan adalah proses pemenuhan

kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung. Sedangkan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara, mengemukakan bahwa pelayanan adalah segala bentuk kegiatan pelayanan dalam bentuk barang atau jasa dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat. Sedangkan menurut Gronroos (dalam Ratminto dan Atik Septi Winarsih 2013:2) pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan permasalahan konsumen/pelanggan.

Pelayanan publik menurut Sinambela (dalam Harbani Pasolong 2013:128) adalah sebagai setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap sejumlah 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 serta BUMN/BUMD. Pengelompokkan jenis pelayanan tersebut didasarkan pada ciri- ciri dan sifat kegiatan serta produk pelayanan yang dihasilkan, yaitu (1) pelayanan administratif, (2) pelayanan barang, (3) pelayanan 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 kepentingan masyarakat (Panji Santosa 2009:57). Menurut Thoha (dalam Sedarmayanti 2010:243) pelayanan masyarakat adalah usaha yang dilakukan oleh seseorang dan atau kelompok orang atau instansi tertentu untuk memberi bantuan dan kemudahan 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 keseluruhan menghasilkan produk lahir berupa dokumen, misalnya sertifikat, ijin- ijin, rekomendasi, keterangan dan lain- lain. Misalnya jenis pelayanan sertifikatanah, pelayanan, IMB, pelayanan administrasi kependudukan (KTP, NTCR, akte kelahiran, dan akte kematian).

Jenis pelayanan barang adalah pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan 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 penggunaannya. 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. Misalnya pelayanan angkutan darat, laut dan udara, layanan kesehatan, layanan perbankan, 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-kurangnya meliputi:

52

- 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 pelanggan / penggunajasa.
- b. Pelayanan prima apa bila ada standar pelayanan.
- c. Pelayanan prima bila melebihi standar, atau sama dengan standar. Bila belum ada standar, pelayanan yang terbaik dapat diberikan, pelayanan yang mendekati apa yang dianggap pelayanan standar, dan pelayanan 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) unsur yang relevan, valid, dan realibel, sebagai unsur yang minimal yang harus ada untuk 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 yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanan.
- c. **Kejelasan petugas pelayanan:** keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggungjawabnya).
- d. **Kedisiplinan petugas pelayanan:** kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku.
- e. **Tanggung jawab petugas pelayanan:** kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan.
- f. **Kemampuan petugas pelayanan:** tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat.
- g. **Kecepatan pelayanan:** Target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggaraan pelayanan.

- h. Keadilan mendapatkan pelayanan: pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani.
- i. Kesopanan dan keramahan petugas: sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati.
- j. Kewajaran biaya pelayanan: keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.
- k. Kepastian biaya pelayanan: kesesuaian antara biaya yang dibayarkan kepada biaya yang telah ditetapkan
- l. Kepastian jadwal pelayanan: pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
- m. Kenyamanan lingkungan: kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan kenyamanan kepada penerima pelayanan.
- n. Keamanan pelayanan: terjaminnya tingkat keamanan unit penyelenggaraan pelayanan ataupun sarana yang digunakan. Sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan (Kepmen PAN Nomor 25 tahun 2004).

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

- a. Implementasi visi misi pelayanan pada semua tingkat yang terkait dengan pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat (pelanggan)
- b. Hakikat pelayanan prima disepakati untuk dilaksanakan oleh semua aparat yang memberi pelayanan.
- c. Dalam pelaksanaan pelayanan prima, didukung sistem dan lingkungan yang dapat memotivasi anggota organisasi untuk melaksanakan pelayanan prima.
- d. Pelaksanaan pelayanan prima aparat pemerintah, didukung sumber daya manusia, dana dan teknologi canggih tempat guna.
- e. Pelayanan prima dapat berhasil guna, apabila organisasi menerbitkan standar pelayanan prima yang dapat dijadikan pedoman dalam melayani dan panduan bagi pelanggan yang memerlukan jasa pelayanan.

Standar pelayanan prima dapat diwujudkan melalui:

- a. Kosepsi penyusutan standar pelayanan prima
 - 1. *Concep* (gagasan terbaru dan terancang)
 - 2. *Competency* (kemampuan beroperasi pada standar yang tinggi dimana saja)
 - 3. *Conection* (hubungan yang baik)
- b. Prinsip pengembangan pelayanan prima
 - 1. Rumusan organisasi
 - 2. Penyebaran visi dan misi
- c. Sasaran pelayanan 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 masyarakat sesuai dengan standar dan asas pelayanan masyarakat.
- g. Manajemen dan kepemimpinan serta organisasi pelayanan masyarakat.
- h. Perilaku yang terlibat dalam pelayanan masyarakat: pejabat dan masyarakat, 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.
- f. Menetapkan jumlah dan kualifikasi tenaga kerja yang menangani pelayanan.

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

Pelayanan publik sebagai fokus disiplin ilmu administrasi publik tetap menarik 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 kinerja pelayanan publik menyebutkan “ walaupun pelaksanaan otonomi daerah tidak memperburuk kualitas pelayanan publik” tetapi secara umum praktik penyelenggaraan pelayanan publik masih jauh dari prinsip- prinsip pemerintah yang baik (*Good Governance*).

Menurut Sadu Wasistiono (dalam Pandji Santosa 2009:58) Beberapa alasan perhatian pemerintah terhadap pelayanan publik antara lain sebagai berikut:

1. ³⁹ Instansi pemerintah pada umumnya menyelenggarakan kegiatan yang bersifat monopoli, sehingga tidak terdapat iklim kompetisi

didalam, padahal tanpa kompetisi tidak akan tercipta efisiensi dan peningkatan kualitas.

2. Dalam menjalankan kegiatan, aparat pemerintah lebih mengandalkan kewenangan daripada berbuat jasa ataupun kebutuhan konsumen.
3. Belum atau tidak diadakan akuntabilitas terhadap kegiatan suatu instansi pemerintah, baik akuntabilitas vertikal kebawah, kesamping, maupun keatas.
4. Dalam aktivitasnya, aparat pemerintah seringkali terjebak padapandangan "ectic", yakni mengutamakan pandangan dan keinginan mereka sendiri (birokrasi) daripada konsep "emic", yakni konsep dari mereka menerima jasa layanan pemerintah.
5. Kesadaran anggota masyarakat pada hak dan kewajiban sebagai warga negara maupun 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 cara memberi wewenang kepada pihak swasta lebih banyak berpartisipasi sebagai pengelola pelayanan publik.

Dalam rangka perbaikan penerapan dan perbaikan sistem dalam kaitannya dengan pelaksanaan pelayanan publik, Osborne menyimpulkan 10 prinsip yang disebut

keputusan gaya baru. Salah satu prinsip penting dalam keputusannya adalah “sudah saatnya pemerintah berorientasi” pasar” untuk itu diperlukan pendobrakan aturan agar lebih efektif dan efisien melalui pengendalian pasar itu sendiri”.

Keseperuluh prinsip yang dimaksud Osborne, ¹⁴ adalah sebagai berikut:

1. Pemerintah katalis: mengarahkan ketimbang mengayuh.
2. Pemerintah milik masyarakat: memberi wewenang ketimbang melayani.
3. Pemerintah yang kompetitif: menyuntikkan persaingan ke dalam pemberian pelayanan.
4. 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 kebutuhan pelanggan, bukan birokrasi.
7. Pemerintah wirausaha: menghasilkan ketimbang membelanjakan.
8. pemerintah antisipatif: mencengah daripada mengobati.
9. Pemerintahan desentralisasi.
10. Pemerintahan birokrasi pasar: mendongkrak perubahan melalui pasar.

Menurut Gaspersz (dalam Harbani Pasolong 2013: 130) bahwa elemen paling penting bagi organisasi adalah pelanggan, untuk itu identifikasi secara tepat apa yang menjadi kebutuhan pelanggan. Hal ini sejalan dengan Tjosvold dalam Wasistiono (dalam Harbani Pasolong 2013: 130) mengatakan bahwa bagi organisasi, "melayani konsumen merupakan saat yang menentukan" (*moment of thruts*), peluang bagi organisasi menentukan kredibilitas dan kapabilitasnya. Strategi mengutamakan pelanggan adalah prioritas utama yang harus dilakukan. Bahkan Carlzon dalam Wasistiono (dalam Harbani Pasolong 2013:131) menamakan abad ini sebagai "abad pelanggan". Abad dimana para pengguna jasa diposisikan pada tempat yang paling terhormat (*putting costumers first*). Segala upaya peningkatan kualitas pelayanan dilakukan dengan menggunakan pendekatan pelanggan.

48
Dari sudut pandang pelanggan, setiap dimensi itu penting dalam penyampaian pelayanan berkualitas, untuk itu setiap perusahaan penyedia pelayanan perlu menerapkan perspektif pelayanan pelanggan sebagaimana dipaparkan 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. Pelanggan adalah yang menentukan bisnis kita,

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

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

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

- a. Pelanggan internal (*internal Customers*) mencakup unit- unit atau pegawai dalam suatu dalam suatu organisasi publik yang bekerjatergantungan pada unit atau pegawai yang lain dalam organisasi yang sama.
- b. Pelanggan eksternal (*external customers*) mencakup pengguna produk (barang dan/ atau jasa) dari organisasi publik.

Stakeholder menurut Vincent Gaspersz (dalam Harbani Pasolong 2013:131) merupakan setiap orang atau kelompok yang berkepentingan dengan tingkat kinerja atau kesesuaian dari suatu organisasi publik, program.

