Buku Ajar Administrasi Pelkesmas

by Amirul Mustofa

Submission date: 05-Dec-2020 05:17PM (UTC-0800)
Submission ID: 1465977799
File name: Buku_Ajar_Administrasi_Pelkesmas.pdf (7.9M)
Word count: 51890
Character count: 350662

ADMINISTRASI

PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

Amirul Mustofa, lahir di Sidoarjo pada tanggal 18 Januari 1966. Pendidikan: Sarjana pada Program Studi Administrasi Negara - Fakultas Ilmu Administrasi - Universitas Brawijaya Malang (1990), Magister Sain pada Program Studi Ilmu Administrasi Negara - Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Gadjah Mada Yogjakarta (1997), dan Program Doktor Ilmu Administrasi, minat Ilmu Administrasi Publik – Fakultas Ilmu Administrasi - Universitas Brawijaya (2016). Penulis, senjak mahasiswa menjadi aktivis kemahasiswaan, kemudian melanjutkan karirnya sebagai dosen di Yayasan Cendekita Utama yang ditugaskan di Fakultas Ilmu Administrasi (FIA) Universitas Dr. Soetomo (Unitomo) Surabaya, sejak tahun 1991 sampai sekarang.

Sri Roekminiati, lahir 1970 di Ponorogo Jawa Timur. Lulus sarjana (S1) Administrasi Negara Universitas Jember (1994) dan Magister Kebijakan Pubik Universitas Airlangga (2011). Beberapa jabatan yang pernah di emban antara lain: Sekprodi Administrasi Negara, Kaprodi Administrasi Negara, Anggota Senat Fakultas, Sekretaris Pusat Studi kebijakan dan Pelayanan Publik. Dosen Tetap pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya, sejak tahun 1994-sekarang. Aktif melakukan penelitian khususnya kebijakan dan pelayanan publik, baik penelitian dosen program studi maupun Hibah bersaing. Selain itu juga aktif berperan serta sebagai presenter dalam seminar nasional maupun internasional.

Damajanti Sri Lestari, lahir 1969 di Surabaya Jawa Timur. Pendidikan: Lulus sarjana (S1) Administrasi Niaga Universitas Dr. Soetomo Surabaya (1992) dan Magister Manajemen (S2) Universitas Dr. Soetomo Surabaya (2010). Dosen Tetap pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya, sejak tahun 1995-sekarang Beberapa jabatan yang pernah di emban antara lain: Kaprodi Administrasi Niaga (2009-2012), Wakil Dekan II Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya (2017-2020). Sampai dengan sekarang Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian di daerah-daerah dan UMKM. Selain itu juga aktif berperan serta sebagai pemakalah dalam seminar nasional maupun internasional.

Jakad Publishing
Book & Journal
081239444797, 081234489577
http://www.jakad.id
jakadmedia@gmail.com

BUKU Kampus .com

ISBN 978-623-7033-38-6
9 786237 033356

ADMINISTRASI PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

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

ADMINISTRASI
PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

ADMINISTRASI PELAYANAN
KESEHATAN MASYARAKAT

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

ADMINISTRASI PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

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

Copyright@2020

Desain Sampul
Bichiz DAZ

Penata Letak
Dhiky Wandana

Editor
Tika Lestari, S.Sos

Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang
Ketentuan Pidana Pasal 112 – 119
Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta.

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
Memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
Tanpa izin tertulis dari penerbit

Diterbitkan dan dicetak pertama kali oleh
CV. Jakad Media Publishing
Graha Indah E-11 Gayung Kebonsari Surabaya
(031) 8293033, 081230444797, 081234408577

https://jakad.id/ jakadmedia@gmail.com

Anggota IKAPI

Perpustakaan Nasional RI.
Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)
ISBN: 978-623-7033-35-6
xii + 239 hlm.; 15,5x23 cm

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, penulis sampaikan kehadirat Allah SWT, karena atas hidayah dan inayah-Nya, peneliti mendapatkan kesempatan pembiayaan Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi (PPUPT) dari Kementerian Ristek Dikti Tahun Anggaran 2018-2020, dengan judul Pengembangan Model Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Berbasis Kearifan Lokal pada Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Provinsi Jawa Timur.

Salah satu iuaran tambahan dari PTUPT ini adalah Buku Ajar yang berjudul Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Konten dari buku ajar ini, mengkaji dan mendiskusikan berbagai teori dan penerapannya tentang: konsep administrasi, administrasi pelayanan, pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang berkualitas, jaminan kesehatan masyarakat, kearifan lokal, dan inovasi pelayanan kesehatan berbasis kearifan lokal yang dirumuskan dalam sebuah aplikasi pelayanan kesehatan puskesmas. Buku ajar ini dalam implementasinya menjadi acuan dan referensi utama dalam perkuliahan pada mata kuliah Administrasi Pelayanan Kesehatan Program Studi Ilmu Administrasi Publik–Fakultas Ilmu Administrasi-Universitas Dr. Soetomo.

Buku ajar ini, disadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang konstruktif dari pembaca, dengan harapan bahwa saran dan kritik tersebut dapat digunakan untuk memperbaiki terbitan pada edisi berikutnya. Terima kasih

Surabaya, November 2019

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul ..... **i**
Kata Pengantar ..... **iii**
Daftar Isi ..... **v**
Daftar Tabel ..... **ix**
Daftar Gambar ..... **xi**

BAB I : ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN **1**
A. Pendahuluan 1
B. Tujuan Pembelajaran 2
C. Penyajian Materi 3
1. Konsep Administrasi 3
2. Administrasi VS Manajemen 5
3. Hubungan Administrasi dan Manajemen 6
4. Fungsi-Fungsi Administrasi 9
5. Perkembangan Administrasi 13
D. Rangkuman 20
E. Soal Latihan 20
F. Referensi 21

BAB II : ADMINISTRASI PELAYANAN **23**
A. Pendahuluan 23
B. Tujuan Pembelajaran 24
C. Penyajian Materi 24
1. Definisi dan Karakteristik Pelayanan 24
2. Pelayanan Publik 28
3. Azaz dan Prinsip-prinsip Pelayanan Publik 34
4. Kualitas Pelayanan Publik 39
5. Standar Pelayanan Publik 45
D. Rangkuman 50
E. Soal Latihan 51
F. Referensi 51

BAB III : PELAYANAN KESEHATAN 53
A. Pendahuluan 53
B. Tujuan Pembelajaran 54
C. Penyajian Materi 54
1. Pelayanan Kesehatan 54
2. Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas 58
3. Jaminan Pelayanan Kesehatan 61
4. Manajemen Pelayanan Kesehatan 66
5. Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit 71
6. Pelayanan Kesehatan Pukesmas 74
7. Pelayanan Kesehatan Klinik 82
8. Pelayanan Kesehatan Tradisional 83
9. Sistem Rujukan 84
D. Rangkuman 87
E. Soal Latihan 88
F. Referensi 89

BAB IV : PENINGKATAN KINERJA PELAYANAN PUSKESMAS 91
A. Pendahuluan 91
B. Tujuan Pembelajaran 92
C. Penyajian Materi 92
1. Sumber Daya Manusia Pelayanan Puskesmas 92
2. Sarana dan Prasarana Puskesmas 101
3. Faktor-Faktor yang Mendukung Peningkatan Pelayanan Puskesmas 106
D. Rangkuman 113
E. Soal Latihan 114
F. Referensi 114

BAB V : JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN 117
A. Pendahuluan 117
B. Tujuan Pembelajaran 118
C. Penyajian Materi 118

1. Asuransi Kesehatan 118
2. Karakteristik Asuransi Kesehatan 121
3. Asuransi Kesehatan Swasta..... 124
4. Sistem Kesehatan Nasional..... 128
D. Rangkuman 169
E. Soal Latihan 170
F. Referensi 170

BAB VI : KEARIFAN LOKAL DAN DESENTRALISASI LAYANAN KESEHATAN 171
A. Pendahuluan 171
B. Tujuan Pembelajaran 172
C. Penyajian materi 172
1. Kearifan Lokal 172
2. Desentralisasi Layanan Kesehatan..... 180
3. Reformasi Pelayanan Kesehatan 192
D. Rangkuman 199
E. Soal Latihan..... 201
F. Referensi..... 201

BAB VII: MODEL LAYANAN PUSKESMAS 205
A. Pendahuluan 205
B. Tujuan Pembelajaran 206
C. Penyajian Materi 206
1. Model Layanan Puskesmas Konvensional..... 206
2. Model Pelayanan Kesehatan Puskesmas Berbasis Kearifan Lokal..... 208
3. Inovasi Layanan Kesehatan Berbasis ICT..... 216
D. Rangkuman 233
E. Soal Latihan..... 234
F. Referensi..... 234

DAFTAR TABEL

Tabel 1 : Iuran JKN Berdasarkan Jenis Kepesertaan..... 133
Tabel 2 : Kearifan Lokal yang Direkomendasi Peneliti dalam Pengembangan Layanan Pasien JKN di Puskesmas Ponorogo Utara..... 210
Tabel 3 : Kearifan Lokal yang Direkomendasi Peneliti dalam Pengembangan Layanan pasien JKN Di Puskesmas Medokan Ayu..... 212
Tabel 4 : Kearifan Lokal yang Direkomendasi Peneliti dalam Pengembangan Layanan pasien JKN Di Puskesmas Batu 214

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 : *Model of Service Quality Gaps* 43
Gambar 5.1 : Pengaturan dan Batas-batas SKN, JKN, dan SKD 130
Gambar 5.2 : Bagian, Unsur-unsur, dan Fungsi SKN 131
Gambar 5.3 : Substansi JKN dalam SKN 133
Gambar 7.1 : Model Pelayanan Puskesmas Selama Ini 207
Gambar 7.2 : Model Pelayanan Puskesmas Berbasis Kearifan Lokal 214
Gambar 7.3 : *Login Web* 221
Gambar 7.4 : *Login Android* 222
Gambar 7.5 : Halaman Utama Admisi 222
Gambar 7.6 : Halaman Utama Poli 223
Gambar 7.7 : Halaman Utama Pasien 223
Gambar 7.8 : Halaman Utama Lurah 223
Gambar 7.9 : Poli 224
Gambar 7.10 : Daftar Poli 224
Gambar 7.11 : Nomer Antrian 224
Gambar 7.12 : List Antrian 224
Gambar 7.13 : Verifikasi Antrian 225
Gambar 7.14 : Verifikasi Antrian Berhasil 225
Gambar 7.15 : Pilih Tanggal Antrian Poli 226
Gambar 7.16 : Buka Antrian 226
Gambar 7.17 : Sedang Diperiksa 227
Gambar 7.18 : Sedang Diperiksa 227
Gambar 7.19 : Sudah Diperiksa 227
Gambar 7.20 : Penilaian 228
Gambar 7.21 : Buat Laporan 229
Gambar 7.22 : *List* Laporan 229
Gambar 7.23 : *List* Laporan *Web* 230
Gambar 7.24 : *Pop Up* Laporan *Web* 230
Gambar 7.25 : Status Laporan 231

Gambar 7.26 : *Update* Laporan 231
Gambar 7.27 : *Update List* Laporan 232
Gambar 7.28 : *List* Laporan Android 232
Gambar 7.29 : *Detail Update List* Laporan 232

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)

PROGRAM STUDI	:	Ilmu Administrasi Negara
MATAKULIAH	:	Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat
KODE MATAKULI-AH	:	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 pelayan-an 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	217 INDIKATOR	MATERI POKOK	Bentuk pembelajaran (metode dan pengalaman belajar)	PENILAIAN			Referensi
					Jenis	Kriteria	Bobot	
1	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori administrasi dan manajemen, serta kesamaan kedua teori tersebut==	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian dan definisi teori administrasi 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan perbedaan administrasi dan manajemen 3) Mahasiswa mampu memahami dan hubungan antara administrasi dengan manajemen 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan fungsi fungsi administrasi 5) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan perkembangan administrasi	1) Definisi dan pengertian administrasi 2) Administrasi VS Manajemen 3) Hubungan teori administrasi dan manajemen 4) Fungsi-Fungsi Administrasi 5) Perkembangan Administrasi	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	5.00%	BAB I, dan Buku Pendukung Nicholas Henry

2	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan teori perkembangan pelayanan publik berdasarkan paradigma administrasi publik.	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan definisi dan karakteristik pelayanan 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pendekatan pelayanan publik 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan azas dan prinsip pelayanan publik 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan kualitas pelayanan publik 5) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan standar pelayanan publik	1) Definisi dan karakteristik pelayanan 2) Pendekatan pelayanan publik 3) Asas dan prinsip pelayanan publik 4) Kualitas pelayanan publik 5) Standar pelayanan publik	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	7.00%	BAB II, dan Buku Pendukung Denhardt and Denhardt (2007)

3	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan, jaminan kesehatan, dan manajemen pelayanan kesehatan	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan yang berkualitas. 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan unsur-unsur pelayanan publik 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan manajemen pelayanan kesehatan	1) Pelayanan kesehatan 2) Pelayanan kesehatan yang berkualitas 3) Jaminan pelayanan kesehatan 4) Manajemen pelayanan kesehatan	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	8.00%	BAB III

4	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, klinik, tradisional dan sistem rujukan	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan rumah sakit 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan puskesmas 3) Mahasiswa mampu memahami dan pelayanan kesehatan klinik 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan tradisional 5) Mahasiswa mampu memahami dan sistem rujukan	1) Pelayanan kesehatan rumah sakit 2) Pelayanan kesehatan pukesmas 3) Pelayanan kesehatan klinik 4) Pelayanan kesehatan tradisional 5) Sistem rujukan	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	8.00%	BAB III

5	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan peningkatan kinerja pelayanan kesehatan puskesmas	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat 2) Mahasiswa mampu memahami dan sumberdaya pelayanan puskesmas 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sumber daya pelayanan puskesmas 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sarana dan prasarana pelayanan Puskesmas 5) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan faktor–faktor yang mendukung peningkatan pelayanan Puskesmas	1) Sumberdaya manusia pelayanan puskesmas 2) Sarana dan prasarana pelayanan puskesmas 3) Faktor–faktor yang mendukung peningkatan pelayanan Puskesmas	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menjelaskan	8.00%	BAB IV

6	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan jaminan pelayanan kesehatan	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan asuransi kesehatan 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan karakteristik asuransi kesehatan 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan asuransi kesehatan swasta 4) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan sistem kesehatan nasional	1) Asuransi kesehatan 2) Karakteristik asuransi kesehatan 3) Asuransi kesehatan swasta 4) Sistem kesehatan nasional	• Mahasiswa Presentasi • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	8.00%	BAB V
7	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan Kearifan Lokal dan desentralisiasi pelayanan kesehatan dan reformasi layanan kesehatan	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan konsep Kearifan Lokal 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan desentralisasi layanan kesehatan 3) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan reformasi layanan kesehatan	1) Konsep kearifan lokal 2) Desentralisasi layanan kesehatan 3) Reformasi layanan kesehatan	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	8.00%	BAB VI

8	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan model pelayanan puskesmas secara konvensional, berbasis kearifan lokal dan berbasis ICT	1) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan model layanan kesehatan puskesmas secacara konvensional 2) Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan model pelayanan kesehatan puskesmas berbasis Kearifan lokal 3) Mahasiswa mampu memahami dan Inovasi layanan kesehatan berbasis ICT	1) Model layanan puskesmas konvensional 2) Model pelayanan kesehatan puskesmas berbasis kearifan lokal 3) Inovasi layanan kesehatan berbasis ICT	• Ceramah • Diskusi	Tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	BAB VII
9	Mahasiswa melaksanakan persiapan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	1) ruang untuk studi lapang	1) penentuan lokasi studi lapang 2) pengajuan permohonan dan ijin 3) Diskusi dan perumusan teori yang digunakan untuk studi lapang 4) Diskusi dan merumuskan guide quesioner untuk studi lapang	• Diskusi	Non tes	Ketepatan merumuskan dan menentukan alat	7.00%	Semua Literatur
10	Mahasiswa melaksanakan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Mahasiswa dengan tim melaksanakan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Diskusi dan FGD, serta pengambilan data	• Diskusi • FGD, • Pengambi-lan data	Non tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	Semua Literatur

11	Mahasiswa membuat laporan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Mahasiswa dengan tim menyusun laporan studi lapang untuk memahami pelayanan puskesmas	Penyusunan laporan studi lapang	• Penyusunan laporan	Non tes	Ketepatan memahami dan menganalisis	7.00%	Semua Literatur
12	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	• Mahasiswa Presentasi • Diskusi	Non tes	Kemampuan mamahami, manganalisis dan mempresentasikan materi	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	• Mahasiswa Presentasi • Diskusi	Non tes	Kemampuan mamahami, manganalisis dan mempresentasikan materi	7.00%	Semua Literatur
14	Mahasiswa mampu menganalisis semua hasil studi lapang	Mahasiswa mampu mendiskusikan dan menganalisis semua materi yang telah didiskusikan dari studi lapang	Semua kelompok	• Mahasiswa Presentasi • Diskusi	Non tes	Kemampuan mamahami, manganalisis dan mempresentasikan materi	7.00%	Semua Literatur
Total Bobot							**100%**	

BAB 1
ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

A. Pendahuluan

Beberapa pakar mengatakan bahwa pengertian administrasi berbeda dengan manajemen, dan sebagian lainnya mengatakan bahwa pengertian administrasi sama dengan manajemen. Ketika pengertian administrasi sama dengan manajemen, berarti karakteristik dan prinsip administrasi senada dengan manajemen. Seiring dengan pemahaman konsep administrasi sama dengan konsep manajemen, maka seluruh aktivitas organisasi sektor publik, wajib menggunakan prinsip-prinsip manajemen. Beberapa pakar berusaha untuk memasukkan prinsip-prinsip dan nilai-nilai manajemen ke dalam pengembangan teori dan praktik administrasi sektor publik, diantaranya Owen E. Hughes (1998) dengan karyanya yang berjudul *Public Management and Administration*. Pemikiran yang inovasi dari Huges dalam pengembangan konsep ilmu administrasi publik, memicu para pemikir dan inovator di bidang ilmu administrasi publik untuk melakukan perubahan terkait dengan definisi dan nilai-nilai yang ada pada Ilmu Administrasi Publik saat itu.

Hal perlu diperhatikan terhadap pemikiran Huges ini adalah bahwa dengan melakukan perubahan terhadap nilai dan karakteristik tersebut menjadi tonggak pemisah antara pola pemikiran dan nilai-nilai administrasi yang mengikuti pola lama atau sering disebut *Old Public Administration* (OPA) menjadi nilai-nilai yang adaptif dengan kebutuhan perkembangan manajemen modern di sektor publik. Pemikiran Huges, pada tahap berikutnya diikuti oleh beberapa pakar, seperti: *Hood dengan konsep new public management (1991), Lan, Zhioying & Rosenbloom dengan konsep market-based public administration (1992), Pollit dengan konsep managerialism (1993).* Kemudian, Osborne dan Gaebler (1992) dengan konsep dan pemikiran yang paling fenomenal menurut pengamat perkembangan administrasi publik, melalui konsep yang terkenal *entrepreneurial government,* yang dikonsepsikan melalui buku *Reinventing Government*. Gagasan

ini kemudian diadopsi dan diimplementasikan di Amerika oleh Bill Clinton. Konsep ini ketika diimplementasikan menghasilkan model pelayanan yang efisien dan efektif dan ekonomis (3Es), sehingga karena konsep ini menjadi alternatif penyelesaian berbagai layanan pemerintah yang wajib diberikan kepada masyarakat akibat keterbatasan anggaran pemerintah. Kesuksesan implementasi konsep ini, kemudian diikuti oleh beberapa pemimpin di berbagai negara, terutama di Eropa dan di Inggris. Hal ini sebagaimana dikatakan oleh Rhodes (1991) penerapan semboyan "3Es" atau *economy, efficiency dan effectiveness* menjadi penting agar pelayanan publik di Inggris menjadi lebih efisien.

Pada saat diadopsinya prinsip-prinsip manajemen bisnis ke dalam organisasi publik, menjadi momentum perubahan manajemen pelayanan publik yang diselenggarakan model klasik sebagaimana diajarkan pada paradigma OPA ke dalam pelayanan publik yang lebih berorientasi pada 3Es dan kepentingan masyarakat atau *customer*. Pendekatan pelayanan publik yang demikian disebut dengan paradigma *New Public Management* (NPM). Kemudian, ketika paradigma yang berorientasi pada customer ini, mendapat tantangan oleh beberapa ahli, dengan argumentasi bahwa masyarakat sesungguhnya adalah warga negara (*Citizen*) yang ketika diberikan pelayanan harus berbeda dengan *customer*. Oleh karena itu kemudian para pakar bersepakat bahwa orientasi layanan publik harus berorientasi pada pada *Citizen* yang berbeda karakternya dengan *customer*. Pendekatan yang demikian ini disebut dengan *New Public Service* (NPS).

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami dan menjelaskan pengertian dan definisi teori administrasi.
2. Memahami dan menjelaskan karakteristik dan prinsip-prinsip administrasi.
3. Memahami dan menjelaskan definisi dan karakteristik manajemen.

4. Memahami dan menjelaskan persamaan antara teori administrasi dan manajemen.
5. Memahami dan menjelaskan perkembangan teori administrasi publik.
6. Memahami dan menjelaskan pendekatan pelayanan publik menurut paradigma OPA.
7. Memahami dan menjelaskan pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPM.
8. Memahami dan menjelaskan pendekatan pelayanan publik menurut paradigma NPS.

C. Penyajian Materi

1. Konsep Administrasi

Administrasi secara *etimologis*, berasal dari bahasa Latin, yakni dari kata *ad* dan *ministrare*. Kata "ad" ini bermakna membantu, melayani, atau memenuhi. Sedangkan *administratio* bermakna: pemberian bantuan, pemeliharaan, pelaksanaan, pimpinan dan pemerintahan, pengelolaan. Handayaningrat (2002:2) memberikan batasan administrasi dari dua sisi, yakni dalam arti sempit dan dalam arti luas. Pada arti sempit, administrasi merupakan suatu kegiatan yang bersifat administratif, yang meliputi: surat menyurat, pembukuan ringan, ketik mengetik, dan juga mengagendakan sesuatu yang sifatnya teknis ketatausahaan. Dari definisi ini dapat dikatakan bahwa administrasi dalam arti yang sempit merupakan suatu kegiatan ketatausahaan yang terdiri dari kegiatan mencatat, menyurat, pembukuan serta pengarsipan surat dan juga hal lainnya yang dimaksudkan untuk ketersediaan informasi serta mempermudah untuk memperoleh informasi kembali jika dibutuhkan.

Administrasi dalam arti luas, didefinisikan dengan suatu kerja sama yang dilakukan oleh sekelompok orang dan/atau organisasi untuk mengelola sumber daya termasuk untuk mengatur tata ruang dan tata dokumen di dalam organisasi tersebut untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Administrasi merupakan

tindakan yang kooperatif dalam bentuk kegiatan usaha kerja sama antar manusia yang dilakukan secara rasional serta efisien dalam mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Beberapa pendapat para ahli tentang pegertian administrasi:

a. Administrasi adalah keseluruhan proses aktivitas-aktivitas organisasi untuk mencapai tujuan secara efisien dan melalui orang lain. (Robbins dikutip Silalahi 1989:9)

b. Administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan berbagai kegiatan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih melalui kerja sama guna tercapainya tujuan yang ditentukan. Pendapat Siagian dalam Silalahi (1989:9).

c. *Administration is a process common to all group effort, public or private, civil or military, large scale or small scale... etc.* [L. D. White diktuip Handayaningrat (2002:2)]. (Administrasi adalah suatu proses yang pada umumnya terjadi pada semua usaha kelompok, negara, swasta, sipil, atau militer, pada skala besar atau kecil, dan sebagainya)

d. *Administration has been defined as the guidance, and leadership and control of the effort of a group of individuals towards some common goal.* [W. H. Newman] (Administrasi didefinisikan sebagai bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan dari usaha-usaha individu, dan kelompok guna tercapainya tujuan bersama). Menurut definisi ini bahwa administrasi memerlukan sebuah tindakan bimbingan, kepemimpinan, pengawasan yang efektif untuk mencapai suatu tujuan yang ditentukan.

e. *Administration as the activities of group cooperating to accomplish common goals.* [H.A. Simon] (Administrasi sebagai beberapa kegiatan untuk mengadakan kerja sama guna menyelesaikan tujuan bersama). Definisi ini dapat dimaknai bahwa administrasi merupakan kegiatan yang memerlukan kerja sama antara dua orang atau lebih untuk tujuan bersama.

f. Administrasi didefinisikan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh sekelompok orang dalam suatu kerja sama untuk mencapai tujuan tertentu. (The Liang Gie , 2009:9)

g. Administrasi didefinisikan sebagai satu keseluruan proses kerja sama antara dua orang manusia atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan (Siagian, 2008:2).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, maka karakteristik dari definsi administrasi dapat dirumuskan:

a. Administrasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan dengan cara berkelompok dengan menjujung kerja sama yang tinggi untuk mendapatkan penyelesaiaan dari suatu pekerjaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berupa tujuan dari suatu organisasi.

b. Proses administrasi umumnya dilaksanakan oleh dua orang atau lebih serta terdiri dari kelompok-kelompok yang berada dalam suatu organisasi, yang bekerja di bidang swasta, sipil dan juga militer bekerjasama dalam suatu organisassi untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan sebelumnya.

c. Administrasi merupakan sebuah tindakan yang dapat berupa bimbingan, kepemimpinan, pengawasan yang efektif yang merupakan fungsi-fungsi administrasi untuk mencapai suatu tujuan bersama yang sudah ditentukan. Administrasi didefinisikan sebagai bimbingan, kepemimpinan, dan pengawasan dari usaha-usaha kelompok individu-individu guna tercapainya tujuan bersama.

2. Administrasi VS Manajemen

Definisi administrasi, kiranya sudah jelas sebagaimana diuraikan pada bahasan sebelumnya. Untuk melihat persamaan dan perbedaan antara administrasi dan manajemen berikut dapat dijelaskan tentang konsep manajemen. Manajemen dapat didefinisikan sebagai "suatu aktitivas proses ketatalaksanaan untuk menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu yang ditetapkan." Pengertian ini mengandung makna bahwa makna

yang terkandung dalam konsep manajemen, berupa: i) kemampuan atau keterampilan seseorang untuk menggerakkan orang lain agar memperoleh suatu hasil; ii) segenap perbuatan menggerakkan sekelompok orang dan menggunakan sejumlah fasilitas melalui suatu usaha kerjasama untuk mencapai tujuan tertentu.

Memahami definisi manajemen tersebut di atas, maka makna penting yang perlu digaris bawahi adalah bahwa manajemen adalah suatu kegiatan ditujukan untuk pencapaian tujuan tertentu melalui kerja sama dengan orang lain. Selain itu bahwa bahwa manajemen merupakan aktivitas dari pada ketatalaksanaan, karena memang manajemen merupakan alat pelaksana ketatalaksanaan. Dengan demikian, makna yang terkadung dalam konsep manajemen memiliki kriteria yang hampir sama dengan konsep administrasi.

Pada sisi lain, dalam pandangan fungsional, konsep administrasi berorientasi pada:

a. Upaya untuk merealisasikan tujuan yang hendak dicapai.
b. Berbagai kegiatan untuk menentukan kebijakan dan peraturan dalam rangka untuk memperkuat kinerja organisasi. Sebaliknya, pada konsep manajemen bahwa fungsi manajemen beroreintasi pada upaya untuk melakukan kegiatan-kegiatan dalam rangka untuk pencapaian tujuan yang didukung kebijakan dan keputusan. Ungkapan tersebut jelas menunjukkan bahwa administrasi lebih luas dari pada manajemen.

3. Hubungan Administrasi dan Manajemen

Sebagaimana telah diuraikan di atas, administrasi adalah proses penyelenggaraan kerja untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan. Kerja dapat terselenggara dengan baik, sesuai dengan tujuan yang dikehendaki bila ada pekerja dan sumber daya lain yang mendukungnya. Berbagai sumber daya yang digunakan untuk melaksanakan program kerja untuk mencapai tujuan, menjadi kebutuhan penting dari proses manajemen. Dengan demikian, intisari dari pada manajemen ialah suatu proses kegiatan dari beberapa aktor atau sumber daya manusia dengan bekerjasama untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan.

Jadi administrasi dalam praktik dan teoritiknya lebih terfokus pada tata kelola organsasi dan pelaksanaan proses manajemen. Dengan demikian, administrasi dalam kajian ini lebih luas ruang lingkupnya dibanding dengan manajemen.

Berbagai pendapat terkait dengan diskusi hubungan antara manajemen dan administrasi sebagaimana berikut:

a. Makna administrasi sama dengan manajemen.

   1) W. H. Newman, tidak memberikan pandangan yang berbeda tentang makna administrasi dengan manajemen. Menurutnya, makna yang terkandung dalam batasan administrasi, juga berlaku pada manajemen.

   2) M.E.Dimock, memberikan penjelasan tentang administrasi dan manajemen merupakan dua kata yang dapat dimaknai sama dan saling terkait. *"Administration (or management) is a planned approach to the solving ofall kinds of problems in almost every individual or group activity both publics or private".* (Administrasi atau manajemen adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang kebanyakan terdapat pada setiap individu atau kelompok, baik negara atau swasta). Kemudian, dia memberikan batasan "administrasi atau manajemen sebagai suatu pendekatan yang terencana untuk memecahkan berbagai masalah yang sebagian besar dialami oleh setiap individu, kelompok, dan organisasi baik negara maupun swasta.

b. Makna administrasi berbeda dengan manajemen

   D. E. Mc. Farland, membedakan makna administrasi berbeda dengan manajemen, dengan penjelasan bahwa administrasi ditujukan untuk penentuan tujuan pokok dan kebijakan, sedangkan manajemen ditujukan untuk pelaksanaan kegiatan dengan maksud untuk mencapai tujuan dengan merujuk pada kebijakan yang ditetapkan. Pandangan yang dikatakan bahwa *"administration refers to the determination of major aims and policies, where as management refers to the carrying out*

of operation designed to accomplish the aims and effective policies". (administrasi ditunjukkan terhadap penentuan tujuan pokok dan kebijakan, sedangkan manajemen sebagai pelaksanaan kegiatan dengan maksud untuk mencapai tujuan).

Memahami batasan makna sebagaimana tersebut, Ordway Tead, secara tegas membedakan makna administrasi dengan manajemen.

c. Makna administrasi dan manajemen dari sudut persamaan dan perbedaan

Panglaykim dan Tanzil (1986: 34), berpandangan bahwa jika manajemen menetapkan kebijakan, maka administrasi sebagai pelaksananya. Pemikiran seperti ini, sama dengan konsep Waldo tentang dikotomi antara politik dan administrasi. Pada konsep dikotomi ini politik sebagai penentu kebijakan sedangkan administrasi sebagai implementasinya.

Pada perkembangan berikutnya ketika perkembangan ilmu administrasi publik mengalami krisis akademis, maka terjadi pergantian paradigma dari yang lama menjadi yang baru. Maka Nicholas Henry pergantian dan perubahan paradigma dapat ditinjau dari dua aspek, yakni lokus dan fokus dari disiplin ilmu. Fokus dalam hal ini dimaknai dengan "*what of the field*" atau metode dasar dan cara-cara ilmiah yang digunakan untuk memecahkan suatu persoalan. Sedang lokus dalam hal ini dimaknai dengan "*where of the field*" yang berarti dengan tempat di mana metode atau cara tersebut digunakan atau diimplementasikan. Kemudian, Henry membagi lokus dan fokus suatu disiplin ilmu administrasi menjadi 5 paradigma administrasi negara, yaitu: i) Paradigma Dikotomi Politik dan Administrasi (1900-1926), ii) Paradigma Prinsip-prinsip Administrasi (1927-1937); iii) Paradigma Administrasi Negara sebagai Ilmu Politik (1950-1970); iv) Paradigma Administrasi Negara sebagai Manajemen (1956-1970); dan v) Paradigma Administrasi Negara sebagai Administrasi Negara (1970an)

Kelima periode tersebut yang penting untuk digarisbawahi oleh

penulis terkait dengan sub-bahasan ini adalah admininistrasi negara atau administrasi sebagai manajemen. Hal ini karena pada saat itu, unsur-unsur administrasi sama dengan unsur-unsur manajemen. Implikasinya bahwa administrasi dan manajemen sama-sama menjalankan fungsi kebijakan untuk mengatur organisasi dan melaksanakan pangelolaan organisasi. Beberapa pakar pada konsep ini menganggap bahwa istilah manajemen dan administrasi memiliki makna yang sama. Pada realitasnya, keduanya memiliki makna yang sama apalagi jika dihubungkan dengan konteks lembaga. Namun demikian, bahwa istilah manajemen mempunyai makna yang lebih *marketable* dan bergengsi. Sehubung dengan demikian, beberapa institusi cenderung menggunakan istilah administrasi sama dengan manajemen. Pada sisi lain, istilah administrasi dan manajemen berbeda sifat, namun antara keduanya sering disamakan. Beberapa pandangan pakar manajemen dan administrasi tidak membedakan antara administrasi dan manajemen atau paling sedikit penggunaan artinya saling berkaitan.

4. Fungsi-fungsi Administrasi

Pada dasarnya administrasi berfungsi untuk menentukan tujuan organisasi dan merumuskan kebijakan, sedangkan manajemen berfungsi untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang perlu dilaksanakan dalam rangka pencapaian tujuan sesuai dengan batas-batas kebijakan yang telah dirumuskan. Pada proses pelaksanaannya, administrasi dan manajemen mempunyai tugas-tugas tertentu yang harus dilaksanakan sendiri. Tugas-tugas itulah yang biasa disebut sebagai fungsi-fungsi administrasi dan manajemen. Hingga kini para sarjana belum mempunyai kata sepakat yang bulat tentang fungsi-fungsi administrasi dan manajemen, baik ditinjau dari segi klasifikasinya maupun terminologi yang dipergunakan.

Fungsi manajemen dan fungsi administrasi atau sering disebut dengan fungsi manajerial atau fungsi administrasi. Fungsi administrasi tersebut menurut Taylor, terbagi menjadi lima, yakni fungsi:

a. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan aktivitas untuk menetapkan tujuan organisasi yang kemudian diikuti dengan menyusun berbagai rencana-rencana guna mencapai tujuan yang ditetapkan. Untuk menyusun perencanaan yang baik, pimpinan atau manajer harus memulai dengan mengevaluasi berbagai sumber daya yang ada, kemudian menentukan rencana dalam bentuk program dan kegiatan guna untuk mencapai tujuan. Oleh karena itu, perencanaan merupakan proses awal yang paling penting dari fungsi manajemen, kemudian baru ditindaklanjuti oleh fungsi yang lain. Dengan demikian, aktivitas dalam penyusunan rencana meliputi:

1) Penetapan arah dan tujuan serta target organisasi yang akan dicapai.
2) Penyusunan strategi untuk mencapai tujuan dan target yang ditetapkan.
3) Mengevaluasi dan menetapkan sumber daya yang dibutuhkan.
4) Penetapan standar capaian sesuai dengan tujuan dan target organisasi.

Perencanaan dalam organisasi pada umumnya diklasifikasikan menjadi tiga jenjang (level), yakni: perencanaan level atas, perencanaan level menengah dan perencanaan level bawah. Beberapa hal yang penting untuk diperhatikan bahwa perencanaan yang baik harus memiliki kriteria:

1) Mempunyai tujuan yang jelas.
2) Merujuk pada hasil analisa dan evaluasi pada kondisi pekerjaan yang ada.
3) Tidak sulit untuk dimengerti dan diimplementasikan.
4) Memiliki aspek fleksibelitas atau mudah mengikuti perubahan dan perkembangan yang terjadi.
5) Mencerminkan keseimbangan, kebutuhan, tanggung jawab dan tujuan pada tiap-tiap bagian.

6) Bisa memanfaatkan sumber daya yang dimiliki tersedia untuk dipergunakan secara efisien dan efektif.

Apabila perencanaan yang disusun mencerminkan kriteria tersebut di atas maka perencanaan akan bermanfaat untuk:

1) Pedoman bagi pimpinan organisasi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.
2) Pedoman bagi semua komponen pelaksanan untuk melaksanakaan kegiatan
3) Untuk menghindari dan meminimkan kesalahan pada semua aktivitas.
4) Menjadi rujukan untuk melakukan monitoring dan evaluasi.

b. Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah suatu aktivitas untuk menggerakkan dan mengatur semua sumber daya (sumber daya manusia dan sumber daya finansial serta sumber daya lain) yang dimiliki organisasi guna untuk melaksanakan rencana yang ditetapkan. Pengorganisasian dijalankan dengan menetukan dan pembagian tugas kepada semua bagian untuk dikerjakan. Pada fungsi pengorganisasian ini pimpinan organisasi menentukan:

1) Penyusunan dan penetapan tugas-tugas serta prosedur kerja yang dibutuhkan.
2) Penetapan sumber daya manusia yang melaksanakan, meliputi: siapa aktor atau personil yang memimpin dan melaksanakan pekerjaan, kalau perlu dilaksanakan perekrutan, menyeleksi orang, pelatihan serta pengembangan sumber daya manusia.
3) Pendistirbusian pekerjaan yang diikuti dengan kewenangan.
4) Penetapan dan pengalokasian sumber daya finansial.

Beberapa manfaat yang didapatkan ketika pengorganisasian dilaksanakan dengan baik, yakni:

1) Pekerjaan akan dapat dilaksanakan dengan baik, karena adanya pembagian tugas yang sesuai dengan kemampuan.

2) Mampu untuk menciptakan spesialisasi saat menjalankan pekerjaan.

3) Setiap personalia yang diberikan tugas dan wewenang akan mengetahui tugas apa yang akan dikerjakan.

c. Pengarahan (*Directing*)

Pengarahan dalam fungsi administrasi merupakan upaya-upaya untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kinerja dan menciptakan kondisi lingkungan kerja yang dinamis, sehat, dan yang lainnya. Beberapa aktivitas yang harus dilakukan dalam fungsi pengarahan, diantaranya:

1) Memberikan beberapa penjelasan dari kebijakan yang telah ditetapkan kepada semua sumber daya manusian, agar mampu memahami kebijakan yang ditetapkan.

2) Melaksanakan proses kepemimpinan, pembimbingan, dan pemberian motivasi kepada seluruh sumber daya manusia yang telah ditetapkan untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab, agar dapat menyelesaikan tugas dengan efisien dan efektif.

3) Memberikan arahan kepada semua sumber daya manusia, agar dapat menjalankan tugas dan wewenangnya dengan baik dan benar.

d. Pengawasan (*Controlling*)

Pengawasan merupakan kegiatan untuk menilai kinerja yang telah dilaksanakan secara individu maupun kelompok berdasarkan standar yang sudah ditetapkan. Beberapa aktivitas dalam fungsi pengawasan antara lain:

1) Mengevaluasi keberhasilan pada proses pencapaian tujuan sesuai dengan indikator capaian yang sudah ditetapkan.

2) Melakukan klarifikasi dan koreksi, bila ditemukan penyimpangan.

3) Memberi solusi alternatif atas berbagai temuan yang terjadi, ketika pelaksanaan tugas kurang sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

Suatu pengawasan menjadi baik bagi organisasi, manakala pengawasan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan organisasi. Oleh karena itu, tata kelola organisasi perlu untuk dijadikan pedoman dalam proses pengawasan.

Fungsi-fungsi tersebut mutlak harus dijalankan oleh administrasi dan manajemen. Ketidakmampuan untuk menjalankan fungsi-fungsi itu akan mengakibatkan peningkatan nilai kinerja organisasi. Manajemen adalah fisiologinya yang dinamis dan menunjukkan gerakan atau sebuah proses. Sedangkan organisasi sebagai wujudnya yang statis dan mengikuti suatu pola tertentu. Selama ini manajemen telah banyak mengilhami perkembangan ilmu administrasi publik. Namun teori inti dari manajemen tetap tidak berubah yakni ada tiga kegiatan yang besar yang dilakukan dalam manajemen yaitu perencanaan, pelaksanaan, dan juga pengawasan. Fungsi manajemen dalam administrasi di mana pun tetap sama, yang bebeda hanyalah pada penekanannya saja.

5. Perkembangan Administrasi

Penekanan dalam mempelajari Teori Administrasi Publik sampai saat ini masih kurang jelas arahnya. Paling tidak di dalam mempelajari administrasi publik ada 3 topik penting yang harus dipelajari atau didiskusikan:

a. Mengkaji masalah teori-teori administrasi publik dengan perkembangannya yang disertai sejarah perkembangan administrasi publik seperti klasifikasinya Nicholas Henry yang sering disebut paradigma administrasi.

b. Mempelajari *base line* administrasi publik (Weber, Frederick Winslow Taylor, Hawthorne Experiment, Chester I. Barnard) dan perspektif administrasi publik pada teori organisasi. Kalau mengacu pada perspektifnya Harmon dan Mayer, maka perspektif administrasi publik dijabarkan mulai *Neo-clasical*

theory, Sytem Theory: Organization as Purposive Entities, Later Human Relations Theory: Integrating Indiviudals and Organizations, Market Theories: Organizing as Sosial Action, Theories of Emergence: Organizing as Discovered Rationality.

c. Isu-isu penting yang dikembangkan dan dijadikan diskusi dalam administrasi publik, yang saat ini relevan misalnya masalah: kebijakan publik, birokrasi dan demokrasi, privatisasi atau deregulasi dan debirokratisasi, administrasi pembangunan dan perbandingan administrasi, profesionalisme dan etika administrasi publik, dan desentralisasi (pemerintah daerah) dan sentralisasi, serta isu lain yang relevan.

Untuk menjelaskan perkembangan administrasi dan pelayanan publik, 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*.

a. Paradigma Administrasi Negara Lama

Paradigma Administrasi Negara Lama atau *Old Public Administration* (OPA). Paradigma OPA yang berkembang pada awal kelahiran ilmu administrasi negara, dipelopori oleh Woodrow Wilson dengan karyanya *The Study of Administration*(1887) dan Taylor dengan karyanya *Principles of Scientific Management*. Problem utama yang dihadapi pemerintah menurut Wilson adalah rendahnya kemampuan administrator. Oleh karena itu, diperlukan pembaharuan administrasi pemerintahan dengan meningkatkan profesionalisme administrator negara agar berinjak efisien dan efektif. Tugas dari ilmu administrasi adalah mencetak aparatur publik yang profesional. Kinerja administrasi negara harus mendasar pada prinsip-prinsip manajemen ilmiah sebagaimana ditetapkan oleh Taylor yang terpisah dari berbagai kepentingan politik. Pemikiran yang demikian ini dikenal dengan dikotomi politik dan administrasi.

Pada sisi lain, Taylor dengan *Principles of Scientific Management* (1911), berusaha mengadopsi pemikirannya ke dalam administrasi sektor publik melalui metode *time and motion study,* sebagai metode terbaik untuk melaksanakan tugas di dalam organisasi pemerintah. Tujuan dari metode ini adalah untuk meningkatkan *output* kinerja organisasi pemerintah dengan cara yang cepat, efisien, dan efektif. Hal ini sesuai dengan pandangan Wilson bahwa hakekat proses administrasi sama dengan proses bisnis, kerena itu administrasi sektor publik perlu mengadopsi nilai-nilai dari sektor bisnis. Teori penting lain, bahwa organisasi pemerintah harus memiliki ciri-ciri sebagaimana konsep birokrasi dari marx Weber, seperti: hierarki kewenangan, seleksi dan promosi berdasarkan *merit system*, aturan dan regulasi yang merumuskan prosedur dan tanggung jawab, dan sebagainya.

Dernhart dan Dernhart (2003) mengilustrasikan beberapa prinsip dasar OPA antara lain:

1) Pelayanan publik dilaksanakan secara langsung oleh badan-badan pemerintah.
2) Perumusan dan implementasi kebijakan dirumuskan secara politis dan tunggal.
3) Administrasi negara mempunyai peranan yang terbatas dalam pembuatan kebijakan dan publik lebih diberi peran pada implementasi kebijakan.
4) Pemberian pelayanan publik dilaksanakan oleh administrator yang bertanggungjawab kepada "*elected official*" dan memiliki diskresi yang terbatas dalam menjalankan tugasnya.
5) Program publik dilaksanakan melalui organisasi hirarkis, dan diawasi oleh pimpinan tertinggi organisasi.
6) Nilai-nilai yang dikembangkan pada organisasi publik adalah efisiensi dan rasionalitas.
7) Organisasi publik merupakan organisasi dengan mengunakan sistem tertutup, sehingga kurang memberikan partisipasi warga negara.

b. Paradigma Administrasi Negara Baru

Paradigma Administrasi Negara Baru (*New Public Administration*) berkembang tahun 1970an. Paradigma ini dikreasi akibat dari adanya perdebatan hangat yang belum ada ujungnya tentang kedudukan administrasi negara sebagai disiplin ilmu atau profesi. Waldo menganggap bahwa administrasi negara perlu melakukan revolusi terus menerus, sehingga senantiasa mengundang para pakar ilmu administrasi negara untuk merukuskan pendekatan baru. Sehubungan dengan itu, kemudian Waldo mengadakan konferensi (1971) yang menghasilkan *prosiding* yang berjudul "*toward a new public administration: the minnowbrook perspective*". Dari bererapa artikel yang terkumpul terdapat satu artikel dinilai penting, yakni karya dari George Frederickson yang berjudul "*The New Public AdministrationNPA".* Pemikiran NPA ini lebih menekankan pada pengembangan nilai-nilai efisiensi, efektivitas dan ekonomis (3Es).

Pemikiran NPA berisi tentang beberapa kritik terkait dengan paradigma OPA yang terlalu menekankan pada parameter ekonomi. Rekomendasi dari pemikiran NPA dari Frederickson adalah bahwa kinerja administrasi publik tidak hanya dinilai dari pencapaian nilainilai 3Es, tetapi perlu ada nilai "*social equity*". Implikasi dari *social equity*, maka administrator publik harus menjadi *proactive administrator,* dan tidak menjadi administrator yang apolitis. Dengan demikian, fokus dari NPA adalah berbagai usaha untuk membuat organisasi publik mampu mewujudkan nilai-nilai kemanusiaan secara maksimal dalam menjalankan sistem pemerintahan yang desentralisasi dan demokratis. Yang penting untuk dikatakan bahwa komitmen untuk mewujudkan nilai-nilai kemanusiaan dan keadilan (*social equity*), maka Frederickson menolak pandangan bahwa administrator dan teori-teori administrasi negara yang memiliki karakter netral dan bebas nilai.

c. Paradigma *New Public Management*

Paradigma *New Public Management* (NPM) muncul tahun 1980an dan menguat tahun 1990-an sampai sekarang. Prinsip dasar paradigma NPM adalah menjalankan administrasi negara sebagaimana menggerakkan sektor bisnis dan pendekatan pasar sebagai solusi untuk menyelesaikan kelemahan sektor publik (*run government like a business* atau *market as solution to the ills in public sector*). Pendekatan ini digunakan untuk menyelesaikan pendekatan lama yang lamban, kurang efisien, kurang efektif dan kurang mampu menjawab tantangan perubahan.

Pemikiran yang spektakuler yang disumbangkan oleh David Osborne dan Ted Gaebler (1992) adalah konsep"*Reinventing Government*". Pemikiran yang dimaksud adalah nilai-nilai semangat wirausaha perlu masuk pada proses administrasi negara. Dengan pemikiran ini, pelayanan publik yang diberikan oleh institusi pemerintah tidak harus dilaksanakan sendiri, tetapi bisa diserahkan ke masyarakat. Peran negara lebih sebagai fasilitator atau supervisor penyelenggaraan urusan publik. Prinsip-prinsip manajemen publik yang harus dilaksanakan seperti: efisiensi, efektivitas, responsivitas, transparansi, dan akuntabilitas.

Selain itu, nilai-nilai yang juga mengawal pendekatan NPM adalah pola kerjasama dalam bentuk: sinergi, aliansi atau kemitraan antara pemerintah dengan swasta dan masyarakat dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat. Lahirnya pendekatan NPM, sebagai jawaban dari kegagalan perspektif OPA dan NPA dalam mengelola urusan publik. Namun demikian, perspektif NPM tidak berlangsung lama, karena perspektif NPM juga membawa kelemahan yang cukup berarti. Perspektif NPM seolah telah mencabut kinerja urusan publik dari akarnya, dan menjadikan pelayanan sektor publik sama dengan pelayanan dan praktek bisnis. Sementara, beberapa karakter urusan publik tidak bisa disamakan dengan urusan bisnis, apalagi mereduksi kepentingan publik sama dengan kepentingan konsumen.

d. Paradigma *New Public Service*

Pendekatan *New Public Service* (NPS) menurut oleh Denhart dan Denhart (2003), merupakan solusi sintesis dari banyaknya kritik terhadap NPM. Pendekatan NPS berusaha untuk membangun nilai demokrasi dari beberapa aktor untuk bersama-sama mengelola kepentingan warga Negara. Beberapa aktor yang berinteraksi dengan pemerintah dalam pendekatan NPS memiliki hak dan kewajiban yang bersama. Berbeda dengan pendekatan atau paradigma OPA dan paradigma NPM, di mana hanya pemerintah yang memainkan peranan penting dalam mengatur masyarakat (Nelissen et.al., 1999; dalam Denhart & Denhart, 2003). Pada perumusan kebijkan publik, perspektif NPS mengutamakan keterlibatan warga negara. Untuk itu, interaksi antara pemerintah dan warga negaranya harus berdasarkan pada kepercayaan yang tinggi, seperti yang di kemukakan Hart dalam Denhart & Denhart (2003).

Salah satu yang penting untuk dikatakan bahwa pada pendekatan NPS mengartikan dan memperlakukan publik sebagai pengguna dan penerima layanan publik harus sebagai warga negara (*citizen*) atau bukan sebagai pelanggan (*customer*). Dengan demikian pelayanan publik tidak sekedar bagaimana memuaskan pelanggan tapi juga bagaimana memberikan hak warga negara untuk mendapatkan pelayanan publik. Cara pandang paradigma NPS, yang digagas oleh Denhart & Denhart (2003), 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.

Dengan demikian, paradigma NPS memandang penting keterlibatan beberapa aktor dalam penyelenggaraan urusan publik. Hal ini karena pemerintah bukan satu satunya penyelenggara pelayanan, tetapi pelayanan publik bisa dilaksanakan oleh *stakeholder* (aktor lain) yang menjadi mitra pemerintah. Keterlibatan warga negara dalam proses pemerintahan tidak hanya terbatas pada penentuan apa yang harus diprioritaskan pemerintah, akan tetapi pada proses pembuatan

kebijakan dan implementasi kebijakan. Pada kondisi yang demikian warga negara dipandang sebagai warga negara yang memiliki peran yang utuh, sebagaimana dikatakan oleh Stivers yang dikutip Denhart & Denhart (2003).

Ciri-ciri dari pelayanan administrasi publik pada pendekatan NPS menurut Denhart & Denhart adalah:

1) Melayani warga negara atau warga masyarakat, bukan pelanggan.
2) Lebih mengutamakan kepentingan publik.
3) Lebih menghargai warga negara dari pada birokrasi.
4) Pemerintah harus berfikir strategis dan bertindak demokratis.
5) Akuntabilitas bukan merupakan suatu yang mudah.
6) Lebih berorientasi pada melayani dari pada mengendalikan.
7) Lebih menghargai orang, dan bukan pada produktivitas.

Pendekatan NPS lebih menyarankan pada birokrasi pemerintah untuk menggunakan prinsip prinsip manajemen pemerintahan yang lebih berorientasi kepada pelayanan masyarakat, karena model ini sejalan dengan tujuan pelayanan publik yaitu kepuasan publik. Namun demikian, yang perlu diketengahkan bahwa penerapan NPS dibutuhkan dukungan persyaratan, yakni:

1) Sistem negara demokratis.
2) Masyarakar yang memiliki pemahaman-pemahaman akan arti bernegara serta mengetahui hak dan kewajibannya.
3) Organisasi-organisai pelayanan publik harus mampu mengakomodir kepentingan publik.
4) Adanya kemitraan antara pemerintah dengan masyarakat atau antara pemerintah dengan sektor private. (Abdul Talib Mustafa, 2017 : 22).

D. Rangkuman

Pada awal perkembangan konsep administrasi, perdebatan dan diskursus antar pakar di bidang administrasi dan ilmu lain, sangat syarat dengan nilai-nilai yang dikembangkan pada masing-masing bidang ilmu yang dikembangkan. Namun demikian, perdebatan ilmu ini membawa aspek positif untuk melahirkan rumusan konsep administrasi terutama pada lokus dan fokusnya. Konsep administrasi yang awalnya diragukan dan dianggap sebagai *art* saja berubah menjadi sebuah ilmu, terutama setelah adanya kontribusi dari konsep birokrasi, manajemen, dan organisasi. Dengan demikian, sejak saat itu konsep administrasi menjadi ilmu yang memiliki karakter manajemen dan birokrasi yang ideal dan berfokus di lembaga pemerintahan. Pada perjalanan berikutnya, perkembaagan dan perubahan administrasi dari OPA menuju NPM dan menuju NPS mampu menunjukkan sebuah ilmu yang sangat bermanfaat secara teoritis. Sementara secara praktis, administrasi menjadi sebuah ilmu telah memberikan kontribusi terhadap peningkatan kinerja institusi pemerintah dan penggunaan sumber daya yang efisien dan efektif.

E. Soal Latihan

1. Berikan penjelasan definisi administrasi menurut salah satu pakar dan berikan penjelasan karakteristik yang ada dalam definsi tersebut?
2. Berikan penjelasan tentang konsep manajemen dan konsep administrasi!
3. Berikan penjelasan hubungan antara konsep administrasi dengan konsep manajemen ?
4. Ketika fungsi-fungsi manajemen diadopsi ke dalam fungsi administrasi di semua sektor publik, bagaimana komentar dan analisis saudara terkait dengan hal tersebut!
5. Berikan penjelasan dan analisis, pertimbangan pendekatan OPA perlu dikaji ulang dalam menghadapi perkembangan saat itu!

6. Berikan analisis dan kritik terhadap konsep dan implementasi NPM, ketika diterapkan di organisasi sektor publik!
7. Berikan analisis dan kritik terhadap konsep dan implementasi NPS, ketika diterapkan di organisasi sektor publik!

F. Referensi

Denhardt, Janet V. and Denhardt, Robert B. 2003. *The New Public Service: Serving, not steering*. New York: M.E. Sharpe. Inc

Handayaningrat, Soewarno, 2002, *Pengantar Studi Ilmu Administrasi dan Manajemen*, Jakarta: Haji Masagung

Mustafa, Abdul Talib T.S. Mamu, 2017. *Kemitraan Dalam Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Calpulis.

Osborne, David, and Peter Plastrik. 1997. *Banishing Bureaucracy, The Five Strategies For Reinventing Government, terjemahan : Memangkas Birokrasi : Lima Strategi Menuju Pemerintahan Wirausaha, Alih Bahasa: Abdul Rosyid dan Ramelan*. Jakarta : Penerbit PPM.

Osborne, David, and Ted Gaebler. 1992. *Reinventing Government : How The Entrepreneur Spirit is Transforming The Public Service, terjemahan : Mewirausahakan Birokrasi Mentransformasikan Semangat Wirausaha ke Dalam Sektor Publik. Alih Bahasa Abdul Rosyid dan Ramelan*. Jakarta : Pustaka Binaman Pressindo

Waldo, Dwight. *Pengantar Studi Public Administration. Terjemahan Selamet W. Admosoedarmo. Cetakan keenam*. Radar Jaya Offset. Jakarta.1992

BAB II
ADMINISTRASI PELAYANAN

A. Pendahuluan

Pelayanan publik adalah proses kegiatan yang diselenggarakan oleh penyelenggara pelayanan guna untuk pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan (warga negara) sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pemerintah sebagai inisiator pelayanan sekaligus sebagai penyelenggara pelayanan publik, harus berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan setiap periode. Oleh karena itu, pemerintah harus menentukan kesepakatan dan komitmen yang kuat baik pemerintahan tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota sesuai dengan prinsip-prinsip pelayanan publik yang setiap saat dilakukan inovasi dan perubahan. Tata kelola pelayanan publik, paling tidak kalau dirumuskan menjadi tiga hal penting, yakni: pelayanan yang lebih cepat (*faster*), lebih murah (*cheaper*), dan lebih baik (*better*). Beberapa pendapat mengatakan bahwa pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang mampu untuk menjawab kesenjangan (*gap*) pelayanan yang sering terjadi antara penyelenggara pelayanan dengan penerima pelayanan atau warga negara.

Untuk mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas, pemerintah telah menetapkan asas-asas dan prinsip-prinsip pelayanan publik sebagai pedoman bagi penyelenggara pelayanan publik. Melalui pedoman itu, pelayanan publik yang diselenggarakan oleh penyelenggara pelayanan publik, memiliki standar minimal yang pasti. Asas-asas pelayanan, seperti: kepentingan umum, kepastian hukum, kesamaan hak, kesamaan hak dan kewajiban dan lainnya, menjadi penting untuk ditetapkan dalam pelayanan publik. Begitu juga prinsip-prinsip pelayanan harus dijalankan, karena variasi penerima pelayanan yang dihadapi penyelenggara pelayanan di setiap daerah menjadikan penyelenggara pelayanan mengalami kesulitan, tanpa adanya asas-asas dan prinsip-prinsip pelayanan yang ditetapkan. Pada tahapan berikut, prinsip dan asas pelayanan perlu dijabarkan ke dalam standar pelayanan

publik (SPP). SPP digunakan sebagai tolok ukur kinerja pelayanan, sekaligus dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan publik agar pelayanan publik berkualitas.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan definisi dan karakteristik pelayanan.
2. Memahami dan menjelaskan definisi pelayanan publik.
3. Memahami dan menjelaskan asas dan prinsip-prinsip pelayanan publik
4. Memahami dan menjelaskan kualitas pelayanan publik
5. Memahami dan menjelaskan standar pelayanan publik.

C. Penyajian Materi

1. Definisi dan Karakteristik Pelayanan

Pelayanan didefinisikan dengan sarana untuk memberikan nilai kepada pelanggan dengan memfasilitasi hasil yang ingin dicapai pelanggan tanpa adanya biaya dan resiko tertentu. Menurut beberapa pakar mengatakan bahwa *"Services are deeds, performances and processes provided or coproduced by one entity or person for and with another entity or person*" (Zeithaml et al, 2017:4), [pelayanan adalah perbuatan, performa dan proses yang disediakan atau dilaksanakan oleh satu entitas atau orang untuk entitas atau orang lain]. Pelayanan yang disediakan oleh entitas atau orang kepada orang lain, oleh beberapa pakar selain Zeithaml, seperti: Kotler and Keller (2009), Jasfar (2009) dan lainnya memberikan batasan pelayanan sama dengan dengan jasa dalam penyediaan barang-barang yang menjadi kebutuhan manusia. Sehubungan dengan itu pelayanan menurut beberapa pakar, pelayanan dapat didefinisikan sebagai berikut:

a. Kotler dan Keller (2009:36) memaknai pelayanan sebagai semua tindakan yang tidak berwujud dan tidak menawarkan kepemilikan apapun yang dapat ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain.

b. Jasfar (2009:17) memaknai pelayanan sebagai setiap aktivitas yang bukan berupa benda atau bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik), yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain. Pada pelaksanaan proses pelayanan tersebut penerima pelayanan dan penyedia pelayanan terlibat secara aktif secara bersama sama dalam proses tersebut, walaupun tidak menghasilkan kepemilikan apapun.

c. Vargo dan Lusch (2004) memberikan definisi pelayanan yang lebih inklusif dengan perspektif pelayanan turunan, menunjukkan bahwa *all products and physical goods are valued for the inherent service they provide and that the value derived from physical goods is really the service provided by the goods not the good itself.* (semua produk dan barang fisik dihargai untuk pelayanan inheren yang mereka berikan dan bahwa nilai yang berasal dari barang fisik benar-benar merupakan pelayanan yang disediakan oleh barang. Bukan yang baik itu sendiri). Berdasarkan definisi ini bahwa pelayanan berbeda dengan produk karena: *intangibility* (tidak berwujud), *heterogeneity* (heterogenitas), *simultaneous production and consumption* (produksi dan konsumsi yang simultan), dan *perishability* (mudah rusak).

d. Kotler (2003:464) mendefinisikan pelayanan sebagai suatu tindakan ataupun kinerja yang bisa diberikan pada orang lain. Pelayanan atau lebih dikenal dengan *service* menurut hubungan fisik antara penerima dan pemberi pelayanan dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu.

   1) *High contact service* ialah sebuah pelayanan jasa di mana kontak di antara konsumen dan penyedia jasa sangat tinggi, dan konsumen selalu terlibat di dalam sebuah proses pelayanan .

   2) *Low contact service* ialah pelayanan jasa di mana kontak di antara konsumen dengan sebuah penyedia jasa tidaklah terlalu tinggi. Hubungan fisik dengan konsumen hanyalah terjadi di *front desk*.

Beberapa pandangan lain, terkait dengan pengertian atau definisi pelayanan dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Loina (2001:138), bahwa sebuah pelayanan adalah suatu proses keseluruhan untuk membentuk sebuah citra perusahaan, baik melalui media berita yang ditujukan untuk membentuk sebuah budaya internal perusahaan, maupun mengkomunikasikan berbagai pandangan perusahaan antar pimpinan organisasi atau kepada publik sebagai *stakeholder*.
b. Moenir (1992 : 16), mengatakan bahwa pelayanan adalah sebuah proses pemenuhan kebutuhan yang melalui aktivitas orang lain secara langsung. Definisi pelayanan di atas menekankan pada segala usaha yang dilakukan oleh seseorang dalam rangka untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, sehingga melalui pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan yang menerima pelayanan secara puas.
c. Brata (2003 : 9), memberikan penjelasan bahwa "suatu pelayanan akan terbentuk dikarenakan adanya sebuah proses pemberian pelayanan tertentu dari pihak penyedia pelayanan pada pihak yang dilayaninya. Lebih dari itu, Brata menambahkan bahwa suatu pelayanan terjadi antar individu, kelompok, yang berada di dalam sebuah organisasi dengan penerima pelayanan atau orang lain yang membutuhkan pelayanan.

Beberapa pakar bidang pelayanan sepakat dengan pandangan Kotler, bahwa pelayanan memiliki empat karakteristik unik. Ke empat karakteristik tersebut adalah sebagai berikut:

a. *Intangibility,* pelayanan merupakan aktivitas yang tidak dapat dilihat, dicium, didengar, diraba, dan dirasa sebelum penerima dan penyelenggara pelayanan menyelesaikan proses palayanan. *"Intangibility means that cannot be seen, tasted, felt, heard or smelled before they are bought thus the customer cannot evaluate it. This causes increase in the uncertainty level and to reduce this factor, customers look for signals of service quality."* (Sucherly (1999 : 4). Berbeda dengan Zeithaml and Bitner (1996), mengataklan bahwa *"intangibility determines if the offering is service or a product."* (*intangibility* dalam pelayanan merujuk pada

penawaran pada pelayanan atau produk). Kendatipun pelayanan yang diberikan tidak berwujud, namun proses pelayanan membutuhkan lingkungan yang bersih, tata letak yang baik, pencahayaan yang tepat, penampilan menu yang baik, dan seragam staf sesuai. Bukti fisik yang menjadi syarat pelayanan akan dapat membantu posisi pelayanan menuju pelayanan yang berkualitas. (*service havet clean environment, good layout, proper lighting, god menu displays and the staff uniform are appropriate and this physical evidence has helped position their service in higher level"* (Langford, 2009).

b. *Heterogeneity/Variability/Inconsistency,* pelayanan memiliki sifat variable, hiterogen, dan inkonsistensi, oleh karena itu, *output* dari proses pelayanan sulit untuk distandarkan (*non-standardized).* Implementasi dari pelayanan adalah banyak variasi bentuknya, kualitasnya, dan jenisnya, sehingga semua variasi pelayanan sangat tergantung dari siapa pelaksana pelayanan, kapan dan di mana pelayanan itu diselenggarakan, serta kepada siapa pelayanan diperuntukkan.

c. *Inseparability,* bahwa pelayanan harus dilaksanakan secara bersama sama oleh penyelenggara pelayanan dengan penerima pelayanan. Dengan kata lain bahwa dalam proses pelayanan antara penyelenggara pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan penerima pelayanan. Kualitas pelayanan dalam konsep ini ditentukan bersama antara penyedia pelayanan dan penerima pelayanan, termasuk kesalahan dan ketidakpuasan pelayanan akan ditentukan bersama pula.

d. *Perishability,* pelayanan merupakan aktivitas yang tidak dapat dilaksanakan dalam proses yang lama, oleh karena itu proses pelayanan harus segera dilaksanakan dan diselesaikan. Pelayanan merupakan tidak bisa ditunda-tunda atau disimpan, dikembalikan, atau dilaksanakan secara berulang. Setelah pelayanan diberikan kepada penerima pelayanan, maka pelayanan menjadi hak penerima pelayanan yang tidak dapat diberikan kepada penerima pelayanan lain. Contoh: Sebuah maskapai penerbangan, seperti

Garuda Airlines, hanya menjual kursi di pesawat sebelum pesawat melakukan pemberangkatan. Dengan demikian bahwa pelayanan ini hanya tersedia untuk jangka waktu tertentu. Beberapa kursi kosong di pesawat tidak dapat dimanfaatkan setelah pesawat berangkat ke tujuan yang dituju. Setelah pesawat lepas landas, kursi kosong yang tersedia tidak dapat ditawarkan untuk penerbangan berikutnya, sehingga kursi kosong yang ada tidak bernilai lagi.

2. Pelayanan Publik

Konsep pelayanan publik sering digunakan oleh banyak pihak, baik dari kalangan praktisi maupun ilmuwan, dengan makna yang berbeda-beda. Sehubungan dengan itu paling tidak makna pelayanan publik secara sederhana dapat didefinisikan dengan berbagai aktivitas pelayanan yang diselenggarakan oleh penyelenggara pelayanan publik, ditujukan untuk memenuhi kebutuhan penerima pelayanan. Pada umumnya, otoritas pelayanan publik diselenggarakan oleh pegawai publik. Hal ini, karena pada dasarnya bahwa salah satu misi berdirinya pemerintahan adalah untuk memberikan pelayanan kepada publik, agar terwujudnya sebuah kesejahteraan bagi publik atau masyarakat. Dengan demikian, bahwa seharusnya pelayanan publik merupakan pelayanan yang diselenggarakan oleh institusi pemerintah, dengan tidak berorientasi pada keuntungan, tetapi lebih pada pemberian pelayanan. Pada sejarah perjalanan administrasi publik, pelayanan publik yang diselenggarakan oleh pemerintah untuk memenuhi kebutuhan barang dan jasa semata hanya disediakan oleh pemerintah.

Konsep klasik atau dalam perspektif administrasi publik disebut dengan pelayanan yang mengikuti pendekatan *Old Public Administration* (OPA) mengklaim bahwa apapun barang dan jasa yang disediakan oleh pemerintah adalah pelayanan publik (*whatever government does is public services*). Pendapat seperti tersebut dapat dimaklumi, karena pemerintah satu-satunya lembaga yang peduli untuk menyelenggarakan pelayanan akan barang publik atas dasar kesepakatan politik dan pertimbangan moral dinilai penting bagi kehidupan warga negara. Beberapa pengertian pelayanan publik yang senada dengan definisi tersebut diataranya adalah:

a. Pelayanan Publik didefinisikan sebagai segala bentuk kegiatan pelayanan kepada publik yang dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara/Daerah dalam bentuk barang dan atau jasa, baik dalam rangka upaya kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (Lembaga Administrasi Negara : 1998)

b. Pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan publik dan pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (Mahmudi: 2010)

c. Pelayanan publik merupakan bentuk pemberian layanan untuk keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. (Sinambela, 2011)

d. Pelayanan publik diartikan sebagai layanan yang diberikan oleh pemerintah kepada warga negaranya baik secara langsung maupun secara tidak langsung (yaitu lewat pembiayaan penyediaan layanan yang diselenggarakan oleh pihak swasta) [Fadhilla. 2012]

Beberapa pengertian tersebut, dapat disarikan oleh penulis bahwa makna pelayanan publik terdapat beberapa point penting yakni:

a. Pelayanan publik merupakan bentuk aktivitias pelayanan harus dilaksanankan sesegera mungkin atau tidak boleh ditunda-tunda dalam wujud performa.

b. Penyelenggara pelayanan publik bisa laksanakan oleh pihak pemerintah, pihak swasta, dan pihak masyarakat, atau melalui kerja sama di antara ketiga aktor.

c. Pelayanan publik semata ditentukkan untuk memenuhi kepentingan publik atau *stakeholder* dari organisasi pemerintah.

Pada perkembangan selanjutnya, ketika adanya perubahan peran pemerintah dan *stakeholder* lain dalam penyelenggaraan

pelayanan terhadap hajat hidup orang banyak, maka penyelenggara pelayanan publik dan penerima pelayanan publik menjadi perdebatan tersendiri. Pada saat yang demikian, fenomena di negara-negara maju menunjukkan adanya tekanan terhadap praktik penyelenggaraan pelayanan publik yang semata diselenggarakan oleh pemerintah. Oleh karena itu, kemudian ada inisiasi reformasi pada praktik manajemen pelayanan publik dengan mengapdosi nilai-nilai yang selama ini berkembang di sektor bisnis, seperti: nilai-nilai *entrepreneurship*, kepedulian pada pengguna, serta orientasi pada *revenue-generating* dan penghasilan, serta mendorong reformasi konsep dan praktik penyelenggaraan pelayanan publik, sebagaimana dilakukan oleh beberapa pakar manajemen seperti: Osborne & Gaebler (1992; Ferlie, dkk. (1996); Osborne & Plastrik (1997) dan ; Kettl (2000).

Untuk mengembangkan semangat dan nilai-nilai kewirausahaan, manajer di sektor publik dituntut untuk merubah pola pikir dari yang semula sebagai manajer birokrasi pemerintah menjadi manajer yang memiliki karakter wirausaha. Manajer birokrasi saat ini dituntut tidak hanya melayani warganya dengan menghabiskan anggaran pemerintah, tetapi harus berusaha mencari sumber anggaran dari sektor lain untuk menjadi penerimaan dan penghasilan bagi pemerintah. Dengan demikian pada situasi tertentu, manajer birokrasi pemerintah selain memberikan pelayanan pada warganya, juga berupaya untuk menggali pendapatan yang dapat dikontribusikan pada sumber penerimaan anggaran dan pendapatan pemerintah melalui pelayanan yang mereka selenggarakan. Pendekatan manajemen publik yang menggunakan nilai-nilai bisnis ke dalam sektor publik sebagaimana tersebut disebut dengan pendekatan *New Public Management* (NPM)

Pendekatan NPM ini pertama dilaksanakan oleh beberapa negara maju, alhasil implementasi dan praktik penyelenggaraan pelayanan publik yang menggunakan pendekatan NPM ini mengahasilkan kinerja pelayanan publik yang sangat baik. Oreintasi kinerjanya menunjukkan penggunaan anggaran yang lebih efisien, pelayanan yang lebih responsif terhadap pengguna dan penerima pelayanan. Semangat penerapan NPM yang mengadopsi nilai-nilai manajemen bisnis

ini kemudian diikuti oleh Negara-Negara Dunia Ketiga, termasuk Indonesia. Pemerintah Indonesia kemudian mendorong aparaturnya untuk mempelajari NPM dengan mengadakan serangkaian lokakarya dan seminar terkait dengan materi dan substansi serta pelaksanaan pendekatan NPM dan *Reinventing Government*. Beberapa pejabat publik kemudian mengikuti serangkaian lokakarya dan kursus singkat di luar negeri untuk belajar dan mengenal lebih dalam konsep dan praktik *Reinventing Government* dan pendekatan NPM. Hasil yang didapatkan dari proses belajar ini, kemudian diimplementasikan seiring dengan nilai-nilai di daerah. Sehubungan dengan hal tersebut implementasi dari pendekatan NPM dapat tumbuh berkembang seiring dengan kebutuhan di pemerintah pusat dan pemerintah kabupaten/kota untuk mengembangkan sumber penerimaan anggaran dan pendapatan serta meningkatkan efisiensi, produktivitas, terkait dengan penyelenggaraan manajemen pemerintahan.

Pada perkembangan ketiga, bahwa pendekatan NPM memunculkan kelemahan, diantaranya adalah bahwa pengertian penerima pelayanan dalam pendekatan NPM yang sering disebut dengan *customer*. Beberapa pakar mengatakan bahwa penerima pelayanan publik tidak bisa disamakan dengan *customer*, tetapi penerima pelayanan publik adalah warga negara. Pada saat yang demikian, pemahaman pengertian pelayanan publik perlu dilakukan peninjauan ulang. Pelayanan publik tidak lagi dapat ditentukan dengan hanya melihat lembaga penyelenggaraannya, yaitu pemerintah atau swasta. Pelayanan publik tidak lagi tepat untuk dipahami sebagai pelayanan dari pemerintah, begitu juga pelayanan swasta yang tidak dapat dipahami hanya sebagai pelayanan yang diberikan oleh lembaga non pemerintah.

Istilah publik dalam pelayanan yang diselenggarakan pemerintah sangat spesifik dan harus dimaknai dengan penuh kehati-hatian. Pelayanan yang diorientasikan pada warga negara tidak sama dengan makna pelayanan ketika pelayanan yang diorientasikan pada pelanggan. Penulis sepakat bahwa *statement* Denhardt dan Denhardt, yang mengkritik kalau pemahaman paradigma *New Public Management* yang berprinsip bahwa "*run government like a businesss*"

atau "*market as solution to the ills in public sector*"(Denhardt, and Denhardt. 2003).

Pemaknaan istilah publik pada pelayanan publik memang lebih tepat digunakan istilah pelayanan kepada warga negara (*citizen*). Perlakukan pelayanan kepada *citizen* sangatlah berbeda dengan perlakukan kepada pelanggan (*customer*). Pelayanan kepada *citizen* tidak hanya sekedar memberikan kepuasan, tetapi lebih ditekankan pada bagaimana memberikan hak warga negara dalam mendapatkan pelayanan publik. Pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik, tentu harus bekerja secara terus menerus untuk menemukan inovasi pelayanan kepada *citizen* agar pelayanan yang disediakan menjadi pelayanan yang berkualitas. Berbagai studi pelayanan publik, telah menemukan hasil yang berbeda antara satu dengan yang lain, akibat pelayanan yang diselenggarakan oleh pemerintah yang "tidak berorientasi pada keuntungan" (Frank, and Lewis: 2004); dan untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, maka "peleyelenggara pelayanan harus dimotivasi dengan cara yang sangat berbeda" (Frank, and Lewis: 2004); ditemukan juga terdapat "kecenderungan adanya pengurangan gaji bagi pegawai sekor publik ketika mengikuti pendidikan. Bahkan pegawai sektor publik kurang mendapat perhatian dan keamanan kerja, ketika melaksanakan tugas pelayanan" (Volokh: 2014)

Orientasi pelayanan yang ditujukan kepada publik dalam makna warga negara (*citizen*), maka oreintasi pelayanan semacam ini disebut dengan pendekatan *New Public Service* (NPS). Pada saat ini, berbagai inovasi pemerintah dalam menyediakan pelayanan publik diantaranya adalah melakukan kerjasama dengan pihak swasta dalam penyediaan dan penyelenggaraan urusan publik. Melalui upaya ini, diharapkan akan mampu untuk menjawab persoalan terkait dengan pengertian publik, kepentingan publik, dan bagaimana kepentingan publik dapat diwujudkan tanpa tergantung pada lembaga pemerintah. Upaya pemerintah untuk melakukan kerja sama dengan pihak lain telah mengacu konsep *governance*. Pada konsep *governance* tanggung jawab untuk menyediakan barang-barang publik dan menyelenggarakan

urusan publik menjadi tanggung jawab tiga aktor, yakni: negara, swasta, dan masyarakat sipil. Dengan demikian, menurut konsep *governance* bahwa pemerintah tidak lagi menjadi aktor tunggal penting yang mampu menyelesaikan tugas pelayanan secara efisien, ekonomis, dan adil. Oleh karena itu konsep *governance* ini memandang penting *partnership* dan *networking* antara penyelenggara pelayanan publik dengan *stakeholder*.

Pelayanan publik harus dilihat dari karateristik dan sifat dari pelayanan itu sendiri, bukan dari karateristik lembaga penyelenggaraannya atau sumber pembiayaannya semata. Kriteria yang selama ini secara konvensional digunakan untuk membedakan antara pelayanan publik dan pelayanan privat tidak lagi dapat digunakan dengan mudah untuk mendefinisikan pelayanan publik. Pertanyaannya adalah, apa yang kemudian dapat digunakan untuk menentukan suatu pelayanan itu dapat dikategorikan sebagai pelayanan publik? Kapan pelayanan itu dapat dikategorikan sebagai pelayanan publik? Tentu membutuhkan kriteria untuk menentukan sebuah pelayanan publik atau bukan. Berbagai persoalan tersebut dapat dijelasakan:

a. Kriteria pertama adalah sifat dari barang dan jasa dalam pelayanan publik (Stiglitz, 2000:128; Ostorm, Gradner, & Walker, 1994:7). Barang dan jasa yang termasuk dalam kategori barang publik atau barang yang memiliki eksternalitas tinggi biasanya tidak dapat diselenggarakan oleh korporasi atau diserahkan kepada pasar karena mereka tidak dapat mengontrol siapa yang mengkonsumsi barang dan jasa tersebut. Sementara barang dan jasa yang dimaksud sangat penting bagi kehidupan warga dan masyarakat luas. Misalnya, pendidikan dasar, pelayanan kesehatan preventif dan dasar, pertahanan negara, pembersihan pencemaran udara dan pembangunan jalan umum. Semua pelayanan tersebut adalah pelayanan yang sangat penting dan harus disediakan oleh negara, sehingga pelayanan tersebut seharusnya menjadi bagian dari pelayanan publik.

b. Kriteria kedua adalah tujuan dari penyediaan barang dan jasa. Penyediaan barang dan jasa yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari misi negara, walaupun barang dan jasa itu bersifat privat, dapat dikatakan sebagai pelayanan publik. Tujuan dan misi negara biasanya diatur dalam konstitusi atau peraturan perundangan lainnya. Contoh pelayanan untuk memenuhi tujuan dan misi negara adalah pelayanan pendidikan, kesehatan, dan jaminan sosial. Setiap warga negara memiliki hak dan kebutuhan dasar yang harus dijamin pemenuhannya oleh negara. Biasanya hak-hak dasar warga negara diatur dalam konstitusi atau setidaknya dalam aturan perundangan. Konstitusi dan UU yang berlaku sering mengatur mengenai kewajiban negara dalam memenuhi hak dan kebutuhan dasar warganya untuk dapat hidup secara layak dan bermartabat. Pelayanan untuk memenuhi hak dan kebutuhan dasar warga merupakan pelayanan publik, karena itu negara harus menjamin akses warganya terhadap palayanan tersebut. Pelayanan pendidikan dan kesehatan umumnya menjadi kebutuhan minimal bagi warga untuk hidup secara layak dan bermartabat. Pelayanan seperti ini harus dapat diakses oleh warga negara tanpa kecuali, tanpa melihat status sosial ekonomi, ras, etnisitas, agama, dan ciri-ciri subjektif lainnya.

3. Azas dan Prinsip-prinsip Pelayanan Publik

a. Azas-Azas Pelayanan Publik

Pelayanan publik menurut Undang-Undang No. 25 tahun 2009 dimaknai sebagai kegiatan yang dilaksanakan untuk pemenuhan kebutuhan setiap warga negara dalam bentuk pelayanan barang, jasa, dan atau pelayanan administratif sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan. Dengan merujuk pada batasan tersebut, maka asas-asas pelayanan publik meliputi:

1) Kepentingan umum.

Pemberian pelayanan berorientasi pada kepentingan semua orang yang tidak boleh mengutamakan kepetingan pribadi dan atau golongan.

2) Kepastian hukum.

Pelayanan yang menjamin terwujudnya hak dan kewajiban dalam penyelenggaraan pelayanan.

3) Kesamaan hak

Pemberian pelayanan yang memperhatikan aspek kesamaan hak dan tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.

4) Keseimbangan hak dan kewajiban

Pemenuhan pelayanan dengan memperhatikan pemberian hak yang sebanding dengan kewajiban yang dilaksanakan, baik oleh pemberi maupun penerima pelayanan.

5) Keprofesionalan

Pelaksana pelayanan harus memiliki kompetensi atau kemampuan dalam arti pendidikan dan keterampilan yang sesuai dengan bidang tugas.

6) Partisipatif

Peningkatan keterlibatan atau peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat.

Partisipatif setiap warga negara berhak memperoleh pelayanan yang adil atau tidak membedakan status sosial masyarakat.

7) Keterbukaan

Setiap penyelenggara pelayanan wajib menyediakan layanan yang dapat diakses dengan mudah oleh penerima pelayanan, khususnya untuk memperoleh informasi pelayanan yang diinginkan.

8) Akuntabilitas

Proses penyelenggaraan pelayanan oleh pelaksana pelayanan dalam bentuk apapun harus dapat dipertanggungjawabkan kepada pimpinan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

9) Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan
Pemberian kemudahan terhadap kelompok rentan harus menjadi perhatian penting bagi penyelenggara pelayanan, agar tercipta keadilan dalam pelayanan.

10) Ketepatan waktu
Penyelesaian setiap jenis pelayanan yang diselenggarakan harus tepat waktu sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan.

11) Kecepatan, kemudahan dan keterjangkauan
Setiap jenis pelayanan harus dilakukan secara tepat, mudah dan dan memperhatikan aspek keterjangkauan.

b. Prinsip-prinsip Pelayanan

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 administratif 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 diupayakan untuk diselesaikan pada waktu yang telah ditentukan dan terukur. Hal ini untuk memberikan kepastian kepada penerima pelayanan tentang waktu yang dibutuhkan ketika mengurus pelayanan.

4) Akurasi
Akurasi menunjukan pada produk pelayanan publik diterima oleh penerima pelayanan harus benar dokumennya, tepat waktunya dan sah secara hukum.

5) Keamanan

Bahwa proses pelayanan dan produk pelayanan harus memberikan rasa aman dan kepastian hukum bagi penerima pelayanan.

6) Tanggung Jawab

Penyelenggara pelayanan publik dan manajemen pelayanan wajib bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan harus mampu menyelesaikan berbagai keluhan perima pelayanan publik.

7) Kelengkapan Sarana dan Prasarana

Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan dan pendukung lainnya wajib disediakan oleh penyelenggara pelayanan secara lengkap seperti: tempat pelayanan yang nyaman, sarana teknologi telekomunikasi dan informatika yang sesuai dengan kebutuhan.

8) Kemudahan Akses

Semua sarana dan prasarana pelayanan harus mudah untuk diakses oleh calon penerima pelayanan, baik secara langsung maupun menggunakan teknologi informasi.

9) Kedisiplinan, Kesopan dan Keramahan

Sumber daya penyelenggara pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, serta ramah kepada penerima pelayanan.

10) Kenyamanan

Setiap penyelenggara pelayanan wajib menciptakan suasana pelayanan yang nyaman, seperti: teratur, ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah, dan sehat. Selain itu, perlu juga dilengkapi dengan beberapa fasilitas pendukung pelayanan seperti: tempat parkir, tempat ibadah, toilet, dan lain-lain.

Denhardt dan Denhardt (2007) merumuskan delapan prinsip pelayanan yang diwujudkan agar pemerintahan mampu memberikan pelayanan yang berkulitas, sebagai berikut:

1) *Convenience* (kemudahan/ketersediaan). *Measures the degree to which government services are easily accessible available ti citizens*. (Ukuran sejauh mana pelayanan publik yang diberikan pemerintah dapat diakses dengan mudah oleh warga publik).

2) *Security* (Keamanan). *Measures the degree to which services are provided in a way that makes citizens feel safe and confident whe using them*. (Ukuran sejauh mana pelayanan publik yang diberikan mampu menjadikan warga merasa aman dan yakin untuk menggunakannya).

3) *Realibity* (Realiabilitas). *Assess the degree to which government services are provided correctly and on time*. (Ukuran pelayanan publik yang diberikan pemerintah dapat tersedia dengan benar dan tepat waktu).

4) *Personal attention* (Perhatian Personal). *Measures the degree to which employees provide information to citizens and work with them to help meet their needs.* (Ukuran sejauhmana pelayanan publik oleh petugas pelayanan dapat diinformasikan dengan tepat kepada warga, dan aparat dapat bekerjasama dengan warga untuk membantu memenuhi kebutuhannya).

5) *Problem Selving Approach* (Pendekatan Pemecahan Masalah). *Measures the degree to which employees provide information to citizens and work with them to help meet their needs*. (Ukuran sejauh mana aparat pelaksana mampu menyediakan inforamasi bagi warga untuk mengatasi masalahnya).

6) *Fairness* (Keadilan). *Measures the degree to which citizens believe that government services provided in a way that is equitable to all.* (Ukuran sejauh mana warga percaya bahwa pemerintah telah menyediakan pelayanan dengan cara yang adil bagi semua warga).

7) *Fiscal Responsibility* (Tanggung Jawab Keuangan Publik). *Measures the degree to which citizens believe local government to providing services in a way that uses money responsibility*.

(Ukuran sejauh mana warga publik percaya bahwa pemerintah telah menyediakan pelayanan dengan menggunakan uang publik dengan penuh tanggung jawab).

8) *Citizen Influence* (Pengaruh Warga). *Measures the degree to which citizens feel they can influence the quality they receive from the local government*. (Ukuran sejauhmana warga dapat mempengaruhi mutu pelayanan yang mereka terima dari pemerintah daerah.

4. Kualitas Pelayanan Publik

Kualitas pelayanan publik merupakan proses pelayanan dalam upaya untuk pemenuhan kebutuhan dan keinginan masyarakat atau warga negara. Sehubungan dengan itu kualitas pelayanan harus memiliki kriteria-kriteria pelayanan dengan harapan untuk mengimbangi harapan masyarakat dan warga negara. Dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang semakin berkembang maka pemerintah atau pemerintah daerah untuk lebih meningkatkan pelayanan menjadi pelayanan yang berkualitas (*service quality*) yang sering disingkat dengan istilah *servqual*. *Servqual* menurut Zeithaml, at al (1996) didefinisikan sebagai *"a technique that can be used for performing a gap analysis of an organization's service quality performance against customer service quality needs"* (teknik yang dapat digunakan untuk melakukan analisis kesenjangan antara kinerja kualitas layanan organisasi terhadap kebutuhan kualitas layanan pelanggan).

Dimensi pelayanan yang harus dipenuhi untuk mengukur kinerja pelayanan yang berkualitas adalah:

a. ***Reliability:*** *the ability to perform the promised service dependably and accurately* (kemampuan untuk melakukan layanan yang dijanjikan secara andal dan akurat)

b. ***Assurance:*** *the knowledge and courtesy of employees and their ability to convey trust and confidence* (pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuan mereka untuk menyampaikan kepercayaan dan kepercayaan diri)

c. ***Tangibles:*** *the appearance of physical facilities, equipment, personnel and communication materials* (penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel dan materi komunikasi)

d. ***Empathy:*** *the provision of caring, individualized attention to customers* (penyediaan perhatian, perhatian individual kepada pelanggan)

e. ***Responsiveness:*** *the willingness to help customers and to provide prompt service* (kesediaan untuk membantu pelanggan dan untuk memberikan layanan yang cepat)

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

a. Baik tidaknya pelayanan (*quality of service*). Baik tidaknya pelayanan dapat dilihat dari sejauh mana institusi dalam memberikan pelayanan publik dengan ramah, populis dan berbagai macam bentuk perilaku yang publik menyenangkan dan kepuasan pelayanan .

b. 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?.

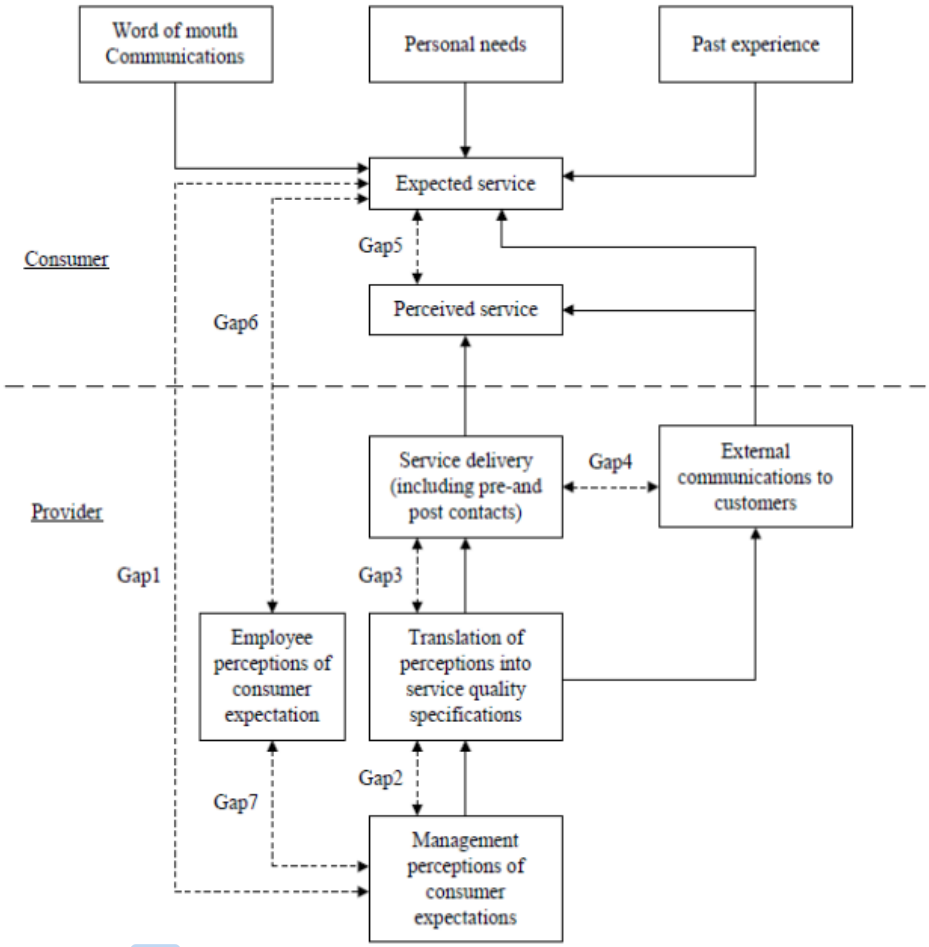
c. Responsibilitas (*responsibility*). Responsibilitas, dapat dibatasi sebagai tanggung jawab secara intern institusi dan atau pelaksana pelayanan di dalam memberikan pelayanan publik atau menjalankan tugasnya. Untuk mengukur tingkat responsibilitas pelayanan dapat diukur dari: kualitas sumber daya manusia 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.

d. Akuntabilitas (*accountability*). Akuntabilitas, dalam konteks pelayanan publik dapat dibagi menjadi dua sasaran: (a) bagi institusi pemerintah lokal dalam memberikan pelayanan publik diupayakan untuk bertanggung jawab tidak hanya berpedoman pada standar kerja yang ditetapkan intern organisasi, tetapi memperhatikan perkembangan institusi kepemerintahan di tingkat nasional, regional, dan internasional. (b) bagi pelaksana pelayanan secara individual dimaknai dengan sejauhmana pelaksana pelayanan bertanggung jawab terhadap pekerjaan yang tidak hanya sesuai dengan standar pekerjaan saja, tetapi dalam memberikan pelayanan harus mampu menjawab segala kebutuhan publik, sehingga publik dapat merasakan dan menilai baik tidaknya pelayanan yang diberikan.

e. 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.

Service Quality (*Servqual*) atau pelayanan yang berkualitas menurut konsep yang diketengahkan sebelumnya, mengaitkan dua dimensi sekaligus, yaitu: dimensi penilaian dari *customer* (pelanggan-penerima pelayanan), dan dimensi penilaian yang dilakukan oleh *provider* (penyelenggara pelayanan). Penilaian dari pelanggan merupakan bentuk penilaian yang dilakukan oleh penerima pelayanan terkait dengan harapan-harapan termasuk komplain terhadap penyelenggaraan pelayanan. Penilaian terhadap penyelenggaran pelayanan berkaitan dengan penilaian akan kemampuan penyelenggara pelayanan mualai dari level manajerial sampai dengan level *front line service.* Penilaian ini menjadi penting, karena 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.

Menurut beberapa pakar di bidang manajemen pelayanan seperti: Brown dan Bond (1995) dan A. Shahin (2006) mengatakan bahwa model kesenjangan atau *gap* adalah salah satu model yang memberikan kontribusi yang paling baik diterima untuk literatur layanan. Model ini berusaha untuk mengidentifikasi tujuh perbedaan utama atau kesenjangan pelayanan yang berkaitan dengan persepsi manajerial tentang kualitas layanan, dan tugas-tugas yang terkait dengan pemberian layanan kepada pelanggan. Tujuh *gap* pertama (*Gap* 1, *Gap* 2, *Gap* 3, *Gap* 4, *Gap* 6 *dan Gap* 7) berusahan untuk mengidentifikasi fungsi dari cara di mana layanan disampaikan, sedangkan *Gap* 5 berkaitan dengan pelanggan. *Gap* kelima ini merupakan ukuran kualitas layanan yang sebenarnya. Untuk memahami layanan tersebut dapat dilihat pada gambar.