Stakeholder mungkin tidak menggunakan secara langsung produk yang dihasilkan oleh organisasi publik. Mereka mungkin saja menjadi penasihat atau pemberi rekomendasi terhadap organisasi publik karena mempunyai kepentingan dengan tingkat kinerja atau kesesuaian diri organisasi publik itu.

Kualitas pada dasarnya merupakan kata yang menyangkut arti relatif karena bersifat abstrak, kualitas dapat digunakan untuk menilai atau menentukan tingkat penyesuaian suatu hal terhadap persyaratan atau spesifikasinya. Bila persyaratan atau spesifikasi itu terpenuhi berarti kualitas sesuatu hal yang dimaksud dapat dikatakan baik, sebaliknya jika persyaratan tidak terpenuhi maka dapat dikatakan tidak baik.

Dengan demikian, untuk menentukan kualitas diperlukan indikator. Karena spesifikasi yang merupakan indikator harus dirancang berarti kualitas secara tidak langsung merupakan hasil rancangan yang tidak 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 dibuat indikator yang merupakan besaran yang terukur demi untuk menentukan kualitas baik produk maupun jasa. Berbagai upaya dilakukan untuk membuat indikator yang terukur dan cocok bagi masalah penentuan kualitas sedemikian rupa sehingga pembuatan

produk atau pelayanan jasa dan pengontrolan keterlaksanaanya.

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

1. Kesesuaian 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,
6. Melakukan segala sesuatu secara benar semenjak awal
7. Sesuatu yang bisamembahagiakan pelanggan.

Kualitas (*Quality*) menurut Montgomery dalam Supranto (dalam Harbani Pasolong 2013: 132) "*the extent to which products meet the requirement of people who use them*" jadi suatu produk, apakah itu bentuknya barang atau jasa dikatakan bermutu bagi seseorang kalau produk tersebut dapat memenuhi kebutuhannya.

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

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

2. 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 efisiensi dan efektivitas,
4. Partisipatif, yaitu pelayanan yang dapat mendorong serta masyarakat dengan memperhatikan aspirasi,kebutuhan dan harapan masyarakat,
5. Kesamaan hak, yaitu pelayanan yang tidak melakukan deskriminasi dilihat dari aspek apapun khususnya suku, ras,agama, golongan, status sosial, dan
6. Keseimbangan hak dan kewajiban, yaitu pelayanan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan publik.

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

1. *intangibility*,
2. *heterogeinity* dan

3. *inseparability*

Intangibility berarti bahwa pelayanan pada dasarnya bersifat *performed* dan hasil pengalaman dan bukannya objek. Kebanyakan pelayanan tidak dapat dihitung, diukur, diraba atau dites sebelum disampaikan untuk menjamin kualitas. Berbeda dengan barang yang dihasilkan oleh suatu pabrik yang dapat dites kualitasnya sebelum disampaikan pada pelanggan.

Heterogeneity berarti pemakai jasa atau klien atau pelanggan memiliki kebutuhan yang sangat heterogen. Pelanggan dengan pelayanan yang sama mungkin mempunyai prioritas berbeda. Demikian pula *performance* sering bervariasi dari satu prosedur ke prosedur lainnya bahkan dari waktu ke waktu.

Inseparability berarti bahwa produksi dan konsumsi suatu pelayanan tidak terpisahkan. Konsekuensinya didalam industri pelayanan kualitas tidak rekayasa kedalam produksi disektor pabrik dan kemudian disampaikan kepada pelanggan. Kualitas terjadi selama interaksi antara klien dan penyedia jasa. Mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan suatu organisasi penting karena dapat memberikan manfaat bagi organisasi yang bersangkutan. Kalau ini dilakukan paling tidak organisasi atau instansi yang bersangkutan sudah punya "concern" pada pelanggannya. Pada akhirnya, bisa jadi berusaha maksimal untuk memenuhi kepuasan pelanggan yang dilayani.

Pelayanan berkualitas atau pelayanan prima yang berorientasi pada pelanggan sangat tergantung pada kepuasan pelanggan. Lukman (dalam Harbani Pasolong 2013: 134), menyebut salah satu ukuran berhasil menyajikan pelayanan yang berkualitas (prima) sangat tergantung pada tingkat kepuasan pelanggan yang dilayani. Pendapat tersebut artinya menuju kepada pelayanan eksternal, dari perspektif pelanggan, lebih utama atau lebih didahulukan apabila ingin mencapai kinerja pelayanan yang berkualitas.

Sementara itu Gerson (dalam Harbani Pasolong 2013: 134), menyatakan pengukuran 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 tentang pelayanan itu penting, karena bagaimanapun pelayanan internal adalah langkah awal dilakukannya suatu pelayanan. Akan tetapi pelayanan tersebut harus sesuai dengan keinginan pelanggan yang dilayani. Artinya bagaimana upaya untuk memperbaiki kinerja internal harus mengarah/ merujuk pada apa yang diinginkan pelanggan (eksternal). Kalau tidak demikian bagaimanapun performasuatu organisasi tetapi kalau tidak sesuai dengan

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

Servqual ini asal mulanya dari dunia bisnis, walaupun kemudian tidak sedikit diadopsi untuk organisasi publik. Walaupun konsep tentang *servicequality* (servqual) yang dikemukakan para ahli tersebut secara universal tidak seragam tetapi semua itu dapat menambah pemahaman secara mendalam tentang servqual tersebut. Salah satu teori tentang servqual yang banyak dikenal adalah servqual yang dikemukakan oleh Zeithaml- Parasuraman – Berry (1990).

Menurut Zeithaml (dalam Harbani Pasolong 2013: 135), keputusan seseorang konsumen untuk mengonsumsi atau tidak mengonsumsi suatu barang atau jasa dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain adalah persepsi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan provider (penyedia layanan) tergantung persepsi konsumen atau pelayanan yang diberikan. Pernyataan ini menunjukkan adanya interaksi yang kuat antara "kepuasan konsumen" dengan kualitas pelayanan. Tanpa kepuasan pelanggan, transaksi dan

belanja yang berkelanjutan hanyalah mimpi yang tak pernah akan berwujud.

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

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

Pada dasarnya teori tentang servqual dari Zithham, walaupun berasal dari dunia bisnis, tetapi dapat dipakai untuk mengukur kinerja pelayanan publik yang diberikan oleh instansi pemerintah. Kriteria yang digunakan untuk melakukan penilaian kualitas pelayanan publik dengan

14

mengacu pada Kepmen PAN Nomor 81 Tahun 1993 adalah sebagai berikut:

a. Kriteria kuantitatif

1. Kesederhanaan
2. Kejelasan dan kepastian
3. Keamanan
4. Keterbukaan
5. Efisiensi
6. Ekonomis
7. Keadilan

14

b. Kriteria Kualitatif

1. Jumlah warga/masyarakat yang meminta pelayanan sertaperkembangan pelayanan dari waktu kewaktu,
2. Lamanya waktu pemberian pelayanan,
3. Ratio/ perbandingan antara jumlah pegawai/ tenaga yang ada dengan jumlah warga/ masyarakat yang meminta pelayanan untuk menunjukkan tingkat produktivitas kerja,
4. Penggunaan perangkat- perangkat modern untuk mempercepat dan mempermudah pelaksanaan,
5. Frekuensi keluhan dan/ atau pujian dari masyarakat mengenai kinerja pelayanan yang diberikan, baik melalui media massa maupun melalui kotak saran yang disediakan.
6. Penilaian fisik lainnya, misalnya kebersihan dan kesejukan lingkungan, motivasi kerja pegawai

dan lain- lain aspek yang mempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja pelayanan publik.

Presiden Clinton menyatakan bahwa (Osborne dan Plstarik) dalam Warella (dalam Harbani Pasolong 2013:140): *"The Standars of Quality for service provided to the public shall be: custamer service equal to the best in business"*. Beberapa kelengkapan untuk menjamin kualitas pelayanan bagi pelanggan antara lain:

1. Standar pelayanan pelanggan berupa standar kualitas.
2. *Customer Redress*, yaitu usaha memberikan kompensasi pada pelanggan apabila standar pelayanan tidak tercapai, biasanya dalam bentuk uang.
3. *Quality Guaranties*, yaitu komitmen organisasi untuk mengembalikan uang pelanggan atau memberikan pelayanan baru secara bebas, apabila pelanggan tidak merasa puas dengan pelayanan.
4. *Quality inspector*, yaitu suatu tim yang terdiri dari para profesional maupun tokoh masyarakat yang memberikan pelayanan publik dan memberikan ranting terhadap kualitasnya, dapat dilakukan secara anonim.
5. *Customer komplain system*, yaitu memeriksa dan menganalisis keluhan pelanggan, memberikan respon yang sesuai dan menciptakan metode dimana organisasi dapat belajar dari keluhan tersebut untuk meningkatkan pelayanan.
6. *Ombudsmen*, yang membantu pelanggan memecahkan perselisihan mereka dengan penyedia jasa serta

mendapatkan pelayanan atau informasi yang diperlukan apabila mereka tidak puas dengan respon organisasi terhadap keluhan, keluhan mereka.