Gambar: 1. *Model of Service Quality Gaps*

Sumber : Parasuraman et.el disitasi oleh A. Shahin (2006), "Servqual and Model of Service Quality Gaps: A Framework for Determining and Prioritizing Critical Factors in Delivering Quality Services"

Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) bahwa pelayanan berkualitas, bila penyelenggara pelayanan mampu untuk menjawab lima *gap* atau kesenjangan yang menjadi persoalan dalam pelayanan. *Gap* yang dimaksud adalah:

a. *Gap between consumer expectation and management perception*
Kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi manajemen muncul akibat pihak manajemen penyelenggara pelayanan kurang teliti terhadap apa yang menjadi keinginan penerima pelayanan. Misalnya, orang pergi ke tempat palayanan KTP, maka penerima pelayanan tersebut tidak hanya ingin KTP-nya selesai dicetak, tetapi mereka juga menginginkan proses pengurusan pelayanan KTP yang benar, sehingga pada suatu saat mereka tidak mendapat kesulitan ketika mengurusnya lagi.

b. *Gap between management perception and service quality spesifications*
Kesenjangan persepsi manajemen penyelenggara pelayanan dengan kualitas pelayanan yang disediakan. Kondisi ini terjadi akibat pihak manajemen seolah-olah mengetahui keinginan penerima pelayanan, akan tetapi pihak manajemen tidak sanggup dan tidak sepenuhnya mampu untuk menyediakan pelayananan kepada penerima pelayanan. Dengan demikian, pelayanan yang disediakan oleh manajemen masih terdapat beberapa kekurangan yang menjadi keinginan penerima pelayanan.

c. *Gap between service quality spesifications and service delivery*
Kesenjangan kualitas pelayanan dengan penyampaian pelayanan. Kondisi ini terjadi, akibat pelayanan yang diselenggarakan secara spesifik sudah baik, akan tetapi karena pelaksana atau pegawai pelayanan masih kurang terlatih, masih baru, dan masih kurang luwes bahkan masih kurang baik dalam menyampaikan pelayanan.

d. *Gap between service delivery and external communications*
Kesenjangan penyampaian pelayanan dengan komunikasi yang dibangun dengan pihak eksternal. Kondisi ini bisa terjadi akibat, adanya perbedaan antara pelayanan yang diberikan dengan janji-janji yang disampaikan melalui iklan, brosur, atau media promosi lainnya. Hal ini terbukti bahwa pelayanan yang diterima oleh penerima pelayanan tidak sesuai dengan kenyataan yang diterimanya. Misalnya, sebuah tempat pelayanan dinyatakan dalam media promosinya, bahwa pelayanan diselenggarakan dengan cepat

dan ditempat yang nyaman. Ternyata ketika penerima pelayanan datang di tempat pelayanan dirasakan pelayanannya cepat dan tempatnya tidak nyaman atau kotor.

e. *Gap between perceived service and expected service*

Kesenjangan pelayanan yang dipersepsi dengan pelayanan yang diharapkan. Kondisi kesenjangan ini sering kali terjadi. Pelayanan yang diterima oleh penerima pelayanan tidak sesuai dengan yang mereka harapkan. Misalnya penerima pelayanan itu mempersepsi dan mengharapkan bahwa pelayanan yang disediakan itu tepat, nyaman, dan cepat, akan tetapai kenyataannya sebaliknya, sehingga penerima pelayanan sangat kecewa. Persepsi dari penerima pelayanan sesungguhnya sering dipengaruhi oleh media promosi yang diiklankan.

5. Standar Pelayanan Publik

Untuk mengembangkan sistem pelayanan publik, isu tentang kebijakan dan standar pelayanan menjadi sangat penting. Pada konteks Indonesia yang memiliki keragaman yang tinggi antar daerah, isu tentang kebijakan nasional pelayanan publik menjadi sangat penting untuk didiskusikan. Keragaman antar daerah, termasuk kemajuan pembangunan sosial ekonomi antar daerah yang berbeda-beda, sering mempengaruhi kebutuhan pelayanan publik yang berbeda-beda, baik dalam jenis ataupun kualitasnya. Pada situasi seperti ini pemberlakuan kebijakan nasional tentang pelayanan publik dapat menimbulkan permasalahan tersendiri, karena kebijakan nasional tersebut mungkin tidak mampu merespon dinamika antar daerah. Namun demikian, penyerahan penyelenggaraan layanan publik sepenuhnya menjadi diskresi daerah juga memiliki resiko, terkait dengan kemungkinan terjadinya kegagalan daerah dalam menyelenggarakan pelayanan yang berkualitas. Banyak kasus menunjukkan sering terjadinya kegagalan daerah dalam memenuhi kebutuhan dasar masyarakatnya, elit politik dan birokrasi yang kurang peduli dengan kebutuhan publik ataupun karena rendahnya kapasitas daerah dalam memenuhi kebutuhan warganya.

Menghadapi dilema seperti ini pemerintah perlu menyikapinya secara bijak dengan mengambil jalan tengah agar kebijakan dan standar pelayanan publik yang dirumuskannya tidak menghalangi daerah untuk mengembangkan inovasi dan kreativitasnya dalam menyelenggarakan pelayanan publik. pemerintah kabupaten/kota memiliki informasi lebih banyak tentang kebutuhan warga, dan memiliki informasi tentang kapasitas penyelenggaraan layanan publik. Oleh karena itu, sudah selayaknya pemerintah kabupaten/kota diberi kewenangan untuk mengelola pelayanan publik yang dibutuhkan warganya. Namun agar warga diwilayahnya memiliki jaminan untuk memperoleh pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan minimalnya maka pemerintah pusat perlu membuat kebijakan dan standar pelayanan minimal yang harus dipenuhi oleh pemerintah kabupaten/kota. Kebijakan dan standar nasional tidak perlu mengatur terlalu rinci dan teknis agar tidak mempersempit ruang bagi pemerintah kabupaten/kota untuk mengembangkan inovasi dalam mengelola pelayanan publik. Kebijakan dan standar dibuat harus dengan semangat untuk melindungi kepentingan warga di daerah agar dimanapun mereka tinggal tetap memperoleh jaminan bahwa kebutuhan minimalnya akan terpenuhi.

Sebagai Negara Kesatuan tentu pembuatan kebijakan dan standar nasional penyelenggaraan layanan publik merupakan hal yang wajar dan perlu dilakukan. Walaupun pemerintah pusat telah melakukan desentralisasi dengan mengalihkan sebagian besar urusan pemerintahan kepada daerah, termasuk dalam penyelenggaraan berbagai layanan publik, bukan berarti pemerintah pusat kehilangan otoritas untuk membuat kebijakan dan standar pelayanan yang berlaku secara nasional. Pemerintah memiliki kewenangan membuat norma standar, pedoman, dan kriteria (NSPK) dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang telah diserahkan kepada pemerintah kabupaten/kota. Kebijakan dan standar nasional diperlukan selain untuk memberikan jaminan kepada semua warga dimanapun mereka berada tentang hak-hak

pelayanan yang dimilikinya, juga penting untuk memperkecil jarak kualitas dan kuantitas pelayanan antar pemerintah kabupaten/kota.

Standar pelayanan, seperti standar pelayanan minimal (SPM), dapat menjadi instrumen bagi pemerintah untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui SPM pemerintah dapat menjamin warga dimanapun mereka bertempat tinggal untuk memperoleh jenis dan mutu pelayanan yang minimal sama seperti yang dirumuskan dalam SPM. Kapasitas pemerintah kabupaten/kota yang berbeda-beda tidak dapat menjadi alasan bagi pemerintah kabupaten/kota untuk menyelenggarakan jenis dan mutu pelayanan di bawah ketentuan yang berlaku dan diatur dalam SPM. Pemerintah melakukan pembinaan dan pengawasan kepada pemerintah kabupaten/kota agar mereka dapat memenuhi target pencapaian yang ditentukan dalam SPM. SPM karenanya dapat membantu pemerintah untuk mewujudkan kesamaan akses warga terhadap mutu dan jenis pelayanan tertentu.

Standar pelayanan publik mengatur aspek input, proses, dan output pelayanan.

a. Input pelayanan penting untuk distandarisasi mengingat kualitas dan kuantitas dari input pelayanan yang berbeda antar daerah menyebabkan sering terjadinya ketimpangan akses terhadap pelayanan yang berkualitas, kemampuan pemerintah kabupaten/kota yang berbeda dalam membiayai pelayanan pendidikan dan kesehatan membuat input dari sistem pendidikan kesehatan berbeda antar pemerintah kabupaten/kota.

b. Standar proses pelayanan penting untuk diatur. Namun pengaturannya harus dilakukan secara hati-hati agar standar proses pelayanan tidak mencegah atau membatasi kreativitas lokal dalam menyelenggarakan layanan publik. Standar proses perlu dirumuskan untuk menjamin pelayanan publik di daerah memenuhi prinsip-prinsip penyelanggaraan layanan yang transparan, efisien, dan akuntabel. Standar transparansi misalnya, mengatur kewajiban penyelenggara layanan untuk menyediakan informasi dan

menjelaskan kepada warga pengguna layanan mengenai persyaratan, prosedur, biaya dan waktu yang diperlukan untuk mendapatkan layanan. Termasuk yang harus ada dalam standar transparansi adalah keharusan bagi penyelenggara untuk memberitahukan hak-hak warga pengguna untuk mengadu dan memproses ketika mereka merasa diperlakukan secara tidak wajar oleh penyelenggara layanan. Standar juga harus mengatur secara proporsional hak dan kewajiban antara penyelenggara dan pengguna layanan. Pada praktik penyelenggaraan layanan publik selama ini, hak-hak warga pengguna dan kewajiban-kewajiban rezim pelayanan tidak pernah diatur dalam prosedur pelayanan. Prosedur biasanya hanya mengatur kewajiban dari pengguna dan mengabaikan hak-hak mereka. Meskipun demikian, informasi tentang kewajiban pengguna dalam mengakses layanan, seperti persyaratan apa saja yang harus dipenuhi dan prosedur apa saja yang harus dilalui oleh pengguna, belum menjadi informasi yang selalu dapat dipastikan mudah untuk diperoleh. Apalagi informasi tentang hak pengguna jika kecewa terhadap pelayanan, apa yang dapat mereka tuntut dari penyelenggara layanan, dan bagaimana caranya, biasanya lebih sulit untuk diperoleh. Selain harus proporsional, hak dan kewajiban dari warga pengguna dan penyelenggara layanan perlu diatur secara jelas pada standar tentang transparansi pelayanan (Dwiyanto, 2006).

c. Standar output merupakan luaran dari hasil pelayanan yang telah dilaksanakan. Oleh karena itu, standar ouput kendati hanya merupakan luaran, tetapi perlu juga distandarkan, agar tidak terjadi plagiasi dari berbagai dokumen resmi yang telah dihasilkan dari pelayanan publik.

Standar pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai ketentuan pelayanan yang terukur dan ditetapkan oleh penyelenggara atau penyedia pelayanan publik, sehingga ketentuan tersebut wajib ditaati baik oleh penyelenggara maupun penerima pelayanan publik. Penyelenggara atau penyediaan pelayanan publik wajib memiliki standar pelayanan publik. Standar pelayanan publik kemudian

perlu disosialisasikan dan dipublikasikan ke berbagai media, agar penerima pelayanan atau yang berkepentingan dapat mengakses dengan mudah.

Standar pelayanan publik menurut Surjadi (2012), sekurang-kurangnya meliputi:

a. Prosedur Pelayanan. Prosedur pelayanan merupakan bagan alur pelayanan yang harus dibuat dan dibakukan oleh penyelenggara pelayanan dan harus diikuti oleh penerima pelayanan termasuk pengaduan.

b. Waktu Penyelesaian. Waktu penyelesaian pelayanan merupakan rentangan waktu penyelesaian pelayanan yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.

c. Biaya Pelayanan. Biaya pelayanan merupakan besaran biaya yang wajib dibayar oleh penerima pelayanan, termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.

d. Produk Pelayanan. Produk pelayanan merupakan produk layanan yang akan diterima oleh penerima pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

e. Sarana dan Prasarana. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan merupakan sejumlah sarana dan peralatan yang dibutuhkan oleh penyelenggara pelayanan dan prasarana yang memadai untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan publik.

f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan. Kompetensi petugas pemberi pelayanan merupakan kriteria kemampuan dan kompetensi yang harus dimiliki oleh petugas penyelenggara pelayanan (pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap, dan perilaku) yang dibutuhkan oleh tiap bagian pelaksana pelayanan.

D. Rangkuman

Konsep pelayanan publik telah berkembangan sesuai dengan tahapan pendekatan administrasi publik dan tuntutan pelayanan dari penerima pelayanan dan masyarakat. Pada awalnya pelayanan publik cenderung menjadi otoritas pemerintah dan diperuntukkan kepada masyarakat. Kemudian berbagai kelemahan pelayanan yang dominan diselenggarakan oleh pemerintah, maka muncul pendekatan pelayanan yang diorientasikan kepada pelanggan seperti dilaksanakan oleh lembaga sektor bisnis. Pada tahap berikutnya pelayanan ditujukan kepada pelanggan masih kurang memenui kriteria dan tuntutan masyarakat sebagai warga negara, oleh karena itu berkembang dengan pelayanan yang berorientasi pada warga negara. Pelayanan publik merupakan proses yang harus dikerjakan oleh pemerintah atau lembaga lain yang ditunjuk, secara cepat dan terwujud dalam sebuah kinerja atau performa. Oleh karena itu, pelayanan memiliki empat karakter unik, yakni: *intangibility, heterogeneity/variability/ inconsistency, inseparability, dan perishability.*

Azas-azas pelayanan publik, seperti: kepentingan umum, kepastian hukum, kesamaan hak, keseimbangan hak dan kewajiban, keprofesionalan, partisipatif, keterbukaan, akuntabilitas, fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan, ketepatan waktu, dan kecepatan, kemudahan dan keterjangkauan menjadi penting dalam pelayanan publik, mengingat bahwa pelayanan publik harus melayani berbagai macam karakter masyarakat yang berbeda-beda. Begitu juga berbagai macam prinsip-prinsip pelayanan publik yang ditetapkan oleh pemerintah melalui regulasinya, harus menjadi pedoman yang dijabarkan ke dalam standar pelayanan publik dan standar operasional pelayanan. Implementasi dari azas dan prinsip tentunya ditujukan untuk menjawab berbagai persoalan atau kesenjangan pelayanan yang ada baik muncul dari penyelenggara pelayanan maupun dari penerima pelayanan. Dengan demikian, hasil jawaban terhadap berbagai kesenjangan tersebut, maka pelayanan yang berkualitas yang ditandai dengan: baik tidaknya pelayanan, produktivitas, responsivitas, akuntabilitas, dan responsibilitas akan terwujud.

E. Soal Latihan

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan pelayanan publik!
2. Sebut dan jelaskan azas-azas dalam pelayanan publik!
3. Mengapa dalam penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan? Jelaskan dan berikan contoh!
4. Jelaskan apa yang dimaksud dengan kualitas pelayanan publik!
5. Jelaskan bagaimanakah perkembangan dari konsep pelayanan publik!

F. Referensi

Denhardt, R. B. and J. V. Denhardt (2003). *The New Public Service: Serving Rather Than Steering.* Public

Dwiyanto, A., dkk. (2003). *Reformasi Tata Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. Yogyakarta:PSKK UGM.

Dwiyanto, A., dkk. (2003). *Reformasi birokrasi Publik di Indonesia*. Yogyakarta: PSKK UGM.

Dwiyanto, A., (2011). *Manajemen Pelayanan Publik: Peduli, Inklusif, dan Kolaboratif*. Yogyakarta: PSKK UGM.

Kotler, Philip and Keller, Kevin. (2015). *Marketing Management, Publisher: Pearson.*

Loina, Perangin. (2001). *Hubungan Masyarakat: Membina Hubungan Baik dengan Publik*. Bandung: CV. Lalolo.

Mahmudi. 2010. Manajemen Kinerja Sektor Publik, Edisi. kedua. Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN. Yogyakarta.

Moenir. (1998). Manajemen Pelayanan Umum Indonesia. Jakarta: Bumi Aksara.

Osborne,D. & Plastrik, P. (1997). *Banishing Bureaucracy; the Five Strategies for Reinventing Government.* California: Addsion-Wesley Publishing Company.

Putra, Fadhilla. (2012). *New Public Governance*. Malang: UB Press.

Stiglitz, J.E. (2000). *Economics of the Public Sector*, third edition. New York: W.W Norton & Company.

Surjadi. 2012. *Pengembangan Kinerja Pelayanan Publik*. Bandung: Reifika Aditama.

Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. and Gremler, D. D. (2017), *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 7th edition, New York: McGraw-Hill.

Frank, Sue A and Lewis, Gregory B., "Government Employees: Working Hard or Hardly Working?". *The American Review of Public Administration*, Sage Publications, Vol. 34, No.1, page 36–51, doi:10.1177/ 0275074003258823 (2004).

BAB III
PELAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu pelayanan yang disediakan oleh pemerintah baik secara langsung maupun melalui kerja sama dengan pihak masyarakat atau swasta. Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang penting untuk disediakan atau dimotori oleh pemerintah, karena pelayanan kesehatan merupakan pelayanan dasar bagi masyarakat dengan sifatnya yang unik. Perbaikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dari waktu ke waktu senantiasa harus dilakukan perbaikan-perbaikan demi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat, mencegah dan menyembuhkan berbagai macam penyakit yang diderita oleh perseorangan, keluarga, atau masyarakat. Melalui berbagai perbaikan penyelenggaraan pelayanan kesehatan ini diharapkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan menjadi meningkat, sehingga berdampak positif terhadap derajat peningkatan kesehatan masyarakat. Sehubungan dengan itu, pada sisi lain pemerintah juga mengembangkan dan mereformasi sistem jaminan kesehatan masyarakat, agar masyarakat mudah dan memiliki akses untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan seperti: rumah sakit, puskesmas dan tempat pelayanan fasilitas kesehatan lainnya.

Pada era sekarang, rumah sakit telah meningkatkan kinerja penyelenggaraan kesehatan melalui: peningkatan kualitas prasarana layanan kesehatan, pemenuhan kelengkapan sarana kesehatan, peningkatan kompetensi tenaga medis dan tenaga paramedis, peningkatan sistem layanan bebasis teknologi informasi sehingga masyarakat mudah untuk mengakses layanan kesehatan dengan cepat dan tepat. Begitu juga pelayanan puskesmas yang diselenggarakan saat ini, di mana pelayanan kesehatannya juga dikembangkan seiring dengan pelayanan kesehatan yang sinergis dengan pelayanan di rumah sakit. Dengan kata lain bahwa pelayanan kesehatan di puskesmas menjadi bagian penting untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat

terutama masyarakat yang menderita sakit dalam kategori ringan dan mendorong masyarakat untuk hidup sehat. Dengan demikian tugas utama yang penting untuk dikembangkan pada pelayanan kesehatan di puskesmas adalah untuk mengajari masyarakat berpola hidup sehat. Pelayanan klinik kesehatan juga memberikan pelayanan dalam kategori ringan sebagaimana pelayanan kesehatan di puskesmas, tetapi perbedaannya adalah pelayanan klinik kesehatan tidak menjalankan tugas untuk promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan lainnya adalah pelayanan kesehatan tradisional, juga menjadi bagian penting untuk penyelenggaraan layanan kesehatan bagi masyarakat terutama untuk penyakit tertentu dan pelayanan di tempat tertentu yang masih sulit menjangkau pelayanan di puskesmas atau di rumah sakit. Kesemua pelayanan kesehatan tersebut di atas adalah pelayanan yang penting untuk diselenggarakan agar masyarakat dapat menjaga dan meningkatkan derajat kesehatannya.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami dan menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan.
2. Memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
3. Memahami dan menjelaskan jaminan pelayanan kesehatan.
4. Memahami dan menjelaskan manajemen pelayanan kesehatan.
5. Memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan rumah sakit.
6. Memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan puskesmas.
7. Memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan klinik.
8. Memahami dan menjelaskan pelayanan kesehatan tradisional.

C. Penyajian Materi

1. Pelayanan Kesehatan

Konsep pelayanan kesehatan dasar mencakup nilai-nilai dasar tertentu yang berlaku umum dan berkaitan dengan berbagai hal, seperti berikut:

a. Kesehatan secara mendasar berhubungan dengan tersedianya dan penyebaran sumber daya, bukan hanya sumber daya kesehatan,

seperti dokter, perawat, klinik, obat, melainkan juga sumber daya sosial, ekonomi yang lain seperti pendidikan, air dan persediaan makanan.

b. Pelayanan kesehatan dasar dengan demikian memusatkan perhatian kepada adanya kepastian bahwa sumber daya kesehatan dan sumber daya sosial yang ada telah tersebar merata dengan lebih memperhatikan mereka yang paling membutuhkannya.

c. Kesehatan adalah satu bagian penting dari pembangunan secara menyeluruh. Faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah faktor sosial, budaya, dan ekonomi di samping biologi dan lingkungan.

d. 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.

Pelayanan kesehatan dapat didefinisikan sebagai bentuk pelayanan 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 yang dikutip oleh Astaqauliyah (2008), bahwa pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang unik bila dibandingkan dengan pelayanan lain dalam pemenuhan kebutuhan hidup manusia. Hal ini dikarenakan bahwa pelayanan kesehatan mempunyai tiga ciri yaitu: *unicertainty, asymetri of information and externality*. Ketiga ciri utama tersebut menyebabkan pelayanan kesehatan sangat unik dibandingkan dengan produk atau jasa lainnya.

a. ***Uncertainty*** berarti bahwa pelayanan kesehatan yang dilaksanakan untuk menolong seseorang yang menghadapi suatu resiko akan sakit dan resiko untuk mengeluarkan biaya untuk mengobati penyakit tersebut yang tidak ada jaminan akan keberhasilan dan kesembuhan.

Pelayanan kesehatan tidak mungkin untuk memprediksi penyakit apa yang akan menimpa seseorang dimasa yang akan datang, oleh karena itu kita tidak mungkin mengetahui secara pasti pelayanan kesehatan apa yang kita butuhkan dimasa yang akan datang. Dengan demikian *Uncertainty/ketidakpastia,* dalam hal ini menunjuk pada kebutuhan pelayanan tidak dapat dipastikan, baik waktu, tempat dan besar biaya pengobatannya. Sifat inilah yang kemudian membutuhkan kerja sama dengan asuransi.

b. ***Asymmetry of information***, yaitu menunjuk pada penerima pelayanan berposisi lemah dan dokter serta penyelenggara pelayanan merasa bahwa pelayanan yang dilakukan berkualitas dan layak untuk dijualnya. Akibatya, penerima pelayanan atau pasien rawan untuk menjadi sasaran bagi dokter dan provider. Oleh karena itu perlu adanya pengendalian dan pemantauan dari pemerintah.

c. ***Externality***, yaitu pelayanan kesehatan tidak saja mempengaruhi penerima pelayanan tetapi juga orang lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan, kerena pelayanan kesehatan harus diadakan. Akibat dari kondisi ini bahwa pelayanan kesehatan membutuhkan subsidi dalam berbagai pihak, terutama dalam penggalian pembiayaan. Oleh karena itu pembiayaan pelayanan kesehatan tidak saja menjadi tanggung jawab diri sendiri tetapi menjadi tanggungan bersama.

Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan jasa yang termasuk dalam kategori *public good* dalam arti bahwa pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang berusaha untuk memenuhi kebutuhan manusia di bidang kesehatan, dan penyediaannya dilakukan oleh pemerintah dengan pertimbangan bahwa pelayanan tersebut tersebut dibutuhkan oleh orang banyak. Di antara pelayanan kesehatan tersebut adalah: Rumah Sakit, Puskesmas, WC umum dan lain sebagainya. Pelayanan kesehatan merupakan produk pelayanan dalam bentuk jasa yang merupakan tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh satu pihak lain, dan pada dasarnya bersifat *intangiable* (tidak berwujud) dan tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu.

Pada era sekarang pelayanan kesehatan di Indonesia telah berkembang dan dibantu oleh pelayaan yang dibantu oleh teknologi informasi. Namun demikian menurut Luthfi Mardiansyah masih terdapat 5 kendala yang dihadapinya, yakni:

1) Konektivitas. Konektivitas menjadi penyebab utama sistem kesehatan digital (*e-Health*) di Indonesia tidak berkembang, terutama masyarakat di daerah-daerah terpencil karena akses terhadap kesehatan belum terpenuhi atau tidak sama dengan masyarakat kota. Jangkauan konektifitas jaringan internet masih belum menjangkau di seluruh pulau di Indonesia. Oleh karena itu, pelayanan semacam ini perlu untuk diperhatikan oleh pemerintah, sehingga masyarakat bisa mendapat akses layanan kesehatan yang baik dengan biaya yang jauh lebih murah.

2) Kejelasan Regulasi. Regulasi tentang kesehatan belum sepenuhnya mengatur pelayanan kesehatan berbasis teknologi informasi. Realitasnya banyak masyarakat yang masih merasa tidak puas dengan adanya layanan kesehatan berbasis teknologi informasi. Ketidakpuasaan ini terjadi karena:

   a. Pasien mengkhawatirkan keamanan data yang diinput ke dalam layanan kesehatan berbasis teknologi informasi.

   b. Belum jelas yang meyimpan riwayat kesehatan, saat pasien berobat melalui aplikasi.

   c. Keamanan data, masih menjadi masalah dalam layanan berbasis teknologi informasi.

   d. Komunikasi antara dokter dengan pasien belum baik, bila dokter tidak memeriksa penyakit secara langsung. Apalagi secara pengalaman, banyak dokter yang tidak terbiasa memeriksa penyakit hanya melalui telepon. Dokter tidak bisa melihat ekspresi pasien tentang apa yang dirasakan hanya melalui ponsel. Dokter juga tak berpengalaman memeriksa pasien melalui aplikasi, meski saat ini pelan-pelan banyak yang sudah terbiasa.

3) Negara Kepulauan. Penyebaran distribusi kesehatan dari negara kepulauan menjadi kendala tersendiri. Beberapa pelaku bisnis kesehatan enggan untuk mendirikan rumah sakit swasta di tempat terpencil. Investor hanya berkeinginan menanamkan investasinya di daerah-daerah yang punya impact banyak, sehingga terjadinya disparitas.

4) Pelayanan kesehatan masih rendah. Tingkat pelayanan kesehatan rumah sakit, termasuk di puskesmas di Indonesia relatif rendah. Hal ini tercermin dari kendala masyarakat dalam mendapatkan layanan kesehatan di beberapa rumah sakit. Proses pelayanan rumah sakit di beberapa daerah terpencil masih rendah, terlihat lamanya menunggu pengobatan, antrian dan lainnya.

   Teknologi informasi belum dimanfaatkan dengan baik. Teknologi informasi masih banyak untuk lain-lain, bukan untuk mendapatkan layanan kesehatan. Beberapa tempat pelayanan kesehatan masih menggunakan pelayanan manual, sementara masyarakat pengguma internet juga belum dapat memanfaatkan layanan kesehatan, padahal di Indonesia termasuk pengguna internet paling tinggi ketimbang negara lain.

2. Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas

Pelayanan kesehatan yang berkualitas atau sering dikatakan sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu. Untuk memahami pelayanan yang berkualitas atau bermutu, dapat dipahami dari beberapa definisi berikut:

a. Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah proses pelayanan kesehatan yang penyelenggaraanya sesuai dengan standar pelayanan dan kode etik profesi penyelenggara pelayanan untuk dapat memberikan kepuasan kepada penerima pelayanan kesehatan yang nilainya berada di atas rata-rata penduduk (Aswar dikutip Satrianegara, 2009:106)

b. Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan kesehatan yang diberikan dengan melebihi kebutuhan dan harapan penerima pelayanan secara berkelanjutan melalui pelayanan dokter dan karyawan (Zimmerman dikutip Satrianegara 2009:106).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan pelayanan kesehatan yang telah memiliki derajat kesempurnaan pelayanan yang merujuk pada standar profesi dan standar pelayanan dengan menggerakkan semua potensi sumber daya yang tersedia di tempat pelayanan secara wajar, efesien, dan efektif. Pemberian pelayanan kesehatan kepada penerima pelayanan harus sesuai dengan berbagai aturan, seprti: norma, etika, hukum, dan sosial budaya yang berada di wilayah pelayanan. Dengan merujuk pada pengertian tersebut di atas, maka kriteria yang ada dalam pelayanan yang berkualitas apabila:

a. Pasien atau penerima pelayanan memiliki rasa empati, menghargai, terhadap penyelenggara pelayanan;
b. Petugas pelayanan kesehatan melaksanakan tugas secara profesional yang didukung dengan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang memenuhi standar; dan
c. Administrator pelayanan mampu untuk mengatur sumber daya pelayanan, sarana dan prasarana secara baik, benar, dan profesional.

Perbedaan pelayanan yang berkualitas atau mutu pelayanan sering kali disebabkan oleh adanya perbedaan asumsi manajemen tentang pelayanan yang disiapkan dan yang menjadi harapan penerima pelayanan. Oleh karena itu seharusnya penyelenggara pelayanan menetapkan standar dasar pelayanan kesehatan. Standar dasar pelayanan kesehatan adalah berbagai macam kebutuhan dan tuntutan pemakai pelayanan kesehatan yang dituangkan pada proses pelayanan.

Pada umumnya terdapat dua fokus pelayanan kesehatan yang berkualitas, yaitu:

a. Proses penyelenggaran pelayanan yang sesuai dengan harapan penerima pelayanan dan pelayanan dikelola dengan cara efektif. Kinerja yang dilakukan penyelenggara pelayanan harus sesuai dengan proses yang benar.

b. Perbaikan penyelenggaraan pelayanan dilakukan secara berkesinambungan dan terus menerus. Perbaikan terus menerus merupakan pekerjaan berat dari penyelenggaraan pelayanan yang berkualitas. Perbaikan menuju pelayanan yang berkualitas memang sulit, tetapi wajib dilakukan perbaikan terus menerus.

Bebarapa pendekatan untuk mencapai pelayanan yang berkualitas melalui peningkatan mutu pelayanan,:

a. Harapan penerima pelayanan. Harapan penerima pelayanan mendorong upaya untuk meningkatkan pelayanan yang berkualitas. Oleh karena itu, harapan penerima pelayanan harus diidentifikasi dan diprioritaskan serta diimplementasikan dalam kinerja pelayanan.

b. Perbaikan kinerja. Bila harapan penerima pelayanan telah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah kinerja staf dan dokter harus diarahkan kepada harapan tersebut, dan penyelenggara pelayanan harus memberikan pengakuan dan pemberian *reward*.

c. Proses perbaikan. Seringkali kinerja pelayanan disalahkan akibat masalah pelayanan dan ketidakpuasan penerima pelayanan pada saat proses pelayanan kurang mendukung. Untuk itu, perlu melibatkan staf dalam proses pelayanan, agar staf dapat mengidentifikasi masalah pada proses pelayanan dan dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan.

d. Budaya kerja. Untuk mencapai pelayanan yang berkualitas diperlukan perbaikan secara kontinyu dan didukung oleh budaya. Oleh karena itu, budaya kerja baik secara individu, kelompok, dan organisasi sangat penting untuk mendukung pelayanan yang berkualitas.

3. Jaminan Pelayanan Kesehatan

Pemerintah Indonesia berkewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin atau tidak mampu. Oleh karena itu, pemerintah telah memberikan jaminan kesehatan bagi masyarkat miskin atau tidak mampu dalam rangka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang telah dan sedang dilaksanakan antara lain:

a. Jaminan Kesehatan Masyarakat

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan program pemenuhan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah kepada warga masyarakat miskin atau masyarakat yang tidak mampu. Tujuan program kesehatan ini adalah untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang terbaik dan dapat diakses oleh seluruh peserta atau masyarakat miskin secara merata di seluruh Indonesia. Masyarakat yang dijamin oleh program Jamkesmas adalah masyarakat miskin atau tidak mampu seperti: gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar serta masyarakat miskin yang tidak punya identitas yang kepesertaannya ditetapkan melalui keputusan Bupati/Walikota. Menurut ketentuan Departemen Kesehatan tahun 2009, bahwa program ini juga menjamin para anggota Keluarga Harapan yang belum memiliki kartu Jamkesmas, Ibu hamil dan bayi yang ketika dilahirkan belum mempunyai jaminan kesehatan serta masyarakat yang menderita penyakit Thalasemia.

b. Jaminan Kesehatan Daerah

Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) merupakan program pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota untuk menjamin masyarakat miskin untuk mendapatkan

pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat tidak mampu yang tidak mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan dari program Jamkesmas. Tujuan program ini adalah untuk menambah dan melengkapi cakupan pelayanan kesehatan bagai masyarakat miskin secara merata. Sasaran program Jamkesda adalah seluruh masyarakat miskin yang kepesertaannya belum terdaftar oleh program Jamkesmas dan ditetapkan melalui keputusan pemerintah provinsi atau pemerintah kabupaten/ kota. Jaminan kesehatan dari program Jamkesda meliputi: pelayanan kesehatan dasar, pelayanan rawat inap di puskesmas, pelayanan kesehatan pada klinik dan rumah sakit, termasuk pelayanan kesehatan pada rumah sakit jiwa.

c. Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat disediakan oleh pemerintah di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas merupakan suatu organisasi kesehatan fungsional sekaligus sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat. Selain itu, puskesmas bertugas untuk membina peran serta masyarakat dalam memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Menurut ketentuan Departemen Kesehatan tahun 2004, bahwa puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dari dinas kesehatan pemerintah kabupaten/ kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja.

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas kepada masyarakat terbagai menjadi berbagai bentuk pelayanan yang meliputi: pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Berbagai bentuk pelayanan puskesmas sebagaimana dimaksud, ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan: jenis kelamin dan golongan umur. Dengan demikian, pelayanan kesehatan pada

Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan yang disiapkan oleh pemerintah untuk menjamin, mendidik, mengembangkan pola hidup sehat bagi masyarakat.

d. Jaminan Kesehatan sebelum Era BPJS Kesehatan

Jumlah Jaminan kesehatan sebelum era berlakunya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, terdapat beberapa badan penyelenggara. Masing-masing badan penyelenggara memiliki karakteristik berbeda-beda, diantaranya adalah terdapat pelayanan yang tidak dijamin (*exclusion of benefit*), pembatasan pelayanan (*limitation benefit*), dan keharusan membayar selisih tagihan (*cost sharing*). Selain itu, terdapat perbedaan akses klaim pada masing-masing badan penyelenggara, karena terdapat segmentasi kepersertaan. Beberapa badan penyelenggara jaminan kesehatan diantaranya adalah: jaminan kesehatan bagi pekerja umum diselenggarakan oleh PT. Jamsostek, dan jeminan kesehatan bagi pegawai negeri diselenggarakan oleh peserta PT Askes (Persero), dan bagi masyarakat umum serta pegawai swasta tertentu bisa menggunakan badan penyeleggara lain yang sangat variasi badan penyelenggaranya. Jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh beberapa badan penyelenggara tersebut, kepesertaannya tidak sama, sehingga tiap-tiap badan penyelenggara jaminan kesehatan akan memberikan manfaat yang tidak sama.

e. Jaminan Kesehatan Era BPJS Kesehatan

Adanya ketidaksamaan penerima manfaat bagi masyarakat yang mengikuti jaminan kesehatan dari penyelenggara kesehatan seperti tersebut di atas, nampaknya direspon oleh pemerintah sebagai bentuk kelemahannya. Oleh kerena itu diperlukan penyelenggaraan jaminan kesehatan secara nasional, yang kemudian dibentuk BPJS kesehatan. Tugas dari BPJS Kesehatan adalah menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia dengan prinsip kegotong royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas,

portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana tersebut, seluruhnya digunakan untuk pengembangan program yang digunakan untuk kepentingan peserta sebagai bentuk jaminan sosial.

Jaminan sosial merupakan bentuk perlindungan yang diberikan kepada masyarakat termasuk anggota-anggotanya dari resiko-resiko atau peristiwa-peristiwa tertentu dengan tujuan untuk menghindari berbagai macam peristiwa yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunya sebagian penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan/atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa yang dimaksud, termasuk jaminan untuk tunjangan keluarga dan anak. Dengan demikian bahwa jaminan sosial merupakan bentuk perlindungan sosial yang menjamin seluruh rakyat agar mendapatkan kebutuhan dasar yang layak.

Program BPJS kesehatan membagi jaminan sosial ke dalam 5 jenis kegiatan jaminan sosial dan penyelenggaraannya terangkum dalam 2 program, yaitu:

1) Program diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, dengan programnya adalah Jaminan Kesehatan yang berlaku mulai 1 Januari 2014.
2) Program diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, dengan programnya adalah jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian yang direncanakan dapat dimulai mulai 1 Juli 2015.

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS merupakan peleburan 4 (empat) badan usaha milik negara PT Taspen, PT Jamsostek, PT Asabri, dan PT Askes, menjadi satu badan hukum. Untuk menjadi peserta BPJS, di bagi menjadi 2 kelompok, yaitu untuk mayarakat yang mampu dan kelompok masyarakat yang kurang mampu, dengan penjelasan sebagai berikut:

1) PBI (Penerima Bantuan Iuran) jaminan kesehatan, adalah peserta jaminan kesehatan yang diperuntukkan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan oleh Undang-undang SJSN, yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah.

2) Bukan PBI jaminan kesehatan.
   Biaya Iuran Peserta BPJS Kesehatan penerima bantuan iuran (PBI) dibayar oleh pemerintah sebesar Rp19.225/orang/bulan, biaya iuran bukan penerima bantuan iuran (Non-PBI) a. PNS 5% (gaji) , 2% dari pekerja, 3% dari pemerintah b. Pegawai Perusahaan 4,5% (gaji) , 0,5% dari pekerja, 4% dari perusahaan c. Mandiri kelas 1 = Rp 59.500/orang/bulan, kelas 2 = Rp 42.500/orang/bulan, kelas 3 = Rp.25.500/orang/bulan.

Berbagai manfaat program BPJS, baik bagik pasien dan penyelenggara pelayanan kesehatan adalah:

1) Manfaat bagi Pasien
   Jaminan kesehatan ini menunjukkan adanya kepastian pelayanan kesehatan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan. Adanya batasan pada lama rawat *(length of stay),* diharapkan bahwa pasien akan mendapatkan perhatian lebih terhadap tindakan medis dari para petugas rumah sakit, dan berapapun lama rawat yang dilakukan biayanya sudah ditentukan. Dengan demikian diharapkan bahwa pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik, dan mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi resiko yang dihadapi pasien (Linda, 2015).

2) Manfaat bagi rumah sakit

Melalui jaminan kesehatan ini, maka manfaat bagi rumah sakit adalah:

a) Mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya.
b) Jaminan ini akan dapat meningkatkan mutu dan efisiensi peayanan rumah sakit.
c) Dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk pelayanan yang lebih baik berdasarkan derajat keparahan,
d) Meningkatkan komunikasi antar spesialisasi atau multi-disiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitor dengan cara yang lebih objektif.
e) Perencanaan budget anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat.
f) Dapat untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi (Linda, 2015).

4. Manajemen Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan kepada masyarakat merupakan kebutuhan mutlak yang harus dilaksanakan dan terus dikembangkan oleh organisasi kesehatan di Indonesia seperti: kantor Dinas Kesehatan di Pemerintah Provinsi dan di Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik Kesehatan dan organisasi kesehatan lainnya yang dikelola oleh pemerintah, swasta, dan masyarakat. Pelayanan kesehatan di beberapa organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan merupakan salah satu sub-sistem dari pelayanan kesehatan nasional.

Untuk mengorganisasi seluruh penyelengara pelayanan kesehatan dibutuhkan manajemen kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan dapat diukur dan dikembangkan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Sub-sistem dari manajeman kesehatan dari organisasi penyelenggara kesehatan merupakan tatanan

yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Tujuan sub-sistem manajemen kesehatan adalah terselenggaranya fungsi-fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna dan berdayaguna, didukung oleh sistem informasi dan hukum kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik dalam rangka untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Untuk menjelasakan lebih detail tentang manajemen kesehatan, terlebih dahulu dijelaskan tentang berbagai fungsi dan prinsip-prinsip manajemen. Hal ini menjadi penting karena untuk menjalankan suatu organisasi kesehatan manajer kesehatan harus memahami prinsip-prinsip dan fungsi manajemen, agar mampu menjalankan fungsi-fungsi manajemen. Manajemen kesehatan dapat berjalan dengan baik, bilamana unsur-unsur dan fungsi-fungsi dari manajemen tersebut dapat bergerak sesuai dengan alur yang ditetapkan. pada pembahasan ini, terdapat 5 (lima) fungsi manajemen penting untuk didiskripsikan, yakni: *planning*, *organizing*, *staffing*, *actuating*, dan *controling*.

a. Perencanaan *(Planning)*

Berbagai pengertian tentang perencanaan, seperti yang dikumpulkan Azwar (1988) sebagai berikut:

1) Perencanaan adalah suatu proses menganalisis dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, menganalisis efektivitas dari berbagai kemungkinan tersebut, menyusun perincian selengkapnya dari kemungkinan yang terpilih, serta mengikatnya dalam

suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut (Levey dan Loomba).

2) Perencanaan adalah suatu proses kerja yang terus-menerus yang meliputi pengambilan keputusan yang bersifat pokok dan penting dan yang akan dilaksanakan secara sistematis, melakukan perkiraan-perkiraan dengan menggunakan segala pengetahuan tentang masa depan, mengorganisasi secara sistematis segala upaya yang dipandang perlu untuk melaksanakan segala keputusan yang telah ditetapkan, serta mengukur keberhasilan dari pelaksanaan keputusan tersebut dengan membandingkan hasil yang dicapai terhadap target yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan umpan balik yang diterima dan yang telah disusun secara teratur dan baik (Drucker).

3) Perencanaan adalah proses menetapkan pengarahan dan menetapkan berbagai hambatan yang diperkirakan ada dalam menjalankan suatu program guna dipakai sebagai pedoman dalam suatu organisasi (Ansoff dan Brendenburg).

4) Perencanaan adalah pekerjaan yang menyangkut penyusunan konsep serta kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan demi masa depan yang lebih baik (Breton).

5) Perencanaan adalah upaya menyusun berbagai keputusan yang bersifat pokok yang dipandang paling penting dan yang akan dilaksananakan menurut urutannya guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Maloch dan Deacon).

6) Perencanaan adalah kemampuan untuk memilih satu kemungkinan dan berbagai kemungkinan yang tersedia dan yang dipandang paling tepat untuk mencapai tujuan.

b. Pengorganisasian (*Organizing*)

Setelah manajer organisasi menetapkan dan menyusun perencanaan program dan kegiatan, maka selanjutnya perlu merancang dan mengorganisasikan sumber daya untuk melaksanakan berbagai program dan kegiatan. Istilah pengorganisasian menurut Terry (1986) berasal dari kata *organism* yang berarti sebuah entitas dengan bagian-bagian yang terintegrasi sedemikian rupa sehingga hubungan mereka satu sama lain dipengaruhi oleh hubungan mereka terhadap keseluruhan. Pengorganisasian dalam fungsi manajemen ini dapat dikatakan sebagai langkah untuk menetapkan, menggolong-golongkan, dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas-tugas dan wewenang, dan pendelegasian wewenang oleh pimpinan pelaksana dalam rangka tujuan organisasi. Dengan demikian, sesungguhnya pengorganisasian merupakan cara untuk melakukan sinkronisasi berbagai sumber daya seperti: personel, material, dan tata cara untuk mencapai tujuan organisasi yang telah disepakati bersama.

1) **Ruang lingkup pengorganisasian adalah sebagai berikut:**

   a) Penentuan desain organisasi dan sumber daya dan kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi, perancangan, dan pengembangan suatu organisasi atau kelompok kerja yang akan dapat mengarahkan hal-hal tersebut kepada tujuan, penugasan tanggung jawab tertentu, pendelegasian wewenang yang diperlukan kepada individu-individu untuk melaksanakan tugas-tugasnya. Fungsi ini menciptakan struktur formal yakni pekerjan ditetapkan, dibagi, dan dikoordinasikan.

b) Penyusunan personalia (*staffing*) yaitu penarikan dan pengembangan, serta penempatan dan pemberian orientasi para sumber daya manusia dalam lingkungan kerja yang menguntungkan dan produktif. Dalam pelaksanaan fungsi ini manajemen menentukan persyaratan-persyaratan mental, fisik, dan emosional untuk menduduki posisi jabatan yang ada melalui analisis jabatan, deskripsi jabatan, dan spesifikasi jabatan dan kemudian menarik sumber daya manusia yang diperlukan dengan karakteristik pengalaman. Fungsi ini mencakup kegiatan-kegiatan seperti pembuatan untuk promosi, transfer, atau bahkan demosi dan pemecatan; serta latihan dan pengembangan sumber daya manusia.

2) Manfaat Pengorganisasian

Manfaat yang didapatkan dari pengorganisasian untuk seorang manajer adalah untuk mengetahui hal-hal sebagai berikut:

a) Pembagian tugas untuk staf perorangan atau kelompok. Tugas pokok staf dan prosedur kerja merupakan dokumen fungsi pengorganisasian, dan panduan kinerja staf.

b) Hubungan organisatoris antar manusia dalam organisasi. Hubungan ini akan terlihat pada struktur organisasi.

c) Pendelegasian wewenang. Manajer atau pimpinan organisasi akan melimpahkan wewenang kepada staf sesuai dengan tugas-tugas pokok yang diberikan kepada mereka.

d) Pemanfaatan staf dan fasilitas fisik yang dimiliki organisasi. Tugas staf dan pemanfaatan fasilitas fisik harus diatur dan diarahkan semaksimal mungkin untuk membantu staf baik secara individu maupun kelompok untuk mencapai tujuan organisasi.

c. **Penggerakan dan Pelaksanaan (*Actuating*)**

Sesudah rencana dibuat, organisasi dibentuk dan disusun personalianya, langkah berikutnya adalah menugaskan sumber daya manusia untuk melaksanakan tugas sesuai dengan program dan kegiatan yang ditetapkan. Seiring dengan pelaksanaan program kegiatan, maka diperlukan pengarahan dari seorang pimpinan, agar para sumber daya manusia yang melaksanakan program dan kegiatan sesuai dengan apa yang diinginkan, dan apa yang harus mereka lakukan. Kualitas dan keberhasilan dari pengarahan ditentukan kualitas dan gaya pemimpin seperti: komunikasi, motivasi, dan disiplin.

d. **Pengawasan dan Pengendalian *(Controlling)***

Pengawasan dan pengendalian merupakan aktivitas fungsi manajemen yang keempat, pada saat dan setelah program dan kegiatan dilaksanakan. Tujuan pengawasan adalah untuk menjaga dan menerapkan prinsip efisiensi dalam penggunaan sumber daya dan menjamin efektivitas terlaksananya program dan kegiatan. Manfaat dari pengawasan diantaranya adalah untuk: meningkatkan efisiensi, mengetahui penyimpangan, mengetahui kebenaran penggunaan waktu dan sumber daya lainya, mengetahui sebab-sebab terjadinya penyimpangan.

5. **Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit**

Pelayanan kesehatan rumah sakit ditunjukkan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada: pasien/penderita dan keluarganya, orang sehat, masyarakat luas. Pelayanan kesehatan rumah sakit terbagai menjadi: pelayanan dasar, pelayanan spesialistik dan sub spesialistik dan pelayanan penunjang. Berbagai bentuk pelayanan kesehatan seperti ini, variasinya ditentukan oleh tipe rumah sakit.

a. Pelayanan Dasar Rumah Sakit

Pelayanan dasar rumah sakit, meliputi: pelayanan rawat jalan (*politeknik/ambulatory*), pelayanan rawat inap (*inpatient care*), dan pelayanan rawat darurat (*emergency care*).

1) Rawat jalan merupakan pelayanan kesehatan kepada pasien tetapi setelah pasien mendapat pelayanan kesehatan, pasien langsung pulang ke rumah.

2) Rawat inap merupakan pelayanan kesehatan kepada pasien yang disertai untuk menginap di rumah sakit, karena pasien memerlukan perawatan terus-menerus sampai sembuh.

3) Rawat darurat merupakan pelayanan kesehatan untuk memberikan pertolongan kepada pasien yang dilaksanakan dengan segera. Pelayanan rawat darurat dilakukan dengan prinsip-prinsip: *revive, review dan repair*. Setiap pasien masuk rawat darurat di rumah sakit kemungkinan dapat melalui 3 bagian sebelum masuk ke ruang pelayanan rawat inap, atau pulang ke rumah. Bagian-bagian yang dimaksud adalah: ruang triage, ruang tindakan dan ruang observasi.

b. Pelayanan kesehatan spesialistik dan sub spesialistik adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter spesialis, meliputi:

1) Spesialis bedah, terdiri dari 8 spesialis yakni: *bedah syaraf, bedah tumor, bedah urologi, bedah umum dan digestive, bedah orthopedic, bedah anak, bedah plastic dan rekon-struksi, bedah torax dan kardiovaskuler*.

2) Spesialis penyakit dalam terdiri dari 8 (delapan) sub spesialis yakni: *gastro enterologi, metabolisme/endokrin, cardiology, tropical medicine, rheumatologi, pulmonologi, ginjal dan hematology*.

3) 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*.

4) Spesialis kesehatan anak terdiri dari 14 (empat belas) sub spesialis yakni *hematologykpulmonologi, gastroenterologyk alergi immunologi*, gizi, penyakit infeksi, pencitraan,

nephrology, neonatology, endokrinologi, cardiologi, tumbuh kembang, dan *pediatric* gawat darurat.

5) Spesialis telinga, hidung dan tenggorokan terdiri dari 6 (enam) sub spesialis, yakni: *otology, audiologi-vestibular, faring-laringologi, rhinologi, onkologi THT dan bronkho-esofagologi*.
6) Spesial mata, terdiri dari 5 sub spesialis, yakni: *glaucoma, external eye disease, retina/uvea*, tumor dan trauma rekon-struksi.
7) Spesialis *neurology*, terdiri dari 6 (enam) sub spesialis, yakni: *neuro muscular, neuro fisiologi, neurologi anak, neuro opthalmologi, neuro radiologi dan neuro restorasi.*
8) Spesialis kulit dan kelamin, terdiri dari 7 (tujuh) sub spesialis, yakni: *allergi immunologi, kosmetik, mikologi, dermatologi,* penyakit hubungan seksual, umum dan MH (*Morbus Hansen*).
9) Spesialis anaesthesi, terdiri dari 6 (enam) sub spesialis, yakni: *thorax & cardiovascular anaesthesia, neuro anaes-thesia, regional analgesia, obstetric anaesthesia and labor painless, pain clinic and palliative care, dan intensive cara unit.*
10) Spesialis rehabilitasi medik.
11) Spesialis gizi klinik.

c. Pelayanan kesehatan untuk bedah (operasi) yang dilakukan di instalasi sentral bedah. Instalasi sentral bedah merupakan pusat seluruh kegiatan pembedahan pasien di rumah sakit. Beberapa prinsip-prinsip yang harus dipatuhi di dalam tempat pelayanan antara lain: cukup nyaman bagi tim, mencegah infeksi dan kontaminasi, dan membuat *barrier* antara hal-hal yang sifatnya bersih dengan yang kotor.

d. Pelayanan kesehatan penunjang, seperti: penunjang diagnostic (radiology dan laboratorium), penunjang terapi (farmasi, gizi, rehabilitasi media dan kamar bedah). Pelayanan kesehatan penunjang 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.

6. Pelayanan Kesehatan Puskesmas

Pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia salah satunya dilaksanakan oleh Puskesmas. Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang menjadi pusat pelayanan kesehatan masyarakat dan membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Dengan kata lain puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya.

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Pertimbangan dan penentuan wilayah kerja puskesmas, memperhatikan kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik, dan keadaan infrastruktur lainnya. Penduduk yang dilayani puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan, maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut puskesmas pembantu dan puskesmas keliling. Khusus untuk kota besar yang jumlah penduduknya satu juta lebih, wilayah kerja puskesmas bisa meliputi satu kelurahan. Puskesmas di ibukota kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan "puskesmas pembina" yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi puskesmas kelurahan dan juga mempunyai koordinasi.

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan menjadi penanggungjawab penyelenggara pelayanan kesehatan jenjang pertama di wilayah kerja masing-masing. Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional.

Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh meliputi pelayanan:

a. Kuratif (pengobatan)
b. Preventif (upaya pencegahan)
c. Promotif (peningkatan kesehatan)
d. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)

a. Tata Kerja

1) Berkoordinasi dengan kantor kecamatan
2) Bertanggungjawab kepada dinas kesehatan kabupaten/kota
3) Bermitra dengan sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya
4) Menjalin kerja sama yang erat dengan fasilitas rujukan
5) Berkoordinasi dengan lintas sektor
6) Bermitra dengan organisasi yang menghimpun tokoh masyarakat yang peduli kesehatan masyarakat.

b. Kedudukan Puskesmas

1) Sistem kesehatan nasional sebagai sarana pelayanan kesehatan (perorangan dan masyarakat) strata pertama.
2) Sistem kesehatan kabupaten/kota sebagai unit pelaksana teknis dinas yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan kabupaten/kota.

3) Sistem Pemerintah Daerah sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang merupakan unit struktural pemerintah daerah kabupaten/kota.

c. Struktur Organisasi

Struktur organisasi puskesmas yang diterapkan ditentukan dari visi, misi, tujuan, fungsi, serta kegiatan dan program masing-masing puskesmas. Struktur organisasi puskesmas dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kabupaten/Kota. Umumnya struktur organisasi terdiri atas, sebagai berikut:

1) Kepala Puskesmas
2) Unit Tata Usaha
3) Unit Pelaksana Teknik Fungsional
4) Jaringan Pelayanan.
   a) Puskesmas Pembantu
   b) Puskesmas Keliling
   c) Bidan di desa/komunitas.

d. Kegiatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Pelayanan kesehatan di puskesmas terbagi menjadi 4 kegiatan penting, yang meliputi:

1) Pelayanan Kesehatan Wajib

Pelayanan kesehatan yang wajib dilakukan puskesmas merupakan pelayanan yang berdasarkan komitmen rasional, regional, dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan wajib meliputi program *basic six* yang harus diselenggrakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib yaitu:

a) Promosi kesehatan meliputi:
   (1) Promosi kesehatan di dalam gedung puskesmas dan
   (2) Promosi kesehatan di luar gedung puskesmas

b) Kesehatan lingkungan meliputi:
   (1) Penyehatan air
   (2) Penyehatan tempat pembuangan sampah dan limbah
   (3) Penyehatan lingkungan pemukiman dan jamban keluarga
   (4) Pengawasan sanitasi dan tempat-tempat umum
   (5) Pengamanan tempat pengelolaan pestisida
   (6) Pengendalian vektor

c) KIA termasuk keluarga berencana meliputi:
   (1) Kesehatan ibu
   (2) Kesehatan bayi
   (3) Upaya kesehatan balita dan anak prasekolah
   (4) Upaya kesehatan anak usia sekolah dan remaja
   (5) Pelayanan keluarga berencana

d) Upaya perbaikan gizi masyarakat

e) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
   (1) TB paru
   (2) Pelayanan imunisasi
   (3) Diare
   (4) ISPA

f) Upaya pengobatan meliputi:
   (1) Pengobatan dan
   (2) Pemeriksaan laboraturim.

2) Pelayanan Kesehatan Pengembangan

Pelayanan kesehatan pengembangan puskesmas adalah pelayanan yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Saat ini pemerintah kabupaten/kota dapat mengembangkan jenis program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Penetapan pengembangan layanan kesehatan

puskesmas tentunya harus diukur dengan kemampuan sumber daya termasuk ketersediaan dan kompetensi tenaga pelaksananya, dengan tetap memperhatikan arahan dan kebijakan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat, yang dilandasi oleh Kepentingan Daerah dan Nasional termasuk kesepakatan dunia (antara lain penanggulangan penyakit polio, TBC, malaria, diare, kusta, dan lain-lain).

Pelayanan kesehatan pengembangan puskesmas meliputi:

a) Puskesmas dengan rawat inap
b) Pelayanan kesehatan usia lanjut
c) Pelayanan kesehatan mata/pencegahan buta
d) Pelayanan kesehatan telinga/pencegahan gangguan pendengaran
e) Kesehatan jiwa
f) Kesehatan olahraga
g) Pencegahan dan penanggulangan penyakit gigi
h) Perawatan kesehatan masyarakat
i) Bina kesehatan tradisional
j) Bina kesehatan kerja

3) Pelayanan Penggerakan dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Melalui Program Desa Siaga

Desa siaga adalah suatu kondisi masyarakat desa/ kelurahan yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri (Kepmenkes RI No.564/ Menkes/SK/ VIII/2006). Program desa siaga merupakan upaya merekontruksi atau membangun kembali berbagai pelayanan kesehatan bersumber daya masyarakat dan pelayanan revitalisasi pembangunan kesehatan masyarakat desa sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan kembali, dipertahankan dan ditingkatkan.

Desa siaga menggunakan konsep *back to basic* artinya pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) ditata ulang, dengan memulai dari desa, karena kesehatan yang terkait dengan tingkat pendidikan dan strata sosial ekonomi masyarakat pedesaan lebih membutuhkan layanan kesehatan promotif dan preventif melalui penyuluhan/promosi kesehatan. Program desa siaga merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat dengan tujuan agar masyarakat menjadi mandiri untuk memecahkan masalah-masalah kesehatan yang mereka hadapi, dan sanggup memenuhi kebutuhannya dengan tidak menggantungkan kehidupannya dengan pihak luar.

4) Pelayanan Kesehatan Inovasi

Dinas Kesehatan di Pemerintah Kabupaten/Kota dapat menetapkan puskesmas untuk mengembangkan suatu kegiatan upaya kesehatan inovatif yang belum dilaksanakan secara menyeluruh disemua puskesmas. Seperti program inovasi upaya kesehatan dasar, pendanaan kesehatan bersumber daya masyarakat dan pola pelayanan kesehatan berbasis dokter keluarga.

e. Sumber Pembiayaan Puskesmas

Untuk terselenggaranya berbagai pelayanan kesehatan puskesmas, perlu ditunjang dengan tersedianya pembiayaan yang cukup. Pada saat ini ada beberapa sumber pembiayaan puskesmas:

1) Pemerintah

Sesuai dengan asas desentralisasi, sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah terutama adalah Pemerintah Kabupaten/Kota. Di samping itu puskesmas masih menerima dana yang berasal dari Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Pusat.

2) Pendapatan Puskesmas

Sesuai dengan kebijakan pemerintah, masyarakat

dikenakan kewajiban membiayai upaya kesehatan perorangan yang dimanfaatkannya, yang besarannya ditentukan oleh peraturan daerah masing-masing. Ada beberapa kebijakan yang terkait dengan pemanfaatan dana yang diperoleh dari retribusi puskesmas yaitu:

a) Seluruhnya disetor ke kas daerah
b) Sebagian dimanfaatkan secara langusung oleh puskesmas
c) Seluruhnya dimanfaatkan secara langsung oleh puskesmas

3) Sumber Lain

Sumber lain dalam hal ini adalah pendanaan pelayanan diberikan seseorang atau organisasi untuk membantu masyarakat miskin yang disalurkan secara langsung ke puskesmas dan pengelolaannya mengacu pada pedoman yang berlaku.

f. Fasilitas Penunjang

1) Puskesmas Pembantu

Puskesmas pembantu yang lebih sering dikenal sebagai pustu atau pusban, adalah unit pelayanan kesehatan sederhana dan berfungsi menunjang serta membantu melaksanakan kegiatan-kegiatan yang dilakukan puskesmas dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil.

2) Puskesmas keliling

Puskesmas keliling merupakan unit pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara berkeliling di masyarakat yang dilengkapi dengan kendaraan bermotor roda, peralatan kesehatan, peralatan komunikasi, dan tenaga kesehatan dari puskesmas. Puskesmas keliling ini berfungsi untuk menunjang dan membantu berbagai macam program dan kegiatan puskesmas di wilayah kerjanya yang belum atau sulit terjangkau oleh pelayanan kesehatan.

Kegiatan puskesmas keliling diantaranya adalah:

a) Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di daerah terpencil atau daerah yang sulit dijangkau oleh pelayanan kesehatan dari puskesmas atau puskesmas pembantu. Frekuensi kerja dari puskesmas keliling ini dilakukan sebanyak empat kali dalam seminggu, atau disesuaikan dengan kondisi geografis pelayanan yang akan dijangkau.

b) Melakukan penyelidikan, bila terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB).

c) Membantu masyarakat untuk mengangkut masyarakat yang menderita penyakit tertentu untuk mendapat pelayanan kesehatan akibat kasus darurat.

d) Melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat dengan menggunakan alat audiovisual.

3) Bidan Desa

Pada setiap desa yang belum disiapkan oleh pemerintah tentang fasilitas pelayanan kesehatan, pemerintah menempatkan bidan desa yang bertempat tinggal di desa. Tugas dan tanggung jawab bidan desa adalah memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat desa, dan kinerjanya dipertanggungjawabkan secara langsung kepada kepala puskesmas. Sasaran pelayanan kesehatan bidan desa adalah semua masyarakat satu desa yang menjadi wilayah kerjanya yang jumlah penduduknya rata-rata 3.000 jiwa. Tugas utama bidan desa dalam pelayanan kesehatan adalah membina masyarakat desa dan menggerakkan peran serta masyarakat desa untuk meningkatkan kesehatan masyarakat desa melalui posyandu dan kelompok Dasawisma. Selain itu, tugas penting dari bidan desa adalah memberikan pelayanan dan pertolongan persalinan di rumah penduduk.

g. Program Pokok Puskesmas

Program pokok puskesmas antara satu puskesmas dengan puskesmas lain berbeda-beda, karena disesuaikan dengan kemampuan tenaga medis dan non medis, serta fasilitas yang ada. Namun demikian, kegiatan pokok puskesmas pada umumnya yang lazim untuk dilaksanakan adalah:

Program Pokok Puskesmas

1	Kesejahteraan ibu dan anak (KAI)	10	Perawatan kesehatan masyarakat
2	Keluarga Berencana (KB)	11	Usaha kesehatan kerja
3	Peningkatan gizi	12	Usaha kesehatan gigi dan mulut
4	Kesehatan lingkungan	13	Usaha kesehatan jiwaa
5	Pemberantasan penyakit menular	14	Kesehatan mata
6	Pengobatan dan pelayanan darurat kecelakaan	15	Laboraturium (diupayakan tidak lagi sederhana)
7	Penyuluhan kesehatan masyarakat	16	Pencatatan dan pelaporan sistem informasi kesehatan
8	Usaha kesehatan sekolah	17	Kesehatan usia lanjut
9	Kesehatan olahraga	18	Pembinaan pengobatan tradisional

7. Pelayanan Kesehatan Klinik

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 028/ Menkes/Per/I/2011, tentang Klinik, dijelaskan bahwa klinik merupakan fasilitas yang diselenggarakan perorangan untuk menyediakan pelayanan kesehatan medis dasar dan/atau spesialistik, yang pelaksana kesehatannya dilakukan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Tenaga medis yang dimaksud adalah dokter umum dan dokter spesialis.

Berdasarkan jenis pelayanan kesehatan, bahwa jenis klinik dibagi menjadi dua, yakni:

a. Klinik Pratama, yaitu klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar.

b. Klinik Utama, yaitu klinik yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan oleh dokter spesialis dan pelayanan kesehatan dasar.

Klinik pratama atau klinik utama dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara khusus, yakni pelayanan kesehatan khusus berdasarkan: disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit tertentu. Untuk menentukan jenis Klinik Pratama atau Klinik Utama kriterianya telah ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan. Saat ini pelayanan kesehatan oleh Klinik dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat. Klinik saat ini dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Bentuk pelayanan kesehatan klinik ini diantaranya adalah: rawat jalan, *one day care*, rawat inap dan/atau *home care*. Sementara untuk klinik yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan 24 (dua puluh empat) jam diwajibkan untuk menyediakan dokter dan tenaga kesehatan pendukung yang disesuaikan dengan kebutuhan klasifikasi pelayanan yang diselenggarakan.

8. Pelayanan Kesehatan Tradisional.

Pelayanan kesehatan tradisional adalah pelayanan kesehatan, yang cara pengobatan atau perawatannya mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun-temurun dan pelayanan kesehatannya harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat setempat. Cara pengobatan pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi dua, yakni:

a. Pelayanan kesehatan tradisional yang pengobatannya dengan menggunakan keterampilan

b. Pelayanan kesehatan tradisional yang pengobatannya dengan menggunakan keahliannya

Setiap orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional yang pengobatannya menggunakan alat dan teknologi harus mendapat izin dari lembaga kesehatan yang berwenang. Dengan demikian, penggunaan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud harus dapat dipertanggungjawabkan tentang manfaat dan keamanannya serta keberadaan alat tersebut tidak bertentangan dengan

norma agama dan kebudayaan masyarakat setempat. Oleh karena itu, masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk melaksanakan, mengembangkan, dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional sepanjang pelaksanaan pelayanannya tersebut dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya. Pemerintah dalam hal ini telah mengatur dan mengawasi pelayanan kesehatan tradisional dengan didasarkan pada beberapa aspek seperti: keamanan, kepentingan, dan perlindungan masyarakat.

9. Sistem Rujukan

Sistem rujukan sebagaimana ditetapkan dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 1972, bahwa sistem rujukan adalah suatu sistem 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. Kemudian, sistem rujukan ini pada prakteknya dikelola secara strategis, proaktif, pragmatif dan koordinatif untuk menjamin pelayanan kesehatan yang merata baik secara maternal dan neonatal yang paripurna serta komprehensif bagi masyarakat. Sistem rujukan ini diutamakan untuk pelayanan kesehatan 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). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa sistem rujukan merupakan suatu sistem jaringan pelayanan kesehatan melalui penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya masalah kesehatan masyarakat, baik secara vertikal maupun horizontal, kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional.

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 penanggulangannnya pada bencana alam dan gangguan kamtibmas.
   c) Rujukan operasional berupa antara lain bantuan obat, vaksin, pangan pada saat terjadi bencana, pemeriksaan specimen jika terjadi keracunan masal, pemeriksaan air minum penduduk.

b. Jalur Rujukan Kesehatan

1) Rujukan Pelayanan Medis
   a) Antara masyarakat dengan puskesmas
   b) Antara Puskesmas Pembantu/Bidan di Desa dengan Puskesmas
   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.

c. Tujuan Sistem Rujukan

Secara umum tujuan sistem rujukan adalah untuk menghasilkan pemerataan pelayanan kesehatan yang didukung mutu pelayanan yang optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan berhasil. Akan tetapi secara khusus, sistem rujukan adalah:

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.

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 perantaraan telpon atau radio komunikasi pada setiap unit pelayanan kesehatan

4) Menyediakan puskesmas keliling pada setiap kecamatan dalam bentuk kendaraan roda 4 atau perahu bermotor yang dilengkapi dengan radio komunikasi

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

D. Rangkuman

Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang penting untuk disediakan atau dimotori oleh pemerintah baik diselenggarakan sendiri maupun melalui kerja sama dengan pihak swasta maupun dengan masyarakat. Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan dasar bagai masyarakat dengan sifatnya yang unik, yakni *unicertainty, asymetri of information and externality*. Perbaikan kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus dilakukan agar sesuai dengan harapan masyarakat, sehingga dapat meningkatkan kesehatan masyarakat, mencegah dan menyembuhkan berbagai macam penyakit yang diderita oleh perseorangan, keluarga, atau masyarakat. Dengan demikian perbaikan pelayanan kesehatan ini diharapkan mampu untuk: meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berdampak positif terhadap derajat peningkatan kesehatan masyarakat. Sehubungan dengan itu, pada sisi lain pemerintah juga mereformasi sistem jaminan kesehatan masyarakat, dalam bentuk Jamkesnas, Jamkesda, Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Untuk meningkatkan kinerja penyelenggaraan kesehatan semua penyelenggara perlu menentukan manajemen pelayanan kesehatan melalui penentuan, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan, dan pengawasan. Dengan prinsip-prinsip manajemen ini peningkatan kualitas pelaksanaan pelayanan dapat diukur. Prinsip manajemen seperti ini digunakan untuk: penyediaan prasarana layanan kesehatan, pemenuhan kelengkapan sarana kesehatan, peningkatan kompetensi tenaga medis dan tenaga paramedis, peningkatan sistem layanan bebasis teknologi informasi.

Pelayanan kesehatan masyarakat lainnya juga harus menggunakan prinsip-prinsip manajemen seperti: pelayanan puskesmas, pelayanan

klinik kesehatan. Pelayanan kesehatan di puskesmas dan pelayanan klinik juga menjadi bagian penting untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat yang menderita sakit dalam kategori ringan. Namun perbedaan pelayanan puskesmas juga memberikan pelayanan untuk mendorong masyarakat untuk hidup sehat, sementara pelayanan klinik tidak. Pelayanan kesehatan tradisional, juga menjadi bagian penting untuk penyelenggaraan layanan kesehatan bagi masyarakat terutama untuk penyakit tertentu dan pelayanan di tempat tertentu yang masih sulit menjangkau pelayanan di puskesmas atau di rumah sakit, yang kinerjanya merujuk pada peraturan perundangan.

E. Soal Latihan

1. Jelaskan pengertian pelayanan kesehatan!
2. Jelaskan definisi pelayanan kesehatan yang berkualitas dan kriteria pelayanan kesehatan yang berkualitas!
3. Jelaskan mengapa pemerintah menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat!
4. Jelaskan apa manfaat jaminan kesehatan bagi masyarakat sampai saat ini. berikan analisis manfaat jaminan kesehatan bagi masyarakat!, apa kelebihan dan kekuarangannya?
5. Berikan penjelasan pentingnya manajemen kesehatan bagi organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan!
6. Ambil salah satu contoh rumah sakit, kemudian berikan analisis tentang kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan, apa kelebihan dan kekurangannya, kemudian apa rekomendasi saudara!
7. Ambil salah satu contoh rumah sakit, kemudian berikan analisis tentang kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan, apa kelebihan dan kekurangannya, kemudian apa rekomendasi saudara!
8. Ambil salah satu contoh puskesmas, kemudian berikan analisis tentang kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan, apa kelebihan dan kekurangannya, kemudian apa rekomendasi saudara!
9. Ambil salah satu contoh klinik kesehatan, kemudian berikan

analisis tentang kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan, apa kelebihan dan kekurangannya, kemudian apa rekomendasi saudara!

10. Ambil salah satu contoh layanan kesehatan tradisional, kemudian berikan analisis tentang kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan, apa kelebihan dan kekurangannya, kemudian apa rekomendasi saudara!

F. Referensi

Albercht, K. dan L.J. Bradford., (1990), *The Service Advantage: How to Identify and Fulfill Customer Needs*. New York: Dow Jones-Irwin.

Astaqauliyah.com/pelayanan /kesehatan.

Azwar, Azrul, (1988), *Pengantar Administrasi Kesehatan.,* edisi kedua., PT. Bina Rupa Aksara

Departemen Kesehatan RI., (1999), *ARRIF Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarkat*. Jakarta.

Linda (2015), *Pelayanan Kesehatan di Era BPJS Kesehatan*. http:// hukum. komposiana.com.

Lisdiana (2015), *Tanya Jawab BPJS Kesehatan*. http://www.antaranews.com..

Muninjaya, A.A.G. (2004), Manajemen Kesehatan. Jakarta: EGC.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2018 Tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik

Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional;

Permenkes No 4 Th 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Permenkes Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien mencabut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien.

Satrianegara MF, S.S., (2009), *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan*. Salemba Medika. Jakarta.

Terry, George R. Winardi. (1986). *Asas-asas Manajemen*. Alumni, Bandung

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

BAB IV
PENINGKATAN KINERJA PELAYANAN PUSKESMAS

A. Pendahuluan

Peningkatakan kinerja pelayanan puskesmas ditentukan beberapa faktor yang penting dan faktor pendukung, namun demikian setiap tempat membutuhkan faktor yang berbeda-beda. Oleh sebab itu, keberhasilan untuk mengelola sumber daya yang dimiliki terutama untuk peningkatan kinerja puskesmas menjadi hal penting dalam peningkatan kinerja pelayanan puskesmas. Pada proses kerjanya, Puskesmas pasti melakukan berbagai aktivitas pencatatan atau administrasi dalam arti ketatausahaan, seperti: pendaftaran pasien, daftar obat, laporan jumlah pasien per bulan, dan lainnya. Sehubungan dengan itu dibutuhkan sistem informasi yang handal dalam arti sistem informasi yang bisa mempertemukan kebutuhan aspek ketatausahaan dengan aspek manajerial serta kegiatan strategi puskesmas. Sehubungan dengan itu perencanaan tentang kebutuhan sumber daya manusia puskesmas sangat dibutuhkan. Kesalahan di dalam merekrut kualitas dan kuantitas sumber daya manusia akan berdampak pada kesalahan dalam menjalankan tugas pokok pelayanan puskesmas.

Selain itu, yang penting untuk peningkatakan kinerja puskesmas adalah penyediaan sarana dan prasarana puskesmas. Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan Puskesmas yang berada di berbagai wilayah masih belum sepenuhnya tercukupi baik dari aspek pemerataan maupun dari aspek keterjangkauan terutama yang berada di wilayah pinggiran di setiap kabupaten. Sehubungan dengan hal itu salah satu misi dalam pencapaian Indonesia sehat pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan menjadi perhatian. Dengan dicukupinya sarana dan prasarana pelayanan di puskesmas, diharapkan adanya pemerataan pelayanan dalam arti keterjangkauan fasilitas pelayanan kesehatan dapat dinikmati oleh seluruh lapisan penduduk. Pemenuhan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu upaya penyediaan fasilitas kesehatan dari pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan

masyarakat. Penyediaan fasilitas fisik semacam ini merupakan salah satu ukuran untuk melakukan penilaian terhadap kinerja Puskesmas. Dengan demikian bahwa fasilitas fisik merupakan faktor yang penting yang mempengaruhi kepuasan pasien atau pelanggan puskesmas, selain faktor pendukung lainnya. Pada bahasan ini penulis akan menjelaskan penentuan sumber daya manusia pelayanan puskesmas, sarana dan prasarana puskesmas dan faktor pendukung lain yang dianggap penting.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami dan menjelaskan sumber daya pelayanan puskesmas.
2. Memahami dan menjelaskan sarana dan prasarana pelayanan Puskesmas.
3. Memahami dan menjelaskan faktor-faktor yang mendukung peningkatan pelayanan puskesmas.

C. Penyajian Materi

1. Sumber Daya Manusia Pelayanan Puskesmas

Hariandja. M.T.E. (2002) mendefinisikan Sumber Daya Manusia merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam suatu perusahaan disamping faktor yang lain seperti modal. Oleh karena itu SDM harus dikelola dengan baik untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi organisasi. Demikian pula menurut *The Chartered Institute of Personnel and Development* (CIPD) dalam Mullins (2005). Sumber daya manusia dinyatakan sebagai strategi perancangan, pelaksanaan dan pemeliharaan untuk mengelola manusia untuk kinerja usaha yang optimal termasuk kebijakan pengembangan dan proses untuk mendukung strategi. Menurut Hasibuan (2000), pengertian sumber daya manusia adalah kemampuan terpadu dari daya pikir dan dan daya fisik yang dimiliki individu. Pelaku dan sifatnya dilakukan oleh keturunan dan lingkungannya, sedangkan prestasi kerjanya dimotivasi oleh keinginan untuk memenuhi kepuasannya.

Sumber daya manusia yang memberi pelayanan kesehatan sering disebut juga tenaga kesehatan atau seseorang yang mengabdikan diri dalam upaya kesehatan, dengan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan kemudia diberi kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Terdapat beberapa macam sumber daya kesehatan antara lain:

1) Tenaga kesehatan terdiri atas:
2) Tenaga medis, seperti dokter
3) Para medis perawatan, seperti perawat
4) Para medis non perawatan, seperti ahli anastesi
5) Tenaga non medis, seperti kesehatan masyarakat
6) Tenaga administrasi, akuntan
7) Tenaga teknis, sarjana teknik

a. Penyusunan Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Terdapat beberapa langkah dalam penyusunan kebutuhan sumber daya manusia:

1) Pengumpulan dan Ketenagaan
   Pengumpulan data ketenagaan dilakukan untuk mengetahui kondisi tenaga saat ini. Pengumpulan data dengan menggunakan data sekunder atau data premier. Data ketenagaan dapat diperoleh di bagian kepegawaian instansi kesehatan.

2) Pengolahan Data
   Data sekunder atau data primer diolah baik secara manual maupun dengan sistem komputerisasi.

3) Analisis Kebutuhan Tenaga Kesehatan
   Langkah ini dilakukan untuk mengetahui dan mengidentifikasi jenis ketenagaan.

4) Penentuan Metode Perhitungan/Penentuan Kebutuhan Tenaga
   Pemilihan metode perhitungan kebutuhan tenaga sesuai dengan pedoman yang ditetapkan.

5) Perhitungan Kebutuhan Tenaga

Proses perhitungan kebutuhan tenaga dengan menggunakan metode tertentu. Beberapa metode perhitungan kebutuhan tenaga (Kepmenkes RI. 2004) adalah:

a) Berdasarkan Rasio Penduduk

Perhitungan metode rasio yaitu membandingkan jumlah tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk. Selanjutnya dibandingkan dengan standar yang ada.

Adapun rumus yang digunakan:

Contoh:

Pada tahun 2014, Kota Kendari memiliki jumlah penduduk 210.000 jiwa. Ketersediaam tenaga perawat sebanyak 500 orang. Maka perhitungan kebutuhan tenaga adalah:

b) Berdasarkan Beban Kerja Pegawai

Perhitungan beban kerja yaitu membandingkan kemampuan pelayanan ketenagaan dan dengan jumlah kunjungan pasien setiap hari kerja.

Adapun rumus yang digunakan:

Contoh:

Pada tahun 2014, puskesmas mata kota Kendari memiliki jumlah kunjungan rata-rata 45 pasien/hari. Ketersediaan tenaga dokter di poli umum sebanyak 1 orang. Maka perhitungan kebutuhan tenaga adalah:

Disimpulkan 1 dokter melayani 45 jiwa/hari.

Standar normal kemampuan pelayanan seorang tenaga kerja dalam melayani pasien/hari kerja selama 5 jam adalah maksimal 30 pasien, maka kebutuhan tenaga kerja rata-rata 1 banding 45 pasien adalah membutuhkan 2 orang tenaga kesehatan.

c) Berdasarkan *Trend*

Perhitungan metode *trend* yaitu menilai kebutuhan tenaga kesehatan dengan melihat data *trend* kebutuhan tenaga sebelumnya. Data ini diperoleh di instansi kesehatan setempat. Metode ini paling sederhana yaitu ekstraporasi berdasarkan pada tingkat perubahan di masa yang lalu untuk membuat proyeksi di masa yang akan datang.

Contoh:

Bila melihat rata-rata penerimaan pegawai selama tiga tahun terakhir dengan jumlah 5 orang/tahun, maka untuk satu tahun yang akan datang akan diterima sebanyak 5 pegawai.

d) Berdasarkan Target

Perhitungan tenaga metode target yaitu membandingkan target yang ingin dicapai dengan kebutuhan tenaga. Melihat target yang ditentukan dapat dihitung berapa yang harus dicapai, berapa lama suatu tugas tertentu dapat diselesaikan, jumlah jam yang diperlukan untuk mencapai target tersebut.

Contoh:

Ditetapkan bahwa target suatu pelayanan adalah 100 per unit kegiatan per tahun. Penyelesaian 1-unit kegiatan membutuhkan waktu 10 jam. Maka dalam 1 tahun dibutuhkan 1000 jam untuk dapat mencapai target tersebut. Kalau kemampuan tenaga hanya 2 jam sehari untuk dapat mengerjakan unit kegiatan tersebut maka dibutuhkan adalah:

Jika jumlah hari kerja adalah 250 hari dalam 1 tahun, maka diperlukan

Jadi, untuk dapat mencapai target dari 100 unit kegiatan tersebut, dibutuhkan 2 orang tenaga yang bekerja 2 jam sehari selama 1 tahun.

e) Berdasarkan tuntutan

Perhitungan tenaga berdasarkan tuntutan dengan melihat tuntutan pelayanan kesehatan yang diinginkan oleh pengguna. Perhitungan diawali dengan lebih dahulu menghitung jumlah konsultasi, kunjungan, kegiatan, dan sebagainya untuk periode harian, mingguan, dan kemudian diproyeksikan untuk periode tahunan.

Contoh:

Hasil pendapatan diperoleh jumlah kunjungan, konsultasi atau kegiatan harian antara hari senin sampai dengan sabtu masing-masing 35 orang. Jadi dalam jumlah kunjungan adalah:

Satu tahun jumlah kunjungan adalah 52 minggu x 35 orang = 1.820. Bila kemampuan seorang tenaga melayani 5 kunjungan/konsultasi sehari. Maka dibutuhkan:

Maka dalam satu tahunnya dibutuhkan

Jadi dalam satu tahun dibutuhkan 1 orang tenaga yang dapat mencapai 30 kunjungan/konsultasi tersebut.

f) Berdasarkan struktur jabatan

Perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan dapat pula dilakukan dengan menentukan struktur jabatan dan kedudukan pegawai dalam lembaga sesuai dengan kebutuhan.

Misalnya Divisi A, terdiri dari 1 orang Kepala, dibantu oleh 1 atau 2 orang staf Kebutuhan tenaga kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan, dapat memiliki 1 atau lebih staf. Demikian pula pada divisi lainnya, kebutuhan tenaga kesehatan disesuaikan kebutuhan lembaga tersebut.

6) Penyusunan kebutuhan tenaga

Tahapan ini dilakukan dengan menyusun kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan pengelompokan tertentu. Misalnya kebutuhan menurut pendidikan, profesi, keterampilan, jumlah dan sebagainya.

7) Pengambilan keputusan

Tahapan ini dilakukan untuk menetapkan keputusan kebutuhan tenaga kesehatan secara keseluruhan.

b. Implementasi Manajemen Sumber Daya Manusia

1) Manajemen Sumber Daya Manusia

Penarikan (rekrutmen), seleksi, pengembangan, pemeliharaan, dan penggunaan sumber daya manusia untuk mencapai tujuan individu maupun organisasi. Batasan ini menyimpulkan bahwa manajemen sumber daya manusia merupakan suatu proses yang terdiri atas:

a) Rekrutmen sumber daya manusia.
b) Seleksi sumber daya manusia.
c) Pengembangan sumber daya manusia.
d) Pemeliharaan sumber daya manusia.
e) Penggunaan sumber daya manusia.

2) Tujuan Manajemen Sumber Daya Manusia

Tujuan manajemen sumber daya manusia adalah meningkatkan kontribusi sumber daya manusia (karyawan) terhadap organisasi dalam rangka mencapai produktivitas organisasi. Tujuan ini dapat dijabarkan ke dalam empat tujuan yang lebih operasional.

a) Tujuan Masyarakat

Tujuan masyarakat (*societal objective*) adalah bertanggung jawab secara sosial terhadap kebutuhan dan berbagai tantangan yang timbul di masyarakat. Suatu organisasi yang ada ditengah-tengah masyarakat membawa manfaat dan keuntungan bagi masyarakat.

b) Tujuan Organisasi

Tujuan organisasi (*organization objective*) adalah untuk mengenal bahwa manajemen SDM itu ada (eksis) sehingga perlu memberikan kontribusi terhadap pendayagunaan organisasi secara keseluruhan.

c) Tujuan Fungsi

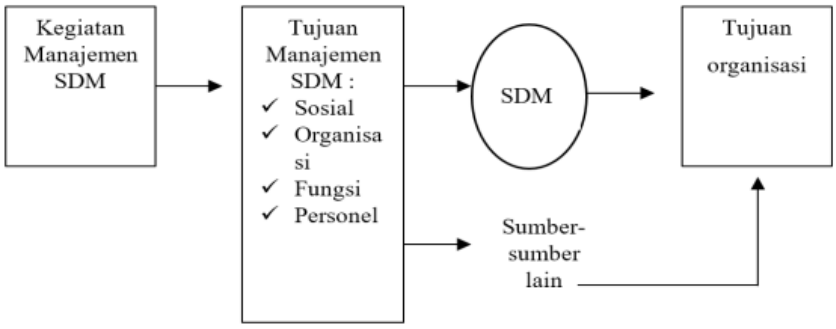
Tujuan fungsi (*function objective*) adalah untuk memelihara kontribusi bagian-bagian lain agar mereka (SDM dalam tiap bagian) melaksanakan tugasnya secara optimal.

d) Tujuan Personel

Tujuan personel untuk membantu karyawan atau pegawai dalam mencapai tujuan-tujuan pribadinya dalam rangka mencapai tujuan organisasi.

c. Kegiatan Manajemen Sumber Daya Manusia

Kegiatan-kegiatan manajemen SDM merupakan bagian dari proses manajemen SDM yang paling sentral dan merupakan rantai dalam mencapai tujuan secara keseluruhan organisasi. Sistem manajemen sumber daya manusia dapat dilihat pada gambar berikut:



d. Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia

Fungsi-fungsi manajemen sumber daya manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu sebagai berikut.

1) Fungsi Manajemen
   a) Perencanaan (*planning*). Adalah bagian terpenting penentuan program karyawan SDM dalam rangka membantu tercapainya sasaran atau tujuan organisasi.
   b) Pengorganisasian (*organizing*). Apabila kegiatan telah disusun dalam rangka mencapai tujuan organisasi maka untuk pelaksanaan atau implementasi kegiatan tersebut harus dilakukan pengorganisasian.
   c) Pengarahan (*directing*). Untuk melakukan kegiatan yang telah direncanakan agar kegiatan berjalan dengan efektif diperlukan arahan.
   d) Pengendalian (*controlling*). Agar kegiatan organisasi dapat berjalan sesuai dengan rencana, fungsi pengendalian sangat diperlukan.
   e) Pengembangan (*development*). Perlu pengembangan sampai pada taraf tertentu sesuai dengan pengembangan organisasi.
   f) Kompensasi (*compensation*). Kompensasi merupakan fungsi manajemen yang sangat penting melalui fungsi ini organisasi memberikan balas jasa yang memadai dan layak kepada karyawan.
   g) Integrasi (*integration*). Integrasi adalah kegiatan manajemen yang bertujuan untuk rekonsiliasi kepentingan karyawan dalam organisasi.
2) Fungsi Operasional
   a) Pengadaan tenaga (*recruitment*). Bertujuan untuk memperoleh jenis dan jumlah tenaga atau sumber daya manusia yang tepat, sesuai dengan kemampuan yang dibutuhkan oleh unit-unit kerja yang bersangkutan.

b) Pemeliharaan (*maintenance*). Kemampuan SDM yang telah dimiliki oleh suatu organisasi perlu dipelihara karena kemampuan tersebut merupakan aset yang penting bagi terlaksananya tugas dan tujuan organisasi.

c) Pemisahan (*separation*). Seorang karyawan tidak mungkin akan selalu bekerja pada organisasi tertentu, suatu ketika paling tidak mereka harus memutuskan hubungan kerja dengan cara pensiun.

Langkah-langkah dalam proses seleksi sumber daya manusia:

(1) Penerimaan pendahuluan pelamar

(2) Tes seleksi

(3) Wawancara seleksi

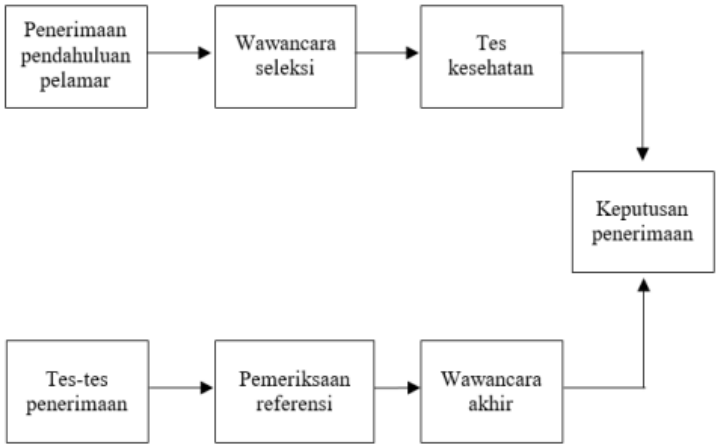
(4) Pemeriksaan referensi

(5) Evaluasi medis (tes kesehatan)

(6) Wawancara akhir

(7) Keputusan penerimaan

Proses seleksi sumber daya manusia dapat dilihat dalam gambar berikut:



2. Sarana dan Prasarana Puskesmas

Untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan di puskesmas, maka sarana dan prasarana yang disediakan Puskesmas adalah:

a. Material

Material adalah bahan atau barang yang dibutuhkan untuk proses produksi. Proses produksi di sini adalah pelayanan kesehatan. Dengan kata lain material adalah sebuah masukan dalam produksi. Bahan mentah yang belum diproses, tetapi kadang kala telah diproses sebelum digunakan untuk proses lebih lanjut. Contoh; obat-obatan, bahan makanan dan lain-lain.

b. *Machine*/Peralatan

Mesin adalah suatu alat yang digerakkan oleh suatu kekuatan/ tenaga yang dapat dipergunakan untuk membantu manusia dalam mengerjakan produk atau membantu pelayanan kesehatan. Misalnya genset, pompa air, pembersih debu, incinerator, AC, dan lain-lain. Sedangkan peralatan kesehatan adalah setiap instrumen atau perkakas yang dipergunakan untuk melakukan pekerjaan dalam mengerjakan produk atau membantu pelayanan kesehatan. Misalnya gunting, tang, obeng, peralatan dapur, dan lain-lain.

c. Teknologi Informasi

Teknologi informasi adalah hasil rekayasa manusia terhadap proses penyampaian informasi dari pengirim ke penerima sehingga: Lebih cepat, lebih luas sebarannya dan lebih lama penyimpanannya. Misalnya telepon, layanan internet, sistem komputerisasi.

a. Penyusunan Kebutuhan Barang/Peralatan

1) Langkah Penyusunan Kebutuhan Barang

Beberapa langkah dalam penyusunan kebutuhan barang yaitu:

a) Pengumpulan Data Barang
Pengumpulan data barang dilakukan untuk mengetahui kondisi barang saat ini. Pengumpulan data dengan menggunakan data sekunder atau data primer.

b) Pengolahan Data
Data sekunder atau data primer diolah baik secara manual maupun dengan sistem komputerisasi.

c) Analisis Kebutuhan Barang
Langkah ini dilakukan untuk mengetahui dan mengidentifikasi jenis barang.

d) Penentuan metode perhitungan/penentuan kebutuhan barang
Pemilihan metode perhitungan kebutuhan barang sesuai dengan pedoman yang ditetapkan.

e) Perhitungan Kebutuhan Barang
Proses perhitungan kebutuhan barang dengan menggunakan metode tertentu.

f) Penyusunan Kebutuhan Barang
Tahapan ini dilakukan dengan menyusun kebutuhan barang berdasarkan pengelompokkan tertentu. Misalnya kebutuhan menurut jenis, sifat barang dan sebagainya.

g) Pengambilan Keputusan
Tahapan ini dilakukan untuk menetapkan keputusan kebutuhan barang secara keseluruhan.

Menurut LKPP (2012), prosedur penyusunan rencana umum pengadaan barang/jasa, yang meliputi:

a) Identifikasi kebutuhan barang/jasa.
b) Penyusunan dan penetapan rencanan penganggaran.
c) Penetapan kebijakan umum tentang pemaketan pekerjaan.

d) Penetapan kebijakan umum tentang cara pengadaan, meliputi:

(1) Pengadaan dengan cara swakelola; dan

(2) Pengadaan dengan menggunakan penyedia barang/jasa.

e) Penetapan kebijakan umum tentang pengorganisasian pengadaan.

f) Penyusunan Kerangka Acuan Kerja (KAK).

g) Penyusunan jadwal kegiatan pengadaan.

h) Pengumuman rencana umum pengadaan.

2) Metode Perhitungan Kebutuhan Barang

a) Model-model Peramalan

Peramalan adalah proses untuk memperkirakan berapa kebutuhan di masa datang yang meliputi kebutuhan dalam ukuran kuantitas, kualitas, waktu dan lokasi yang dibutuhkan dalam rangka memenuhi permintaan barang ataupun jasa. Peramalan tidak terlalu dibutuhkan dalam kondisi permintaan pasar yang stabil, karena perubahan permintaan relatif kecil. Dalam kondisi pasar bebas, permintaan tersebut tergantung dari keadaan sosial, ekonomi, politik, aspek teknologi, produk pesaing, dan produk subtitusi. Oleh karena itu peramalan yang akurat merupakan informasi yang dibutuhkan dalam pengambilan keputusan manajemen (Nasution, A.H.,2003).

Terdapat dua jenis model peramalan yang utama, yaitu: Model deret berkala (*time series*) dan model regresi (kausal). Pada jenis pertama, pendugaan masa depan dilakukan berdasarkan nilai masa lalu. Tujuan metode peramalan deret berkala seperti itu adalah dengan menemukan pola dalam deret historis dan mengekstrapolasikan pola tersebut ke masa depan.

b) Peramalan Permintaan

Sasaran akhir dari keseluruhan aktivitas peramalan adalah perkiraan mengenai kebutuhan modal. Dengan

mengetahui kebutuhan modal pada semua aktivitas produksi, maka kebijakan harga dan keuntungan lebih mudah untuk dibuat (Baroto, T.,2004 dalam Andayani. P, 2011)

c) Metode Peramalan

Metode peramalan merupakan suatu metode atau teori pendekatan kemungkinan akan terjadinya suatu kejadian di masa yang akan datang dengan menganalisa keadaan diwaktu-waktu yang lalu. Penyusunan peramalan yang berdasarkan pada data historis yang ada seringkali menggunakan *trend* untuk melaksanakan perhitungan peramalan penjualan (Baroto, T.,2004 dalam Andayani. P, 2011)

(1) Model Peramalan Kualitatif

Dalam peramalan secara kualitatif ada 4 metode yang umum dipakai:

Juri Opini Eksekutif

Metode Delphi

Gabungan Tenaga Penjualan

Survey Pasar

(2) Model Peramalan Kualitatif

Model kuantitatif dapat dipergunakan dalam perkiraan, pada dasarnya dapat dikelompokkan dalam dua jenis, yaitu metode deret berkala (*time series*) dan metode regresi atau kausal (Spyros M, Steven C, Victor E, 1995, dalam Andayani. P, 2011)

(a) Metode *Time Series*

Merupakan metode di mana pendugaan masa depan dilakukan berdasarkan nilai masa lalu dari suatu variabel atau kesalahan masa lalu. Tujuan metode peramalan deret berkala seperti itu adalah dengan menemukan pola dalam deret historis dan mengekstrapolasikan pola tersebut ke masa depan.

Langkah penting dalam memilih suatu metode *time series* yang tepat adalah dengan mempertimbangkan jenis pola data, sehingga metode yang paling tepat dengan pola tersebut dapat diuji.

(b) Metode Kausal

Dengan mengasumsikan bahwa faktor yang diperkirakan/diramalkan menunjukkan adanya hubungan sebab akibat dengan satu atau lebih variabel bebas. Maksud dari model kausal adalah menemukan bentuk hubungan tersebut dan menggunakannya untuk meramalkan nilai mendatang dari variabel tidak bebas.

(c) Model *Reorder Point System* (ROP)

Pada dasarnya metode ROP merupakan suatu teknik pengisian kembali inventori apabila total *stock on-hand plus on-order* jatuh atau berada di bawah titik pemesanan kembali (*reorder point*=ROP). ROP merupakan metode inventori yang menempatkan suatu pesanan untuk lot tertentu apabila kuantitas *on-hand* berkurang sampai tingkat yang dikenal sebagai titik pemesanan kembali (ROP). ROP dihitung berdasarkan formula:

ROP = DLT + SS

ROP = Titik Pemesanan Kembali (*Reorder Point*)

DLT = Permintaan Selama Waktu Tunggu (*Demand During Lead Time*)

SS = Stock Pengaman (*Safety Stock*)

Terdapat 4 (empat) faktor yang menentukan ROP, yaitu:

- Tingkat permintaan.

- Waktu tunggu.
- Ketidakpastian dalam tingkat permintaan dan waktu tunggu pengisian kembali.
- Kebijaksanaan manajemen berkaitan dengan tingkat pelayanan pelanggan yang dapat diterima (Gasperz, Vincent, 2004, dalam Andayani. P, 2011).