66
Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dengan harapannya. Tingkat kepuasan adalah fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Menurut Lukman (dalam Harbani Pasolong 2013:144) menyatakan bahwa kepuasan sebagaimana tingkat persamaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dengan harapannya. Menurut Engel (dalam Sujadi 2012:49) kepuasan pelanggan sebagai evaluasi purnabeli dimana alternative yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidaksesuaian timbul apabila hasil (outcome) tidak memenuhi harapan. Kemudian Tjiptono 48 menambahkan bahwa kepuasan pelanggan dapat menciptakan kesetiaan dan loyalitas pelanggan kepada perusahaan.

Selanjutnya menurut Fornell (dalam Fandy Tjiptono 2008:169) kepuasan pelanggan adalah evaluasi purnabeli keseluruhan yang membandingkan persepsi terhadap kinerja produk dengan ekspektasi pra-pembelian. Kotler dalam Tjiptono menandakan bahwa kepuasan pelanggan 66 adalah tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan dengan kinerja yang ia rasakan,

dibandingkan dengan harapannya. Tingkat harapan pelanggan mengenaikualitas:

- a. Harapan pelanggan yang paling sederhana dan berbentuk asumsi
- b. Kepuasan pelanggan dicerminkan dalam pemenuhan persyaratan/spesifikasi.
- c. Pelanggan menuntut kesenangan/jasa sehingga tertarik.

Pelanggan adalah :

- a. Orang yang tidak tergantung pada kita, tetapi kita tergantung kepadanya.
- b. Orang yang membawa kita pada keinginannya.
- c. Tidak seorang pun yang pernah menang beradu argumentasi dengan 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 yang sesuai keinginan pelanggan).

Elemen pemberi kepuasan :

- 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 diperhatikan.
- 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 perilaku pelayanan prima, faktapenting kepuasan pelanggan terdiri dari:

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

D. Latihan

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 (Astaqauliyah, 2008), dibandingkan dengan kebutuhan hidup manusia yang lain, kebutuhan pelayanan kesehatan mempunyai tiga ciri utama yang terjadi sekaligus dan unik yaitu: *unicertainty*, *asymetri of information* dan *externality*. Ketiga ciri utama tersebut menyebabkan pelayanan kesehatan sangat unik dibandingkan dengan produk atau jasa lainnya.

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

1. 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.

2. 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.
3. 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 yang lebih baik memerlukan keterlibatan yang 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.

36

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

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

3. Menurut Katz dan Green (dalam Tjahjono Koentjoro 2007: 24) 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 syarat-syarat 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:

1. Standar struktur, yaitu sumber daya manusia, uang, material, peralatan, dan mesin
2. Standar proses, yakni tahapan kegiatan yang dilakukan dalam pelayanan
3. 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 yang 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 implelementasi, 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:

1. Menurut Winston Dictionary (dalam M. Fais Satrianegara 2009:105) mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati.

2. Menurut Donabedian (dalam M. Fais Satrianegara 2009:105) mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program.

Beberapa definisi mutu pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. 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 Mary R. Zimmerman (dalam M. Fais Satrianegara 2009:106) mutu pelayanan 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, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen. Selain itu, mutu pelayanan kesehatan diartikan berbeda

sebagai berikut:

1. Menurut pasien atau masyarakat adalah empati, menghargai, tanggap sesuai dengan kebutuhan, dan ramah.
2. Menurut petugas kesehatan adalah bebas melakukan segala sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang memenuhi standar.
3. 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.

12

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 satisfaction*) 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.
2. Perbaikan yang berkesinambungan dan terus menerus. Perbaikan terus menerus merupakan tantangan utama pelayanan yang bermutu.

Kesempurnaan mungkin sulit, tetapi membuat pelayanan menjadibaik dengan cara menyelesaikan demi masalah dan perbaikan terusmenerus adalah tanggung jawab setiap orang dalam organisasi. Banyak hal yang harus digunakan untuk pelayanan, dimana energi dan keahlian setiap petugas pada setiap level diperlukan untuk mencapai tantangan pelayanan yang bermutu. Mengerjakan hal yang benar dengan benar dan melakukan

perbaikan yang terus menerus memberikan hal sebagai berikut.

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

42

Ada empat yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapai pelayanan 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 kriteria untuk menilai kesuksesan.

2. Perbaikan kinerja

Bila harapan pelanggan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi dan melaksanakan kinerja staf dan dokter untuk mencapai konseling, adanya pengakuan, dan pemberian *reward*.

3. Proses perbaikan

Proses perbaikan juga penting. Seringkali kinerja disalahkan karena masalah pelayanan dan ketidakpuasan pelanggan pada saat proses itu sendiri tidak dirancang dengan baik untuk mendukung pelayanan. Dengan melibatkan staf dalam proses pelayanan, maka dapat diidentifikasi masalah proses yang dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan,

mendiagnosis penyebab, mengidentifikasi, dan menguji pemecahan atau perbaikan.

4. Budaya yang mendukung perbaikan terus menerus. Untuk mencapai pelayanan prima diperlukan organisasi yang tertib.

Itulah sebabnya perlu untuk memperkuat budaya organisasi sehingga dapat mendukung peningkatan mutu. Untuk dapat melakukannya, harus sejalandengan dorongan peningkatan mutu pelayanan terus-menerus.

Pemberi pelayanan adalah pejabat/ pegawai instansi pemerintah yang melaksanakan tugas dan fungsi dibidang pelayanan, sedangkan penerima pelayanan adalah orang atau badan hukum yang menerima pelayanan dari instansi pemerintah. Karakteristik pelayanan umum menurut SK Menpan No 81/ 1993 mengandung unsur kesederhanaan, efisiensi, ekonomis, keadilan, serta ketepatan waktu. Dalam pelayanan kesehatan dibagi menjadi dua elemen dasar mutu yaitu:

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

yang menyenangkan, 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
4. 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 dan 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 :

- 1) Promotif merupakan pemelihara dan peningkatan kesehatan hal-hal ini sangat diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi.
- 2) 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.
 - c. Preventif tersier, merupakan diagnose penyakit, pembuatan diagnose dan pengobatan.
- 3) Kuratif merupakan penyembuhan penyakit.
 - 4) Rehabilitasi 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 care service) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Definisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama 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:

- 1) Pelayanan kesehatan perseorangan (medical service) Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (self care), dan keluarga (family care) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan 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.

- b. 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 lagi 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:

- 1) Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- 2) Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
- 3) 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:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- 2) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- 3) 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, yang 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 preventif 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 yang melindungi pasien, sehingga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan.

2. 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 definisi dokter adalah suatu pekerjaan yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Seorang dokter harus memahami ketentuan hukum yang berlaku dalam pelaksanaan profesinya termasuk didalamnya tentang persamaan hak-hak dan kewajiban dalam menjalankan profesi sebagai dokter. Kesadaran dokter terhadap kewajiban hukumnya baik terhadap diri sendiri maupun terhadap orang lain dalam menjalankan 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 profesional 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 dengan peraturan perundang-undangan. Pada proses hubungan antara perawat dengan pasien, pasien mengutarakan masalahnya dalam rangka mendapatkan pertolongan yang 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 seseorang yang telah menyelesaikan 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

21

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:

15

- a. Melakukan pekerjaan kefarmasian termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian obat, pengelolaan 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 sediaan 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 keterbatasan-keterbatasan. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dibutuhkan tenaga kesehatan yang baik, terampil dan fasilitas rumah sakit yang baik, tetapi tidak semua institusi pelayanan medis tersebut memenuhi kriteria tersebut, sehingga meningkatkan kerumitan sistem pelayanan kesehatan dewasa ini.

B. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

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

1) KLINIK

Berdasarkan Pada PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 028/MENKES/PER/1/2011 TENTANG KLINIK Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, 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.

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

21 Klinik Pratama atau Klinik Utama dapat mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis Penyakit tertentu. 21 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. 21 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 kegiatan 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. Ruang Kartu/Loket
 - b. Poli Umum
 - c. Poli Gigi
 - d. Poli KIA-KB
 - e. Pojok Gizi
 - f. Ruang Tindakan / UGD
 - g. Apotek
 - h. Gudang Obat
 - i. Gudang Inventaris
 - j. Ruang Tata Usaha
 - k. Ruang Imunisasi
 - l. Ruang Laboratorium Sederhana
 - m. Ruang Kepala Puskesmas
2. 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 spesialisik dan sub spesialisik dan

pelayanan penunjang. Bentuk pelayanan ini akan sangat ditentukan juga oleh tipe rumah sakit.

a. Pelayanan dasar rumah sakit

- 1) 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, cardiology, tumbuh kembang, dan pediatric gawat darurat.
- 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.
- 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 ophthalmologi, neuro radiologi dan neuro restorasi.

- i. Pelayanan spesialis kulit dan kelamin, terdiri dari 7 (tujuh) sub spesialis, yakni : alergi imunologi, 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 care unit.
- k. Pelayanan medis spesialis rehabilitasi medik.
- l. 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 :

1. 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:

- 1) Pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan
- 2) 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 seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat

dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya. Pemerintah mengatur dan mengawasi pelayanan kesehatan 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 kesehatan 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
 - 71 g. Pelayanan imunisasi
 - h. Pelayanan pada balita
 - i. Pelayanan kesehatan anak
 - j. Pelayanan kb aktif
 - k. Pelayanan penanganan penderita penyakit
 - l. 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

4. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, 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 (*acesible*), dapat di jangkau (*affordable*), efisien (*efficient*), serta bermutu (*quality*) (azwar,1995)

1. Ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.

2. Kewajaran pelayanan kesehatan (*appropriate*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

3. Kesiambungan 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.

5. Ketercapaian pelayanan kesehatan (*acesible*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat di capai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut.

6. Keterjangkauan pelayanan kesehatan (*affordable*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat di jangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan

7. Efisiensi pelayanan kesehatan (*efficient*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat di selenggarakan secara efisien.

8. Mutu pelayanan kesehatan (*quality*)

Artinya pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat

5. **Sistem Rujukan**

11

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 dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu dan bayi melalui peningkatan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan dan neonatal di wilayah mereka berada. (Depkes RI, 2006)

Sistem rujukan merupakan suatu sistem jaringan 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.

11

a. Jenis Rujukan

Rujukan secara konseptual terdiri atas :

- 1) 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 penanggulangannya 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
- c) Intern antara petugas Puskesmas/Puskesmas Rawat Inap
- d) Antara Puskesmas dengan Rumah Sakit, Laboratorium atau fasilitas 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.
- c) Jika rujukan di Kabupaten/Kota masih belum mampu menanggulangi, dapat diteruskan ke Provinsi/Pusat.

26

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 berhasil.

Khusus:

1. Dihasilkannya upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna

2. Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif dan promotif secara berhasil guna dan berdaya guna.

26

d. Upaya kesehatan Rujukan

Langkah-langkah dalam meningkatkan rujukan:

1. Meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas dalam menampung rujukan dari Puskesmas Pembantu dan Pos Kesehatan dari masyarakat
2. Mengadakan "Pusat Rujukan Antara" dengan mengadakan ruangan tambahan untuk 10 tempat tidur perawatan penderita gawat darurat pada lokasi yang strategis
3. Meningkatkan sarana komunikasi antara unit-unit pelayanan kesehatan dengan perantara 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
5. Menyediakan sarana pencatatan dan pelaporan yang memadai bagi sistem rujukan, baik rujukan medik maupun rujukan kesehatan
6. 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 antar-unit 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.
2. Menjalinkan kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya.
3. Menjalinkan pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (transfer of knowledge and skill) melalui pendidikan dan pelatihan antara pusat dan daerah.

2) Kegiatan

1. Rujukan dan pelayanan kebidanan
2. Pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap.
3. Rujukan khusus patologis pada kehamilan, persalinan, dan nifas.
4. 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 perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).
- 3) Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan
1. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus, dan demonstrasi operasi.
 2. Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau ilustrasi pendidikan.
- 4) Rujukan informasi medis
1. Membalas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim.
 2. Menjalin kerjasama dalam system pelaporan data-data 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

1. 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
 2. 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
 3. 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. Preeklamsia/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

2

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 memenuhi 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 Fasilitas 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 pemerintah. Fasilitas Kesehatan 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 perencanaan. Pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling 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 tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan.

Ada 2 bentuk dan cara penyelenggaraan SDM kesehatan, yaitu :

1. 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.
2. 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 setinggi-tingginya.

Tujuan SDM **Kesehatan, secara** khusus bertujuan untuk menghasilkan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai berikut :

1. Mampu mengembangkan dan memutakhirkan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang promosi kesehatan dengan cara menguasai dan memahami pendekatan, metode dan kaidah ilmiahnya disertai dengan ketrampilan penerapannya didalam pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan
2. 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

Perencanaan SDM Kesehatan adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan tempat, keterampilan, 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 :

- a. Peningkatan jumlah jaringan dan kualitas Puskesmas, termasuk mengembangkan desa siaga
- b. Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan
- c. 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.
- c. 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/II/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota, dan Rumah Sakit
- b. Penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan dalam pencapaian sasaran pembangunan jangka pendek, menengah, dan jangka panjang 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 kinerja 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 yang ditetapkan, dan standar atau nilai tertentu.

Metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan antara lain :

1. Health Need Method, Diperhitungkan keperluan upaya kesehatan terhadap kelompok sasaran tertentu berdasarkan umur, jenis kelamin, dan lain-lain.
2. Health Service Demand Method, Diperhitungkan kebutuhan upaya kesehatan terhadap kelompok sasaran menurut umur, jenis kelamin, dll.
3. 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

2. Mampu mengidentifikasi dan merumuskan pemecahan masalah pengembangan dan pengelolaan sumber daya manusia kesehatan melalui kegiatan penelitian
3. 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.

Pemerataan : 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 pasien 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 dijelaskan secara rinci mengenai sarana dan prasarana puskesmas sebagai berikut :

a. Sistem Penghawaan (ventilasi)

1. 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.
2. 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.
3. Besarnya pertukaran udara 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:
 - 1) Jumlah udara luar berkualitas baik yang masuk dalam ruang pada waktu tertentu
 - 2) 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 airborne yang ada dalam ruangan dialirkan ke luar dengan cara yang efisien

- 3) Setiap ruang diupayakan proses udara didalam ruangan bergerak dan terjadi pertukaran antara udara didalam ruang dengan udara dari luar.
- 4) Pemilihan sistem ventilasi yang alami, mekanik atau campuran, perlu memperhatikan kondisi local, seperti struktur bangunan, cuaca, biaya dan kualitas udara luar.

b. Sistem Pencayaan

1. Bangunan Puskesmas harus mempunyai pencahayaan alami dan/atau pencahayaan buatan.
2. Pencahayaan harus terdistribusikan rata dalam ruangan.
3. Lampu-lampu yang digunakan diusahakan dari jenis hemat energi. Adapun tingkat pencahayaan yang direkomendasikan adalah sebagai berikut :
 - a) Ruang administrasi kantor, ruang Kepala Puskesmas, ruang rapat, ruang pendaftaran dan rekam medik, ruang pemeriksaan umum, ruang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB, dan imunisasi, ruang kesehatan gigi dan mulut, ruang ASI, ruang 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.

c) Dapur, ruang tunggu, Gudang umum, KM/WC, ruangan sterilisasi, ruangan cuci linen. Tingkat Pencahayaan 100 Lux.

c. Sistem sanitasi

53

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

1. sistem air bersih harus direncanakan dan dipasang dengan mempertimbangkan sumber air bersih dan sistem pengalirannya.
2. 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.

53

d. Sistem penyaluran air kotor dan/atau air limbah

1. Tersedia sistem pengolahan air limbah yang memenuhi persyaratan kesehatan.
2. Saluran air limbah harus kedap air, bersih dari sampah dan dilengkapi penutup dengan bak control untuk menjaga emiringan saluran minimal 1%.

3. Didalam sistem penyaluran air kotor dan/atau air limbah dari ruang penyelenggaraan makanan disediakan perangkat lemak untuk memisahkan dan/atau menyaring kotoran/lemak.

- e. Sistem pembuangan limbah Infeksius dan non infeksius.
1. Sistem pembuangan limbah infeksius dan non infeksius harus direncanakan dan dipasang dengan mempertimbangkan fasilitas pewadahan, Tempat Penampungan Sementara (TPS), dan pengolahannya.
 2. Pertimbangan jenis pewadahan dan pengolahan limbah infeksius dan non infeksius diwujudkan dalam bentuk penempatan pewadahan dan/atau pengolahannya yang tidak 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 tata cara perencanaan, pemasangan, dan pengolahan fasilitas

pembuangan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan peundangan-undangan.

f. Sistem Kelistrikan

1. Sistem kelistrikan dan penempatannya harus dioperasikan, diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu lingkungan, bagian bangunan dan instalansi lain.
2. 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 :

1. 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 angin, 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 Distribusi

1. Panel-panle listrik
2. Instalasi pengkabelan
3. Instalasi kotak kontak dan sakelar

h. Sistem Pembumian

Nilai pembumian bangunan tidak boleh kurang impedasinya dari 0.5Ω . Nilai pembumian alat kesehatan tidak boleh kurang impedasinya dari 0.1Ω .

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 (O_2). Sistem gas medik harus direncanakan dan diletakkan dengan mempertimbangkan tingkat keselamatan bagi penggunaannya.

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

1. Bangunan Puskesmas harus menyiapkan alat pemadam kebakaran untuk memproteksi kemungkinan terjadinya kebakaran.
2. Alat pemadam kebakaran kapasitas minimal 2 kg, dan dipasang 1 buah untuk setiap 15 m².
3. Pemasangan alat pemadam kebakaran diletakkan pada dinding dengan ketinggian antara 15 cm – 120 cm dari permukaan lantai, dilindungi sedemikian rupa untuk mencegah kemungkinan kerusakan atau pencurian.
4. Apabila bangunan Puskesmas menggunakan generator sebagai sumber daya listrik utama, maka pada ruangan generator harus dipasangkan Alat Pemadam Kebakaran jenis CO₂.

m. Sistem Pengendalian Kebisingan

1. Intensitas kebisingan equivalent (Leq) diluar bangunan Puskesmas tidak lebih dari 55 dBA, dan di dalam bangunan Puskesmas tidak lebih dari 45 dBA.
2. Pengendalian sumber kebisingan disesuaikan dengan sifat sumber.
3. 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.

24

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 diinginkan. Tingkat kesigapan dari petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan merupakan salah satu aspek yang mempengaruhi penilaian pasien atas mutu pelayanan yang diselenggarakan.

3. Kehandalan petugas

Kehandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien di puskesmas. Tingkat kemampuan dan keterampilan yang kurang dari tenaga kesehatan tentunya akan memberikan pelayanan yang kurang memenuhi 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 penyelenggaraan pelayanan kepada pasien.

D. Latihan

BAB V
KEBIJAKAN PELAYANAN PUSKESMAS

A. Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional

1. 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.