3. Faktor-faktor yang Mendukung Peningkatan Pelayanan Puskesmas

Upaya peningkatan mutu pelayanan puskesmas merupakan suatu proses manajemen yang dilakukan secara sistematis, objektif, terpadu dan berkesinambungan serta berorientasi pada pelanggan. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan puskesmas didasari atas paradigma bahwa peningkatan pelayanan mutu pelayanan puskesmas akan tercapai, jika proses pelayanan diperbaiki dengan menerapkan prinsip dan metode jaminan mutu. Jaminan mutu didefinisikan oleh lokakarya tentang jaminan mutu yang diselenggarakan di Cisarua (1991) adalah suatu proses pengukuran derajat kesempurnaan penampilan kerja, dibandingkan dengan standar dan dilakukan tindakan perbaikan yang sistematis dan berkesinambungan, untuk mencapai mutu penampilan kerja yang optimum, sesuai standar, dan sumber daya yang ada.

Prinsip pendekatan jaminan mutu terdiri atas:

a. Bekerja dalam tim;
b. Memberikan fokus perubahan pada proses;
c. Mempunyai orientasi kinerja pada pelanggan;
d. Pengambilan keputusan berdasarkan data; dan
e. Adanya komitmen pimpinan dan keterlibatan staf dalam perbaikan proses pelayanan. Jika kelima prinsip tersebut dapat dirasakan dan dibuktikan bahwa puskesmas itu telah menerapkan prinsip-prinsip jaminan mutu dalam manajemennya.

Adapun faktor-faktor yang mendukung peningkatan pelayanan kesehatan yakni sebagai berikut:

a. Sumber Daya Tenaga

Kebutuhan tenaga kesehatan. Penyelenggaraan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan serta pembangunan kesehatan memerlukan berbagai jenis tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan melaksanakan upaya kesehatan dengan paradigma sehat, yakni yang lebih mengutamakan upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan serta pencegahan penyakit. Keperluan tersebut harus disusun dalam suatu rencana kebutuhan tenaga kesehatan sesuai dengan sasaran nasional program pembangunan kesehatan jangka menengah tahun 2010. Selanjutnya keperluan tersebut diperhitungkan terhadap beban kerja yang harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dalam mencapai sasaran upaya kesehatan pada 2010, kemudian dibagi dengan kemampuan tenaga tersebut melakukan upaya termaksud sampai dengan tahun 2010. Dewasa ini, tenaga kesehatan di Indonesia adalah sekitar 769.832 tenaga. terdiri atas 384.916 tenaga masyarakat dan 384.916 tenaga pemerintah kecenderungan penyediaan tenaga tersebut pada tahun 2010 adalah sekitar 1.399.624, terdiri atas 699.812 tenaga masyarakat dan 699.812 tenaga pemerintah. Dengan memperhatikan keperluan program-program kesehatan seperti yang digariskan dalam rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 kemudian proyeksi penyediaan serta pemberdayaan tenaga tersebut, direncanakan tenaga kesehatan di seluruh Indonesia pada tahun 2010 adalah 1.305.000 tenaga. Secara keseluruhan, tampaknya jumlah kebutuhan dan penyediaan tenaga kesehatan pada tahun 2010 cukup seimbang. Tetapi bila ditinjau secara spesifik, penyediaan untuk beberapa kategori tenaga masih kurang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan tenaga tersebut, yaitu terutama dokter umum, dokter spesialis, perawat, bidan, serta sarjana kesehatan masyarakat.

Pengadaan tenaga kesehatan. Untuk memenuhi kebutuhan tenaga yang direncanakan perlu diadakan peningkatan dan pelatihan serta pengelolaan tenaga kesehatan yang ada. Pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan

tenaga yang diselenggarakan oleh masyarakat dan pemerintahan. Pemerintah menetapkan kebijakan pengadaan pegawai negeri sipil yang meliputi penyelengaraan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan yang bersifat strategi. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sebagai suatu kesatuan yang terpadu harus dikembangkan secara menyeluruh dan menyangkut hal-hal berikut.

1) Siswa. Pada masa yang akan datang, tenaga kesehatan profesional yang akan dikembangkan adalah tenaga kesehatan tingkat madya dan tingkat sarjana. Kebijaksanaan ini ditetapkan karena semakin meningkatnya mutu tenaga yang dibutuhkan serta makin banyaknya lulusan setingkat sekolah menengah umum yang dihasilkan.

2) Pendidik. Dengan makin meningkatnya mutu tenaga kesehatan yang dibutuhkan, diperlukan tenaga pendidik yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang tinggi, di samping memiliki pula kemampuan mendidik yang andal berdasarkan teknologi pendidik.

3) Lembaga pendidikan. Lembaga pendidikan pada masa yang akan datang harus terakreditasi dan makin ditingkatkan mutunya sedemikian rupa sehingga dapat berperan sebagai sumber teknologi kesehatan, di samping sumber penyediaan tenaga kesehatan.

4) Perangkat lunak dan perangkat keras. Perangkat lunak dan perangkat keras merupakan unsur yang tidak dapat dipisahkan dalam kegiatan pendidikan. Oleh karena itu, kedua perangkat tersebut akan dikembangkan secara serasi.

5) Pengembangan karier tenaga kesehatan. Pengembangan karier tenaga kesehatan akan didasarkan pada sistem karier dan prestasi kerja. Pendidikan dan pelatihan harus diarahkan kepada pengembangan karier tenaga kesehatan.

Pendayagunaan tenaga kesehatan. Pendayagunaan tenaga kesehatan akan menjadi unsur terpenting dalam pengembangan

tenaga kesehatan di masa mendatang. Oleh karena itu kemampuan pendayagunaan tenaga di semua tingkat perlu ditingkatkan. Pengembangan karier tenaga kesehatan swasta dan pemerintah penting untuk terus ditingkatkan dan diserasikan secara bertahap. Dalam kaitannya dengan hal ini pemerintah menerapkan kebijakan pembinaan pegawai negeri sipil di pusat dan daerah yang meliputi pengaturan sarana, standar, dan prosedur kepegawaian serta pengembangan karier. Profesionalisme tenaga kesehatan akan terus ditingkatkan dan dilaksanakan melalui penerapan kemajuan ilmu dan teknologi serta melalui penerapan nilai-nilai moral dan etika.

b. Sumber Daya Sarana

1) Kebutuhan Sarana Kesehatan.

Salah satu komponen penting dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah sarana kesehatan yang mampu menunjang berbagai upaya pelayanan kesehatan baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Pada saat ini telah tersedia 7.243 puskesmas, sekitar 25.000 puskesmas pembantu, 522 RSU pemerintah dari berbagai kelas, 42 RS khusus pemerintah, 351 RS swasta, dan 616 laboratorium klinik swasta di luar RS. Selain itu tersedia pula kantor Wilayah dan dinas di setiap provinsi dan kabupaten/kota, fasilitas pendidikan dan latihan, balai POM, gudang farmasi kabupaten, serta balai teknik kesehatan lingkungan. Untuk masa mendatang, kebutuhan sarana kesehatan akan disusun dengan memperhatikan beberapa asumsi dasar berikut.

a) Terjadinya pergeseran peran pemerintah dari penyelenggaraan pelayanan yang dominan menjadi penyusun kebijakan dan regulasi dengan tetap memperhatikan kebutuhan pelayanan bagi penduduk miskin.

b) Makin meningkatnya potensi sektor swasta dalam penyediaan pelayanan kesehatan, khususnya yang bersifat kuratif dan rehabilitatif.

c) Teratasinya krisis ekonomi dan politik dalam waktu yang tidak terlalu lama. Dengan asumsi dasar tersebut, terbatasnya sumber daya yang dimiliki pemerintah saat ini dan terdapatnya niat untuk lebih meningkatkan efisiensi pelayanan, maka secara umum jumlah fasilitas kesehatan sektor pemerintah pada masa yang akan datang tidak akan jauh berbeda dengan situasi sekarang. Pembangunan fasilitas kesehatan baru di sektor pemerintah sejauh mungkin akan dihindari. Kegiatan pembangunan akan lebih diutamakan pada peningkatan kualitas sarana fisik dan kemampuan pelayanannya, misalnya peningkatan status puskesmas pembantu menjadi puskesmas dan puskesmas menjadi puskesmas dengan tempat tidur. Selanjutnya puskesmas juga dapat ditingkatkan fungsinya menjadi rumah sakit umum sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Kebutuhan masyarakat perkotaan berbeda dengan masyarakat perdesaan. Di samping pesatnya arus urbanisasi, kebutuhan fasilitas kesehatan di masa depan juga harus diperhatikan. Kemampuan pelayanan kesehatan sektor swasta diharapkan juga akan tumbuh, baik dalam jumlah maupun kapasitasnya.

2) **Pengadaan Sarana Kesehatan**.

Pengadaan fasilitas kesehatan diselenggarakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan swasta dengan memperhatikan faktor efisiensi dan keterjangkauan bagi penduduk miskin dan kelompok khusus seperti bayi, balita, dan ibu hamil.

3) **Pengelolaan Sarana Kesehatan**.

Pengelolaan sarana kesehatan merupakan hal yang sangat penting, terutama dengan kompleksnya manajemen pelayanan kesehatan di masa depan. Peningkatan kemampuan manajerial yang profesional, di sektor pemerintah dan swasta, yang didukung oleh peningkatan kemampuan teknis pemberi pelayanan merupakan hal yang sangat perlu diperhatikan untuk

dapat menjamin keberhasilan dan kelestarian upaya pelayanan kesehatan secara nasional. Secara khusus, kemampuan pimpinan daerah untuk melakukan advokasi dan menjalin kemitraan dengan sektor lain perlu ditingkatkan. Sejalan dengan upaya desentralisasi bidang kesehatan, perhatian khusus akan diarahkan pada pembebanan biaya, pengelolaan, serta akuntabilitas dari sumber daya yang mengikutinya. Fleksibilitas dalam melakukan inovasi manajerial akan terus dikembangkan. Secara khusus perimbangan pembiayaan antara pemerintah pusat dan daerah merupakan salah satu kebijakan strategis yang perlu diperhatikan, terutama bagi daerah-daerah dengan tingkat pendapatan asli daerah yang masih rendah. Iklim yang memberikan kemudahan dalam pengadaan fasilitas kesehatan di sektor swasta akan terus dikembangkan untuk mendorong pertumbuhan sektor swasta. Berbagai peraturan perundang-undangan baru akan diciptakan untuk dapat mengatur hal ini.

c. Sumber Daya Pembiayaan

Kebutuhan pembiayaan. Penyelenggaraan program kesehatan memerlukan pengembangan sistem pembiayaan yang bersumber dari pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta, yang mampu menghasilkan tersedianya dana. Pengalaman selama ini menunjukkan terjadinya inefisiensi dalam penggunaan anggaran pemerintah dan swasta. Dengan demikian, dalam kurun waktu ke depan akan diupayakan penggunaan secara lebih efisien dan dapat dicapai melalui penyusunan sistem pembiayaan yang memperhatikan pemerataan, efisiensi, kelestarian serta mampu menjamin tersedianya pelayanan yang berkualitas. Penggunaan dana pemerintah sampai saat ini masih lebih banyak ditujukan kepada upaya pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif baik pada tingkat pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan. Sistem pembiayaan di atas diharapkan dapat digeser menuju pelayanan promotif dan preventif dengan tetap memperhatikan kelangsungan pelayanan kuratif yang ada, khususnya bagi masyarakat miskin. Dengan akan berjalannya desentralisasi, maka sumber dana pemerintah pusat

dan daerah akan dikembangkan secara optimal dan berimbang, baik antarprogram kesehatan, antardaerah, maupun antarsektor. Pengeluaran langsung masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang merupakan porsi terbesar dari pembiayaan kesehatan nasional (JPKM) akan diarahkan menjadi sistem pembiayaan praupaya sehingga lebih efisien.

Selama ini JPKM belum berjalan dengan baik dan karena itu akan ditingkatkan dengan mempersiapkan tenaga profesional lapangan dan menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangannya. Pengembangan sistem ini akan memakan waktu yang cukup lama untuk dapat mencakup sebagian besar penduduk. di sisi lain, kondisi keuangan negara pada saat ini yang belum cerah disertai dengan berbagai krisis lain yang belum dapat diramalkan kapan berakhirnya. Hal ini menyebabkan perhitungan kebutuhan pembiayaan menjadi amat sulit. Kenyataan bahwa sektor kesehatan merupakan salah satu sektor selain sektor pendidikan dan sosial yang mendapat perhatian besar selama krisis berlangsung merupakan suatu peluang yang harus dimanfaatkan secara optimal untuk meningkatkan porsi anggaran sektor kesehatan di masa depan. Gambaran makro kebutuhan anggaran pemerintah untuk sektor kesehatan diharapkan meningkat dari hanya 2,5% menjadi 5% di masa depan yang diikuti dengan realokasi anggaran kepada berbagai program yang lebih lebih efektif "*cost effective*". Di sisi lain, dalam jangka pendek kita masih harus tetap memperhitungkan kebutuhan pembiayaan bagi penyelenggaraan Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan yang diperkirakan masih akan berlangsung beberapa tahun lagi. Keadaan ini sangat bergantung pada upaya mobilisasi sumber daya masyarakat dalam bentuk pengembangan sistem JPKM berikut perangkatnya.

1) Pengadaan pembiayaan. Sumber biaya untuk penyelenggaraan pembangunan kesehatan berasal dari dana pemerintah dan masyarakat/swasta. Sejak krisis ekonomi terjadi, terdapat ketergantungan yang besar terhadap dana bantuan luar negeri (BLN). Diperkirakan dana BLN ini akan berkurang dalam

beberapa tahun mendatang sehingga upaya penggalian sumber dana masyarakat merupakan upaya yang harus dimulai dan dilaksanakan dalam tahun-tahun mendatang. Perlu diperhatikan bahwa di masa datang peran daerah akan menjadi menonjol dalam pembiayaan pembangunan kesehatan sebagai konsekuensi logis dari berjalannya desentralisasi.

2) Pengelolaan Pembiayaan. Pengelolaan pembiayaan diarahkan untuk mencapai tingkat efisiensi yang setinggi-tingginya, baik efisiensi alokasi maupun estiensi teknis, baik di tingkat program, wilayah maupun institusi. Kemampuan dinas kesehatan daerah dalam advokasi kepada pemerintah daerah akan pentingnya pembangunan kesehatan wilayah, akan terus ditingkatkan. Selain itu penyelenggaraan pemerintah yang baik (*good governance*) merupakan suatu prakondisi untuk dapat terciptanya sistem pembiayaan yang baik. Pengelolaan dana masyarakat yang diupayakan melalui mekanisme pihak ketiga (JPKM) diharapkan dapat lebih efisien. Keadaan ini dapat segera terwujud bila didukung oleh tenaga pengelola JPKM yang profesional serta tersedianya peraturan perundang-undangan yang mendukung.

D. Rangkuman

Pelayanan puskesmas menjadi meningkat bila didukung oleh sumber daya pelayan kesehatan diantaranya: tenaga medis, para medis perawatan, para medis non perawatan, ahli anastesi, tenaga non medis, tenaga administrasi, dan tenaga teknis. Untuk menentukan tenaga tersebut dibutuhkan penyusunan sumber daya manusia melalui metode perhitungan sehingga kebutuhan penyusunan sumber daya pelayanan yang benar dan tepat. Setelah itu, untuk mendapatkan sumber daya pelayanan yang tepat dibutuhkan proses manajamen sumber daya pelayanan, mulai dari rekrutmen, seleksi, pengembangan, pemeliharaan, dan penggunaannya. Dengan demikian tujuan pengelolaan sumber daya pelayanan berguna bagi pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Sarana dan prasarana menjadi perhatian kedua dalam peningkatan kinerja pelayanan puskesmas. Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan Puskesmas yang berada di berbagai wilayah masih belum sepenuhnya tercukupi baik dari aspek pemerataan maupun dari aspek keterjangkauan terutama yang berada di wilayah pinggiran di setiap kabupaten. Penetapan dan penentuan sarana dan prasarana sesuai dengan penyusunan kebutuhan barang atau sarana dan prasarana yang tepat. Di antara perhitungan tersebut adalah model peramalan baik kualitatif maupun kuantitatif.

E. Soal Latihan

Jelasakan pentingnya sumber daya manusia atau sumber daya pelayanan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan!

1. Jelaskan pengertian dari perencanaan SDM kesehatan dan proses perencanaannya!
2. Sebut dan jelaskan apa saja metode penyusunan rencana kebutuhan SDM kesehatan!, berikan contohnya!
3. Sebutkan dan jelasakan faktor-faktor lain yang mendukung peningkatan pelayanan kesehatan terutama di puskesmas!

F. Referensi

Andayani. P. (2011). *Perencanaan Penjadwalan distribusi produk dengan Metode ditribution requirment planning (DRP)* Di PT Kharisma Esa Ardi-Surabaya. Skripsi. Jurusan teknik industry Fakultas teknologi industry Universitas pembangunan nasional "veteran" Jawa Timur.

Hariandja, Marihot Tua Efendi, 2002, *Manajemen Sumber Daya Manusia,* Grasindo, Jakarta.

Hasibuan. M.S.P.(2000). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta. Bumi Aksara.

Kepmenkes, RI. (2014). Pusat Kesehatan Masyarakat. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014. Jakarta.

LKPP. 2012. Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah

Rancangan Pedoman Umum Perencanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah di Lingkungan Kementerian/Lembaga/Satuan Kerja Perangkat Daerah/Institusi Lainnya. Jakarta.

Mullins, L. J. (*2005*). *Management and Organizational Behavior*. London. FT Pitman.

Nasution, A.H. (2003). *Perencanaan dan Pengendalian Produksi*. Surabaya. Guna Widjaya.

BAB V
JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Pemerintah sebagai administrator pemerintahan, berkewajiban untuk menyediakan berbagai macam barang-barang publik (*public good*), yang diantaranya adalah penyediaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat disegala lapisan. Masyarakat yang status sosial ekonominya menengah ke bawah kemampuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sulit untuk didapatkanya akibat keterbatasan untuk membayar. Sehubungan dengan itu, pemerintah berupaya dan menginisiasi untuk menyediakan jaminan kesehatan atau dikenal dengan asuransi kesehatan, agar masyarakat mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di berbagai tempat penyelenggaraaan pelayanan kesehatan, baik rumah sakit maupun di puskesmas.

Pada praktisnya, jaminan kesehatan dapat diselenggarakan sendiri oleh pemerintah, pemerintah provinsi pemerintah kabupaten/kota serta pihak lain yang dibentuk pemerintah melalui kerja sama antara pemerintah dengan pihak swasta. Lembaga penjamin kesehatan sebagaimana tersebut berkewajiban untuk membantu pemerintah dalam menyelenggarakan sistem kesehatan nasional. Sistem kesehatan nasional diselenggarakan dalam rangka untuk menjalankan fungsi keseimbangan dari sebuah sistem kesehatan dengan tujuan agar seluruh lapisan masyarakat dapat menikmati hidup sehat dan menjalankan tugas kemanusian secara produktif. Salah satu program pengelolaan sistem jaminan kesehatan nasioanal adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Badan penyelenggaraan ini telah menjalankan tugas disegenap lapisan masyarakat, sekaligus badan ini menjadi gabungan dari beberapa lembaga penyelenggara janiman kesehatan sebelumnya.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami dan menjelaskan jaminan pelayanan kesehatan atau asuransi kesehatan.
2. Memahami dan menjelaskan karakteristik asuransi atau jaminan pelayanan kesehatan
3. Memahami dan menjelaskan asuransi atau jaminan pelayanan kesehatan yang di selenggarakan oleh swasta
4. Memahami dan menjelaskan sistem jaminan kesehatan nasional
5. Memahami dan menjelaskan pelayanan jaminan kesehatan nasional

C. Penyajian Materi

1. Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan menurut Nancy dkk (2016) bertujuan memberikan perlindungan kepada sesorang yang memiliki jaminan kesehatan manakala mengalami suatu kejadian buruk atau lainnya, yang memerlukan penanganan layanan kesehatan. Ketika seseorang membeli perlindungan kesehatan, ia bergabung dengan pihak-pihak lainnya dan mengumpulkan sumber dana mereka agat terlindung dari kerugian. Ada dua konsep pokok dalam asuransi, yaitu:

a. Resiko dialihkan dari individu ke kelompok; dan
b. Kelompok memikul biaya terhadap kehilangan apapun yang dialami oleh anggotanya.

Perlindungan asuransi kesehatan pada periode beberapa tahun yang lalu, biasanya dibeli secara perorangan layaknya asuransi mobil. Individu membeli polis untuk melindungi dirinya sendiri dan keluarganya terhadap segala jenis penyakit yang membahayakan. Situasi ini berlangsung ketika pelayanan kesehatan tidak semahal saat ini dan individu membayar sendiri layanan rutin sehingga asuransi kesehatan digunakan sebagai perlindungan terhadap pengeluaran berisiko dan perlindungan terhadap hilangnya pendapatan.

Belakangan ini, walalupun secara teknis bentuknya tetap asuransi kesehatan, kita memandangnya sebagai perlindungan asuransi ketunadayaan.

Selama paruh akhir abad ke-20, tuntutan akan asuransi kesehatan dan penggunaannya berubah drastis. Produk asuransi kesehatan juga berubah sebagai respons terhadap tuntutan tersebut. Berikut adalah fakta-fakta yang secara khusus penting,

a. Kebanyakan perlindungan asuransi kesehatan mencakup sekumpulan kemaslahatan (tunjangan) layanan kesehatan, yang kebanyakan mencakup lama rawat dan jasa dokter sekaligus jenis layanan dan kemaslahatan yang lain.

b. Baik sektor pemerintah maupun swasta, mulai mengembangkan dan meningkatkan peran penting mereka dalam penyediaan perlindungan asuransi kesehatan.

c. Sekumpulan polis asuransi kesehatan mulai ditawarkan sebagai fasilitas bagi karyawan melalui pembelian perlindungan yang ditangani oleh perusahaan dan semakin sedikit orang yang membeli polis asuransi individual.

d. Mekanisme penggantian pembayaran (*reimbursement*) penyedia layanan kesehatan berkembang dari sekedar membayar berdasarkan biaya menjadi penggantian berdasarkan dana yang sebelumnya telah dibayarkan; dan

e. Biaya pelayanan kesehatan mulai naik.

Asuransi kesehatan ini lahir ketika terjadi Depresi Besar (*great depression*) di tahun 1930an, di mana saat itu kebijakan asuransi kesehatan nasional dapat memberikan suatu sistem perlindungan asuransi kesehatan universal di Amerika Serikat. Namun demikian, kebijakan tersebut memiliki beberapa pendukung, seperti *American Medical Association* (AMA) dan lainnya menentang. Sementara ketika adanya Depresi dan keterlibatan AS dalam perang Dunia II, pendanaan yang dibutuhkan untuk sistem semacam ini belum tersedia. Ketertarikan terhadap asuransi kesehatan nasional tetap

berlanjut setelah perang, konsep mekanisme asuransi kesehatan universal akhirnya memilki makna yang serupa dengan "pengobatan tersosialisasi" selama perang dingin pada tahun 1950an. Hasil akhirnya, bahwa sistem asuransi kesehatan yang bersumber pada sektor swasta (Starr, 1982).

Untuk mengatasi meningkatnya jumlah kaum papa dan lansia yang tidak atau sedikit memiliki akses ke layanan kesehatan, pemerintah mulai terlibat dalam pemberian perlindungan layanan kesehatan. Pada tahun 1965, dengan dikeluarkannua undang-undang pembentukan program Medicare dan Medicaid, pemerintah memikul tanggung jawab untuk memberikan perlindungan bagi jutaan penduduk miskin dan lansia Amerika. Program pemerintah tersebut memiliki dampak yang signifikan ke berbagai aspek. Program tersebut juga diperluas untuk menarik lebih banyak individu yang memenuhi syarat untuk memiliki perlindungan, menambahkan jenis kemaslahatan yang diberikan, dan mengalami perubahan di berbagai aspek seiring perjalanan waktu. Salah satu perkembangan utama perlindungan sektor publik adalah dengan pembentukan Program Asuransi Kesehatan Anak di Tahun 1997. Selain itu, pemerintah federal juga telah memiliki program ekstensif untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi tenaga militer aktif, veteran dan ahli waris mereka. Sistem medis militer merupakan salah satu sistem tercanggih di dunia dan telah dijadikan model dalam banyak bidang.

Perlindungan layanan kesehatan swasta juga mengalami perkembangan pesat dalam 50 sampai 60 tahun terakhir. Perubahan besar yang terjadi adalah pengusaha mulai menjadikan asuransi kesehatan sebagai salah satu maslahat (tunjangan) bagi karyawan. Pengusaha lebih memilih untuk menawarkan kemaslahatan ini dibanding menaikkan gaji karyawan. Kondisi ini merupakan hasil kesepakatan yang didapat melalui negosiasi serikat pekerja untuk meningkatkan kemaslahatan bagi pekerja dan keluarganya. Selama 50 tahun terakhir, asuransi swasta telah berkembang dari polis

perlindungan terhadap kehilangan menjadi plan prabayar layanan terkelola (*managed care*). Saat ini, ada berbagai jenis perlindungan asuransi yang digunakan di kalangan industri.

2. Karakteristik Asuransi Kesehatan

Bagian ini akan membahas beberapa aspek penting dalam asuransi kesehatan, termasuk cara pembiayaan jasa layanan kesehatan, cara pengendalian biaya, dan jenis kemaslahatan yang ditawarkan.

a. Bentuk Pembayaran

Ada dua bentuk pembayaran yang menjadi dasar bagi semua jenis perlindungan asuransi kesehatan. Kedua bentuk ini adalah pembayaran berdasarkan biaya per-jasa versus prabayar, yang akan dijelaskan sebagai berikut.

b. Biaya atas layanan pendekatan ini dikembangkan oleh plan Blue Bross-Blue Sield dan didasarkan pada konsep bahwa individu yang terjamin membeli perlindungan yang terdiri atas sekumpulan maslahat dengan menggunakan jasa medis individual dan membayar penyedia layanan kesehatan untuk jasa yang sendiri yang selanjutnya akan diganti tunai oleh penjamin atau pihak terjamin sendiri yang selanjutnya akan diganti tunai oleh penjamin. Biasanya, pihak terjamin harus memenuhi jumlah pembayaran tak terjamin (*deductible*) dan melakukan pembayaran swadana pendamping (*compayment*) untuk layanan yang diterima.

c. Prabayar pada pendekatan ini, pihak terjamin membayar jumlah tertentu yang sudah ditetapkan sebagai ganti jasa yang diterima. Jenis layanan rutin biasanya diganti secara penuh, sementara pembayaran swadana pendamping (*compayment*) dilakukan untuk jasa-jasa tertentu, misalnya peresepan.

12

a. Pembagian Biaya Bersama

Kebanyakan plois asuransi mengahruskan pihak terjamin untuk memikul beberapa biaya layanan secara swadana. Pembagian biaya bersama mungkin memiliki bentuk yang berbeda-beda, tetapi dapat mencakup beberapa atau semua poin berikut.

1) *Compayment* (pembayaran swadana pendamping) adalah biaya yang ditanggung oleh pihak terjamin saat suatu jasa digunakan. Contoh, resep obat atau kunjungan ke dokter mungkin memerlukan swadana sekitas $15 atau %20. metode swadana pendamping diberlakukan, baik pada plan biaya per-jasa maupun pada plan prabayar.

2) *Deductible* (pembayaran tak terjamin) adalah tingkat pemba-yaran yang harus dipenuhi oleh pihak atau keluarga terjamin sebelum penjamin mulai melakukan jenis polisnya. Jumlah pembayaran tak terjamin beragam mulai dari jumlah yang re-latif untuk pada jenis asuransi tradisional sampai jumlah yang cukup besar untuk perlindungan hal yang berisiko.

3) *Co-insurance* (asuransi bersama) dalam polis biaya atas layanan, pihak terjamain membayar beberapa peran biaya perawatan, sementara pihak penjamin bertanggung jawab terhadap sisa pembayaran. Contoh, pembayaran yang ditang-gung pihak terjamin biasanya 20%, sementara pihak penjamin membayarkan 80%.

12

b. Keterbatasan Polis

Kerap kali polis asuransi memiliki berbagai jenis keterbatasan beberapa membatasi pembayaran oleh pemegang polis dan beberapa membatasi cakupan total perlindungan yang diberikan penjamin.

1) Pengeluaran swadana maksimum ini merupakan jumlah total biaya yang akan ditanggung pihak terjamin. Setelah mencapai jumlah tesebut, pihak penjamin akan membayar 100% sisanya.

2) Batasan seumur hidup ini merupakan cakupan maksimum yang akan ditanggung polis asuransi seumur hidup pihak terjamin.

Jenis batasan ini biasanya hanya berlaku ketika ada jenis penyakit yang sangat memerlukan perawatan yang mahal. Contoh, pada berbagai kasus transplantasi atau cedera tulang belakang, biaya pengobatan dapat melonjak sampai ratusan ribu dolar. Batasan biasa umumnya mancapai $1,0 juta atau diatasnya.

c. Bahaya Moral

Konsep bahaya moral mengacu pada ide bahwa keberadaan perlindungan asuransi memberikan suatu keuntungan bagi pihak terjamin untuk memanfaatkan tanggungan tersebut.

d. Jenis Maslahat

Berbagai jenis paket maslahat atau fasilitas dapat dibeli. Paket tersebut menawarkan maslahat yang biasanya mencakup dokter dan jenis kunjungan rawat jalan lain, layanan penunjang, peralatan medis, terapi dan jenis layanan lainnya. Obat dengan resep dokter terkadang ditanggung begitu pula dengan layanan lainnya. Obat dengan resep dokter terkadang ditanggung begitu pula dengan layanan rehabilitasi, hospis, dan layanan kesehatan jiwa. Meskipun disebut "terpadu", kebanyakan polis tidak mencakup segalanya sehingga terdapat pengecualian; sebagian besar pengobatan eksperimental biasanya tidak termasuk.

1) Polis medis dasar, mayor, atau bedah rumah sakit (*basic, major medical, or hospital-surgery policies*) Sesuai jenis namanya. Maslahat yang diberikan polis ini terbatas pada jenis penyakit yang memerlukan rawat inap. Maslahat dapat mencakup lama rawat inap, layanan bedah, pemeriksaan dan tindakan terkait, jasa dokter terkait, dan pengeluaran lain yang muncul selama sakit. Biasanya terdapat batasan lama rawat inap dan pengeluaran yang ditanggung.

2) Polis perlindungan penyakit berat (*catasthropic coverage policies*)-maslahat dalam polis ini ditunjukkan untuk membiayai jenis penyakit yang tidak biasa; polis biasanya memuat pembayaran tak-terjamin yang sangat besar ($15.000 atau lebih) dan batasan seumur hidup terhadap penganggungannya.

3) Polis sesuai dengan penyakit, (*discape-specific policies*)-dalam polis ini, maslahat hanya mencakup penyakit-penyakit tertentu (misalnya polis pengobatan kanker).

4) Polis MediGap-polis ini memberikan perlindungan tambahan pada maslahat tertentu yang tidak tercakup dalam jenis polis lain (misalnya obat dengan resep dokter).

e. Isu Lain Terkait Asuransi Kesehatan

Ada sejumlah isu penting yang harus dipertimbangkan ketika seseorang manajer dan/atau individu membuat keputusan mengenai asuransi layanan keksehatan. Persoalan ini mencakup:

1) Pilihan Penyedia Layanan-permasalahannya adalah apakah individu terjamin memiliki pilihan ketika mereka ingin memilih penyedia layanan atau apakah terdapat keterbatasan dalam memilih penyedia layanan yang ingin digunakan.

2) Akses Versus Halangan ke Layanan-Permasalahannya adalah apakah individu terjamin memiliki akses ke layanan yang tak terbatas, sementara pada polis lainnya, akses dibatasi oleh otoritas.

Bagian akhir bab ini akan membahas secara mendalam beberapa jenis perlindungan asuransi. Bab ini juga membahas tentang jumlah dan demografi segmen tertentu dari suatu populasi yang memiliki dan tidak memiliki perlindungan asuransi kesehatan. Terakhir, bab ini akan memuat kesimpulan mengenai implikasi asuransi kesehatan terhadap manajer layanan kesehatan.

3. Asuransi Kesehatan Swasta

Setiap jenis asuransi kesehatan swasta akan dibahas secara ringkas. Selain itu, pembahasan juga mencakup kelebihan dan kekurangan masing-masing jenis asuransi yang dikaitkan dengan layanan pilihan penyedia layanan dan biaya.

a. Asuransi Perlindungan Kehilangan (*Idemnity Insurance*).

Kebanyakan produk asuransi perlindungan kehilangan didasarkan atas model biaya atas layanan. Ketika pihak terjamin

menggunakan jasa layanan kesehatan, mereka membayar jasa tersebut dan meminta penggantian pembayaran dari pihak penjamin. Layanan diberikan oleh penyedia layanan kesehatan mandiri tanpa adanya otoritas penghalang atau batasan lain. Manajemen layanan hanya berlaku saat keadaan diakui secara elektif yang tentunya memerlukan pra otorisasi (pengesahan awal).

b. Plan Layanan Terkelola (*Managed Care Plan*)

Tidak seperti asuransi perlindungan kehilangan, plan kesehatan ini berupaya mengelola biaya, mutu, dan akses ke layakan kesehatan melalui mekanisme kontrol, baik terhadap pasien maupun penyedia layanan. Sistem pemberian jasa ini berupaya memadukan sistem pembiayaan dan pemilihan pelayanan kesehatan dalam satu organisasi. Jenis utamanya mencakup plan HMO, PPO, dan POS dan akan dijelaskan lebih lanjut.

c. *Health Maintenance Organization* (HMO)

Individu menjadi anggota organisasi dengan membayar satu harga tetap. Begitu menjadi anggota, mereka akan dilibatkan dalam HMO, anggota layak mendapatkan dari penyedia dan fasilitas yang bekerja sama dengan HMO. Layanan yang diberikan tanpa dikenakan biaya, walau sedikit pembayaran swadana kerap diperlukan untuk obat yang menggunakan resep. Administrasi dipusatkan pada penyedia layanan yang biasanya mendapatkan penggantian berdasarkan tarif per orang, hal ini berarti bahwa penyedia layanan dibayar sesuai jumlah yang ditetapkan berapa pun banyaknya layanan yang perlu mereka berikan. Ada beragam jenis perjanjian kontrak dengan penyedia layanan, yang dapat berupa:

1) HMO panel tertutup-dokter berpraktik hanya di dalam HMO, biasanya dalam pusat kesehatan yang dimiliki HMO;
2) HMO panel terbuka-dokter berpraktik di dalam dan di luar HMO;

3) Group Model HMO-HMO mengadakan perjanjian kontrak dengan kelompok multi-spesialis untuk memberikan layanan bagi anggotanya;
4) Staff Model HMO-kelompok dokter adalah karyawan yang digaji HMO atau karyawan yang digaji kelompok profesional yang memiliki kontrak eksklusif dengan HMO;
5) *Independent Practice Association* atau model IPA-HMO mengadakan perjanjian kontrak dengan asosiasi dokter yang berpraktik secara mandiri di kantor mereka sendiri dan;
6) *Network Model* HMO-HMO mengadakan perjanjian kontrak dengan beberapa kelompok dokter atau dengan dokter perorangan atau dengan klinik medis multi spesialis (dokter dan rumah sakit) untuk memberikan berbagai macam layanan media.

d. *Preferred Provider Organization* (PPO)

Plan ini memperlihatkan perpaduan pilihan antara asuransi perlindungan kehilangan dan layanan terkelola. Dalam PPO, pihak terjamin membeli perlindungan berdasarkan biaya-atas-layanan dengan pembayaran tak terjamin, pembayaran swadana pendamping dan asuransi bersama. Layanan dikelola dalam artian bahwa pihak terjamin akan membayar lebih rendah apabila layanan didapat dari jaringan organisasi penyedia layanan pilihan yang bekerjasama dengan pihak penjamin untuk memberikan potongan harga. Organisasi penyedia layanan tersebut mencakup dokter, rumah sakit, fasilitas diagnostik, dan jenis penyedia lainnya. Apabila layanan tidak tersedia pada penyedia layanan tersebut, pihak terjamin harus membayar lebih tinggi dan tanpa potongan harga, serta harus memenuhi pembayaran tak terjamin dan asuransi bersama yang juga lebih tinggi untuk layanan tersebut.

e. ***Exclusive Provider Organization* (EPO)**

Plan ini sangat serupa dengan PPO, dengan perbedaan pokok pada keterbatasan aksesnya. Jaringan penyedia jasa terbatas pada kelompok khusus dalam jaringan kerja internal penyedia layanan. Serupa dengan HMO, yang telah dijelaskan sebelumnya, EPO menggunakan dokter layanan primer sebagai pintu atau otoritas untuk rujukan ke layanan spesialis. EPO tidak memberikan perlindungan apabila pihak terjamin dirawat di luar jaringan penyedia layanan.

f. ***Plan Point of Service* (POS)**

Plan ini lebih fleksibel dibandingkan model HMO di atas dan terkadang disebut sebagai *open-ended* plan. Dalam plan POS, anggota dapat menggunakan layanan yang berada di luar plan, tentunya dengan membayar pembayaran tak terjamin dan insuransi bersama. Plan ini berupaya mengatassi beberapa kekurangan yang ada pada model HMO murni.

Pada pertengahan tahun 1990an, banyak orang berpandangan bahwa layanan terkelola merupakan solusi terbaik terhadap masalah kenaikan biaya layanan kesehatan. Meskipun pada awalnya pertumbuhan layanan terkelola terjadi sangat pesat, terutama pada HMO, tren belakangan mengalami kelambatan. Selain itu, persepsi konsumen memperlihatkan adanya pandangan yang negatif terhadap plan layanan terkelola, kekhawatiran terhadap pembatasan yang ada dalam *plan*, dan mutu layanan yang diberikan (*Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured/ Kaiser Family Foundation,* 2006).

Bukti terbaru juga menunjukkan bahwa PPO menjadi bentuk perlindungan yang lebih dominan (Hurley, Strunk, & White, 2004). Bukti tersebut juga memperlihatkan perubahan drastis dalam pilihan *plan* sejak tahun 1988. Pada saat itu, sekitar 73% pekerja ikut dalam plan asuransi kesehatan konvensional, 16% dalam HMO, 11% dalam PPO, dan plan POS tidak masuk dalam hitungan. Pada tahun 2005, sekitar 61% pekerja yang ikut plan kesehatan memilih PPO, sedangkan hanya 21% yang memilih HMO dan 15% memilih

POS. Sementara itu, hanya 3% yang tetap mengikuti plan kesehatan konvensional (*Kaiser Family Foundation and Health Research and Education Trust,* 2005).

4. Sistem Kesehatan Nasional

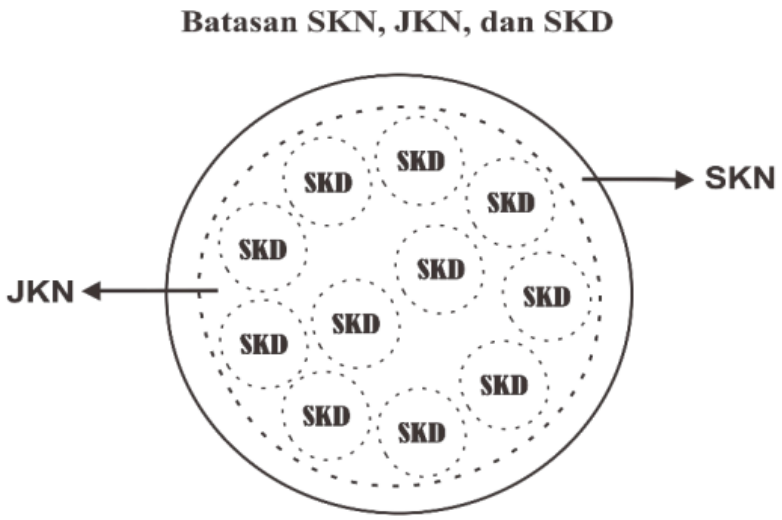
Setiap orang mempunyai kewajiban untuk menjaga kesehatan dirinya sendiri. Tetapi, tidak semua orang mampu menjaga dan melindungi diri sendiri. Terkadang sikap atau perilaku orang lain yang tidak bertanggungjawab menyebabkan orang lain bisa kehilangan kesehatannya. Bencana sakit yang pengobatannya sangat besar tidak sanggup ditanggung sebagian besar orang. Karena sifat kesehatan yang dipengaruhi juga oleh orang lain dan lingkungan yang di luar kendali orang tersebut, maka pemerintah harus melindungi orang per orang yang tidak sanggup melindungi dirinya sendiri. Dalam pembukaan UUD 45 tugas atau kewajiban pemerintah untuk melindungi segenap bangsa, baik bencana datang dari luar negeri, dari dalam negeri, maupun dari dalam diri seseorang telah jelas dirumuskan.

Sistem kesehatan disusun untuk mencapai keseimbangan fungsi sebuah dari sebuah sistem kesehatan agar seluruh anggota masyarakat menikmati hidup sehat produktif. Sebuah sistem kesehatan yang berlaku di suatu negeri disebut Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Indonesia memiliki SKN yang telah mengalami berbagai perubahan, dengan atau tanpa peraturan yang diberi nama "SKN". Meskipun di tahun 2015 berlaku SKN yang disusun dalam Perpres No. 72/2012, sesungguhnya rumusan SKN dalam Perpres tersebut bukan merupakan sistem yang operasional. Seharusnya, sebuah Perpres mengatur hal-hal operasional sehingga SKN jelas mengatur siapa berbuat apa dan seberapa besar peran masing-masing unsur SKN.

Sesungguhnya, SKN Indonesia yang kini berfungsi dapat dirumuskan dari berbagai Undang-Undang dan Peraturan yang berlaku seperti UU No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, UU No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran, UU No. 36/2009 ten-

tang Kesehatan, UU No. 44/2009 tentang Rumah Sakit, UU No. 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, UU No. 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah, dan UU serta peraturan lain yang merupakan turunan dari UU tersebut.

Sistem Kesehatan Nasional yang berlaku dan harus dipatuhi atau mau tidak mau diterima oleh semua pemangku kepentingan, baik di tingkat pusat (pemerintah), pemerintah daerah, badan publik di luar pemerintahan, badan swasta, maupun penduduk secara perorangan). Sebelum JKN, rumah sakit milik pemda harus mendapat izin operasional dari Kemenkes. Dalam JKN, semua RS milik pemerintah (pusat atau pemda) harus kontrak dengan BPJS Kesehatan dan menerima besaran pembayaran CBG. Sedangkan RS swasta boleh tidak melakukan kontrak dengan BPJS, Peraturan Presiden No. 111/2013 yang tidak mengharuskan RS swasta kontrak dengan BPJS Kesehatan mengindikasikan besaran bayaran CBG tidak memadai. Jadi, jelas bahwa SKN dan JKN bersekala Nasional, artinya berlaku di seluruh wilayah NKRI. Dalam UU Otonomi Daerah, pemda berhak mengatur sebagian bidang kesehatan yang disebut subsistem Sistem Kesehatan Daerah (SKD). Sebagai contoh, pemda di DKI Jakarta mengatur puskesmas kecamatan berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang memberikan otonomi keuangan, sementara di banyak daerah, puskesmas belum menjadi BLUD. Namun demikian, SKD yang dapat dibentuk oleh satu atau lebih Peraturan Daerah (Perda) tidak boleh melanggar batas-batas supra sistem yaitu JKN dan SKN. Maka, misalnya JKN tidak boleh mengontrak dokter atau RS yang secara nasional tidak diakui atau tidak diberi izin oleh pemda. Izin praktik dokter tidak untuk JKN, tetapi untuk melayani siapapun yang memerlukan dan memilih dokter tersebut. Untuk memudahkan pemahaman, maka batas-batas SKN, JKN, dan SKD dapat dilihat dalam gambar berikut.



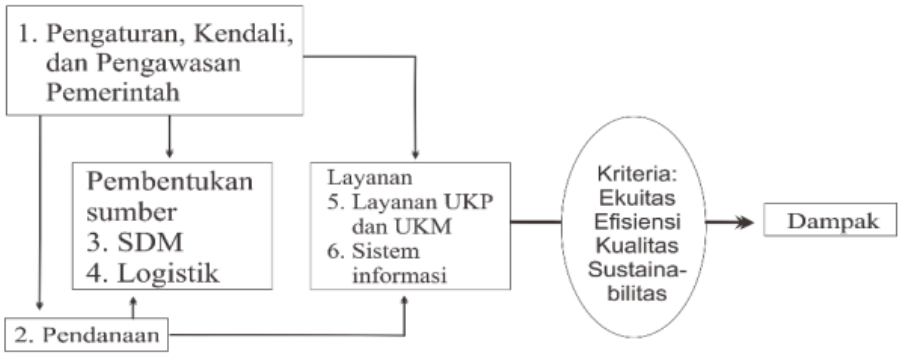
Gambar 5.1. Pengaturan dan Batas-batas SKN, JKN, dan SKD
Sumber: Jaminan Kesehatan Nasional/ Hasbullah Thabrany (2015)

1. Unsur-unsur dan Peranan Masing-masing dalam Sistem Kesehatan Nasional

   Jika disusun berdasarkan konsep IPOO (*Input, Process, Output, Outcome*), secara umum, unsur-unsur utama SKN adalah unsur masuka (*input*) seperti pengaturan, dana, sumber daya kesehatan, BPJS, dan fasilitas kesehatan. Semua masukan diproses (*proscess*) dengan berbagai kendali, informasi, pengawasan (steering and rowing) dengan komando pemerintah (*leadership*). Masukan diproses untuk menghasilkan keluaran (*output*) berupa layanan kesehatan perorangan dan layanan kesehatan masyarakat. Jumlah dan kaulitas keluaran yang bagus (dengan kriteria ekuitas, efisiensi, kualitas, dan sustainbilitas) akan menghasilkan dampak (*impact/outcome*) yang bagus berupa penduduk sehat dan produktif. Karena semua yang ada di alam ini bergerak, maka unsur-unsur SKN harus selalu berubah sesuai tuntutan dan standar kehidupan yang berubah. Perubahan yang terus-menerus dengan keseimbangan masukan sampai keluaran akan menjamin kesinambungan (*sustainabilitas*). Jika digambarkan SKN, dengan mengambil model dari Laporan

WHO tahun 2000, maka SKN terbagi menjadi tiga bagian besar dan unsur-unsur dengan fungsi sebagai.

Bagian, Unsur-unsur dan Fungsi SKN



Gambar 5.2. Bagian, Unsur-unsur, dan Fungsi SKN
Sumber: Diadaptasi dari Laporan WHO 2000

2. Upaya Kesehatan Perorangan

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) diatur tersendiri dalam UU SJSN dan ditegaskan lagi dalam UU No. 36/2009 tentang kesehatan. Pada prinsipnya, UKP didanai oleh masyarakat secara terpisah dari pendanaan pemerintah. Sudah barang tentu ada sebagian UKP yang bersinggungan dengan UKM. Pemerintah adalah badan hukum publik yang ditugaskan UUD 45 untuk mengurus negara dalam urusan eksekutif. Badan hukum publik yang ditugaskan negara untuk mengurus pengaturan dan pengawasan, legislatif, adalah Dewan Perwakilan Rakyat. Ada lagi badan publik pengawasan yaitu Badan Pemeriksa Keuangan. Selain itu ada badan publik moneter yaitu Bank Indonesia. Untuk mengurus UKP dibentuk dua badan hukum publik Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Sebagian urusan pemerintah didesentralisasi kepada pemerintahan provinsi dan pemerintahan kota atau kabupaten. Kata pemerintahan mencakup DPR

dan eksekutif. Untuk urusan UKP, maka penyelenggaranya atau yang ditunjuk negara (melalui UU No.24/2011) adalah BPJS kesehatan (BPJSKes).