57

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;
- c. 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;
- c. 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 continuous ambulatory peritoneal dialysis. Surat edaran ini memerintahkan Direktur BPJS Kesehatan untuk merujuk E-katalog 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 permasalahan 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 memiliki 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 kelompok 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.

b. 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 lagi membayar iuran setiap bulannya karena sudah mendapatkan Penerima Bantuan Iuran (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 yang telah diambil dan dibuat oleh berbagai instansi pemerintah, kemudian 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 terjadi kurangnya koordinasi. Akhirnya munculah Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. 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 jauh dari harapan terutama bagi masyarakat golongan bawah. Akan tetapi, pemerintah terus berusaha untuk memberikan pelayanan kesehatan yang baik dengan memunculkan kebijakan-kebijakan terkait jaminan 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 Nasional 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 Kesehatan 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 sesuai 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

Peranan 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 tersebut baik itu sumber daya manusia maupun sumber daya anggaran. Sumber daya manusia sebagai implementasi suatu kebijakan, sehingga dapat berjalan secara efisien apabila sumber dayanya mencukupi dan dapat bekerja secara profesional dan efektif didalam menjalankan sebuah program sesuai dengan rumusan kebijakan yang telah ditentukan. Adapun sumber daya finansial juga memiliki kedudukan yang sangat penting karena implementasi kebijakan tidak akan berjalan apabila secara finansial

tidak mencukupi. Akibatnya implementasi kebijakan akan berjalan lambat.

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 Kementerian 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.

c. Tingkat Kepatuhan dan Respon Pelaksana

Berdasarkan pengamatan dan penjelasan yang 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 berbadan dalam subsidi silang ini. Tidak hanya dari kaum menengah 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.

- b. Kesadaran bagi peserta mandiri untuk membayar iuran
Banyak warga yang mendaftar JKN hanya untuk mendapatkan 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

a. Regulasi yang masih terus mengalami perubahan

Pemerintah selalu berupaya memberikan pilihan kebijakan yang terbaik bagi masyarakatnya, dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengikat inilah kebijakan dapat ditegakkan dengan baik. Peraturan yang ada diupayakan untuk 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

25
Kearifan lokal adalah identitas atau kepribadian budaya sebuah bangsa yang menyebabkan bangsa tersebut mampu menyerap, bahkan mengolah kebudayaan yang berasal dari luar/bangsa lain menjadi watak dan kemampuan sendiri Wibowo (2015:17). Identitas dan Kepribadian tersebut tentunya menyesuaikan dengan pandangan hidup masyarakat sekitar agar tidak terjadi pergeseran 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. 25
Dalam bahasa asing sering juga dikonsepsikan sebagai kebijakan setempat local wisdom atau pengetahuan setempat "local knowledge" atau kecerdasan setempat local genius Fajarini (2014:123). Berbagai strategi dilakukan oleh masyarakat setempat untuk menjaga kebudayaannya.

25
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 kebiasaan yang telah mentradisi dilakukan oleh sekelompok masyarakat secara turun temurun yang hingga saat ini masih dipertahankan keberadaannya oleh masyarakat hukum adat tertentu di daerah tertentu. Berdasarkan pengertian di atas dapat diartikan bahwa 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.

Selanjutnya Istiawati (2016:5) berpandangan bahwa kearifan lokal merupakan cara orang bersikap dan bertindak dalam menanggapi perubahan dalam lingkungan fisik dan budaya. ¹⁷ Suatu gagasan konseptual yang hidup dalam masyarakat, tumbuh dan berkembang secara terus-menerus ²² 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 ¹⁷ 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 beragamaan dalam wujud praktik sosial yang dilandasi suatu kearifan dari budaya. ¹⁷ 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 semesta 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 ¹⁷ 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 hirarki dalam pemerintahan dan adat, aturan

perkawinan antar klan, tata karma dalam kehidupan sehari-hari.

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 sehari-hari. 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 contohnya adalah

wayang. Wayang kulit diakui sebagai kekayaan budaya dunia karena paling tidak memiliki nilai edipeni (estetis) adiluhung (etis) yang melahirkan kearifan masyarakat, terutama masyarakat Jawa. Bahkan cerita wayang merupakan pencerminan kehidupan masyarakat 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 dapat dibuktikan dengan masih tingginya antusias masyarakat terhadap budaya-budaya maupun ritual 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 masih banyak lagi. Hal tersebut merupakan bagian dari budaya kita yang berbentuk kearifan 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 melalui praktik kita dalam kehidupan sehari-hari seperti menghargai 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 sekitarnya. 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 karena 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 nampak 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 kehidupan keluarga, seperti mebanten ketika hendak melakukan suatu kegiatan seperti 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 sebagai 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

7

Di negara sedang berkembang seperti Indonesia, kesejahteraan masyarakat sangat tergantung pada kemampuan mereka mendapat akses dan kemampuan untuk dapat menggunakan pelayanan publik. Akan tetapi permintaan akan pelayanan tersebut biasanya jauh melebihi kemampuan pemerintah untuk dapat memenuhinya. Desentralisasi adalah suatu paham yang mencoba menggugat kelemahan-kelemahan yang ada pada diskursus sentralisasi.

Pemusatan segala urusan publik hanya kepada negara, dengan jargon idealnya *Welfare 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 Handayani (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.
3. 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 berpatroli dalam wilayah tertentu berbeda-beda berdasarkan angka kriminalitas.
4. Pelayanan-pelayanan yang tidak sama bagi individu-individu 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 pelayanan-pelayanan 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 pada posisi “kewalahan” manakala masih 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 yang berlebihan dan tidak semestinya. Ia merekomendasikan berbagai hak, wewenang, tugas dan tanggungjawab dengan masyarakat (baik terorganisir maupun tidak) dalam mengurus dan memberikan pelayanan publik agar tidak semakin “kepayahan”. Bahkan ia memberikan rekomendasi agar rakyat diperbolehkan mengurus 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-beda 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 dan 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 delegation of legal and authority 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 memanager fungsi-fungsi publik dari pemerintah pusat dan lembaga-lembaganya terhadap organisasi-organisasi di lapangan dari lembaga-lembaga tersebut, unit-unit pemerintah, otoritas pembangunan regional ; wewenang fungsional; pemerintah-pemerintah otonomi local ; atau lembaga-lembaga non-pemerintahan). Berdasarkan pendapat tersebut desentralisasi dikategorikan atas tiga kategori, yaitu:

1. Dekonsentrasi,
2. Delegasi,
3. 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 yang dibebankan kepadanya harus dilaksanakan. Delegasi adalah bentuk desentralisasi dalam wujud pembuatan keputusan dan kewenangan-kewenangan manajemen untuk menjalankan fungsi-fungsi public tertentu pada organisasi-organisasi 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 yang jelas dan berhak untuk menjalankan segala kewenangan hukum dan 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 ⁷ 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 :*

- a. Yang menjadi mekanisme pengendali adalah organisasi birokrasi yang berlevel mulai dari pusat sampai ke desa,
- b. Sebagai pengambil keputusan adalah para administrator yang dikelilingi oleh elit ahli,
- c. Dalam memberikan layanan berdasarkan kepada aturan-aturan birokrasi (perundang-undangan),
- d. Kriteria keberhasilan keputusan adalah banyaknya kebijaksanaan yang berhasil diimplementasikan,
- e. Alam memberlakukan sanksi mempergunakan kekuasaan negara yang mempunyai sifat memaksa, dan
- f. Modus operandi layanan berdasarkan mekanisme yang berasal dari atas (top down) atau pemerintahan sendiri.

2. *Pada sektor privat :*

- a. Mekanisme pengendali layanan publik mengandalkan proses pasar,
- b. 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,
 - b. Pembuatan keputusan pelayanan dilakukan secara bersama-sama oleh pemimpin dan anggota,
 - c. Pedoman perilaku adalah persetujuan anggota,
 - d. 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 dari pelayanan dalam bentuk pengaturan atau pun pelayanan-pelayanan lain dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat dalam bidang pendidikan, kesehatan, utilitas, 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 aparat 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 tentang 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 substansial 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 yang 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, tidak 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

pelayanan 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.
- b. **Kurang informatif.** 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 yang 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 untuk 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 jenis pelayanan, 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 mampu mendukung terselenggaranya 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 acuan yang jelas, sehingga dapat berjalan secara konsisten. Disamping itu SOP juga bermanfaat dalam hal:

- 1) Untuk memastikan bahwa proses dapat berjalan *uninterrupted*. 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;
- 2) Untuk memastikan bahwa pelayanan perijinan dapat berjalan sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- 3) Memberikan informasi yang akurat ketika dilakukan penelusuran terhadap kesalahan prosedur jika terjadi penyimpangan dalam pelayanan;
- 4) Memberikan informasi yang akurat ketika akan dilakukan perubahan-perubahan tertentu dalam prosedur pelayanan;
- 5) 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 tanggungjawab 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 penyelenggara 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 yang pengelolaannya dapat dilakukan secara *private* untuk 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 Birokrasi Hasil 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 setidaknya-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 dipikirkan pengembangan kemitraan antara pemerintahan dan masyarakat, termasuk dunia usaha.
- 5) Perlu dipikirkan “penggunaan 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 holistic. Pemerintah 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, responsif, dan akuntabel.

D. Latihan

BAB VII

MODEL LAYANAN PUSKESMAS

A. Model Layanan Puskesmas Konvensional

Berikut ini adalah model pelayanan konvensional yang selama ini diterapkan di puskesmas

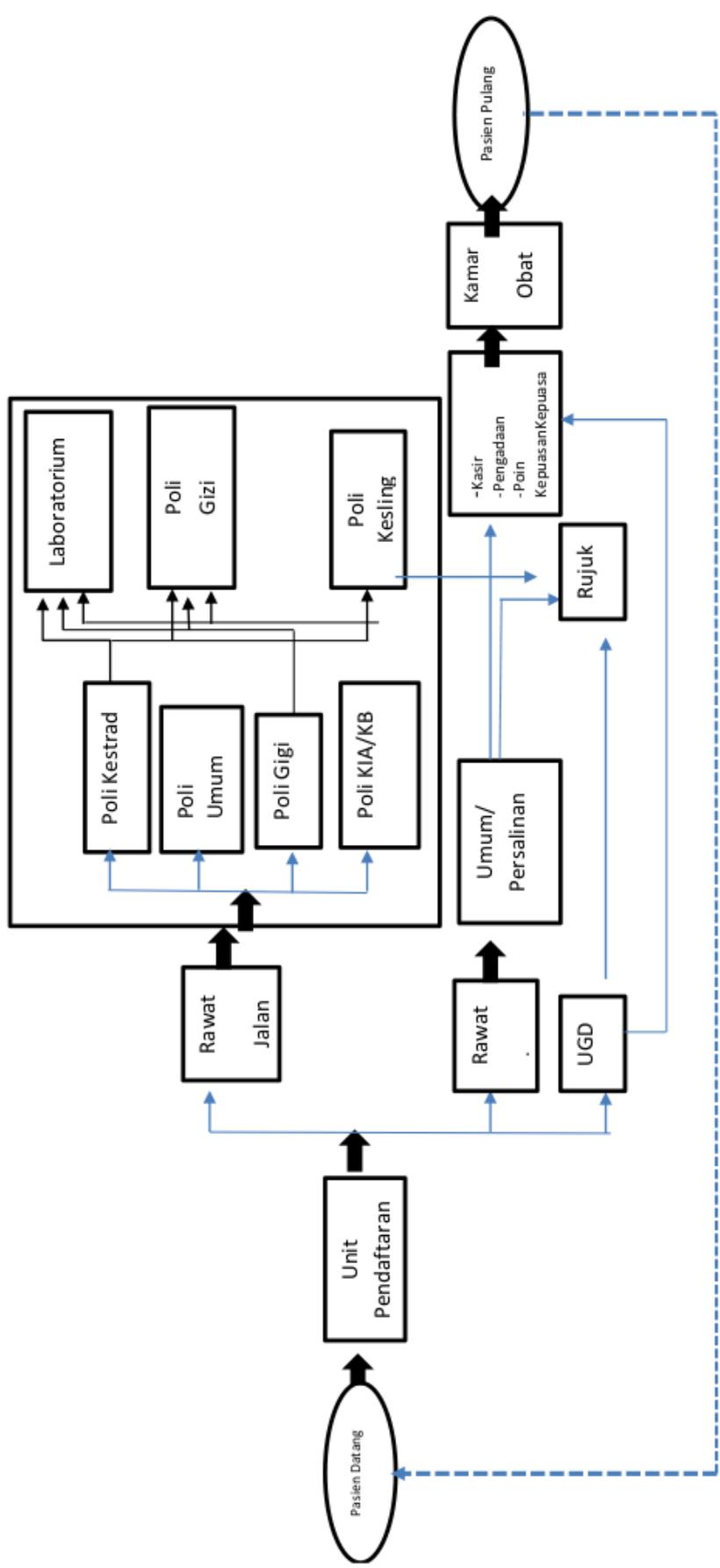
a. Pendaftaran:

- 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 dimiliki atau Kartu Berobat jika sudah pernah diperiksa di Puskesmas kepada petugas pendaftaran untuk di registrasi.
- 4) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.

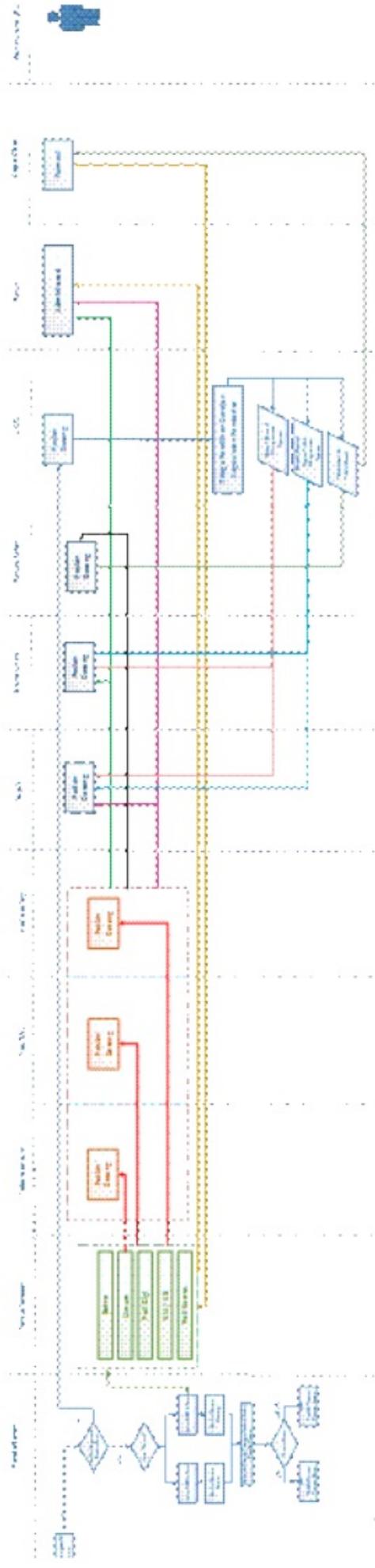
b. Pasien menuju Poli Umum:

- 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



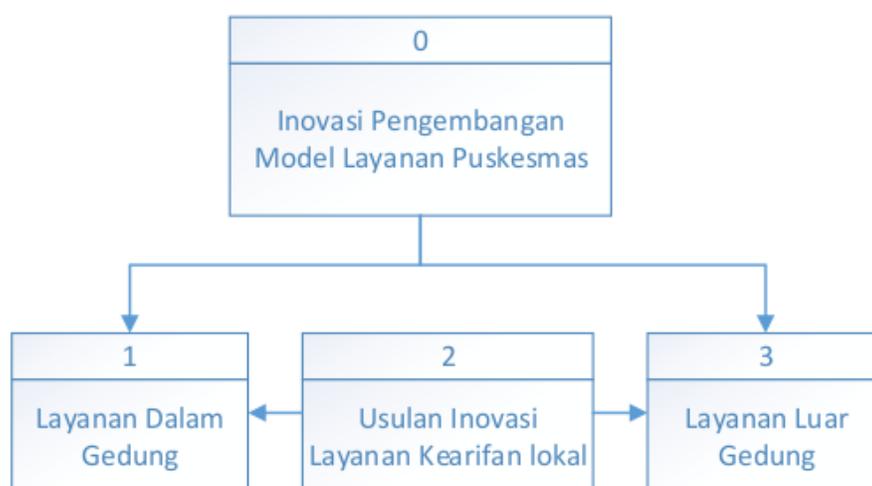
Gambarr: 7.1 Alur Pelayanan Puskesmas
 Sumber: Profil Puskesmas



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 yang lalu lalang banyak ibu yang membawa bayinya dan anak-anak 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 melakukan inovasi layanan adalah kesetiaan yang terus-menerus sampai turun-temurun berkunjung ke puskesmas untuk imunisasi dan pemeriksaan gigi dan mulut memiliki *entry point* yang cukup besar. Menurut peneliti kearifan 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 penjuru kecamatan di Kabupaten Ponorogo. Selain itu letak Puskesmas yang dekat dengan rumah sakit rujukan juga menjadi faktor banyaknya pasien 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