Dalam subsistem JKN, semua penduduk (termasuk orang asing yang secara legal bekerja di Indonesia) wajib membayar iuran yang besar proporsional (persentase tertentu) dari upahnya. Dana iuran wajib ini dihimpun (di-pool) oleh BPJS untuk digunakan bersama, siapapun yang sakit. Itulah bentuk gotong royong luas, dan yang muda kepada yang tua. Ketika dana amanat, dana bersama digunakan, BPJS tidak boleh membedakan yang sakit atas dasar kelompok atau besaran iuran. Begitu dana sudah masuk pundi dana amanat, maka dana itu menjadi milik seluruh peserta. Besaran iuran ditetapkan oleh Presiden secara berkala untuk menjamin kecukupan dana amanat JKN. Kasus sulitnya likuiditas BPJS di akhir tahun 2014 disebabkan karena pemerintah menerapkan iuran tidak sesuai dengan perhitungan yang diajukan DJSN, yaitu Rp 27.000 per orang per bulan untuk PBI di tahun 2014. Pemerintah hanya membayar iuran Rp. 19.225 per orang per bulan. Saat ini Tahun 2019 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mensosialisasikan regulasi yang termuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 51 Tahun 2018 mengenai urun biaya dan selisih biaya JKN-KIS (Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat).

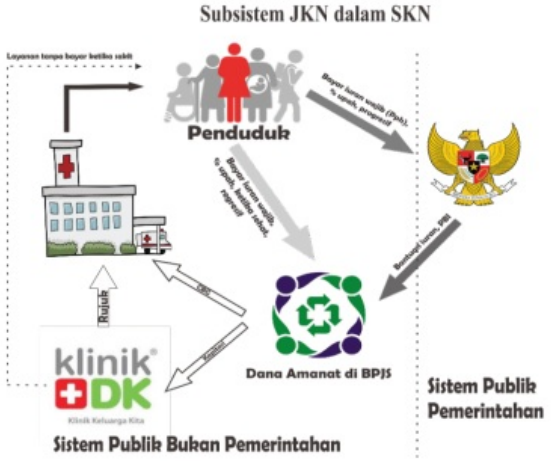
Deputi Direksi Bidang Jaminan Pelayanan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan, Budi Mohamad Arief mengatakan bahwa nantinya peserta BPJS akan membayar urun biaya untuk rawat jalan pada setiap kunjungan, di rumah sakit kelas A dan B sebesar Rp 20.000, sedangkan di rumah sakit kelas C dan D sebesar Rp 10.000. Sementara untuk rawat inap, besaran urun biayanya adalah 10 persen dari biaya pelayanan dihitung dari total tarif INA CBG's (Indonesian Case Based Groups) setiap

kali melakukan rawat inap, atau maksimal Rp 30 juta. Berikut adalah tabel iuran JKN berdasarkan masing-masing jenis kepesertaan.

Tabel 1: Iuran JKN Berdasarkan Jenis Kepesertaan

Peserta			Iuran		Dasar Perhitungan Iuran
Bukan Penerima Bantuan Iuran (Bukan PBI)	Pekerja Penerima Upah	PNS, Anggota TNI, Anggota POLRI, Pejabat Negara, pimpinan dan anggota DPRD, Pegawai Pemerintah Non PNS	Pemberi Kerja	3%	% dari gaji/upah dan tunjangan keluarga per bulan
			Pekerja	2%	Khusus untuk Pegawai Pemerintah Non PNS dihitung berdasarkan penghasilan tetap. batas maksimum gaji/upah untuk penghitungan iuran adalah sebesar Rp 8.000.000
		Pekerja Swasta dan Pekerja Penerima Upah lainnya	Pemberi Kerja	4%	% dari gaji atau upah per bulan berikut tunjangan tetap dengan batas maksimum gaji/upah untuk penghitungan iuran adalah sebesar Rp 8.000.000
			Pekerja	1%	
	Pekerja Bukan Penerima Upah			Rp 80.000	Rawat Inap Kelas I, iuran per jiwa per bulan
				Rp 51.000	Rawat Inap Kelas II, iuran per jiwa per bulan
				Rp 25.500	Rawat Inap Kelas III, iuran per jiwa per bulan
	Bukan Pekerja	Investor, pemberi kerja, penduduk usia pensiun selain penerima pensiun pemerintah.		Rp 80.000	Rawat Inap Kelas I, iuran per jiwa per bulan
				Rp 51.000	Rawat Inap Kelas II, iuran per jiwa per bulan
				Rp 25.500	Rawat Inap Kelas III, iuran per jiwa per bulan
		Penerima Pensiun Pemerintah termasuk ahli warisnya ex PNS, TNI, POLRI dan Pejabat Negara	Pemerintah	3%	% dari besaran pensiun pokok dan tunjangan keluarga
			Penerima Pensiun	2%	
		Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan ahli warisnya	Pemerintah	5%	% dari 45% gaji pokok PNS gol IIIa dengan masa kerja 14 tahun per bulan
Penerima Bantuan Iuran (PBI)				Rp 23.000	Rawat Inap Kelas III, iuran per jiwa per bulan

Ke daerah manapun dia pergi mencari pengobatan, sejauh prosedurnya sesuai tarif yang ditetapkan. Maka tidak didesentralisasi JKN memberikan keuntungan tebesar bagi seluruh penduduk Indonesia



Gamar 5.3: Subsistem JKN dalam SKN

Sumber: Jaminan Kesehatan Nasional/ Hasbullah Thabrany (2015)

3. Upaya Kesehatan Masyarakat

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah upaya yang sasarannya adalah sekelompok orang atau masyarakat. Salah satu contoh UKM adalah upaya pengasapan, *fogging,* sebagai salah satu upaya menurunkan angka kesakitan demam berdarah. Karena efek dari UKM tidak spesifik orang per orang, maka pendanaan UKM juga tidak bsa dibebankan pada setiap orang sesuai dengan nikmat layanan yang diterimanya. Meskipun ada rumah besar maupun rumah kecil yang mengambil asap berbeda jumlahnya, semua orang juga tidak perlu membayar ketika rumahnya di *fogging*. Jumlah nyamuk yang terbunuh juga berbeda antar satu rumah dengan rumah lain. Maka dari itu, pendanaan UKM juga tidak perlu dibebankan pada pengguna. Pendanaan UKM menjadi tanggung jawab pemda masing-masing. Karena wilayah UKM bisa spesifik pada daerah endemis atau yang terserang tertentu yang tidak sama waktunya diseluruh daerah, maka UKM didesentralisasi. Daerah endemis tidak dinamis atau berpindah-pindah seperti penduduk. Selain itu, pemda yang terdekatlah yang tahu di mana terjadi masalah kesehatan masyarakat. Oleh karenanya, tanggung jawab dan tugas UKM harus diserahkan kepada pemerintah daerah.

Penyuluhan kesehatan, inspeksi kesehatan lingkungan, inspeksi sanitasi makanan, inspeksi kesehatan lingkungan kerja, pendidikan kesehatan, dan lain-lain merupakan jenis-jenis UKM yang diserahkan pendanaan dan pelaksanaannya kepada pemda. Selain itu, perizinan fasilitas kesehatan merupakan layanan UKP dan pengawasan mutu layanan difasilitas kesehatan merupakan tugas-tugas yang diserahkan kewenangannya kepada pemda. Pemerintah pusat (Kemenkes) bertugas menyusun norma dan standar dalam UKM. Dalam beberapa hal, Kemenkes dapat memberi bantuan dana maupun teknis untuk menjamin standar pelauanan minimal dapat dipenuhi di seluruh

daerah. Sesungguhnya, Kemenkes juga dapat memberi subsidi kepada fasilitas kesehatan milik swasta yang bersifat nirlaba, yang selama ini masih sangat jarang dilakukan.

4. Hak dan Kewajiban Penduduk

   a. Kebutuhan Dasar dan Layanan Dasar

      Awal tahun 2014, setelah tertunda hampir 10 tahun karena pemerintah tidak menjalankan perintah UU No. 40/2004, JKN mulai dilaksanakan. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) disetujui pemerintah dan DPR pada tanggal 28 Oktober 2011 bukanlah secara kebetulan. Penetapan UU pada hari ulang tahun Sumpah Pemuda itu memang dimaksudkan untuk menambah "Satu Sumpah" di hari Sumpah Pemuda, satu bangsa, satu bangsa, satu bahasa, satu tanah air, dan satu JKN. Para pemuda yang dikoordinir KAJS (Komite Aksi Jaminan Sosial) mengawal lahirnya UU BPJS dengan demo besar lebih dari 30.000 pekerja di depan DPR berbuah hasil. Draf awal UU BPJS yang disetujui pada tanggal 28 Oktober masih belum bersih. Sehingga pada bulan pertama timbul desas-desus yang menyatakan bahwa UU BPJS belum tuntas.

      Pengaturan manfaat yang dijamin dan iuran, diatur dalam UU SJSN 7 tahun sebelumnya. Program JKN menjamin paket layanan dasar yang diterjemahkan lebih rinci dalam Peraturan Presiden (Perpres) No. 12/2013 dan kemudian diperbaiki dengan Perpres No. 111/2013. Karena program JKN menjamin paket dasar yang memenuhi kebutuhan dasar, maka definisi paket dasar dan kebutuhan dasar menjadi isu penting. Paket tambahan bisa dibeli dari perusahaan asuransi. Selain perusahaan asuransi, pemda yang mampu juga dapat menyediakan paket tambahan. Harus dibedakan antara kebutuhan dasar, pelayanan dasar, dan paket jaminan dasar.

b. Pilar Jaminan Sosial

Dalam merumuskan konsep jaminan sosial tim jaminan sosial nasional yang dibentuk dengan kepres no 20 tahun 2002 menyepakati suatu sistem jaminan sosial harus dibangun dengan tiga pilar. Pilar jaminan sosial menjelaskan sumber dana dan mekanisme yang harus dijalankan dalam sebuah sistem jaminan sosial. Pilar jaminan sosial digunakan di berbagai negara karena sifatnya yang universal. Prinsip yang digunakan sama diseluruh dunia. Tetapi, rincian mekanisme proses dan besaran manfaat untuk memenuhi kebutuhan dasar yang berbeda-beda antara satu negara dengan negara lain pilar jaminan sosial yang universal adalah:

1) Pilar Pertama: Pilar Bantuan Sosial.

Di mana bagi mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Dalam UU SJSN, bantuan sosial diwujudkan dengan bantuan iuran oleh pemerintah (pusat) agar mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap dapat tetap menjadi peserta JKN. Keharusan pemerintah pusat membayar iuran bagi penduduk miskin dan tidak mampu, memfasilitasi redistribusi beban Pemda. Penduduk miskin dan tidak mampu penerima bantuan sosial dalam bentuk subsidi iuran disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI). Karena iuran PBI dibayar ke BPJS, maka dengan sendirinya iuran tersebut merupakan dana dekonsentrasi ke daerah. Sebab peserta PBI tersebar di seluruh Indonesia sesuai domisili mereka. Daerah yang memiliki lebih banyak penduduk miskin dan tidak mampu akan mendapat iuran PBI (secara tidak langsung, melalui BPJS) lebih banyak. Dana dekonsentrasi, mirip dengan Dana Alokasi Khusus (DAK), lebih pasti sampai ke penduduk miskin dan tidak mampu dibanding dana DAK yang disalurkan ke Dinas Kesehatan atau ke Rumah Sakit Umum Milik Daerah (RSUD). Oleh

karenanya sistem JKN pembayar tunggal (*single payer*) lebih menguntungkan penduduk di berbagai daerah. Pemda yang cerdik akan membangun fasilitas kesehatan yang baik kualitasnya agar dana BPJS terserap dan dinikmati penduduknya.

2) Pilar Kedua: Pilar Asuransi Sosial

Merupakan suatu sistem pengumpulan dana (*risk pooling*) dengan mekanisme transfer resiko yang wajib diikuti oleh semua penduduk. Penduduk berpenghasilan (di atas garis kemiskinan) wajib membayar iuran yang proporsional terhadap penghasilannya/upahnya. Bahasan lebih rinci tentang konsep asuransi wajib (sosial) dan asuransi sukarela (komersial) dibahas dalam bab khusus. Pilar ini merupakan tulang punggung dari SJSN. Pilar ini beberapa kali diuji materi ke Mahkamah Konstitusi (MK) akan tetapi MK selalu memutuskan bahwa sistem asuransi sosial ini konstitusional. Pasal 23A UUD 45 membenarkan pungutan pajak dan "pungutan lain yang memaksa", yaitu iuran SJSN. Bahasan lebih dalam tentang konstitusionalitas dan jiwa asuransi sosial dalam JKN dibahas rinci oleh Roberia dalam disertasinya di FHUI bulan Desember 2013.

3) Pilar Ketiga: Pilar Tambahan atau Pilar Suplemen

Dapat disiapkan oleh mereka yang menginginkan (demand) jaminan/manfaat yang lebih memuaskan dari paket JKN. Untuk jaminan hari tua dan pensiun, pilar ketiga dapat sangat besar jumlahnya, jauh melebihi pilar I dan II. Pilar ini dapat diisi dengan membeli asuransi komersial (baik asuransi kesehatan, pensiun, atau asuransi jiwa), tabungan sendiri, membeli saham, membeli surat berharga, menyimpan emas murni, atau program-program pribadi lain. Pilar ketiga dapat dilakukan oleh perorangan, lembaga usaha (pemberi kerja), atau pemda yang kaya sebagai tambahan kesejahteraan.

c. Penetapan Besaran Iuran

Besaran iuran dalam skenario SJSN terdiri dari dua pola iuran yaitu persentase upah untuk pekerja penerima upah dan besaran nominal untuk pekerja bukan menerima upah. Idealnya, di masa depan kedua iuran tersebut harus berada pada nilai nominal aktuaria yang setara agar terjadi keadilan dan tidak terjadi subsidi ekstrim dari pekerja penerima upah dan bukan penerima upah. Untuk penerima bantuan iuran, yang iurannya dibayar oleh pemerintah, besaran iuran harus berbasis pada nilai estimasi per orang atau per keluarga.

Formulasi besarnya iuran

I	= Besarnya iuran terhadap upah dalam persentase
E(c)	= Estimasi besarnya biaya kesehatan (biaya klaim)
m	= Marjin risiko
O	= Biaya operasional
U	= Rata-rata upah setahun

d. Konsep Kepesertaan

Sebagaimana diatur dalam UU SJSN, perluasaan kepesertaan dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan keuangan negara dan kemampuan manajemen. Praktik diberbagai negara juga demikian, itulah konsekuensi sistem asuransi kesehatan sosial yang memang tidak bisa berlaku untuk semua penduduk sekaligus. Kesepakatan nasional sebagaimana telah dirumuskan dalam peta jalan KLM dan telah dituangkan sebagaimana dalam perpres No.12/2013 sebagaimana diubah (pasal 6) dengan Perpres No.111/2013 adalah sebagai berikut:

Seluruh peserta kesehatan yang berasal dari Askes sosial/ PNS, jamkesmas, JPK jamsostek, TNI/POLRI dan sebagian JAMKESDA (diperkirakan dalam peta jalan mencakup sekitar 121,6 juta jiwa) dikelola oleh BPJS kesehatan mulai 1 Januari tahun 2014.

Semua peserta tersebut yang tadinya berkartu atau bernama ASKES PNS, peserta jamkesmas, peserta JPK jamksesmas akan berganti nama menjadi peserta JKN. Sebagian peserta jamkesda, misalnya peserta program Kartu Jakarta Sehat (KJS) yang sejak April 2013 dikelola oleh PT Askes Indonesia juga akan menjadi peserta JKN.

Penduduk miskin dan tidak mampu (peserta jamkesmas dan sebagian peserta jamkesda) yang mendapat bantuan dari pemerintah yang tadinya dikelola oleh kemenkes atau oleh pemda diserahkan pengelolaanya kepada BPJS kesehatan sebagai peserta PBI tidak membayar iuran, tetapi mendapat bantuan iuran dari pemerintah (sesuai pilar satu) yang dibayarkan pemerintah kepada BPJS.

Seluruh pegawai negeri anggota TNI/POLRI yang kini dijamin oleh dinas kesehatan masing-masing angkatan akan diserahkan ke dan dikelola oleh BPJS kesehatan. Pemberi kerja swasta yang sebelumnya mendaftarkan diri dan pekerjaanya ke PT (Persero) Jamsostek, mulai tanggal 1 januari tahun 2014 mendaftarkan ke BPJS kesehatan. Dalam Perpres No.111/2013, pemberi kerja pada Badan Usaha Milik Negara, usaha besar, usaha menengah, usaha kecil paling lambat tanggal 1 Januari 2015, sementara pemberi kerja mikro paling lambat 1 Januari 2016 dan pekerja penerima upah paling lambat harus masuk JKN pada 1 Januari 2019. Namun menurut hemat penulis BPJS seharusnya tidak memaksakan penegak hukum kepesertaan sebagaimana diatur, kemampuan BPJS menangani seluruh pekerja penerima upah tidak memadai. Pemaksaan penegak hukum akan berpengaruh buruk pada JKN. Sistem informasi kepesertaan BPJS sampai Mei 2014 juga masih bermasalah besar karena tidak teliti dan sikronisasinya pimpinan dan tim BPJS. Kartu peserta pekerja PKEKK BPJS yang belum memadai yang sudah dipertimbangkan dalam penyusunan peta jalan. Tetapi BPJS tidak boleh menolak pekerja yang akan mendaftarkan diri dan membayar.

Penegak hukum (dengan sanksi administratif dan saksi layanan Publik) harus dilakukan secara bertahap. Pemberi kerja yang telat memberi jaminan kesehatan melalui asuransi komersial atau menjamin sendiri (asuransi sendiri, *self-insured*) mendapat masa tunggu (*Wait and See*) agar tidak terjadi gejolak yang merusak citra JKN. Pemberi kerja dapat mendaftarkan pekerjanya kapan saja (*any time*) selama tahun 2014-2019 yang realistis adalah penegak hukum dilakukan secara sistematik mulai dari pemberi kerja yang belum menjamin pekerjaanya dengan jumlah pekerja lebih dari 100 orang, menyusul pemberi kerja dengan jumlah pekerja 50-100 orang, dan seterusnya sampai pemberi kerja dengan pekerja satu orang (termasuk rumah tangga) mendaftarkan pekerjaannya kepada BPJS ditahun 2019. Pentahapan seperti ini dilakukan dengan sukses di Korea Selatan. Pemberi kerja yang telah menyediakan jaminan melalui asuransi kesehatan swasta dapat menjadi peserta JKN dengan menggunakan klausal koordinasi manfaat. Namun koordinasi manfaat juga harus tetap mempertimbangkan Kapasitas BPJS.

Pekerja mandiri (bukan penerima upah) yang mendapatkan penghasilan dari usaha sendiri mendaftarkan diri kapan saja (*any time*) selama tahun 2014-2019. Sampai bulan Mei 2014, sekitar dua juta pekerja mandiri sudah mendaftar ke BPJS, pada umumnya seperti telah diperkirakan sebelumnya, mereka yang mendaftar adalah mereka yang memiliki penyakit kronis, usia tua, atau mereka yang sudah dijadwal akan menjalankan terapi. Secara konstitusional mereka tidak boleh ditolak. Pemerintah, melalui BPJS, berkewajiban menjaga kesehatan keuangan BPJS dengan menyediakan dana cadangan yang menurut penulis paling tidak Rp 10 trilliun. Selain itu, BPJS harus juga terus memacu pekerja penerima upah menjadi peserta untuk menyebar resiko tinggi pekerja mandiri dengan pekerja penerima upah. Yang pasti ditahun 2019, tidak boleh lagi ada pekerja mandiri atau penerima upah yang tidak terdaftar dalam JKN.

Penahapan sistematik tersebut mendapat kritik dari tiga kelompok berbeda. Kelompok pertama menginginkan JKN dilakukan untuk seluruh Penduduk. Kelompok ini berargumen bahwa UUD tidak memerintahkan penahapan. Hak orang terhadap jaminan sosial sudah berlaku sejak UUD diamandemen. Karena JKN tidak boleh mengatur pentahapan. Kelompok ini memahami bahwa sebagian orang mungkin tidak mau bergabung. Sebab mereka tidak percaya JKN. Masih mampu mendanai sendiri, atau dengan alasan masih ada jaminan lain. Namun secara hukum mereka menolak pengaturan eksplisit cakupan peserta secara bertahap. Namun kelompok ini mendapat dukungan dari ElKape (LSM yang menyoroti kebijakan pekerjaan) dan BPJS Watch, para aktivis mantan kesatuan aksi jaminan sosial (KAJS), pendukung terkuat UU BPJS.

Kelompok kedua menginginkan tidak ada pentahapan dengan argumen pemahaman bahwa sistem JKN yang berbasis asuransi sosial keliru, mereka berpendapat bahwa seluruh rakyat berhak mendapat layanan kesehatan dan karenanya tidak boleh diminta membayar iuran. Mereka menuntut (bahkan sudah tiga kali uji materi UU SJSN yang menguji pasal yang mewajibkan membayar iuran. Kelompok ini antara lain mendapat dukungan dari Hizbut Tahrir Indonesia dan Dewan Kesehatan Rakyat yang didukung oleh mantan Menteri Kesehatan Siti Fadhillah Supari. Perbedaan pendapat sah saja. Namun pada akhirnya yang harus dijalankan adalah yang telah menjadi ketetapan hukum dan secara manajemen/administrasi memungkinkan.

Kelompok ke tiga justru sebaliknya, mereka menilai bahwa target mencakup seluruh peserta dalam lima tahun (2019) sebagai utopis. Sebab, argumentasi mereka, Jerman saja mencapai cakupan universal dalam waktu lebih dari 100 tahun. Mereka menilai bahwa fasilitas kesehatan di Indonesia belum memadai. Tidaklah adil meminta orang membayar iuran padahal fasilitas kesehatan belum memadai, pendukung kelompok ini

antara lain Ascobat Gani dan Laksono Trisnantoro. Memang keadilan sempurna tidak terjadi di bumi ini. Pilihannya adalah tunggu pemerataan fasilitas kesehatan yang lebih atau kita mulai dengan yang ada sekarang. Menurut pandangan penulis, paling sedikit 60% penduduk yang tinggal di kota atau dekat perkotaan sudah mendapat akses yang memadai (jarak tempuh kurang dari satu jam) diakui, kualitas layanan kesehatan belum sesuai harapan. Secara bertahap kita dapat tingkatkan akses dan kualitas layanan.

Sesungguhnya Indonesia telah menjalan asuransi sosial sejak tahun 1968 dan proses panjang yang dialami Jerman tidak perlu terulang. Indonesia mendapat keuntungan dari kemajuan teknologi komunikasi, informasi pembayaran. Teknologi komunikasi memungkinkan semua orang memahami JKN via internet, televisi, radio, media sosial dan lain-lain dalam waktu sangat singkat, yang tidak tersedia 50 tahun lalu. Teknologi komunikasi dan komputer memungkinkan layanan informasi online di seluruh Indonesia via satelit. Teknologi pembayaran memungkinkan fasilitas kesehatan diseluruh Indonesia dibayar secara online dalam hitungan detik. Bahkan diseluruh dunia, kiranya berbelanja dengan kartu kredit dalam kurang dari satu menit telah terbayar. Dengan kemajuan teknologi tersebut, sangatlah memalukan jika kita masih mematok target waktu puluhan tahun.

e. Kompensasi Peserta di Daerah Tertentu

Dalam hal di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medik sejumlah peserta, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib memberikan kompensasi.

Kompensasi yang diberikan pada peserta dapat dalam bentuk uang tunai, sesuai dengan hak peserta.

Ayat ini dimuat untuk menjawab kritik dari berbagai pihak yang menilai bahwa pengembangan JKN berpotensi menimbulkan ketidakadilan karena manfaat JKN hanya

dinikmati oleh mereka yang tinggal di perkotaan di mana fasilitas kesehatan tersedia secara memadai. Dalam draft awal, dicantumkan contoh kompensasi lain seperti di perusahaan pertambangan atau perusahaan kayu di tengah Kalimantan yang pimpinannya telah membayar iuran, maka BPJS dapat menempatkan dokter/dokter spesialis di sana. Jika penempatan indemnitas, mengganti biaya berobat ke fasilitas kesehatan yang ada yang tidak menjalin kerja sama dengan BPJS. Di suatu daerah yang tidak ada fasilitas hemodialisa dapat dibelikan unit hemodialisa oleh BPJS jika jumlah peserta yang membutuhkan cukup memadai. Dengan cara ini, maka kritik pihak-pihak tersebut sudah ditampung oleh pembuat UU.

f. Macam-macam Kendala Pelayanan JKN

Berbagai masalah muncul yang berkaitan dengan uang, yang telah dan akan dibayar BPJS, kecukupan dana, dan besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Besaran kapitasi dan sebagian besar CBG yang tidak sesuai dengan rata-rata biaya pasar, menyebabkan banyak kasus-kasus "akal-akalan" fasilitas kesehatan untuk mempertahankan operasi dan atau surplus.

1) Aturan BPJS yang Mempersulit

Karena masalah likuiditas dan klaim yang melebihi penerimaan iuran, tampaknya pimpinan BPJS panik dan menyusun aturan kepesertaan yang menabrak batas kewenangannya. Seharusnya BPJS tidak mengatur hal-hal yang bersifat penetapan manfaat layanan. Alhamdulillah, di tahun 2015 pemerintah dan DPR sepakat menyuntik dana tambahan sampai dengan Rp 5 triliun untuk BPJS Kesehatan. Kekeliruan pemahaman pimpinan BPJS terletak pada penafsiran delegasi kewenangan pengaturan kepesertaan yang dalam Perpres Jaminan Kesehatan. Penetapan kapan jaminan mulai berlaku, bukanlah pengaturan administrasi kepesertaan. Mulai berlakunya jaminan merupakan penetapan manfaat JKN yang oleh UU SJSN didelegasikan

kepada Perpres, bukan kepada BPJS. Beberapa aturan BPJS yang memersulit penduduk mendapatkan haknya, sekaligus menjalankan kewajibannya, sebagaimana diatur dalam Peraturan BPJS Nomor 4/2014, adalah:

Aturan mengenai masa berlaku atau aktif jaminan setelah 7 hari peserta mendaftar apalagi membayar bertentangan dengan UU SJSN. Dalam UU disebutkan bahwa peserta adalah penduduk yang telah membayar iuran. Hak peserta adalah mendapatkan jaminan dan informasi. Menunda 7 hari dapat menimbulkan risiko besar. Sebab, sakit dan kecelakaan diri dapat terjadi setiap saat. Celakanya lagi, diberitakan bahwa atas laporan Dirut BPJS Kesehatan, Menko Perekonomian menginstruksikan masa verifikasi 30 hari. Padahal Menko Perekonomian sama sekali tidak diberi peran oleh UU SJSN. Dirut BPJS juga tidak mempunyai garis komando atau garis koordinasi dengan Menko Perekonomian. Jika ada peserta atau anggota keluarga yang karena penundaan masa berlaku ini layanan tidak diperoleh (lihat box), maka peserta tersebut secara hukum dapat menuntut ganti rugi kepada BPJS. Selain itu, peraturan yang ditujukan kepada PBPU yang memilih kelad ll dan kelas I ini bersifat diskriminatif. Jika pegawai bisa mendapat jaminan langsung setelah mendaftar, mengapa PBPU harus menunggu. Bahwa, pengalaman tahun 2014 menunjukkan banyak peserta yang sudah sakit baru mendaftar atau peserta tidak lagi membayar iuran setelah berobat pertama, itu merupakan tantangan manajemen BPJS.

Manajemen BPJS harus merekrut lebih cepat PPU, sesuai kemampuan manajemennya. Kesalahan kedua adalah besaran iuran PBI yang dibayar pemerintah tidak sama dengan besaran iuran yang menjadi kewajiban PBPU. Seharusnya, konsep dasar pemerintah membayar iuran

adalah karena penduduk tertentu tidak mampu dan besaran iuran yang dibayar pemerintah seharusnya sama dengan yang dibayar PBPU.

Aturan lain yang aneh adalah bahwa bayi yang baru lahir tidak langsung dijamin. Belakangan sudah dikoreksi bahwa untuk peserta PBI (penduduk miskin) maka bayi langsung dijamin. Hal ini juga aneh, dan menyulitkan peserta yang kebetulan melahirkan bayi yang sakit atau menderita cacad bawaan. Bahkan dalam asuransi komersial, bayi sudah langsung dijamin sampai usia tertentu. Selain itu ada aturan bahwa bayi peserta PBPU untuk kelas I dan Kelas II dalam kandungan harus bayar iuran. lni keajaiban dunia kesembilan. Demikian juga anak ke-4 peserta PNS tidak langsung dijamin.

Peserta harus mengurus kartu yang disebut KP4, untuk bukti pegawai. Seharusnya, urusan kepegawaian dan urusan administrasi lain tidak dikaitkan dengan kepesertaan bayi. Bayi lahir adalah penduduk Indonesia yang sudah punya hak hidup dan hak layanan kesehatan. Persoalan bayi-bayi tersebut menyerap sebagian dana, sudah pasti. Hal itu dapat diperhitungkan dalam besaran iuran, sehingga seharusnya secara otomatis, sampai bayi berusia 30 hari, pengobatan bayi dijamin. Jika tidak, angka kematian bayi akan tetap tinggi. Yang paling menderita atas kebijakan diskriminatif dan bertentangan dengan UU SJSN adalah peserta dan tenaga kesehatan yang berhadapan langsung dengan peserta.

a) Persyaratan kepesertaan yang terlalu banyak dan tidak selalu bisa dimiliki peserta golongan bawah juga menyulitkan peserta. Persyaratan memiliki rekening bank misalnya, merupakan salah satu persyaratan yang menyulitkan peserta. Sebagai asuransi wajib, maka setiap penduduk lndonesia yang mau membayar iuran harus diterima. Tidak perlu persyaratan yang rumit atau banyak. Karena dalam pedoman kepesertaan

diperlukan banyak dokumen, petugas BPJS di lapangan meminta semua dokumen tersebut harus ada. Misalnya, ada KTP dan kartu keluarga ada pula petugas yang hanya menerima peserta tambahan jika orang tersebut tercantum dalam kartu keluarga. Bagaimana mungkin orang tua dan mertua tercantum dalam satu KK. Padahal, UU SJSN mengindikasikan orang tua dan mertua dapat menjadi peserta tambahan yang iurannya dibiayai sepenuhnya oleh pekerja. Seharusnya, satu saja syarat sudah cukup, atau KK, atau paspor. Sebab, penduduk wajib iuran. Jangan mempersulit orang yang akan melaksanakan kewajibannya.

b) Ada lagi aturan sendiri yang dibuat BPJS yaitu dengan menyatakan bahwa BPJS berupaya agar biaya operasional BPJS dapat dipenuhi dari hasil pengembangan Aset BPJS. Memang UU BPJS memiliki cacad bawaan di mana aset BPJS dipisah dan aset Dana Jaminan Sosial (DJS). Pemerintah juga menyuburkan praktik tidak sehat dengan menyetujui pemisahan aset PT Askes menjadi lebih dari Rp 10 triliun sebagai aset BPJS dan sekitar Rp 5 triliun sebagai aset DJS. Dengan pemisahan itu, pimpinan BPJS "merasa" bahwa aset BPJS adalah "miliknya" dan karenanya mereka tidak mau menggunakan aset BPJS untuk membayar/ menalangi klaim yang tahun 2014 melebih iuran yang diterima. Klaim manajemen BPJS untuk menggunakan hasil pengembangan Aset BPJS untuk biaya operasional kelak, agar aset BPJS dan hasil pengembangannya tetap di bawah kendali "melulu" pimpinan BPJS merupakan kekeliruan. Sebab, UU SJSN secara tegas menyebutkan bahwa biaya operasional diambil dari sebagian iuran JKN. Konsepnya mirip dengan "amil zakat" di mana pengelola dana (BPJS) diberi hak sekian persen. Di

banyak negara, biaya operasional tidak lebih dari 5% iuran diterima. Bahkan di Korea Selatan dan Taiwan, biaya Operasional di bawah 3% dan 2% berturut-turut. Di Indonesia, BPJS yang tahun 2014 diberi biaya operasional 6,25% meminta tambahan menjadi 6,4% di tahun 2015. Celakanya lagi, pemerintah mengizinkan. Belum lagi hasil pengembangan aset BPJS. Sayangnya penanggungjawaban keuangan tersebut sampai akhir Februari 2015 tidak dipublikasi. Hal ini bertentangan dengan prinsip transparansi badan hukum publik, UU SJSN, dan UU BPJS. Hal ini merupakan tantangan besar JKN.

Di lapangan, petugas BPJS memiliki persepsi berbeda. Ada yang mengharuskan semua syarat peserta perorangan seperti KTB surat domisili, nomor rekening, diserahkan. Seharusnya, karena penduduk wajib menjadi peserta, cukup salah satu bukti saja, bukan semuanya. Hal itu terjadi karena dalam Peraturan BPJS tersebut memang tidak ditulis, "salah satu dari". Peraturan BPJS dan perilaku sebagian petugas BPJS yang tidak konsisten dengan visi-misi SJSN terjadi karena sebagian pegawai BPJS masih memelihara mindset asuransi komersial.

2) Nomor Identitas Tunggal

Nomor Identititas Tunggal (*Single ID Number*) adalah suatu alat identifikasi semua penduduk agar berbagai kewajiban penduduk dan layanan publik dapat disediakan terintegrasi. Ketika UU SJSN disusun, ide nomor identitas tunggal yang kini kita kenal dengan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sedang dalam perbincangan. Oleh karena itu, dalam UU SJSN tidak tercantum NIK, tetapi digunakan perintah agar BPJS memberikan NIK. Nomor itu harus Sama untuk mengurus kelima program di kedua BPJS. Idenya sama dengan di Amerika yang memberikan

setiap penduduk NIK dengan Nomor Jaminan Sosial (*Social Security Number*. *SSN*). Setiap penduduk diberi nomor tersebut yang digunakan untuk mendaftar sekolah, mendaftar kerja, membayar pajak, membayar iuran jaminan sosial, membuat paspor, membuat rekening di bank, membuat kartu kredit, dan apapun kegiatan penduduk, maka nomor itu digunakan. Di Amerika, SSN terdiri dari 9 nomor unik yang tidak mungkin duplikasi. Program komputer dengan mudah dapat mengeluarkan satu nomor unik tanpa duplikasi. Jika kita tinggal di Amerika secara legal, baik sebagai pelajar maupun sebagai pekerja maka kita wajib punya SSN. Begitu bayi lahir, maka ia diberi SSN.

UU No. 24 tahun 2013 dirumuskan "Nomor Induk Kependudukan, selanjutnya disingkat NIK, adalah nomor identitas penduduk yang bersifat unik atau khas, tunggal dan melekat pada seseorang yang terdaftar sebagai Penduduk Indonesia". Ketika itu, ada beberapa instansi yang 'berebut' ingin mengeluarkam NIK sebagai produknya, termasuk Kemendagri, Kepolisian, Ditjen Pajak dari BPJS. Pimpinan BPJS juga diundang untuk membahas NIK tersebut. Akhirnya disepakati bahwa NIK akan dikelola oleh Kemendagri, yang ketika itu kental kepentingan pemilu dan Pemilihan Kepala Daerah.

Seharusnya yang paling tepat, seperti di Amerika, NIK memang berkaitan dengan jaminan sosial. Sebab, semua orang membutuhkan layanan publik. Bayi baru lahir pun membutuhkan NIK untuk layanan medis. Setiap orang punya peluang sakit setiap saat, dan karenanya NIK itu akan terus digunakan. Akan tetapi, karena kepentingan politik dan pendataan pemilih, maka akhirnya kesepakatan jatuh pada Kemendagri. Meskipun ide pengelolaan NIK/adminduk di Kemendagri kurang praktis untuk pengkinian (*updating*), tetapi kesepakatan politik itu bisa diterima. Dalam banyak berita dikemukakan adanya nomor ganda NIK. Karena

masih ada komponen manual, yaitu 4 digit terakhir, maka masih mungkin terjadi nomor ganda. Berbeda dengan nomor yang dikeluarkan komputer, seperti di Amerika, yang tidak mungkin terjadi nomor ganda. Sebetulnya, NIK dengan 16 digit yang menyangkut 4 digit daerah (tempat lahir atau tempat tinggal), 8 digit tanggal dan tahun kelahiran, serta 4 digit nomor urut mudah dirumuskan untuk penduduk yang baru lahir atau baru terdaftar seperti mahasiswa atau pekerja asing. Hanya diperlukan mendapatkan nomor urut untuk tanggal lahir dan daerah yang sama. Jadi, tidak ada alasan seseorang tidak memiliki NIK. Oleh karennya, kedua BPJS seharusnya menggunakan NIK saja sebagai nomor peserta, tidak perlu memberikan nomor lain. Untuk penduduk yang belum memiliki NIK, praktis kurang dari 0,2% penduduk seperti bayi baru lahir-BPJS dapat memberikan NIK sementara dengan kode khusus. Anehnya, sampai dengan akhir Februari 2015-kedua BPJS belum menggunakan NIK sebagai identitas tunggal. Bahkan ada orang BPJS yang menyatakan bahwa mengatur identitas tunggal rumit. Karena dalam pikirannya, BPJS harus mengatur nomor tersendiri di luar NIK. Jika pemikiran itu digunakan, maka upaya BPJS hanya menambah kerepotan penduduk sebagaimana mereka lakukan dalam persyaratan pendaftaran peserta BPJS Kesehatan.

3) Kualitas Layanan dan Koordinasi Manfaat

Seperti dijelaskan secara singkat dalam Bab 2 bahwa efektivitas JKN bergantung dari kualitas layanan objektif dan subjektif. Pada dua tahun pertama ini, suka atau tidak suka, kita harus menerima kenyataan bahwa kualitas layanan JKN belum baik. Secara objektif, argumen kualitas yang belum baik dapat dipahami karena iuran dan pembayaran kapitasi dan sebagian CBG masih belum dengan harga keekonomian, belum memenuhi ongkos-ongkos minimum. Sudah dijelaskan bahwa dengan belanja

kesehatan rata-rata USD 108 per orang per tahun atau sekiar Rp. 100.000 per orang per bulan, rata-rata iuran JKN masih pada kisaran Rp. 26.000 per orang per bulan. Sayangnya pejabat Yank memiliki otoritas masih berstandar ganda untuk memahami dan mengakui hal ini. Kita belajar dari kasus jatuhnya Air Asia di Selat Karimata awal tahun 2015 Menteri Perhubungan Jonan meminta tarif minimum tiket pesawat dinaikkan agar perusahaan penerbangan tidak mengorbankan kualitas. Dalam kecelakaan Air Aisa sekitar 160 orang meninggal. Begitu hebohnya. Akan tetapi, dalam layanan kesehatan, hal itu tidak terjadi. Padahal, paling sedikit sekitar 15.000 ibu meninggal dalam persalinan dan kehamilan setahun. Mengapa hal ini tidak diperbaiki secara memadai?

Memang, angka kematian karena kualitas layanan kesehatan yang buruk belum diteliti secara seksama. Hal ini juga menunjukkan standar ganda pemerintah dalam menyelamatkan nyawa penduduknya. Disinyalir ratusan ribu orang meninggal akibat kualitas layanan medis yang tidak memadai di Indonesia Jika di Amerika Serikat, di mana tenaga kesehatan dibayar tinggi dan peralatan medis lengkap sekali, masih terjadi 100.000 kematian/tahun karena layanan medis atau malpraktik, apakah di Indonesia angkanya lebih kecil? Paling tidak seharusnya pemerintah dan pemda melakukan kajian-kajian komprehensif untuk mengetahui seberapa banyak nyawa penduduk melayang akibat buruknya layanan medis. Layanan medis bagus memerlukan biaya minimum tertentu. Jika bayaran JKN tidak mencapai biaya minimum tertentu tersebut, maka besar kemungkinan banyak korban jatuh. Sudah ada berita-berita korban JKN karena alasan tidak ada tempat, yang disinyalir beberapa pihak sebagai alasan karena bayaran CBG terlalu kecil.

Secara subjektif, permintaan APINDO kepada Presiden di bulan Desember 2014 untuk menunda pendaftaran ke BPJS sampai Koordinasi Manfaat disepakati merupakan indikasi kuat persepsi jelek JKN. Koordinasi manfaat adalah suatu tata cara di mana perusahaan membeli asuransi komersial sebagai tambahan (top up) layanan JKN. Sesungguhnya prinsip dasar Koordinasi Manfaat, atau yang dalam bahasa Inggris disebut coordination of benefits atau COB, sederhana saja. Hal-hal yang tidak dijamin JKN dapat dijamin oleh perusahaan/majikan langsung atau perusahaan/majikan membelikan asuransi tambahan dari produk asuransi komersial. Begitulah yang diatur UU SJSN. Dalam hal seseorang memiliki jaminan ganda, maka yang menjadi asuradur primer (yang wajib membayar terlebih dahulu) adalah BPJS Kesehatan. Selain itu, jika terjadi kecelakaan lalu lintas yang bukan kecelakaan tunggal dan kecelakaan atau penyakit akibat kerja, maka BPJS Kesehatan menjadi asuradur sekunder. Asuradur primer, yang berkewajian membayar terlebih dahulu adalah PT Jasa Raharja atau BPJS Ketenagakerjaan. Akan tetapi, jika kita pelajari perjalanan upaya koordinasi manfaat, tampaknya baik BPJS, APINDO, maupun asosiasi usaha asuransi komersial ingin mengatur lebih dari prinsip di atas.

Apapun yang diminta diatur dalam COB, tuntutan tersebut berakar pada persepsi kualitas jelek JKN. Banyak pengusaha maupun pengelola asuransi komersial mempunyai persepsi bahwa karyawan mereka atau pemegang polis mereka tidak akan menggunakan JKN. Bayar iuran JKN dianggap sebagai ngeluaran tambahan dan karenanya mereka mengklaim *double* premium. Klausul COB dalam UU SJSN sesungguhnya merupakan bukti bahwa klaim premi ganda tersebut tidak berdasarkan hukum maupun fakta. Klaim tersebut merupakan indikasi persepsi buruk kualitas JKN. Ini tantangan besar yang harus kita

selesaikan agar JKN berjalan secara berkesinambungan dan mempunyai efek proteksi yang tinggi. Syaratnya sederhana, kecukupan iuran dan kecukupan bayaran kepada fasilitas kesehatan, termasuk kecukupan harga obat dan bahan medis habis pakai yang diperhitungkan dalam bayaran kapitasi dan CBG.

4) Pembatasan FKTP dan Jumlah Peserta

Tidak bisa disangkal, meskipun pemerintah menetapkan besaran kapitasi dan CBG tidak memadai, dengan jumlah peserta JKN di bulan Januari 2015 mencapai 136 juta jiwa, di banyak fasilitas kesehatan, pasien JKN mendominasi. Apalagi pimpinan dan staf BPJS sering kali sesumbar akan mengenakan sanksi bagi badan usaha yang tidak mendaftarkan karyawannya. Banyak fasilitas kesehatan ikut heboh, karena mereka khawatir pasien langganan perusahaan atau asuransi swasta akan pindah jika mereka tidak kontrak dengan BPJS. Namun demikian, banyak keluhan dokter dan fasilitas kesehatan yang menyampaikan bahwa permintaan mereka untuk menjadi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP, dokter primer) ditolak BPJS. Hal itu seharusnya tidak boleh terjadi. Petugas BPJS tidak boleh berlaku sewenang-wenang menutup suatu fasilitas kesehatan dengan menolak permintaan fasilitas kesehatan. Seharusnya IKN tidak boleh menolak fasilitas kesehatan yang berizin operasional dan menerima syarat-syarat yang diatur dalam berbagai peraturan]KN. Hal itu disebut prinsip *any willing provider* dalam hukum anti monopoli. Semua fasilitas kesehatan yang bersedia menerima syarat-syarat yang diatur dalam JKN harus diberi kesempatan untuk melayani peserta JKN. Pesertalah yang menentukan ke FKTP mana mereka akan berobat.

Dalam kebebasan memilih FKTP BPJS harus membatasi jumlah peserta per FKTP, termasuk puskesmas. Sampai Januari 2015 masih banyak puskesmas yang diberi peserta

lebih dari 20.000 orang. meskipun jumlah dokter hanya dua orang. Seharusnya rasio peserta per dokter primer (dokter umum) tidak lebih dari 3.500. dengan kerentuan tersebut, maka sebuah puskesmas atau klinik yang hanya memiliki dua dokter umum tidak boleh mendapat peserta lebih dari 7.000 orang. Barulah dengan rasio tersebut, dokter umum dapat melakukan layanan yang berkualitas. Sudah barang tentu, rasio optimal peserta dengan dokter gigi dan apoteker juga harus dihitung agar tenaga kesehatan. tidak melayani terlalu banyak peserta.

Dengan jumlah dokter umum sekitar 110.000 orang di tahun 2014, maka rasio penduduk per dokter sudah lebih kecil dari 2.500 orang per dokter. Rasio itu sudah minimal. Dengan jumlah lulusan dokter baru mencapai 7.500 per tahun, maka rasio akan menurun tajam dan persaingan akan sangat ketat. Dengan asumsi 20% peserta akan berobat tiap bulan, maka 500 orang akan berobat dari 2.500 orang terdaftar. Jika dokter bekerja 5 (lima) hari seminggu atau 22 hari sebulan, maka setiap hari dokter memeriksa 500/22=kurang lebih 22-25 pasien. Jika dokter mendapat penghasilan cukup, sama dengan kepala cabang BPJS, maka dokter akan melayani pasien dengan sepenuh hati dan menjaga agar pasien tetap sehat. Waktu luang akan digunakan untuk berkomunikasi dengan 2.500 orang yang memilihnya secara intensif untuk melihara kesehatan peserta tersebut. Jika penghasilan kotor (belum temasuk pajak dan iuran jaminan sosial) seorang dokter umum yang layak adalah Rp 25 juta per bulan, maka besaran kapitasi (tidak termasuk obat dan laboratorium) yang layak adalah Rp 25 juta/2.500 peserta=Rp 10.000 per orang per bulan. Jelas, kapitasi 2014-2015 sebesar Rp 8.000 per orang per bulan, termasuk obat dan lab sederhana, tidak layak bagi dokter umum untuk melayani peserta dengan baik. Perkiraan pendapatan kotor (belum termasuk PPh dan iuran SJSN) dokter umum

Rp 25 juta per bulan merupakan perkiraan kecil. Di Jakarta, beberapa RS BLU telah memberikan remunerasi dokter spesialis sampai Rp 150 juta per bulan. Begitu juga besaran kapitasi untuk dokter gigi yang hanya Rp 2.000 per kapita per bulan tidak layak untuk layanan yang berkualitas.

Selain ketidakcukupan besaran kapitasi, dalam layanan FKTP terjadi masalah ketidakadilan. Di beberapa daerah dilaporkan terjadi "kolusi" di mana pegawai BPJS tidak memberi infomasi bahwa peserta bebas memilih FKTP. Ada laporan di mana pegawai Dinas Kesehatan atau petugas puskesmas berkolusi untuk tidak memberi infomasi pilihan FKTP kepada peserta. Sebaliknya, terjadi juga petugas BPJS menyampaikan kepada peserta bahwa pilihan FKTP yang dipilihnya sudah penuh, padahal jumlah peserta yang terdaftar belum mencapai rasio maksimal. Selain itu, banyak juga keluhan (terutama di awal pelaksanaan JKN) di mana petugas BPJS menetapkan FKTP sesuai KTP. Padahal, banyak peserta bekerja di luar kota sementara anggota keluarga berada di kota lain. Seharusnya, alamat KTP atau kartu keluarga tidak menjadi hambatan untuk peserta memilih FKTP di dalam atau di luar wilayah administrasi. Itulah sebabnya, JKN dirancang dengan satu BPJS, agar mobilitas penduduk tidak menghambat jaminan kesehatan. Alhamdulillah di banyak daerah kini hal itu sudah mulai diselesaikan dengan surat domisili. Surat domisili pun sebetulnya tidak perlu, silakan perorangan (tidak perlu satu keluarga) memilih FKTP yang ia percaya, di satu kota atau di luar kota.