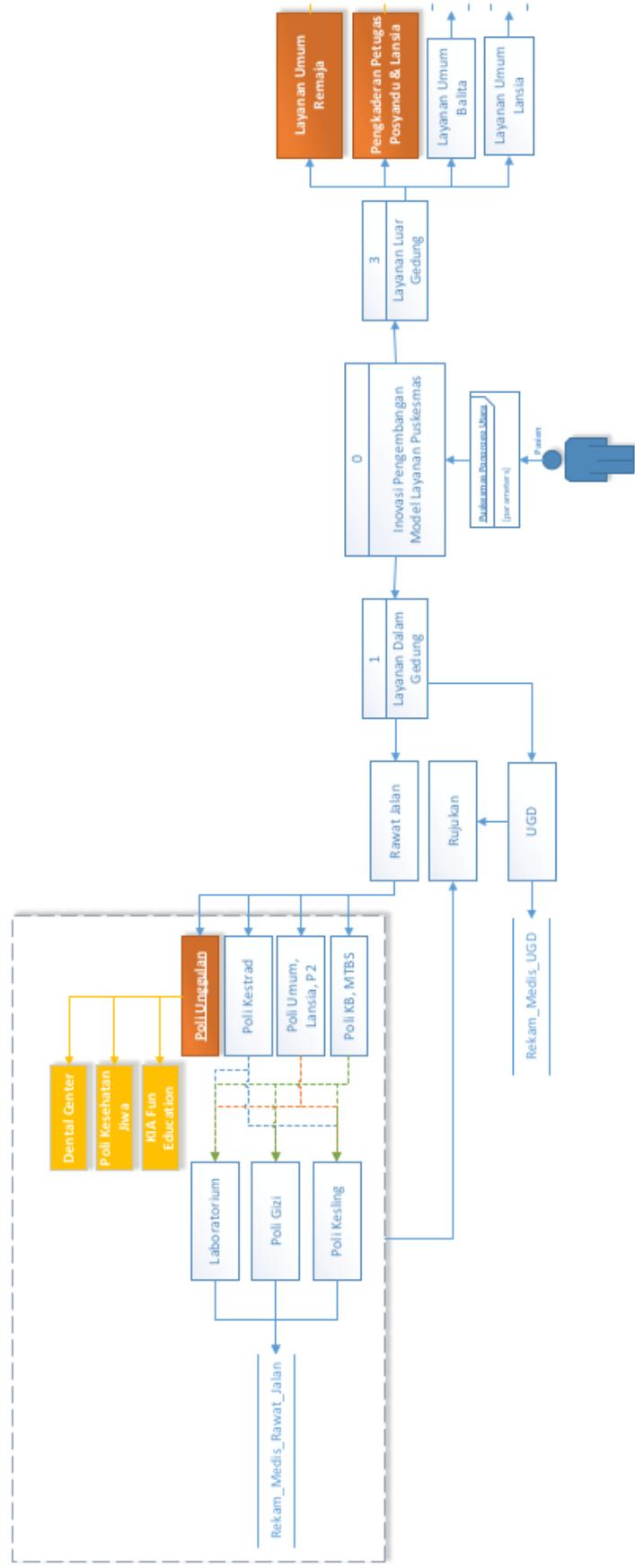
Kearifan Lokal dan Rekomendasi Pengembangan Layanan pasien JKN Di Puskesmas Ponorogo Utara

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Kesetiaan masyarakat secara turun-temurun 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

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
Sejak 1954 menjadi "jujukan" untuk pemeriksaan gigi.	<i>Dental Center Terpadu</i>
Kader Kesehatan yang banyak dan setia baik Posyandu Balita maupun Posyandu Lansia	Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam 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 7.4 : Pengembangan Model Layanan Puskesmas 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 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 Metropolitan, 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 Muhamadiyah 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.

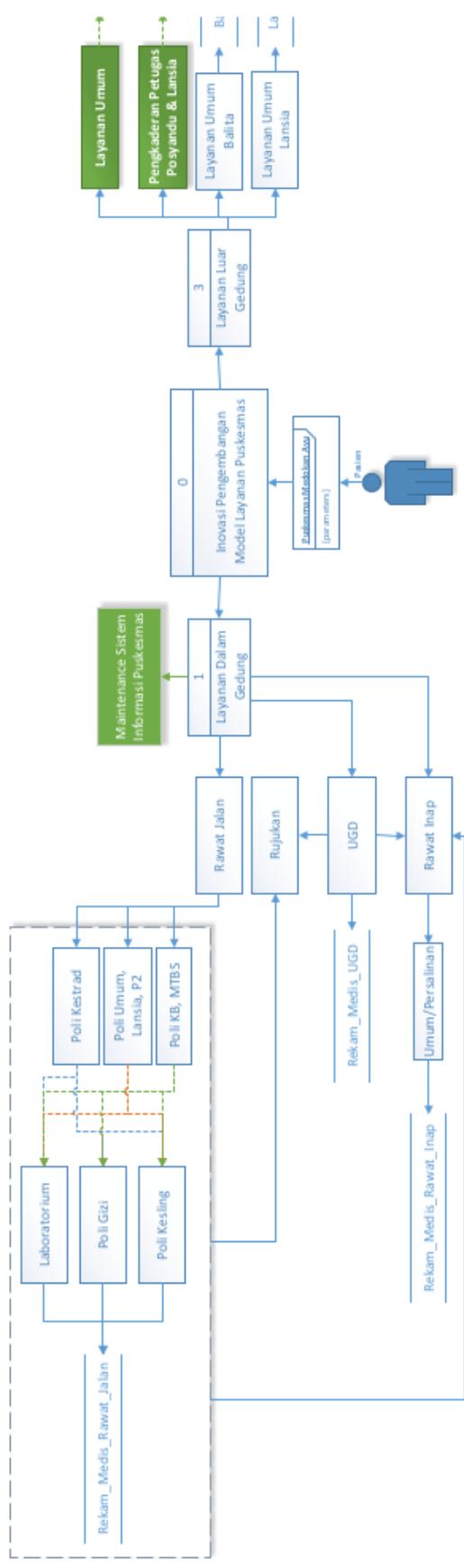
Tabel 7.2

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 dan sekolah-sekolah Kesehatan baik setingkat dengan SMK maupun Sekolah Tinggi	Memaksimalkan kerjasama/kemitraan dengan Perguruan tinggi atau yang sederajat serta Sekolah Kesehatan untuk menunjang pelayanan masyarakat.
Kader Kesehatan	Memaksimalkan kompetensi

KEARIFAN LOKAL	REKOMENDASI PENGEMBANGAN LAYANAN
setia dan memiliki komitmen yang tinggi Posyandu Balita maupun Posyandu Lansia	kader dengan mengikuti berbagai macam pelatihan/penyuluhan kesehatan
Layanan sudah menggunakan SIMPUS dan P-Care	Perlu diefektifkan dengan <i>Maintenance</i> Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018



Gambar 7.5 : Pengembangan Model Layanan Puskesmas 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 *Maintenance* 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.

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. 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 mengembangkan 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.
Layanan sudah menggunakan SIMPUS dan P-Care	Perlu diefektifkan dengan <i>Maintenance</i> Sistem Informasi Puskesmas Secara Terpadu

Sumber: data penelitian diolah, 2018

Pada gambar alur di atas menunjukkan bahwa inovasi pengembangan layanan di Puskesmas Batu di dalam gedung adalah UGD Wisata, *Maintenance* 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.

D. Latihan

DAFTAR PUSTAKA

- AG, Subarsono. 2006. *Analisis Kebijakan Publik : Konsep Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Alfian, Magdalia. 2013. *Potensi Kearifan Lokal Dalam Pembentukan Jati Diri dan Karakter Bangsa, Prosiding The 5th International Conference On Indonesian Studies*. Jakarta: Ethnicity and Globalization.
- Azwar, Saifuddin. 2000. *Reability dan Validity*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Bintoro, Tjokroamidjojo. 1984. *Pengantar Administrasi Pembangunan*. Jakarta: LP3ES.
- Denhardt, Janer V, and Robert, B Denhardt. 2003. *The New Public Service: Serving Not Steering*. Armonk, New York: M.E. Sharpe.
- Dwight, Waldo. 1979. *Pengantar Studi Public Administration*. 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 Administration: A Study in Government*. New York Macmillan.

Grinde, Merilee S. 1980. *Politics and Policy Implementation in The Third World*. New Jersey: Princeton University Press.

Handayani, Soewarno. 1988. *Administrasi Pemerintahan Dalam Pembangunan Nasional*. Jakarta: CV. Haji Masagung.

Handayani, Sorwarni. 2002. *Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen*. Jakarta: CV. Haji Masagung.

Harbani, Pasolong. 2013. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.

Henry, Nicholas. 1988. *Administrasi Negara Masalah-Masalah Kenegaraan*. Jakarta: Rajawali Press.

Inu Kencana Syafii dkk. 1999. *Ilmu Administrasi Publik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Isna, Nilna Rahmi. 2009. *Sumberdaya Manusia Kesehatan*. Padang: Universitas Andalas.

Istiawati, Fitri Novia. 2016. *Pendidikan Karakter Berbasis Nilai-Nilai Kearifan Lokal Adat Ammatoa Dalam Menumbuhkan Karakter Konservasi*. Cendekia

- Koentjono, Tjahjono. 2007. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Miftah Thoha, 1991. *Beberapa Aspek Kebijakan dan Birokrasi*. Yogyakarta: Widya Mandala.
- Moenir, H.A.S. 2010. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Osborne, David, and Ted Gabler. 1992. *Reinventing Government: How The Entrepreneur Spirit is Transforming The Public Service*, terjemahan: *Mewirusaha Birokrasi Mentransformasikan Semangat Wirausaha ke Dalam Sektor Publik*. Alih Bahasa Abdul Rosyid dan Rameilan. Jakarta: Pusataks Binaman Pressindo.
- Ratminto dan Atik Winarsih 2005. *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Ratna, I Nyoman Kutha. 2011. *Antropologi Sastra: Peranan Unsur-Unsur Kebudayaan Dalam Proses Kreatif*.
- Randinelli, Dennis A, etc. 1981. *Desentralization in Developing Countries: A Review Of Recent Experience, World Bank Staff Working Papers*. Washington DC.
- Santosa, Panji. 2009. *Administrasi Publik*. Bandung: PT. Refika Aditama.

Satrianegara, M. Fais dan Siti Saleha. 2013. *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakaeta: Salemba Medika.

Sedarmayanti. 2009. *Sumberdaya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Bandung: CV. Mandar Maju.

Sedarmayanti. 2010. *Manajemen Sumberdaya Manusia, Reformasi Birokrasi dan Manajemen Pegawai Negeri Sipil*. Bandung: PT. Refika Aditama.