Semua pihak hendaknya menyadari bahwa untuk terwujudnya JKN yang berkualitas, berbagai kendala FKTP di atas harus dibenahi. Diharapkan ada Partisipasi yang tinggi dari peserta, tenaga kesehatan, akademisi, dan pengamat untuk membenahi JKN agar beijalan adil dan berkualitas.

5) Rujukan dan Rujukan Lintas Pemda

Prinsip rujukan medis adalah kualitas layanan dan efisiensi. Ilmu kedokteran (medis) sangat luas yang menyebabkan tidak satu orang dokter pun yang mampu mengetahui dan menguasai seluruh medis. Sementara setiap orang berpeluang atau mungkin saja menderita suatu penyakit yang dokter langganannya atau dokter didaerahnya tidak mampu mendiagnosis atau tidak mampu mengobati. Untuk kepentingan pasien, maka sang dokter wajib merujuk (mengirim) pasien ke dokter lain di fasilitas kesehatan lain atau di provinsi lain yang mempunyai spesialisasi tertentu. Oleh karena itu, rujukan tidak boleh dibatasi wilayah administratif. Rujukan merupakan wilayah medis. Akan tetapi, sebagian pemda yang didukung oleh sebagian orang di pusat ingin mengendalikan pasien agar rujukan dilakukan di provinsi yang sama. Hal itu melanggar hak-hak pasien untuk memilih dokter. Jika seorang pasien JKN dipaksa oleh dokter, petugas kesehatan, atau oleh petugas BPJS dirujuk ke RS yang bukan pilihannya, dan hal buruk terjadi, maka pasien berhak menggugat yang memaksa tersebut. Tuntutan ganti rugi dapat mencapai puluhan miliar, jika pasien meninggal atau cacad. Oleh karenanya, petugas kesehatan atau petugas BPJS harus memahami dan menghindari potensi litigasi atau gugatan hukum ini.

Prinsip rujukan kedua adalah efisiensi. Efisiensi tidak berarti mencari biaya yang murah. Keharusan menggunakan FKTP atau *gate keeper* sebagai kontak awal pasien ke dokter umum merupakan efisiensi waktu, tenaga, dan juga biaya bagi pasien, dokter, dan juga JKN. Jumlah dokter spesialis terbatas. Jika setiap orang mau langsung ke dokter spesialis, maka akan terjadi antrian panjang di dokter tersebut. Pasien kehilangan waktu produktif, dokter juga kehilangan waktu berharganya. Sebab, penyakit yang ditangani dokter spesialis yang dikunjungi pasien tanpa

rujukan dokter umum bisa jadi sangat ringan. Menangani pasien yang penyakitnya amat ringan membuang waktu dokter dan menghambat pasien lain yang membutuhkan keahlian dokter spesialis tersebut. Karena pendidikan dokter lama dan mahal, sudah barang tentu gaji atau biaya konsultasi dokter spesialis lebih mahal dari gaji atau biaya konsultasi dokter umum. Jadi, rujukan juga mengandung makna efisiensi biaya dalam nilai mata uang.

Namun demikian, pada umumnya pegawai di perusahaan besar atau perusahaan yang membayar gaji besar atau pejabat tinggi terbiasa langsung ke spesialis. Salah satu masalah memang kualitas layanan dokter umum pada beberapa kondisi tidak memadai. Pasien juga menempatkan nilai tinggi pada kesehatan, ketika sakit sudah terjadi. Mereka tidak mau ambil resiko lama sembuh, apalagi cacad dan mati. Maka mereka yang punya uang dan yang terdidik pada umumnya ingin langsung ke spesialis. Ketika mereka bayar sendiri, hal itu tidak masalah buat pasien. Akan tetapi, berobat langsung ke spesialis untuk penyakit yang tidak perlu keahlian spesialis menimbulkan kerugian buat pasien lain yang memerlukan. Kesadaran ini masih sangat rendah dan pemerintah serta petugas BPJS juga tidak melakukan sosialisasi atau pendidikan kesehatan yang memadai kepada semua pihak.

Iklan layanan masyarakat di radio yang dibuat oleh Kemenkes yang mempromosikan rujukan menambah keraguan peserta kelas menengah terhadap JKN. Pesan iklan tersebut tidak mengena untuk menggalang peserta PPU. Masalahnya, iklan tersebut hanya menyebutkan rujukan dari puskesmas. Suka atau tidak suka, fakta menunjukkan bahwa kelas menengah tidak atau belum percaya terhadap kualitas layanan puskesmas. Bahkan, sebagian besar pegawai pemerintah, baik di lingkungan kesehatan maupun yang di luar lingkungan kesehatan, tidak mau juga berobat di

puskemas. Persepsi puskesmas untuk masyarakat golongan bawah masih mendominasi kepala para pejabat, penduduk kelas menengah, dan pengusaha. Padahal, FKTP dalam JKN tidak hanya puskesmas. Persepsi kualitas layanan primer ini menjadi hambatan besar bagi suksesnya JKN.

Pemerintah dan BPJS harus realistis mengurusi masalah ini. Selain mengubah persepsi, kontrol kualitas (dengan bayaran yang memadai) harus secara terus-menerus dilakukan. Disinggung bayaran memadai karena memang untuk menyediakan layanan berkualitas tidak bisa hanya pemaksaan kinerja tertentu seperti yang terungkap dari wacana pimpinan BPJS di bulan Februari 2015. Layanan prima memang diharapkan semua orang. Akan tetapi, semua orang harus menyadari bahwa layanan prima membutuhkan biaya minimal tertentu. Masalahnya, sering kali kita hanya meniru-niru inisitatif atau program layanan prima di negara lain tanpa memerhatikan kecukupan biaya minimal untuk mencapai tingkat layanan/kinerja prima tersebut. Pembayaran berbasis kinerja (*pay performance*) memang dibutuhkan. Akan tetapi, ada syarat minimal yang JKN belum memenuhi, masih jauh dari syarat minimal biaya untuk seluruh fasilitas kesehatan.

6) Formularium Nasional dan *E-Catalog*

Suka atau tidak suka, dalam berbagai diskusi atau pemberitaan banyak sekali informasi bias, yang tidak tepat tentang Formularium Nasional (Fornas) dan *E-Catalog*. Sumber bias terutama keluar dari pernyataan pejabat (baik Pemerintah, fasilitas kesehatan, maupun asosiasi/organisasi) yang salah tafsir. Fornas dan *E-Catalog* bukanlah bagian dari JKN, tetapi keduanya merupakan pendamping JKN. Fornas adalah daftar obat yang harus ada di Indonesia. Daftar obat tersebut tidak mencantumkan nama dagang obat, tetapi hanya mencantumkan nama zat aktif obat. Di pasaran, perusahaan bisa menjual zat aktif

tersebut dengan berbagai nama dagang. Jadi, jika ada dokter atau pimpinan RS menyebut bahwa pasien JKN harus bayar karena obat Fornas habis atau tidak ada di pasaran, jelas pernyataan tersebut keliru. Fasilitas kesehatan dapat membeli obat merek apa pun, sejauh isinya adalah zat aktif yang berkhasiat. Pasien JKN juga tidak harus mendapat obat yang tercantum dalam Fornas. Dokter dan RS dibayar secara borongan untuk menyembuhkan pasien yang sakit. Pilihan obat sepenuhnya menjadi tanggung jawab fasilitas kesehatan. Mereka dapat membeli obat yang zat aktifnya tercantum dalam Fornas maupun yang tidak tercantum, sejauh obat tersebut beredar di Indonesia dengan izin dari Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM).

Sementara *E-Catalog* adalah mekanisme tender obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah. Menurut peraturan pengadaan barang dan jasa, dana publik yang dikelola badan milik pemerintah (rumah sakit dan lain-lain) untuk membeli barang dan jasa harus melalui proses lelang. Proses lelang adalah proses yang menangkal Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (KKN), jika semua jujur. *E-catalog* adalah proses persaingan harga yang sehat dengan kualitas produk yang dijamin oleh otoritas terkait. Dalam hal obat dan bahan medis, kualitas harus dijamin oleh BPOM.

Proses lelang atau tender memakan waktu beberapa bulan dan jika hal itu dilakukan oleh setiap fasilitas kesehatan milik pemerintah, tidak ada jaminan di suatu fasilitas kesehatan proses tersebut bebas KKN. Proses yang lama dapat menghambat persediaan obat di fasilitas kesehatan. Padahal, pasien tidak bisa menunggu. Untuk mengatasi hal itu dilakukan tender harga (*framework pricing*) yang dikenal dengan *E-catalog*. *E-catalog* adalah daftar barang, antara lain obat, bahan medis, dan alat medis) juga termasuk komputer dan mobil yang merek

dan harganya telah disetujui pemerintah dapat dibeli tanpa proses tender. Secara teori, seharusnya semua perusahaan dapat mengajukan apapun merek dagang obat dan bahan medis yang telah mendapat izin edar di Indonesia beserta harga yang mereka akan jual ke fasilitas kesehatan milik pemerintah ke *E-catalog*. Tetapi, banyak keluhan disampaikan bahwa proses pencatuman obat dan bahan medis ke dalam *E-catalog* masih belum sesuai harapan. Selain itu, banyak industri farmasi yang mengeluhkan bahwa merek obat yang sudah masuk *E-catalog* tersodok oleh industri lain yang menawarkan harga di bawah itu.

Obat-obat yang masih dalam hak paten (*originator*) tidak memiliki pesaing maka obat-obat tersebut tidak bisa ikut mekanisme persaingan. Maka dalam hal ini, pemerintah harus melakukan tawar-menawar atau negosiasi harga yang layak. Di sini dapat terjadi berbagai masalah, termasuk KKN. Industri farmasi, khususnya industri farmasi asing yang memiliki hak paten, mengeluhkan bahwa pejabat terkait ”menawar seenaknya” seperti belanja di Tanah Abang. Padahal, industri memiliki hak monopoli harga (hak paten adalah hak monopoli produksi dan harga) untuk menutup ongkos-ongkos riset dan produksi obat tersebut. Di Taiwan, Kemenkes Taiwan melakukan survei pasar internasional untuk mendapatkah harga median, nilai tengah, di berbagai negara. Mereka menetapkan harga yang akan dibeli oleh JKN Taiwan adalah harga tengah dari harga di beberapa negara yang mereka survei. Dengan demikian, terjadi keseimbangan pasar.

Ada beberapa industri farmasi yang di masa lalu melakukan kesepakatan dengan Askes atau Kemenkes untuk menjual obat originator dengan mekanisme *risk-sharing*. Mekanisme tersebut khususnya dilakukan untuk obat-obat mahal yang dinilai “tidak mampu dibeli”. Industri farmasi internasional terikat juga dengan aturan dunia di

mana mereka tidak boleh banting harga (*dumping*) di suatu negara. Akan terjadi penyelundupan dan industri tersebut akan digugat negara lain yang membeli lebih mahal. Maka mereka melakukan negosiasi dengan *risk-sharing*, misalnya obat kanker harus diberikan sebanyak 8 kali. Mereka menyetujui separuh dibeli oleh askes/kemenkes dan separuhnya lagi disumbangkan. Mekanismenya dapat bergantian, misalnya untuk dosis/siklus pertama askes/ kemenkes membeli sesuai harga pasar mereka. Setelah itu, untuk dosis/siklus kedua, perusahaan memberikan obat itu gratis. Bisa juga sharingnya 2-2 atau 2-1 dan sebagainya. Dengan cara itu, perusahaan tidak melanggar aturan internasional dan bisa menolong pasien mendapatkan produk yang tanpa mekanisme itu (disebut *market access*) tidak terjangkau harganya. Untuk obat-obat dan alat-alat medis mahal, akan jauh lebih baik jika BPJS dan Kemenkes melakukan negosiasi harga atau risk sharing yang seimbang (*win-win*). Obat dan bahan medis mahal tersebut tidak dipaketkan dalam harga CBG. Di masa lalu, mekanisme tersebut terganjal oleh praktik nakal dokter, yang sering dikeluhkan adalah dokter Ortopedi atau ahli kanker yang menjual alat/bahan medis sendiri dengan harga yang ditetapkan sendiri. Praktik seperti tidak etis dan melanggar hukum, termasuk perilaku korup karena menggunakan kekuasaan medis untuk memperkaya diri. Sayangnya pemerintah tidak berkutik. Dengan JKN, sebuah RS publik di Jakarta mengabarkan bahwa mereka dapat memperoleh harga stent (cincin untuk pembuluh darah jantung) separuh harga, karena volume pasien JKN yang banyak dibandingkan sebelum masa JKN. Tetapi, RS lain yang tidak memiliki volume pasien yang banyak tidak memperoleh peluang itu. Model negosiasi harga dengan volume besar itulah yang seharusnya dilakukan BPJS Kesehatan, yang diberi kewenangan oleh Perpres) untuk mendapat harga

terbaik bagi semua fasilitas kesehatan yang telah kontrak dengan BPJS.

7) Obat Penyakit Kronis

Di awal tahun 2014 terjadi kekeliruan aturan di mana obat kronis masuk dalam paket CBG di mana dokter di RS hanya memberikan obat untuk 7 hari. Padahal, obat penyakit kronis seperti obat hipertensi atau obat kencing manis perlu dimakan setiap hari. Dengan pemberian 7 hari, maka pasien harus bolak balik ke RS. Padahal antrian sangat panjang, yang bisa menghabiskan satu hari. Buat pasien yang sudah lanjut usia, antrian panjang tersebut bisa jadi menambah kemungkinan komplikasi. Hal itu terutama dikeluhkan oleh pasien mantan peserta askes di mana sebelumnya mereka mendapat obat untuk satu bulan. Maka Menteri Kesehatan mengoreksi dengan pemberian obat 7 hari yang masuk paket CBG dan sisanya, obat untuk 23 hari dapat diambil di apotek. Akan tetapi di berbagai tempat, apotek yang dikontrak BPJS terletak jauh. Tidak perlu jauh, di suatu puskesmas Bogor seorang pasien hipertensi harus mengambil obat di Tangerang Selatan, yang terdekat, yang menghabiskan biaya ojek sampai Rp 20.000 dan memakan waktu lebih dari tiga jam. Padahal, jika puskesmas diberi kewenangan menyerahkan obat hiptemsi, pasien tidak perlu buang waktu. Harga obat amlodipin 500 mg, diminum sekali sehari, untuk 30 hari kurang dari Rp 20.000. Maka kebijakan pengambilan obat di apotek tertentu yang hanya menyulitkan peserta. Sampai Februari 2015, banyak klinik yang memiliki apotek tidak diberi kewenangan menyerahkan obat kronis. Seharusnya hal itu dapat dilakukan di klinik, sejauh klinik tersebut memiliki apotek berizin.

8) Sebaran Fasilitas Kesehatan

Sebaran fasilitas kesehatan sering diperdebatkan karena fakta rasio dokter ataupun tempat tidur terhadap populasi memang bervariasi antar daerah. Sebaran ini dituding sebagai penyebab ketidakadilan, inekuitas dalam JKN. Disparitas rasio penduduk terhadap fasilitas kesehatan merupakan sebab dari pasar layanan kesehatan di masa lalu yang berbasis pembayaran sendiri atau OOP. Ketika setiap orang membayar sendiri, maka ada orang yang mampu membayar dokter dan ada yang tidak mampu. Karena aktivitas ekonomi dan distribusi dana-dana pemerintah terpusat di kota-kota besar. Meskipun sejak zaman Pak Harto puskesmas sudah dibangun di setiap kecamatan. Penduduk kelas menengah ke atas tidak menggunakan puskesmas karena dinilai layanannya tidak berkualitas. Kelas menengah menggunakan praktik dokter swasta dan rumah sakit swasta, bahkan sampai ke luar negeri. Maka dokter dan RS swasta mengejar tempat-tempat di mana banyak orang yang mau membayar. Terjadilah maldistribusi dokter dan RS. Apa boleh buat. Dokter adalah manusia yang memang kebanyakan menjadi dokter ingin hidup lebih terjamin, tidak miskin.

Namun demikian, jika kita observasi atau mengikuti berbagai keluhan atau pemberitaan, tampaknya antrian panjang dan ketiadaan tempat tidur justru terjadi di kota-kota besar di mana rasio penduduk dengan dokter atau tempat tidur rumah sakit justru sudah tinggi. Mengapa demikian? Karena rasio fasilitas kesehatan terhadap penduduk saja bukanlah ukuran yang tepat. Yang menentukan kecukupan rasio adalah demand terhadap layanan kesehatan. Di kota-kota besar, pendidikan dan tingkat ekonomi penduduk lebih tinggi. Penduduk yang berpendidikan dan berpenghasilan tinggi memiliki demand yang lebih tinggi, diukur per 1.000 penduduk. Itulah sebabnya, jika kita analisis demand

terhadap layanan kesehatan peserta PBI, maka umumnya angka utilisasi peserta PBI lebih rendah. Peserta PBI berpendidikan lebih rendah dan berpenghasilan rendah. Selera mereka untuk berobat di fasilitas kesehatan modern lebih rendah. Selain itu, mereka juga tekendala biaya transpor dan biaya keluarga. Budaya kunjungan atau penunggu di rumah sakit ketika seorang anggota keluarga dirawat masih sangat kental. Untuk penduduk berpenghasilan rendah, biaya transpor dan penunggu menjadi kendala besar. Sering kali mereka memilih tidak menggunakan hak JKN karena kendala tersebut. Pemda seharusnya membantu peningkatan akses dengan memberikan biaya transpor atau uang makan keluarga yang menunggu. Tetapi banyak pejabat pemda yang belum melihat hal tersebut.

Jika karena sebaran itu, JKN dituding menambang inekuitas, maka keadaan inekuitas itu bersifat sementara. Sesungguhnya JKN justru memungkinkan terjadinya redistribusi fasilitas kesehatan di daerah. Sebab, kini semua orang bisa akses dan ada yang bayar. Syaratnya sederhana, yaitu Kemenkes menetapkan bayaran fasilitas kesehatan swasta dengan memadai, menutupi ongkos-ongkos yang diperlukan untuk layanan berkualitas. Maka bagaikan semut, jika gula (bayaran) sudah disebar ke daerah, fasilitas kesehatan akan datang ke daerah. Siapa yang bertanggung jawab atas sebaran fasilitas kesehatan di daerah? Pemerintah daerah. Dalam sistem kesehatan kita, pemdalah yang berhak memberi izin praktik dan izin rumah sakit. Pemda juga memiliki APBD yang jika diperlukan dapat memperkuat, membangun sendiri fasilitas kesehatan yang baik atau memberi insentif kepada sektor swasta untuk membangun fasilitas kesehatan di daerahnya.

5. Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional

Beberapa orang di Indonesia masih belum yakin bahwa program-program jaminan kesehatan nasional berlansung secara langgeng. Hal ini karena, budaya proyek yang mungkin merupakan akar masalah budaya asal-asalan masih menghantuinya. Kesalahan terbesar menurut penulis adalah pola pikir atau kata orang yang ingin keren-mindset, pejabat publik, politisi, tokoh masyarakat, akademisi seperti penulis, maupun pengusaha yang dekat dengan kekuasaan. Semua memiliki kesamaan, yaitu asal-asalan. Asal sudah digaji. Asal sudah saya kerjakan. Asal sudah diakreditasi. Asal sudah sekolah. Asal sudah ngaji dan berbagai asal-asal lain. Apakah program pendanaan kesehatan untuk masyarakat miskin juga akan jadi program asal-asalan? Sering juga kita dengan janji-janji politik calon bupati, walikota, atau gubernur yang menjanjikan pelayanan kesehatan gratis. Ketika sudah terpilih, ternyata yang digratiskan hanya pelayanan di puskesmas yang sebelumnya penduduk harus bayar Rp. 1.000-3.000. Tidak ada manfaat besar bagi rakyat, karena ketika mereka harus berobat di RS yang berbiaya mahal, rakyat harus menanggung sendiri. Hasil studi pemegang SKTM menunjukkan bahwa lebih dari 80% pemohon memang tidak mampu membayar tagihan rumah sakit. Jadi, janji para calon pejabat, lagi-lagi, merupakan konsep asal-asalan memberikan pelayanan kesehatan gratis.

Di akhir Milenium ke-2, para pemimpin dunia bertemu dan berkomitmen mengentaskan kemiskinan dan memperluas jaminan kesehatan kepada penduduk rentan. Para ibu hamil, anak, dan lansia merupakan contoh kelompok penduduk yang rentan terhadap penyakit dan mempunyai kemungkinan meninggal, angka kematian, yang lebih tinggi. Apakah program membantu yang miskin berobat merupakan program asal memenuhi komitmen MDG? Atau memang kita serius ingin mengentaskan kemiskinan melalui program jaminan kesehatan bagi yang miskin? Jika hanya bagi yang miskin,

kita hanya mencegah yang miskin tambah miskin. Tetapi yang tidak miskin bisa jadi jatuh miskin karena menderita suatu musibah sakit yang sesungguhnya dapat disembuhkan. Hanya karena tidak ada uang tunai atau di rekening bank, mereka tidak berobat dan tidak bisa berproduksi. Dalam konteks ini, maka pemegang kartu SKTM yang dituding 'korupsi', karena menggunakan hak orang miskin dan dia dianggap tidak miskin, sesungguhnya punya hak dibantu juga. Itulah sebabnya, UUD 45 Pasal 38 H ayat 1, mengamanatkan bahwa "setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan". Di negara seperti Malaysia, Muangtai, Sri Lanka, dan Eropa, persoalan seperti SKTM tidak mengemuka. Semua penduduk terjamin dapat berobat, kaya atau miskin!

Jadi program yang mendikotomikan hanya penduduk miskin saja yang dijamin negara adalah program yang tidak sesuai amanat rakyat. Pelayanan RS yang menentukan tarif tertentu untuk setiap pelayanan atau tarif paket (DRG) yang jauh di atas upah minimum, tanpa ada asuransi, merupakan juga kekeliruan paham amanat rakyat. Tarif-tarif RS publik yang berlomba makin tinggi, untuk memenuhi *cost recovery*, menutup biaya produksi, jelas merupakan indikasi komitmen MDG. Artinya, kita masih asal-asalan berkomitmen MDG. Tarif seperti itu boleh diterapkan, apabila semua penduduk sudah memiliki asuransi kesehatan. Yang bayar tarif sebesar itu, apakah itu per pelayanan atau paket seperti DRG, hanyalah badan penyelenggara jaminan sosial.

Beberapa hal yang menjadi persoalan dalam pelaksanaan kebijakan jaminan layanan kesehatan diantaranya:

a. Rasa Memiliki Pejabat dan Karyawan RS Publik

Suatu kebijakan publik yang membuat pelayanan publik terpuruk adalah pemberian izin dokter berpraktik dan rumah sakit mencari dana tambahan dari tarif. Dengan alasan bahwa gaji untuk menempatkan dokter disadari tidak memadai, maka dokter diberikan izin praktik, mencari penghasilan

tambahan. Di RS, dokter juga diberi kewenangan untuk mendapatkan jasa medis dari pelayanan yang diberikan. Instansi RS mungkin merupakan satu-satunya instansi yang diberi izin untuk menambah penghasilan pegawainya dari "penjualan jasa". Konsep jual tetap kental, karena ada tarif kelas III, kelas II, kelas I, dan bahkan VIP. Banyak dokter yang pegawai negeri, di banyak R3, mendapat 'jasa medis' yang bisa puluhan kali dari gaji pegawai negerinya Akibatnya, dokter merasa RS "miliknya". Karyawan lain juga ikut bersikap sama.

Jangan heran, jika banyak keluhan pasien Askeskin atau pasien pegawai negeri yang mengeluh kurang dilayani karena dianggap tidak bayar atau dibayar lebih murah. Banyak dokter mengeluh bahwa dia tidak dibayar oleh Askes. Dia lupa, bahwa ia sebenarnya pegawai negeri yang harusnya melayani publik, bukan berurusan dibayar atau tidak dibayar dari setiap jasa yang diberikan. Sebuah RS publik seharusnya 'melayani' rakyat dan bukan "menjual" jasa kepada rakyat. Sesungguhnya pasien askeskin maupun pasien Askes yang pegawai negeri pun tidak menikmati pelayanan secara gratis. Mereka sudah bayar. Ada RS publik mengeluh merugi melayani pasien askeskin dan pasien askes. Aneh bin ajaib! Di mana pun di dunia, tidak ada RS publik merugi, karena peran RS publik adalah melayani. Dana RS publik diambil dari pajak terhadap rakyat. Jadi rakyat membayar ketika ia sehat. Oleh karena itu, di Malaysia yang setiap pasien hanya membayar tiga ringgit, sekitar Rp. 8.000 per hari rawat meskipun ia dirawat di ICU atau dioperasi besar, tidak pernah mengeluh merugi. Memang tidak ada akuntansi laba-rugi. Di dalam dunia jual-beli, usaha swasta, memang ada laba rugi. Keluhan seperti itu, jelas salah tempat dan salah memiliki. Direksi RS publik bukanlah pemilik. Mereka tidak pantas mengeluh merugi apalagi kemudian melayani setengah hati rakyat yang

memerlukan pelayanan. Tetapi, sering kita dengar RS publik pun minta uang muka untuk pembedahan atau perawatan di ruang ICU. Apakah pemerintah harus berjualan untuk pelayanan yang mengancam jiwa rakyatnya? Itu namanya jualan nyawa! Jika seperti itu, maka hal itu merupakan keajaiban dunia ke delapan!

Memang benar, belum semua rakyat membayar pajak dengan baik. Siapa duluan? Jika rakyat dulu disuruh bayar, mereka mengeluh "Buat apa bayar? Pelayanan publiknya jelekl". Pejabat pemerintah bilang, "Dari mana duitnya?". Harus ada yang memulai. Sangat wajar jika pemerintah memulai memberi Pelayanan publik yang baik, lalu menagih iuran pajak yang baik.

Karena sulitnya meyakinkan pejabat bahwa pemerintah seharusnya melayani rakyat yang sedang terkena musibah sakit, maka Sistem Jaminan Sosial Nasional dikembangkan. Okelah, RS publik berjualan, memasang harga, luran pajak tidak memadai. Lebih mudah menggunakan uang pajak untuk bayar utang konglomerat yang dikenal BLBI, daripada membayar biaya berobat rakyat yang sakit dan tak berdaya. Maka semua rakyat harus mengiur khusus untuk biaya berobat. Dana yang terkumpul, tidak boleh digunakan selain untuk membayar biaya berobat. Jika semua rakyat sudah masuk dalam sistem SJSN, maka RS publik sesungguhnya tidak diperlukan lagi. Biarlah mereka yang merasa memiliki benar-benar memiliki. Konsekuensinya, tidak boleh lagi ada dana publik yang dikucurkan ke RS publik. Gaji dan belanja operasional harus dipenuhi dari pelayanan yang 'dijual' ke sistem SJSN.

b. Kontrol Sosial yang Melempem

Begitu sering kita dengar atau baca bahwa banyak rakyat yang sakit tidak bisa berobat memadai di RS publik. Bahkan sesungguhnya banyak yang mati karena tidak punya uang, bukan karena penyakitnya. Orang Inggris,

Hongkong, Australia, Malaysia, atau Sri Lanka tentu tidak habis pikir bahwa hal itu bisa terjadi.

Banyak rakyat, bahkan pengamat sosial, yang tidak menyadari hal itu. Jika ditanya tetangganya meninggal karena apa, mereka menjawab kerena gagal ginjal, tifus, TBC, atau diare. Selama program Askeskin diluncurkan, lebih dari 7.000 penduduk miskin yang menderita gagal ginjal. Dulu tidak pernah terjadi. Seorang penderita gagal ginjal, tidak bisa bertahan hidup lebih dari dua minggu tanpa cuci darah. Padahal, ketika masuk RS keadaan masih dapat tertolong, tetapi sudah parah. Jadi perlu perawatan ICU. Untuk mendapat pelayanan ICU, perlu uang muka. Jika seorang tidak punya uang muka dan tidak dirawat di ICU, lalu meninggal, apakah penyakit atau uang penyebabnya. Saya pernah berseloroh bahwa "penyebab kematian terbesar di Indonesia adalah kebijakan Pemerintah". Ini yang perlu kita reformasi.

Sayang sekali, masyarakat kita juga belum terdidik dalam bidang ini. Kontrol Sosial masih amat lemah. Memang, pelayanan kesehatan sangat asimetrik (istilah yang banyak digunakan dalam bidang ekonomi untuk menunjukkan lemahnya posisi konsumen). Masyarakat dan pengamat cenderung terima saja nasib keputusan petugas kesehatan. Tidak banyak orang yang mau terjun dalam membela hak pasien. Yang sering terdengar hanya Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia pimpinan dr. Marius. Selagi kontrol sosial masih lemah, maka sulit kita harapkan sistem kesehatan kita akan berjalan baik dan memihak kepada rakyat. Apalagi, pola pikir banyak pejabat, akademisi, dan politisi Indonesia yang sangat berorientasi pasar. Padahal, di dunia telah dibuktikan bahwa mekanisme pasar gagal (*market failure*) mengendalikan harga dan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Adakah harapan kontrol sosial akan mampu memben-

tuk atau mempercepat sebuah kebijakan publik bidang kesehatan yang egaliter? Kebijakan kesehatan yang egaliter mampu menjamin setiap orang mendapat pelayanan kesehatan sesuai kebutuhannya, bukan tergantung kemampuan ekonominya. Tanpa gerak dan kontrol sosial bersama, hal itu sulit dicapai.

D. Rangkuman

Jaminan layanan kesehatan untuk masyarakat wajib diatur oleh pemerintah, khususnya diperuntukkan bagi masyarakat kelas rentan, dalam arti adalah masyarakat yang status sosial ekonominya paling bawah. Hal ini karena kemampuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sulit untuk didapatkanya akibat keterbatasan untuk membayar. Jaminan kesehatan kepada masyarakt dikenal dengan asuransi kesehatan, yang digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di berbagai tempat penyelenggaraaan pelayanan kesehatan, baik rumah sakit maupun di puskesmas.

Beberapa jaminan kesehatan yang diselenggarakan sendiri oleh pemerintah misalnya BPJS, pemerintah provinsi pemerintah kabupaten/kota seperti Jamkesda. Selain itu, terdapat beberapa jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh pihak lain yang dibentuk pemerintah melalui kerjasama antara pemerintah dengan pihak swasta, misalnya asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh perbankan dan lainnya. Lembaga penjamin kesehatan sebagaimana tersebut berkewajiban untuk membantu pemerintah dalam menyelenggarakan sistem kesehatan nasional. Sistem kesehatan nasional diselenggarakan dalam rangka untuk menjalankan fungsi keseimbangan dari sebuah sistem kesehatan dengan tujuan agar seluruh lapisan masyarakat dapat menikmati hidup sehat dan menjalankan tugas kemanusian secara produktif. Saat ini program jaminan kesehatan nasional dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Badan penyelenggaraan ini ditunjuk oleh Pemerintah untuk menjalankan tugas penjaminan kesehatan untuk seluruh lapisan masyarakat.

E. Soal Latihan

Sebutkan jenis-jenis jaminan pelayanan kesehatan!

1. Jelaskan karakteristik jaminan kesehatan!
2. Jelaskan bagaimana Implementasi Pelayanan JKN di tempat tinggamu!
3. Apa tujuan dari kebijakan jaminan kesehatan nasional (JKN)?
4. Sebutkan apa saja pengaruh lingkungan kebijakan terhadap isi kebijakan JKN!
5. Jelaskan apa saja kendala yang terjadi dalam pelayanan JKN di tempat tinggalmu!

F. Referensi

Achmadi, Umar Fhami. 2008. *Horison Baru Kesehatan Masyarakat Di Indonesia*. Rineka Cipta : Jakarta

Clayton, E.W. 2003. *Ethical, Social, and Legal Implication of Genomic Medicine. New England Journal Of Medicine,* 349 (b).

Hasbullah Tabrani, 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional,* Penerbit: PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta)

Hurley,Strunk, & White, J.S, 2004. *The puzzling Popularityvof the PPO, Health Affairs,* 23(2), 56-68)

Http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt54857b72e8c93/bayi-tak--otomatis-jadi-peserta-bpjs-kesehatan. Diakses 29 Agustus

Kaiser Family Foundation, 2005b. T*otal Medicaid Spending,FY 2004, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.*

Roberia (2013). *Paradigma Jaminan Kesehatan Nasional. Disertasi. Fakultas Hukum Universitas Indonesia*. Desember 2013).

Sharon B. Buchbinder, Nancy H. Shanks, 2016. *Manajemen Pelayanan Kesehatan,* Penerbitan Buku Kedokteran, Jakarta

Starr, P (1982) *The Social Transformation of American Medicine,* New York: Basic Books.

BAB VI

KEARIFAN LOKAL DAN DESENTRALISASI LAYANAN KESEHATAN

A. Pendahuluan

Sehubungan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sebagai kebutuhan dasar, maka penyelenggara pelayanan kesehatan perlu memperhatikan kebutuhan masyarakat yang berkembangan di setiap daerah atau wilayah, sebagai bentuk respon penyelenggara pelayanan terhadap kearifan lokal. Kearifan lokal dalam hal makna ini adalah beberapa hal yang berkaitan dengan: pengetahuan, keterampilan, nilai, dan norma yang berkembang di wilayah di mana masyarakat beraktivitas. Perhatian penyelenggara pelayanan terhadap kearifan lokal ini menjadi penting dalam meningkatkan layanan kesehatan. Hal ini karena persoalan utama dari layanan kesehatan tidak baik atau kurang baik, akibat penyelenggara pelayanan kesehatan belum mampu menjawab substansi pelayanan kesehatan senada dengan nilai-nilai, norma, dan harapan masyarakat di mana pelayanan kesehatan dilaksanakan. Dengan kata lain, pelayanan kesehatan akan berkembang dengan baik dan berkualitas, manakala pelayananan kesehatan yang diselenggarakan mampu menjawab harapan masyarakat.

Pemerintah kabupaten/kota dengan otonomi kewenangan yang diberikan oleh pemerintah pusat, harus mampu memanfaatkan sebaiknya dalam mengelola seluruh potensi yang dimilikinya. Terkait dengan otonomi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pemerintah kabupaten/kota diharapkan juga untuk melakukan reformasi dalam bentuk inovasi dan perubahan di bidang kesehatan sesuai dengan nilai-nilai kearifan lokal masyarakat. Kendatipun pemerintah kabupaten/kota dalam hal ini hanya memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus rumah tangga di daerah, tetapi perbaikan atau reformasi di segala bidang, termasuk bidang kesehatan harus tetap menjadi perhatian.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami dan menjelaskan konsep kearifan lokal
2. Memahami dan menjelaskan pentingnya kearifan lokal dalam pelayanan kesehatan
3. Memahami dan menjelaskan desentralisasi pelayanan kesehatan
4. Memahami dan menjelaskan reformasi pelayanan kesehatan

C. Penyajian Materi

1. Kearifan Lokal

Secara etimologis, kearifan lokal terdiri dari 2 kata, yaitu: kearifan (*wisdom*) dan lokal (*local-wilayah*). Lokal yang berarti tempat di mana aktivitas dilaksanakan, sementara *wisdom* sama dengan kebijaksanaan dari aktivitas yang dilakukan oleh seorang aktor. Dengan demikian, bahwa pengertian kearifan lokal (*local wisdom*) merupakan gagasan-gagasan atau nilai-nilai, pandangan-padangan setempat yang bersifat bijaksana, penuh kearifan, bernilai baik yang tertanam dan diikuti oleh seluruh anggota masyarakatnya. Sementara sabagian pakar mengatakan bahwa kearifan berarti kebijaksanaan, pengetahuan atau kecakapan untuk mengetahui, mengenal, menyetujui, membedakan, mencari tahu, menyelidiki, dan mengakui yang benar atau salah. Sedang lokal berarti lokasi atau tempat. Dengan demikian, kearifan lokal berarti kemampuan seseorang untuk mengenal, memamahi, dan menganalisis berbagai fenomena di lingkungan di mana dia bertempat untuk dikelola menjadi sesuatu yang lebih bermanfaat. Batasan tentang pengertian dari kearifan lokal telah banyak dikaji seperti yang disampaikan oleh Susilo (2013), sebagai berikut:

a. Subagia (2010) mendefinisikan kearifan lokal sebagai segala sesuatu yang dimiliki dan digunakan oleh sekelompok masyarakat dalam kehidupan sehari-hari dan telah terbukti unggul untuk mengatasi masalah yang dimiliki. Kata kuncinya adalah: milik masyarakat. digunakan oleh masyarakat, dan terbukti unggul.

Sedangkan bentuk-bentuk kearifan lokal adalah pengetahuan, keterampilan, nilai, dan norma. Contohnya adalah pengetahuan mengenai tanda-tanda alam, keterampilan menggunakan berbagai peralatan, kesepakatan terhada nilai baik-buruk, dan kesepakatan terhadap norma perilaku.

b. Nakashima, Prott, dan Bridgewater (2000) dikutip Susilo (2013) menyebut kearifan lokal sebagai *Traditional Ecological Knowledge* (TEK) atau *indigenous* atau *local knowledge*. Menurutnya, kearifan lokal meliputi berbagai macam pemahaman informasi dan interpretasi yang rumit yang memandu masyarakat di seluruh dunia dalam berbagai interaksi mereka dengan lingkungan alam dalam kegiatan pertanian dan pembudidayaan ternak, berburu, menangkap ikan dan dalam pergaulan kehidupan bermasyarakat, dalam berjuang melawan penyakit dan luka, dalam memberi nama dan menjelaskan gejala-gejala alam, dan dalam memilih strategi untuk mengatasi lingkungan yang terus menerus berfluktuasi;

c. Kearifan lokal adalah pengetahuan lokal yang unik untuk suatu masyarakat tertentu. Dengan demikian, kerarifan lokal sepadan artinya dengan pengetahuan lokal (*local knowledge*), pengetahuan rakyat (*folk knowledge*), pengetahuan manusia (*people's knowledge*), kearifan tradisional (*traditional wisdom*), atau ilmu tradisional (*traditional science*). Pengetahuan ini diturunkan dari generasi ke generasi, biasanya secara lisan dari mulut ke mulut, atau dalam upacara adat, dan menjadi dasar kegiatan bertani, kegiatan menyiapkan makanan, pemeliharaan kesehatan, pendidikan, konservasi, dan berbagai macam kegiatan lainnya.

Kearifan lokal juga bermakna keunggulan lokal yang merupakan kebijaksanaan manusia yang bersandar pada filosofi nilai-nilai, etika, cara-cara dan perilaku yang melembaga secara tradisional. Dengan demikian, kearifan lokal adalah nilai yang dianggap baik dan benar sehingga dapat bertahan dalam waktu yang lama dan

bahkan melembaga. Kearifan berarti ada yang memiliki kearifan adat. Kearifan adat dipahami sebagai segala sesuatu yang didasari pengetahuan dan diakui akal serta dianggap baik oleh ketentuan agama. Adat kebiasaan pada dasarnya teruji secara alamiah dan niscaya bernilai baik, karena kebiasaan tersebut merupakan tindakan sosial yang berulang-ulang dan mengalami penguatan (*reinforcement*). Apabila suatu tindakan tidak dianggap baik oleh masyarakat, maka ia tidak akan mengalami penguatan secara terus-menerus. Pergerakan secara alamiah terjadi secara Sukarela karena dianggap baik atau mengandung kebaikan. Adat yang tidak baik akan hanya terjadi apabila terjadi pemaksaan oleh penguasa. Bila demikian maka ia tidak tumbuh secara alamiah tetapi dipaksakan. Oleh karena itu, bentuk-bentuk kearifan lokal dalam masyarakat dapat berupa: nilai, norma, etika, kepercayaan, adat-istiadat, hukum, adat, dan aturan- aturan khusus. Dan ia hidup dalam aneka budaya masyarakat dengan fungsinya yang bermacam-macam pula.

Susilo (2013) mengutip pandangan Ogawa, bahwa mereka telah membedakan dua tingkatan ilmu, yaitu: ilmu individual atau pribadi, dan ilmu budaya atau masyarakat. Menurut Ogawa, ilmu pada tingkatan masyarakat itulah yang disebut sebagai ilmu yang rasional untuk menanggapi realitas secara kolektif. Istilah kolektif dalam hal ini dipahami dengan realitas tersebut dibicarakan dan didiskusikan banyak orang. Dengan demikian, konsep kearifan lokal adalah pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat tertentu, yang memiliki keunggulan atau keunikan. Pengetahuan tersebut diturunkan kepada generasi berikut baik secara tertulis maupun secara lisan. Secara tertulis biasanya tercantum dalam suatu alat tulis khusus seperti lontar di Bali. Sedangkan yang dalam bentuk lisan biasanya dalam bentuk cerita, mitos, legenda atau dalam bentuk ajaran-ajaran dari agama yang mereka anut. Indonesia yang terdiri atas 300 suku bangsa, dengan 512 dialek bahasa di mana didalamnya banyak terkandung kearifan lokal. Bentuk-bentuk kearifan lokal dalam masyarakat dapat berupa nilai, norma, etika, kepercayaan, adat-istiadat, hukum

adat, dan aturan-aturan khusus. Oleh karena bentuknya yang bermacam-macam maka fungsinya juga bermacam-macam.

Terdapat beberapa pemaknaan mengenai kearifan lokal, antara lain:

a. Kearifan lokal (*local genius*) adalah kebenaran yang telah menradisi atau ajeg dalam suatu daerah;
b. Kearifan lokal merupakan perpaduan antara nilai-nilai suci firman Tuhan dan berbagai nilai yang ada;
c. Kearifan lokal terbentuk sebagai keunggulan budaya masyarakat setempat maupun kondisi geografis dalam arti luas;
d. Kearifan lokal merupakan produk budaya masa lalu yang patut secara terus menerus dijadikan pegangan hidup. Meskipun bernilai lokal tetapi nilai yang terkandung didalamnya dianggap sangat universal.

Kearifan lokal dapat dipilah menjadi dua yaitu kearifan sosial dan kearifan ekologi (Suja, 2010). Kearifan sosial menekankan pada pembentukan makhluk sosial menjadi lebih arif dan bijaksana. Dengan kata lain kearifan lokal dapat dikenal sebagai asas kekeluargaan. Geriya (2007) menyatakan bahwa secara substansi pokokpokok isi kearifan lokal meliputi unsur-unsur:

a. Konsep lokal,
b. Cerita rakyat (*folklore)*,
c. Ritual keagamaan,
d. Kepercayaan lokal,
e. Berbagai pantangan dan anjuran yang terwujud sebagai sistem perilaku dan kebiasaan publik.

Secara fungsional, kearifan lokal merupakan perangkat tradisi yang mencakup tiga dimensi:

a. Dimensi potensi budaya yang meliputi unsur tangible dan intangible,
b. Dimensi metode dan pendekatan yang mengedepankan kearifan dan kebijakan,
c. Dimensi arah dan tujuan yang menekankan harmoni, keseimbangan dan keberlanjutan.

Sebagaimana diketahui, bahwa pada saat ini hampir di sebagian irisan wilayah Indonesia (terutama di Jawa), kearifan (budaya) lokal lambat laun sudah mulai menghilang dan ditinggalkan oleh generasinya. Hal tersebut bisa dirasakan ketika kita mengunjungi wilayah pedesaan, maka akan jarang sekali kita melihat petani menggunakan kerbau atau sapi untuk membajak sawahnya. Mereka telah menggantikannya dengan traktor tangan, mesin, dan teknologi (modern), karena dianggap lebih praktis, efesien, dan cepat waktu. Walaupun, kondisi seperti ini sebenarnya tidak hanya terjadi di Indonesia dan juga terjadi dihampir semua Negara Asia yang mengandalkan kehidupannya dari sektor pertanian atau agroindustri, namun bagi penulis hal ini cukup memprihatinkan karena ada bagian nilai-nilai sosial yang hilang. Inilah realita perubahan jaman.

Menurut pendangan budaya, bahwa unsur budaya daerah menjadi sangat potensial sebagai *local genius* karena telah teruji kemampuannya untuk bertahan dengan nilai-nilai kedaerahannya (tradisi, hukum, adat, dan budayanya). Ciri-cirinya antara lain:

a. Mereka mampu bertahan terhadap budaya luar;
b. Mereka memiliki kemampuan untuk mengakomodasi unsur-unsur budaya luar;
c. Mereka mempunyai kemampuan mengintegrasikan unsur budaya luar ke dalam budaya asli;
d. Mereka mempunyai kemampuan mengendalikan; dan,
e. Mereka mampu memberi arah pada perkembangan budaya.

Beberapa fungsi kearifan lokal, antara lain:

a. Berfungsi untuk konservasi dan pelestarian sumber daya alam
b. Berfungsi untuk pengembangan sumber daya manusia
c. Berfungsi untuk pengembangan kebudayaan dan ilmu pengetahuan
d. Berfungsi sebagai petuah, kepercayaan, sastra, dan pantangan
e. Bermakna sosial, misalnya upacara integrasi komunal atau kekerabatan, dan pada upacara pertanian
f. Bermakna etika dan moral, yang terwujud dalam upacara Ngaben dan selamatan roh leluhur

g. Bermakna politik atau hubungan kekuasaan *patronclient*, dsb.

Penjelasan tentang fungsi-fungsi kearifan lokal tersebut di atas, tampak betapa luas ranah keraifan lokal, mulai dari yang sifatnya sangat teologis sampai yang sangat pragmatis dan teknis. Beberapa contoh beberapa kekayaan budaya, kearifan lokal di Nusantara yang terkait dengan pemanfaatan alam yang pantas digali lebih lanjut makna dan fungsinya serta kondisinya sekarang dan yang akan dating, misalnya kearifan lokal terdapat di beberapa daerah:

a. Papua, terdapat kepercayaan te aro neweak laka (alam adalah aku). Gunung Erstberg dan Grasberg dipercaya sebagai kepala mama, tanah dianggap sebagai bagian dari hidup manusia. Dengan demikian maka pemanfaatan sumber daya alam secara hatihati.

b. Di Serawai Bengkulu, terdapat keyakinan celako kumali. Kelestarian lingkungan terwujud dari kuatnya keyakinan ini yaitu tata nilai tabu dalam berladang dan tradisi tanam tanjak.

c. Di Dayak Kenyah, Kalimantan Timur, terdapat tradisi tana' ulen. Kawasan hutan dikuasai dan menjadi milik masyarakat adat. Pengelolaan tanah diatur dan dilindungi oleh aturan adat.

d. Di masyarakat Undau Mau, Kalimantan Barat, masyarakat mengembangkan kearifan lingkungan dalam pola penataan ruang pemukiman, dengan mengklasifikasi hutan dan memanfaatkannya. Perladangan dilakukan dengan rotasi dengan menetapkan masa bera, dan mereka mengenal tabu sehingga penggunaan teknologi dibatasi pada teknologi pertanian sederhana dan ramah lingkungan.

e. Di masyarakat Kasepuhan Pancer Pangawinan, Kampung Dukuh Jawa Barat, mereka mengenal upacara tradisional, mitos, tabu, sehingga pemanfaatan hutan hati-hati. Tidak diperbolehkan eksploitasi kecuali atas ijin sesepuh adat.

f. Di Bali dan Lombok, masyarakat mempunyai tradisi awig-awig. Kearifan lokal ini merupakan suatu gagasan konseptual

yang hidup dalam masyarakat, tumbuh dan berkembang secara terus-menerus dalam kesadaran masyarakat, berfungsi dalam mengatur kehidupan masyarakat dari yang sifatnya berkaitan dengan kehidupan yang sakral sampai yang profane, dan sebagainya.