Siagian, Sondang P. 2008. *Filsafat Administrasi*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Silalahi Ulbert, Drs. 1989. *Studi Tentang Ilmu Administrasi*. Bandung: CV. Sinar Jaya.

Sinambela, Lijan Poltak, dkk. 2008. *Reformasi Pelayanan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.

Suprpto, Tommy. 2006. *Pengantar Teori Komunikasi*. Yogyakarta: Agromedia.

Uphoff, Norman. 1998. *Grassroots Organizations and NGOs in Rural evelopment: Opportunities With Diminishing States and Expanding Market*.

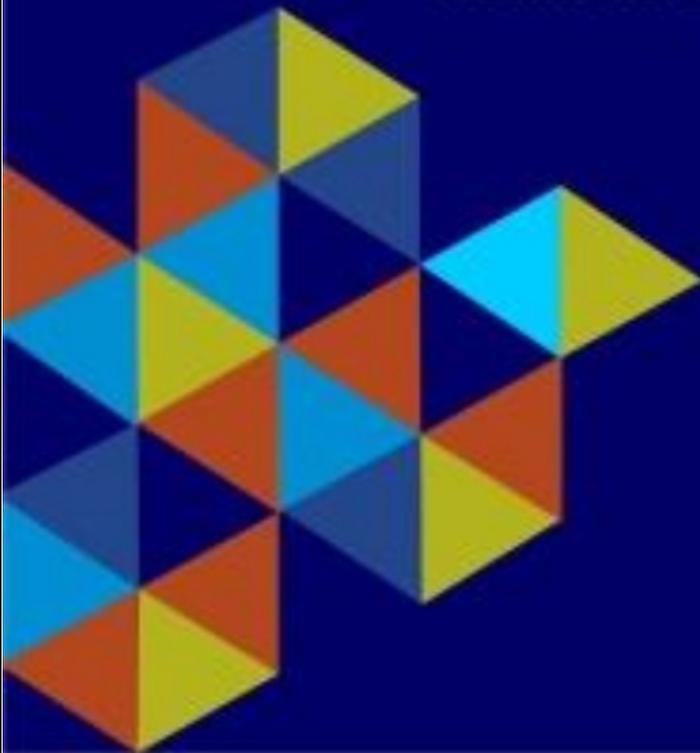
Wibowo, A dkk. 2015. *Pendidikan Karakter Berbasis Kearifan Lokal di Sekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

William, H Newman. 1975. *Administration in Action*.
Englewood: Clift, NJ: Practice-Hall.

Wilson, Woodrow. 1886. *The Study Of Administration: A Study in Government*. New York: Mac millan.



**Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Dr Soetomo
Jl Semolowaru 84 Surabaya**



ORIGINALITY REPORT

18%

SIMILARITY INDEX

16%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.suduthukum.com Internet Source	1%
2	www.jamsosindonesia.com Internet Source	1%
3	kresge.org Internet Source	1%
4	sofyan-fkm-ump.blogspot.com Internet Source	1%
5	ejournal.zoella.com Internet Source	1%
6	guruidaman.blogspot.com Internet Source	1%
7	hendragforce.blogspot.com Internet Source	<1%
8	repository.uinjkt.ac.id Internet Source	<1%
9	Submitted to Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya Student Paper	<1%
10	admpembmabar2012.blogspot.com Internet Source	<1%
11	materikeilmuankeperawatan.blogspot.com Internet Source	<1%
12	anysws.blogspot.co.id Internet Source	<1%

13	www.puskel.com Internet Source	<1%
14	didinsaepudin.blogspot.com Internet Source	<1%
15	www.adikrisna.com Internet Source	<1%
16	pasca.uma.ac.id Internet Source	<1%
17	hermaninbismillah.blogspot.com Internet Source	<1%
18	kawabanua.com Internet Source	<1%
19	pkmkraksaan.com Internet Source	<1%
20	Submitted to University of Birmingham Student Paper	<1%
21	pkmi.net Internet Source	<1%
22	sholichindwi.blogspot.com Internet Source	<1%
23	ejournal.uwks.ac.id Internet Source	<1%
24	bandemarista.blogspot.com Internet Source	<1%
25	Mey Susanti AS. "PELEMBAGAAN PERSPEKTIF MASYARAKAT SASAQ DALAM MENJAGA POTENSI KELAUTAN DI KAWASAN PESISIR TELUK JOR KABUPATEN LOMBOK TIMUR NUSA TENGGARA BARAT", Transparansi Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi, 2019 Publication	<1%

26	wikimedia.blogspot.co.id Internet Source	<1%
27	docslide.net Internet Source	<1%
28	ap.fip.um.ac.id Internet Source	<1%
29	www.ayoksinau.com Internet Source	<1%
30	rsudliwa.com Internet Source	<1%
31	dinkes.jogjaprovo.go.id Internet Source	<1%
32	dinkes-sulsel.go.id Internet Source	<1%
33	vegafar.files.wordpress.com Internet Source	<1%
34	Eddy Supardi. "TANGGAPAN WAJIB PAJAK TERHADAP KUALITAS PELAYANAN DILIHAT DARI TINGKAT KEPENTINGAN DAN KINERJA PADA KANTOR PELAYANAN PAJAK KOTA BOGOR", Jurnal Ilmiah Binaniaga, 2018 Publication	<1%
35	Submitted to London School of Marketing Student Paper	<1%
36	manajemenrumahsakit.net Internet Source	<1%
37	repository.gunadarma.ac.id Internet Source	<1%
38	jurnal.stks.ac.id Internet Source	<1%

muchsinan-mancaki.blogspot.com

39

Internet Source

<1%

40

Mujiarto Mujiarto, Djoko Susanto, Rizki Yudha Bramantyo. "STRATEGI PELAYANAN KESEHATAN UNTUK KEPUASAN PASIEN DI UPT PUSKESMAS PANDEAN KECAMATAN DONGKO KABUPATEN TRENGGALEK", Jurnal Mediasosian : Jurnal Ilmu Sosial dan Administrasi Negara, 2019

Publication

<1%

41

Novie Indrawati Sagita. "DILEMA PELIMPAHAN WEWENANG WALIKOTA DALAM PELAKSANAAN PELAYANAN TERPADU KECAMATAN (PATEN) DI KOTA", Transparansi Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi, 2019

Publication

<1%

42

dr-suparyanto.blogspot.com

Internet Source

<1%

43

ridho-pjconsultant.blogspot.com

Internet Source

<1%

44

kuliah.ung.ac.id

Internet Source

<1%

45

ditjenpp.kemenkumham.go.id

Internet Source

<1%

46

Imam Fachruddin. "STRATEGI PELAYANAN PUBLIK DI KANTOR KECAMATAN KANDANGAN KABUPATEN KEDIRI", Jurnal Mediasosian : Jurnal Ilmu Sosial dan Administrasi Negara, 2019

Publication

<1%

47

makalahme02.blogspot.com

Internet Source

<1%

48	ejournal.pin.or.id Internet Source	<1%
49	www.wadebboerhan.blogspot.com Internet Source	<1%
50	Theresia Octastefani, Bayu Mitra Adhyatma Kusuma. "PERAN PEMERINTAH KABUPATEN MALANG DALAM MENINGKATKAN PEMBANGUNAN EKONOMI DAERAH MELALUI SEKTOR PARIWISATA", JKMP (Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik), 2015 Publication	<1%
51	resmabintanigustaliza.blogspot.com Internet Source	<1%
52	jurnal.umrah.ac.id Internet Source	<1%
53	galihendradita.files.wordpress.com Internet Source	<1%
54	Tatik Sri Hartati. "PENCEGAHAN KECURANGAN (FRAUD) DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN PADA SISTEM JAMINAN SOSIAL KESEHATAN (SJSN) (Studi di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang)", FIAT JUSTISIA, 2017 Publication	<1%
55	www.rbru.ac.th Internet Source	<1%
56	Shanti Kartika Sari, Eka Lutfi Septiani, Risky Wulandari. "Perencanaan Sistem Mekanikal Cold Storage sebagai Penyimpanan Sayur Pascapanen", INOVTEK POLBENG, 2018 Publication	<1%
57	adibesajja.blogspot.com	

Internet Source

<1%

58

www.ipa.udel.edu

Internet Source

<1%

59

Submitted to Sriwijaya University

Student Paper

<1%

60

muhammadal-asry.blogspot.com

Internet Source

<1%

61

"The Role of Tomohon Society's Local Wisdom in Developing Tolerance Attitudes", International Journal of Engineering and Advanced Technology, 2019

Publication

<1%

62

Elza Nur Fitriyah. "Gambaran Situasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) Di Propinsi Jawa Timur", Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada, 2018

Publication

<1%

63

binaprajajournal.com

Internet Source

<1%

64

tvschool.alazhar-cibubur.sch.id

Internet Source

<1%

65

www.vrom.nl

Internet Source

<1%

66

johannessimatupang.wordpress.com

Internet Source

<1%

67

gunungsasak-blackaz.blogspot.com

Internet Source

<1%

68

Ilmi Usrotin Choiriyah. "PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI PROGRAM SUTERA EMAS (Studi Pada Inovasi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kepanjen, Kabupaten

<1%

Malang)", JKMP (Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik), 2016

Publication

69	watermelon-783.blogspot.com Internet Source	<1%
70	lppm.unud.ac.id Internet Source	<1%
71	andhikaderivr.blogspot.com Internet Source	<1%
72	dinkes.malangkota.go.id Internet Source	<1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 50 words

Exclude bibliography On