Selama lebih dari tiga dasawarsa di penghujung abad ke 21 ini, kita telah menyaksikan pembangunan di negeri Indonesia menekankan pada pertumbuhan ekonomi secara berlebihan (*economic overtone*), dan mengabaikan perhatian pada aspek-aspek budaya kehidupan bangsa. Model pembangunan semacam itu, bukan hanya telah menghalalkan berbagai bentuk ketimpangan sosial, tetapi juga menimbulkan akumulasi nilai-nilai *hedonistic,* ketidakperdulian sosial, erosierosi ikatan kekeluargaan dan kekerabatan, dan meluasnya dekandensi moral dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Pilihan pada pendekatan ekonomitrik itu bahkan telah membuat masyarakat menjadi sangat tergantung pada birokrasi-birokrasi sentralistik yang memiliki daya absorbsi sumberdaya sangat besar, namun kemampuan dan kepekaannya sangat rendah untuk menanggapi kebutuhan-kebutuhan lokal, dan secara sistematis telah mematikan pula inisiatif masyarakat lokal untuk memecahkan masalah- masalah yang mereka hadapi.

Konsekuensi dari pendekatan tersebut adalah tergerusnya nilai-nilai budaya bangsa dalam skema pembangunan yang telah dirancang dan dibakukan dari atas. Masyarakat harus tunduk pada rezim nilai-nilai pembangunan yang seragam dan monopolistik. Itulah sebabnya, praktek-praktek pembangunan juga seragam di berbagai entitas masyarakat dan di berbagai daerah, walaupun secara kultural memiliki perbedaan yang sangat nyata. Oleh sebab itu dapat diduga, betapa penyeragaman nilai dan praktek-praktek pembangunan yang ditanamkan selama ini justru menciptakan distorsi dan dis-integrasi yang luar biasa dalam masyarakat. Pada akhirnya, masyarakat bangsa ini merasa tercerabut dari akar budayanya dan menghamba pada dominasi nilai-nilai budaya asing

(*global*) yang dikemas dalam paket-paket halus pembangunan yang sebenarnya sangat sulit mereka mengerti dan mereka pahami.

Pembangunan berwawasan kearifan lokal, menawarkan pilihan model pembangunan yang menunjuk pada suatu politik pembangunan yang mengedepankan penguatan harkat dan martabat manusia dalam proses-proses pembangunan, yang tiada henti-hentinya mencari alternatif munculnya peradaban baru (*new civilization*) yang lebih membebaskan, lebih mencerahkan, lebih adil, dan lebih manusiawi. Dengan perkataan lain, pembangunan berwawasan kearifan lokal diharapkan mampu meningkatkan harkat dan martabat manusia; bukan semata-mata hanya menghasilkan tercapainya kecukupan dan kelimpahan material, melainkan juga harus mampu menghadirkan penguatan nilai-nilai fundamental manusia itu sendiri.

Konsep pembangunan berwawasan kearifan lokal ini, saya istilahkan dengan kalimat "*Glocalization*" untuk menggambarkan nuansa post modernism yang menggabungkan antara strategi pembangunan yang berselera global dan pembangunan yang berselera lokal dengan sifatnya yang multiverse, relatif, temporer, kenyal, komunal, informatif, dan dekonstruktif. Dengan kata lain, bahwa pembangunan berwawasan kearifan budaya lokal mengandung makna bagaimana caranya mengemas atau merumuskan kebijakan pembangunan lokal menjadi bernilai global dengan melibatkan elit dan masyarakat lokal setempat. Ini adalah harapan, dan sekaligus tantangan. Oleh karena itu, pemerintah harus realistis menghadapi kondisi ini.

Negara berkembang (termasuk Indonesia) tidak akan kebal dari perkembangan (ekonomi) global. Krisis dapat melebar ke negara-negara berkembang sebagai kunci transmisi tersebut. Implikasinya tidak hanya terhadap sektor keuangan, tapi juga sektor riil. Solusinya, antara lain: Pemerintah dan masyarakat harus bisa memetik pelajaran pengalaman dalam menghadapi krisis 2008. Tidak cukup dengan regulasi (aturan) saja dalam mengelola ekonomi untuk menghadapi krisis, tapi perlu tindakan riil. Pertama,

harus jelas siapa yang membuat dan mengimplementasikan keputusan selama masa krisis (Artinya, harus memiliki peraturan untuk merespons dan memitigasi dampak krisis). Kedua, Indonesia harus memanfaatkan sumber daya lebih besar untuk menangani arus modal keluar. Ketiga, Perlindungan konsumen harus diutamakan untuk menjaga kepercayaan pasar *(trust)*.

2. Desentralisasi Layanan Kesehatan

Konsep desentralisasi, berkaitan dengan pelayanan publik atau pelayanan kesehatan dapat dimaknai dengan dua hal (Smith, 1985):

a. Adanya sub divisi teritorial dari suatu negara yang mempunyai ukuran otonomi; dan
b. Lembaga-lembaga tersebut akan direkrut secara demokratis, dan berbagai keputusan akan diambil berdasarkan prosedur yang demokratis.

Hoessein (2001) dalam keniannya terkait dengan pemerintah daerah bahwa konsep desentralisasi memiliki dua element penting, yaitu:

a. Pembentukan daerah otonom, dan
b. Penyerahan urusan pemerintahan kepada daerah otonom. Kedua elemen pokok tersebut di atas kemudian melahirkan pemerintah daerah yang memiliki *local government*.

Definisi *local government* menurut Uniteds Nations yang dikutip oleh Alderfer (1965) adalah "*a political subdivisions of nation or (in federal system) state which is constituted by law and has substanstial control of local affairs, including the power to impose taxes or exact labor for prescribed purpose. The governing body of such an entity is elected or otherwise locally selected*". [sebuah subdivisi politik suatu negara atau (dalam sistem federal) negara yang dibentuk oleh hukum dan memiliki kendali substansial atas urusan lokal, termasuk kekuasaan untuk mengenakan pajak atau tenaga kerja yang tepat untuk tujuan yang ditentukan. Badan pengelola entitas tersebut dipilih atau dipilih secara lokal]. Pada ini, tersirat bahwa *local government* bagi negara yang menganut

sistem pemerintahan federal. Kondisi *local governenment* di negara kesatuan tentu memiliki pemaknaan yang berbeda. Hoessein (1999) mencontohkan *local government* bagi negara kesatauan seperti di Indonesia, tidak mempunyai daerah dalam lingkungannya yang bersifat "*staat*". Dengan demikian, pemerintah daerah yang nantinya melahirkan daerah otonom, dibentuk hanya memiliki otonom untuk mengelola wilayah dan tidak diberi kewenangan untuk memiliki kedaulatan terhadap wilayah seperti negara bagian dalam sistem federal.

Hoessein (2001) memberikan pengertian *local government*, menjadi tiga *pengertian*, yakni:

a. Pemerintah lokal;

   Local government dalam arti pertama menunjuk pada lembaga/organnya. Maksudnya *local government* adalah organ/badan/organisasi pemerintah di tingkat daerah atau wadah yang menyelenggarakan kegiatan pemerintahan di daerah. Dalam arti ini istilah *local government* sering dipertukarkan dengan istilah *local authority*. Baik *local government* maupun *local authority*, keduanya menunjuk pada *council* dan major (dewan dan kepala daerah) yang rekrutmen pejabatnya atas dasar pemilihan. Dalam konteks Indonesia *local government* merujuk kepada kepala daerah dan DPRD masing-masing pengisiannya dilakukan dengan cara dipilih, bukan ditunjuk.

b. Pemerintah lokal yang dilakukan oleh pemerintah lokal;

   Local government dalam pengertian kedua, menunjuk pada fungsi kegiatannya. Dalam arti ini *local government* sama dengan pemerintahan daerah. Dalam konteks Indonesia pemerintah daerah dibedakan dengan istilah pemerintahan daerah. Pemerintah daerah adalah badan atau organisasi yang lebih merupakan bentuk pasifnya, sedangkan pemerintahan daerah merupakan bentuk aktifnya. Dengan kata lain, pemerintahan daerah adalah kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah daerah. Dalam pengertian organ maupun fungsi *local government*

tidak sama dengan pemerintah pusat yang mencakup fungsi legislatif, eksekusif, dan judikatif. Pada *local government* hampir tidak terdapat cabang dan fungsi judikatif (Antoft dan Novack: 1998). Hal ini terkait dengan materi pelimpahan yang diterima oleh pemerintah lokal. Materi pelimpahan wewenang kepada pemerintah lokal hanyalah kewenangan pemerintahan. Kewenangan legistlatif dan judikasi tidak diserahkan kepada pemerintah lokal. Kewenangan legislasi tetap dipegang oleh badan legistlatif (MPR, DPR, dan BPD) di pusat sedangkan kewenangan judikasi tetap dipegang oleh badan peradilan (Mahkamah Agung, Pengadilan Tinggi, Peradilan Negeri, dan lain-lain).

c. Daerah otonom.

Local government dalam pengertian sebagai daerah otonom. Daerah otonom dalam definisi yang diberikan oleh *The United Nations of Public Administration*: yaitu subdivisi politik nasional yang diatur oleh hukum dan secara substansial mempunyai kontrol atas urusan-urusan lokal, termasuk kekuasaan untuk memungut pajak atau memecat pegawai untuk tujuan tertentu. Badan pemerintah ini secara keseluruhan dipilih atau ditunjuk secara lokal. Dalam pengertian ini *local government* memiliki otonomi lokal dalam arti *self government*, yaitu mempunyai kewenangan untuk mengatur (*rules making=regelling)* dan mengurus (*rules application=bestuur*) kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri. Dalam istilah administrasi publik masing-masing wewenang tersebut lazim disebut wewenang membuat kebijakan (*policy making*) dan wewenang melaksanakan kebijakan (*policy executing*) [Hoessein, 2002].

Merujuk pada uraian di atas, dapat dirumuskan penulis bahwa otonomi daerah berhubungan dengan pemerintahan daerah otonom (*self- local government*). Pemerintahan daerah otonom adalah pemerintahan daerah yang badan pemerintahannya dipilih oleh penduduk setempat dan memiliki kewenangan untuk mengatur dan

mengurus urusannya sendiri berdasarkan peraturan perundangan dan tetap mengakui supremasi dan kedaulatan nasional. Melalui kewenangannya tersebut peran pemerintah daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah menurut pandangan Leach, Stewart dan Walsh (1994) sebagaimana yang dikutip Muluk (2009), meliputi: dimensi ekonomi, dimensi pemerintahan, dan dimensi politik yang berkaitan dengan bentuk demokrasi lokal.

Peran pemerintah daerah dalam dimensi ekonomi berkaitan dengan sumber-sumber penyediaan pelayanan publik baik yang menyangkut produksi maupun distribusi komoditas dan layanan di tingkat lokal. Penekanan sumber-sumber tersebut dapat berasal dari mekanisme pasar maupun badan-badan sektor publik. Dominasi pasar dalam penyediaan layanan publik dapat dilihat dari penggunaan instrument kebijakan yang lebih dominan pada badan-badan swasta dan penggunaan mekanisme pasar yang ditandai dengan adanya kompetisi dalam pelayanan publik. Peran pada dimensi pemerintahan meliputi: rentang tanggung jawab fungsi atau kewenangan yang sempit, cara peneyelenggaraan pemerintah yang bersifat reaktif, dan derajat otonomi yang sempit. Peran semacam ini olehnya disebut sebagai peran pemerintah yang lemah dan sebaliknya. Peran pada dimensi politik, berkaitan dengan bentuk demokrasi lokal yang mencerminkan bagaimana pemerintah daerah membuat keputusan. Dalam hal ini ada dua titik yang berbeda, pada titik pertama ada penekanan pada demokrasi perwakilan, yakni suatu sistem yang mencerminkan preferensi masyarakat dinyatakan melalui sistem pemilihan lokal. Sementara pada titik yang lain terdapat penekanan pada demokrasi yang partisipatif yang mencerminkan partisipasi masyarakat setempat.

Selain peran di ketiga dimensi tersebut Lech, Stewart, dan Walsh (1994) juga menawarkan model alternatif yang dapat diperankan oleh pemerintah daerah, yaitu *residual authority, market-oriented enabler, dan community oriented enabler*. Ketiga model yang ditawarkan ini bermuara pada *enabling authority*, sehingga pusat perhatiannya pada pemisahan antara produksi dengan penyediaan

layanan dan berupaya menemukan cara baru dalam pemberian layanan melalui agen-agen di luar pemerintah daerah.

The residual enabling authority, merupakan model peran yang menggabungkan menekankan pada kekuatan market dan peran pemerintah daerah yang lemah dan berdiri di atas bentuk demokrasi yang netral baik terhadap bentuk *representative* demokrasi maupun *participatory*. Istilah residu sebenarnya mengacu pada posisi pemerintah daerah yang bertanggung jawab pada pelayanan yang terbatas saja dan tidak bisa disediakan secara langsung oleh pasar atau swasta. Sedangkan *enabler*-nya berupa pemerintah daerah diharapkan membuat spesifikasi layanan publik lalu mengkontrakkan kepada pihak swasta, atau bila tidak memungkinkan kepada badan pemerintah daerah lainnya dan memonitor kinerja dari kontraktor tersebut.

The market oriented enabling authority, merupakan model peran kombinasi dari menekankan pada kekuatan pasar dengan peran pemerintah daerah yang kuat, disertai pada penekanan demokrasi partisipatif. Model ini hampir sama dengan model sebelumnya, namun yang membedakan di sini pemerintah daerah memiliki peran yang kuat dan aktif dalam menentukan masa depan perekonomian diwilayahnya. Pemerintah daerah dipandang sebagai badan koordinasi dan perencanaan kunci bagi pembagunan ekonomi daerah dengan meyediakan mekanisme dan insentif sehingga perekonomian dapat berkembang. Dalam konteks ini hubungan pemerintah daerah dengan agen-agen perekonomian bersifat dua arah, dengan tanggung jawab sosial ditekankan dan kesepakatan antara keduanya dinegosiasikan secara aktif, sehingga peran pemerintah daerah di sini adalah memberanikan dan mendukung perusahaan swasta.

The community oriented enabling authority, merupakan model gabungan dari penekanan pada demokrasi partisipatif yang kuat, dan setidak-tidaknya ada diposisi tengah dalam hubungannya dengan *weaker strong local government*, serta penekanan antara sektor publik dan pasar. Tujuan utamanya adalah memenuhi kebutuhan

penduduk yang beragam dengan menggunakan saluran penyediaan layanan apa saja yang dipandang paling tepat. Penekanannya terletak pada kebutuhan kolektif dari pada perseorangan, pada penduduk daerah sebagai konsumen maupun pelanggan. Model ini berimplikasi pada tuntutan adanya *participatory democracy* dan *community accountability*. Pemerintah daerah dituntut untuk *outward looking*, dan model ini dapat berjalan baik dalam pemerintah daerah yang kuat maupun yang lemah, atau dalam sektor publik yang kuat maupun pasar yang kuat.

Bagi Rasyid (2002) model peran pemerintah daerah beriringan dengan perkembangan kebutuhan manusian. Awal lahirnya pemerintahan adalah untuk menjaga suatu sistem ketertiban di dalam masyarakat, sehingga masyarakat bisa menjalankan kehidupan secara wajar. Namun dengan perkembangan masyarakat modern yang ditandai dengan meningkatnya kebutuhan, sehingga peran pemerintah berubah menjadi melayani masyarakat, dan menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreatifitasnya demi mencapai kemajuan bersama. Selanjutnya, Rasyid (2002) memetakan peran pemerintah daerah dalam menjalankan tugas-tugas pokoknya, sebagai berikut:

a. Menjamin keamanan negara dari segala kemungkinan serangan dari luar, dan menjaga agar tidak terjadi pemberontakan dari dalam yang dapat menggulingkan pemerintahan yang sah melalui cara-cara kekerasan.
b. Memelihara ketertiban dengan mencegah terjadinya pergolakan di antara warga masyarakat, menjamin agar perubahan apapun yang terjadi di dalam masyarakat dapat berlangsung secara damai.
c. Menjamin diterapkannya perlakuan yang adil kepada setiap warga masyarakat tanpa membedakan status apapun yang melatarbelakangi keberadaan mereka.
d. Melakukan pekerjaan umum dan memberikan pelayanan dalam bidang-bidang yang tidak mungkin dikerjakan oleh lembaga

non pemerintahan, atau yang akan lebih baik jika dikerjakan oleh pemerintah.

e. Melakukan upaya-upaya untuk meningkatkan kesejahteraan sosial: membantu orang miskin dan memelihara orang cacat, jompo dan anak terlantar: menampung serta menyalurkan para gelandangan ke sektor kegiatan yang produktif, dan semacamnya.

f. Menerapkan kebijakan ekonomi yang menguntungkan masyarakat luas, seperti mengendalikan laju inflasi, mendorong penciptaan lapangan kerja baru, memajukan perdagangan domestic dan antar bangsa, serta kebijakan lain yang secara langsung menjamin peningkatan ketahanan ekonomi negara dan masyarakat.

g. Menerapkan kebijakan untuk memelihara sumber daya alam dan lingkungan hidup hidup, seperti air, tanah dan hutan.

Tugas-tugas pokok pemerintah daerah tersebut kemudian dapat diringkas menjadi 3 (tiga) hakekat fungsi, yaitu: pelayanan (*service*), pemberdayaan (*empowerment*), dan pembangunan (*development*). Pelayanan akan membuahkan keadilan dalam masyarakat, pemberdayaan akan mendorong kemandirian masyarakat, dan pembangunan akan menciptakan kemakmuran dalam masyarakat. Begitu juga pendapat Kaufman yang disetir oleh Thoha (1995) peran pemerintah daerah sesuai dengan kekuasaan yang melekat pada posisi jabatannya untuk melayani dan mengatur masyarakat dan dalam memberikan pelayanan lebih mendahulukan kepentingan umum, mempermudah urusan publik dan memberikan kepuasan kepada publik. Dalam kaitan dengan perspektif *sound governance, local governance under the model of sound governance demands active citizen participation, through direct or indirect involvements, co-service delivery, co-production, and co-management in transportation, housing, and the like.* (Farazmand, 2004:18). Batasan ini menekankan pada partisipasi aktif warga baik secara langsung mauupun tidak langsung penyiapan layanan publik dan barang-barang publik.

Merujuk pada kewenangan pemerintah daerah (*local government)*, untuk mengatur (*rules making=regelling)* dan mengurus (*rules application=bestuur*) kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri (Hoessein, 2001), melahirkan beberapa peran pada dimensi ekonomi, pemerintahan, dan politik yang berkaitan dengan bentuk demokrasi lokal (Leach, Stewart dan Walsh, 1994), khususnya untuk memberikan pelayanan, pemberdayaan, dan pembangunan kepada masyarakat (Rasyid, 2002). Peran pemerintah daerah pada pelayanan kesehatan tentunya berkaitan dengan peran-peran yang wajib dijalankan dengan memperhatikan hubungan antara peran pemerintah dengan pemerintah daerah dalam negara kesatuan, khsusnya dalam menjalankan urusan wajib di bidang pelayanan kesehatan.

Tugas Pemerintahan adalah melakukan pendekatan-pendekatan kepada pemerintahan otonom, baik secara langsung, melalui saluran organisasi pemerintahan atau melalui saluran-saluran politik. Di samping itu juga mengalokasikan sejumlah anggaran untuk masyarakat. Kebijakan ini diterjemahkan ke dalam beberapa langkah misalnya standar pelayanan minimal, membentuk komite kesehatan wilayah otonom, pembentukan organisasi peduli kesehatan di tingkat wilayah otonom untuk melakukan advokasi kebijakan.

a. Pembagian Urusan Pemerintahan (Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota)

Daerah otonomi adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Amanah UU No. 23/2014 tentang Pemerintah Daerah yang menggantikan UU No. 32/2004 menyatakan bahwa pemberian hak otonomi penyelenggaraan pemerintahan daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan

masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memerhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, dan kekhasan suatu daerah dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Adapun efisiensi dan juga efetivitas penyelenggaraan pemerintah daerah perlu ditingkatkan dengan memerhatikan aspek-aspek hubungan antara pemerintah pusat dengan daerah dan antar daerah, potensi dan keanekaragaman daerah, serta peluang dan tantangan persaingan global dalam kesatuan sistem penyelenggaraan pemerintahan negara.

Pembukaan UUD 1945 dengan jelas menyebutkan 4 (empat) tujuan nasional RI, yakni melindungi segenap bangsa dan tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan banngsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia. Dari tujuan nasional tersebut, maka warga negara diberikan hak yang tertuang pada Pasal 27, Pasal 28H, dan Pasal 34 UUD 1945, yakni hak pendidikan, hak kesehatan, hak atas pekerjaan, hak atas pekerjaan, hak atas penghidupan yang layak, serta hak jaminan sosial.

Dalam rangka pencapaian tujuan nasional dan pemenuhan hak warga negara, berdasarkan pada Pasal 4 dalam UUD 1945, Indonesia ditetapkan sebagai negara kesatuan yang yang terdesentralisasi dengan presiden sebagai pemegang kekuasaan pemerintahan, selanjutnya diatur dalam Pasal 18, Pasal 18A, dan Pasal 18B UUD 1945, bahwa:

1) Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dibagi atas provinsi, kabupaten, dan kota dengan asas otonomi dan tugas pembantuan.

2) Setiap daerah dipimpin oleh seorang Gubernur, Bupati/Walikota yang dipilih secara demokratis dengan masing-masing memiliki Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) yang dipilih melalui Pemilihan Umum (Pemilu).

3) Pemerintah pusat dan pemerintah daerah dengan batasan tugas, fungsi, serta wewenangnya bersama-sama menja-

lankan urusan pemerintahan dengan hubungan wewenang antar tingkatan pemerintahan.

4) Hubungan keuangan, pelayanan umum, serta pemanfaatan sumber daya alam dan sumber daya lain diatur oleh UU dan dilaksanakan secara adil dan selaras.

5) Negara mengakui dan menghormati satuan-satuan pemerintahan daerah yang bersifat khusus atau istimewa yang diatur dengan UU.

Pencapaian tujuan nasional kemudian diupayakan oleh tiap-tiap pemerintah daerah dalam hal otonomi yang mencakup wewenang, dan kewajiban untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI). Perlu digarisbawahi bahwa hak otonomi daerah diberikan dengan 2 (dua) tujuan besar, yakni tujuan demokrasi dan tujuan kesejahteraan. Tujuan Demokrasi dalam hak otonomi memosisikan pemerintah daerah sebagai instrumen pendidikan politik di tingkat lokal, yang akan menyumbang terhadap pendidikan politik nasional demi terwujudnya *civil society*. Adapun tujuan kesejahteraan dalam hak otonomi mendorong pemerintah daerah untuk mampu menyediakan pelayanan publik yang efektif, efisien, dan ekonomis untuk masyarakat lokal. Selaras dengan tujuan otoritas daerah, penyelenggaraan daerah diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat melalui peningkatan pelayanan, pemberdayaan, dan peran serta masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memerhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, dan kekhasan suatu daerah dalam sistem NKRI.

b. Pembagian Kewenangan Urusan Kesehatan

Regulasi sistem telah mengatur bahwa pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten kota dalam batasannya masing-masing memiliki kewenangan pada urusan kesehatan yang dimaksud mencakup:

1) Upaya Kesehatan;
2) SDM Kesehatan;
3) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, Makanan dan Minuman; serta
4) Pemberdayaan Masyarakat.

Untuk lebih jelasnya, seperti penjabaran pada Pasal 16, 17, 18 UU No. 23/2014, pembagian kewenangan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagai berikut:

Pada dasarnya, urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar yang wajib diselenggarakan oleh semua daerah dengan berpedoman pada SPM. Didalamnya termasuk pula penyelenggaraan jaminan kesehatan yang dikelola oleh badan hukum publik BPJS Kesehatan. Terkait dengan pendanaan urusan kesehatan, pemerintah daerah berkewajiban secara konsiten dan berkesinambungan mengalokasikan anggaran kesehatan minimal 10% (sepuluh persen) dari total belanja APBD di luar gaji. Bagi daerah yang telah menetapkan lebih dari 10%, penjagaan dilakukan agar tidak menurunkan jumlah alokasinya. Adapun bagi daerah yang belum mempunyai kemampuan, dilakukan pendampingan agar pemenuhan 10% anggaran kesehatan dilaksanakan secara bertahap.

Berbicara tentang kewajiban daerah dalam urusan kesehatan daerah, penyediaan anggaran sebesar 10% dari total APBD bukan satu-satunya kewajiban yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah. Terdapat kewajiban lain yang mengikuti, yaitu penyediaan infrastruktur atau sarana dan prasarana fasilitas kesehatan (Puskesmas dan RSUD/Rumah Sakit Umum Daerah), penyediaan dokter atau tenaga medis sesuai dengan kebutuhan, pengadaan obat-obatan, serta penyediaan dan pengembangan sistem informasi (sistem rujukan). Dalam hal ini, pihak yang bertugas melaksanakan urusan kesehatan ialah Dinas Kesehatan yang berwenang dalam:

1) Pengelolaan UKP;
2) Pengelolaan UKM;
3) Izin RS kelas B, C & D;
4) Pengakuan pedagang farmasi dan alat kesehatan;
5) Peredaran obat tradisional;
6) Pengawasan makanan dan minuman industri rumah tangga;
7) Pengawasan post market;
8) Perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan;
9) Izin praktik dan izin kerja tenaga kesehatan; serta
10) Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

Dalam sistem desentralisasi di mana daerah diberikan hak otonomi untuk menyelenggarakan pembangunan di daerahnya, sinkronisasi antara kebijakan pemerintah daerah dan kebijakan pemerintah pusat harus terus dilakukan. Hal tersebut ditegaskan dalam PP No. 43/2014 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2015 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 27/2014 tentang Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2015. Di bidang kesehatan, sinkronisasi menjadi penting terutama untuk menciptakan keterpaduan dan keselarasan reformasi pembangunan kesehatan di Indonesia dengan implementasi SJSN.

c. Desentralisasi Layanan Kesehatan

Desentralisasi secara teoritis dapat meningkatkan derajat kesehatan, misalnya melalui:

1) Penambahan alokasi sumber daya lokal untuk kesehatan
2) Dimaksudkan akan menjadi lebih efisien dalam penggunaan sumber daya
3) Disamping itu juga lebih efektif dalam pelaksanaan program-programnya

Desentralisasi diharapkan dapat memberikan dampak kepada pelayanan kesehatan, baik rumah sakit, bentuk-bentuk upaya kesehatan primer seperti posyandu atau *primary health care* (Wasem, 1997). Sebuah studi pemberantasan TBC di Kamboja juga mem-

buktikan bahwa desentralisasi pelayanan kesehatan hingga tingkat *primary health centers* lebih efektif dan lebih mempersingkat pelayanan terhadap upaya-upaya seperti DOTS atau *Directly Observed Treatment Shortcourse* (Saly et al, 2006)

Primary Health Care, adalah suatu bentuk upaya pelayanan kesehatan untuk mendekatkan kepada masyarakat. Strategi ini dikembangkan setelah pertemuan Alma Ata pada tahun 1978. Di Indonesia pelaksanaan *Health for All* melalui institusi kelembagaan yang dikenal sebagai Posyandu yang dikelola masyarakat bersama unit pelayanan yang dibiayai Pemerintah yang terdekat. Di Tanzania telah melakukan uji coba bentuk pelayanan imunisasi hingga setingkat semacam posyandu, yang memberikan hasil sangat baik (Semali et al, 2005). Dengan kata lain Posyandu, masih relevan dengan desentralisasi. Bahkan Posyandu adalah bentuk desentralisasi kepada rakyat dan pengelola kesehatan digaris terdepan. Dahulu Posyandu dikelola secara tersentralisasi. Sebenarnya sistem tersentralisasi juga bisa menjamin *equity.* Namun dalam wilayah yang relatif kecil. Negara seperti Indonesia apalagi dalam bentuk kepulauan maka sistem desentralisasi yang didukung bentuk-bentuk dekonsentrasi, tugas pembantuan barangkali lebih pas.

Secara implisit, desentralisasi memiliki tujuan untuk menghilangkan disparitas, atau setidaknya secara nasional desentralisasi adalah salah satu cara untuk mengatasi disparitas, misalnya disparitas antara kawasan barat dengan kawasan timur. Namun hal ini masih harus dilihat dengan baik. Mungkin ketika desentralisasi sudah berjalan sepuluh tahun harus ada kajian tebtang hal ini.

3. Reformasi Pelayanan Kesehatan

a. Reformasi bidang Kesehatan

Istilah reformasi diibaratkan sebagai kata kunci untuk membuka membuka model pembangunan baru dari kegagalan model pembangunan lama yang yang ditandai dengan krisis moneter dan krisis ekonomi dan bahkan krisis multidimensi

yang mendera bangsa Indonesia. Berakhirnya Era Orde Baru kemudian dilanjutkan oleh Era Orde Reformasi yang mana secara hukum dimulai tepatnya bulan November 1998 ketika Majelis Permusyawaratan Rakyat (MPR) RI menerbitkan Ketetapan No. X/1998 tentang Pokok-Pokok Reformasi Pembangunan dalam Rangka Penyelamatan dan Normalisasi Kehidupan Nasional Sebagai Haluan Negara (GBHN) Tahun 1999-2004 bersamaan dengan ditetapkannya Perubahan Pertama UUD 1945.

Pelayanan kesehatan sebagai salah satu Hak Asasi Manusia (HAM) Indonesia seperti dinyatakan pada Pasal 28H ayat 1, tidak disebutkan secara spesifik sebagai salah satu bidang pembangunan dalam Propenas 2000-2004, tetapi hanya sebagai bagian pembangunan sosial dan budaya. Hampir semua bidang pembangunan menindaklanjuti Propenas tahun 2000-2004 dengan membuat UU yang digunakan sebagai pegangan utama dalam melaksanakan reformasi dimasing-masing bidang. Untuk bidang kesehatan, perlu dilakukan kajian sejauh mana kebijakan reformasi sektor kesehatan ini konsisten dengan pengertian atau makna dari reformasi sektor kesehatan itu sendiri. Berman (1998) mengemukakan: *"...sustained, purposeful and fundamental change"-"sustained" in the sense that it is not a "one shot" temporary effort that will not have enduring impacts "purposeful' inthe sense of emerging from a rational, planned amd evidence based procces;and "fundamental" in the sense off adresing significant, strategis dimensions of health systems"*.

Selanjutnya Hsiao (1995) menyatakan bahwa reformasi adalah perubahan mendasar berkesinambungan untuk mencapai tujuan strategis sektor kesehatan ini, melalui "*control knobs*" atau tombol atur dari pendanaan, pembayaran, organisasi, regulasi dan perilaku konsumen sektor kesehatan.

Sejarah mencatat bahwa reformasi sektor kesehatan negeri dipicu oleh pemikiran menteri kesehatan kabinet pembangunan VII pada masa jabatan akhir pada April 1999 yang diruangkan

dalam dokumen *healthy* Indonesia 2010. *The New Vision, Mission and Basic Strategies of the Ministry of Health Republic of Indonesia* (2010). Dr. Farid A. Moeloek kemudian duduk kembali sebagai Menteri Kesehatan RI Kabinet Reformasi Pembangunan ini, dan kemudian membakukan pemikiran tersebut sebagai Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 yang belum menjadi kebijakan resmi reformasi sektor kesehatan sampai masa jabatannya selesai pada Oktober 1999 (Departemen Kesehatan RI, 1999). Pembakuan gagasan ini menjadi kebijakan resmi dilakukan oleh Dr. A. Sujudi Menteri Kesehatan Kabinet Persatuan Nasional (1999-2001) dan Kabinet Gotong Royong (2001-2004) sebelum UU No. 25/2000 tentang Propenas Tahun 2000-2004 ditetapkan.

Kerumitan dalam menjalankan kebijakan reformasi pembangunan kesehatan di atas diwariskan kepada Menteri Kesehatan RI periode 2010-2014 yang harus melaksanakan tugasnya sesuai Perpres No. 5/ 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014, Dalam RPJMN II ini, bidang kesehatan merupakan prioritas ketiga dari total 11 (sebelas) prioritas nasional di mana pelaksanaannya dilakukan melalui pendekatan preventif, tidak hanya kuratif, melalui peningkatan kesehatan masyarakat dan lingkungan diantaranya dengan:

1) Perluasan penyediaan air bersih;
2) Pengurangan wilayah kumuh dengan tujuan untuk dapat meningkatkan angka harapan hidup dari 70,7 tahun pada 2009 menjadi 72,0 tahun pada 2014; serta
3) Pencapaian keseluruhan sasaran M*illenium Development Goals* (MDGs) tahun 2015.

Cukup menarik untuk disimak bahwa hanya sekitar 1 (satu) minggu kemudian, Kemenkes berhasil mengeluarkan KMK No. Hk.03.01/160/I/ 2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Dokumen ini dijadikan pegangan oleh Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional atau Kepala

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BPPN) dalarn memantau pelaksanaan RPJMN 2010-2014 bidang kesehatan.

Lebih menarik lagi bila diperhatikan bahwa kurang dari 2 (dua) minggu sesudah penerbitan Renstra Kemenkes 2010-2014, Menteri Kesehatan pada saat itu, Endang R. Sedyaningsih menerbitkan KMK No. 267/MENKES/SK/II/2010 tentang Penetapan Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat. Dikatakan bahwa alasan utama dari terbitnya kebijakan ini adalah menciptakan pegangan dasar untuk mempercepat capaian sasaran yang telah ditetapkan dalam Renstra Kementerian Kesehatan RI 2010-2014. Namun, terdapat beberapa kesalahan significant seperti: (a) Tetap menggunakan UU No. 23/1992 tentang Kesehatan yang telah dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi dengan diterbitkannya UU No. 36/2009 tentang Kesehatan; (b) Menggunakan PerPres No. 7/2005 tentang RPJMN 2004-2009, bukan Perpres No. 5/2010 tentang RPJMN 2010-2014; dan (c) Tidak mencantumkan dan menggunakan KMK No. Hk.03.01/160/ I/ 2010 tentang Renstra Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010-2014.

Langkah-langkah reformasi kesehatan masyarakat yang terdiri dari:

1) Reformasi pembiayan kesehatan;
2) Reformasi kefarmasian dan alat kesehatan;
3) Reformasi manajemen kesehatan;
4) Reformasi upaya kesehatan; dan
5) Reformasi Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan.

Langkah-langkah reformasi ini kemudian dikukuhkan dalam bentuk Perpres No. 72/2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai landasan hukum yang kuat untuk pelaksanaannya. Kedudukan hukum SKN 2012 dalam bentuk Perpres ini akan meningkatkan efektivitas pembangunan kesehatan yang menjadi urusan wajib daerah sesuai dengan UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah yang kini telah digantikan dengan UU No. 23/2014.

Untuk dapat mewujudkan pelaksanaan SKN 2012 ini seperti yang diamanahkan oleh UU No. 36/2009 tentang Kesehatan, diperlukan PP tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang mencakup:

1) Jenis, tingkatan, dan bentuk fasilitas pelayanan kesehatan;
2) Persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan;
3) Perizinan fasilitas pelayanan kesehatan;
4) Penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan;
5) Pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;
6) Pencatatan dan pelaporan; serta
7) Pembinaan dan pengawasan.

Selanjutnya dalam UU No. 25/2009 tentang Pelayanan Publik, disebutkan bahwa rumah sakit dan Puskesmas adalah pelayanan jasa publik bidang kesehatan yang salah satu asas penyelenggaraannya adalah pemberian pelayanan yang tidak boleh mengutamakan kepentingan pribadi dan/atau golongan. Selanjutnya, dalam UU No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah yang telah digantikan dengan UU No. 23/2014 dinyatakan bahwa salah satu kewajiban daerah dalam penyelenggaraan otonomi yaitu menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk menilai kinerja unit kerja ini, perlu dikembangkan SPM yang dilaksanakan secara bertahap dan ditetapkan oleh pemerintah.

b. Pemantapan Reformasi Sektor Kesehatan dan *Good Governance* Pelayanan Publik Bidang Kesehatan

Dari bahasan sebelumnya, dapat dikatakan bahwa pada saat ini, upaya untuk melakukan penyempurnaan kebijakan pembangunan kesehatan harus dilakukan untuk menjaga agar arah pembangunan kesehatan tidak semakin jauh dari amanah UUD 1945 Pasal 34 ayat 3. Langkah-langkah berikut ini mungkin dapat dipertimbangkan oleh para pemangku kepentingan bidang kesehatan untuk dilaksanakan sebagai upaya dalam menyegarkan kembali reformasi kesehatan masyarakat 2010:

1) Menyepakati untuk menggunakan Perpres No. 72/2012 tentang SKN sebagai dasar bagi penyegaran Reformasi Kesehatan Masyarakat 2010. Adapun sebagai konsekuensinya, semua kebijakan program dan teknis kesehatan harus dikembangkan dengan merujuk pada SKN 2012 dan mengubah semua kebijakan program dan teknis kesehatan yang bertentangan dengan SKN 2012.

2) Untuk subsistem upaya kesehatan: segera menerbitkan PP tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mencakup: (a) jenis, tingkatan dan bentuk; (b) persyaratan; (c) perizinan; (d) penyelenggaraan; (e) pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; (f) pencatatan dan pelaporan; serta (g) pembinaan dan pengawasan dengan merujuk kepada SKN 2012.

3) Untuk subsistem SDM kesehatan: melakukan kaji ulang terhadap UU No. 36/2014 tentang Tenaga Kesehatan untuk identifikasi substansi yang tidak selaras dengan SKN 2012 dan PP tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta mengajukan *judicial review* bila diperlukan.

4) Untuk subsistem pembiayaan kesehatan: sesuai dengan SKN 2012, segera menerbitkan peraturan menteri yang terkait dengan tanggung jawab penuh pemerintah pusat dan daerah untuk pembiayaan UKM dan tanggung jawab terbatas pemerintah pusat dan daerah untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan.

5) Untuk subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan serta subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan: mengembangkan kebijakan strategis lintas sektor bersama dengan sektor perdagangan, perindustrian, pertanian, dan riset teknologi-pendidikan tinggi untuk menumbuhkembangkan kemandirian dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.

6) Untuk subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan serta Sub Sistem pemberdayaan masyarakat dengan merujuk pada 4 (empat) kebijakan di atas; melaksanakan pengembangan SPM Bidang Kesehatan 2015 yang akan digunakan sebagai pedoman oleh kabupaten/ kota dalam rangka menyelenggarakan tata kelola pelayanan publik yang baik (130051 *governance*) bidang kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan reformasi kesehatan dengan meningkatkan Partisipasi masyarakat, maka amanah UU No. 36/2009 tentang Kesehatan perlu segera diwujudkan. Dalam UU No. 36/2009 tentang Kesehatan, terdapat 2 (dua) bab yang mengatur tentang partisipasi masyarakat, yaitu bab XVI tentang Peran Serta Masyarakat (Pasal 174), dan bab XVII tentang Badan Pertimbangan Kesehatan (BPK) (Pasal 175-177). Pasal 174 secara eksplisit menyampaikan bahwa masyarakat berperan serta, baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sementara dalam 3 (tiga) pasal berikutnya tentang BPK, disebutkan bahwa BPK merupakan badan independen yanng memiliki tugas, fungsi, dan wewenang di bidang kesehatan (Pasal 175). Pasal ini secara implisit merupakan kesempatan bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam memberi pertimbangan kepada pemerintah tentang program-program kesehatan mulai dari tingkat pusat sampai dengan kecamatan. Adapun menurut Pasal 177 UU ini, perak BPK adalah membantu pemerintah dan masyarakat dalam bidang kesehatan sesuai dengan lingkup tugasnya masing-masing. Sementara tugas dan kewenangan yang dimandatkan adalah:

1) Menginventarisasikan masalah melalui penelaahan terhadap berbagai informasi dan data yang relevan atau berpengaruh terhadap proses pembangunan kesehatan.
2) Memberikan masukan kepada pemerintah tentang sasaran pembangunan kesehatan selama kurun waktu 5 (lima) tahun.

3) Menyusun strategi pencapaian dan prioritas kegiatan pembangunan kesehatan.
4) Memberikan masukan kepada pemerintah dalam pengidentifikasi dan penggerakan sumber daya untuk pembangunan kesehatan.
5) Melakukan advokasi tentang alokasi dan penggunaan dana dari semua sumber agar pemanfaatannya efektif, efisien, dan sesuai dengan strategi yang ditetapkan.
6) Memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pembangunan kesehatan.
7) Merumuskan dan mengusulkan tindakan korektif yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan yang menyimpang.

Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional dan Daerah untuk mendukung keberhasilan pelayanan kesehatan menjadi penting untuk dibentuk. Tugas dan wewenang badan independen ini adalah untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan di daerah. Pada wilayah Pemerintah Provinsi Jawa Timur, Badan Pertimbangan Kesehatan Daerah (BPKD) Provinsi, Kota/Kabupaten dan Kecamatan menjadi penting untuk mengukuhkan pemerintah daerah dalam pelaksanaan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar Kesehatan merujuk kepada UU No. 23/2014 tentang Pemerintahan Daerah.

D. Rangkuman

Kearifan lokal merujuk pada kebijakan, keputusan, program dan kegiatan yang bersandar pada: nilai-nilai, norma-norma, etika, adat dan perilaku yang melembaga pada masyarakat. Berbagai macam nilai dan norma tersebut, oleh masyarakat disepakati kebenarannya, karenanya dapat bertahan dalam waktu yang lama. Berbagai nilai dari kearifan lokal, telah teruji secara alamiah dan niscaya bernilai baik, karenanya tindakan sosial tersebut akhirnya mengalami penguatan (*reinforcement*). Ketika digulirkan kewenangan dari Pemerintah kepada Pemerintah Kabupaten/Kota, untuk menjalankan mengurus dan mengatur di berbagai bidang termasuk bidang kesehatan, maka kearifan

lokal menjadi hal penting di dalam merumuskan berbagai aturan dan menentukan program dan kegiatan. Berbagai macam unsur dari kearifan lokal kemudian perlu dituangkan dalam nilai-nilai inovasi dan perubahan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Manakala, penyelenggara pelayanan kesehatan memperhatikan berbagai unsur tersebut, berbagai dinamika kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan masyarakat dari waktu ke waktu akan terpenuhi. Pada akhirnya manakala penyelenggara pelayanan kesehatan memperhatikan kearifan lokal masyarakat, maka respon masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan menjadi semakin positif.

E. Soal Latihan

Jelaskan yang dimaksud dengan kearifan lokal!

1. Jelaskan manfaat kearifan lokal untuk pengembangan reformasi pelayanan kesehatan!
2. Jelaskan makna otonomi pelayanan kesehatan dalam konteks desentralisasi!
3. Bagaimana kewenangan pemerintah daerah dalam mengembangkan pelayanan kesehatan di era reformasi ini, jelaskan dan berikan conothnya!
4. Mengapa pelayanan kesehatan perlu memberikan perhatian kepada kearifan lokal, berikan penjelasan dan contohnya!

F. Referensi

Alderfer, H.F. (1965), *Local Government in Developing Countries,* New York: Mc. Graw-Hill

Antoft, K dan Novack, J. (1998), *Grassroots Democracy: Local Government in the Maritimes.* Nova Scotia: Henson College, Dalhousie University.

Berman, Peter A. Rethinking health care systems: *Private health care provision in India, World Development, Volume 26, Issue 8*, August 1998, Pages 1463-1479.

Geriya, I Wayan, (2007), *Konsep dan Strategi Revitalisasi Kearifan Lokal,* (Denpasar: UPT Penerbit Universitas Udayana)

Hoessein, Benyamin, (1999), "*Pergeseran Paradigma Otonomi Daerah Dalam Rangka Reformasi Administrasi Publik di Indonesia*". *Makalah Dalam Seminar Reformasi Hubungan Pusat dan Daerah Menuju Indonesia Baru: Beberapa Masukan Kritis Untuk Pembahasan RUU Otonomi Daerah dan Proses Transisi Impelementasinya yang diselenggarakan oleh ASPRODIA-UI*. Jakarta: 27 Maret

Hoessein, Benyamin, (2001), *Transparansi Pemerintahan: Mencari Format dan Konsep Transparansi Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan yang Baik*. Forum Inovasi, Vol.1, November.

Hsiao, W.C., (1995), "Abnormal Economics in the Health Sector," *Health Policy*, 32(1995), 125:139

Leach, S., *et al*. (1994). *The Dimensions of Analysis: Governance, Markets and Community. in Leach, S., et al.* (1996), *Enabling or Disabling Local Government, Choices for the Future*: Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

Muluk, M.R. Khairul, (2009), *Peta Konsep dan Desentralisasi Pemerintah Daerah,* Surabaya: ITS Press

Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010. Jakarta.

Rasyid, M., Ryaas. (2002), *Otonomi Daerah Dalam Negara Kesatuan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Republik Indonesia. 1998. Ketetapan No. X Tahun 1998 tentang Pokok-Pokok Reformasi Pembangunan Dalam Rangka Penyelamatan dan Normalisasi Kehidupan Nasional Sebagai Haluan Negara.

Republik Indonesia. 1999. Ketetapan MPR No. IV Tahun 1999 tentang Garis-Garis Besar Haluan Negara Tahun 1999-2004. Jakarta.

Republik Indonesia. 2000. Keputusan Menteri Kesehatan No. 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan

Republik Indonesia. 2000. UU No. 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) Tahun 2000-2004. Jakarta.

Republik Indonesia. 2004. UU No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta.

Republik Indonesia. 2004. UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta.

Republik Indonesia. 2004. UU No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Jakarta.

Republik Indonesia. 2004. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta.

Republik Indonesia. 2009. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta.

Republik Indonesia. 2010. Keputusan Menteri Kesehatan No. 267/MENKES/SK/II/2010 tentang Penetapan Roadmap Reformasi Kesehatan Masyarakat. Jakarta.

Republik Indonesia. 2010. Keputusan Menteri Kesehatan No. Hk.03.01/160/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Jakarta.

Republik Indonesia. 2010. Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014. Jakarta.

Saly, Saint. Onozaki, lkushi. Ishikawa,Nobukatsu (2006). *Decentralized DOTS Shortens Delay of TB Treatment Significantly In Cambodia*, Kekkaku Vol. 81, No. 7 : 467-474, 2006467

Semali et al, 2005, *Decentralizing EPI services and prospects for increasing coverage: The case of Tanzania*, *International Journal of Health Planning and Management* 20(1):21-39 · January

Smith, B.C., (1985), *Decentralization: The Territorial Dimension of the State.* London: George Allen & Unwin.

Suja, Wayan, (2010)*Kearifan Lokal Sains Asli Bali, (Surabaya: Paramita)*

Susilo, E. 2013. *Kajian profil Kearifan Lokal masyarakat Pesisir Pulau Gili Kecamatan Sumberasih Kabupaten Probolinggo Jawa Timur.*

Thoha, Miftah, (1995), *Kepemimpinan dalam Manajemen Suatu Pendekatan Perilaku,* Jakarta. PT Raja Grafindo Persada

BAB VII
MODEL LAYANAN PUSKESMAS

A. Pendahuluan

Puskesmas merupakan suatu organisasi pelayanan kesehatan yang dibentuk pemerintah di lini kecamatan dan bertugas secara fungsional memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya sekaligus sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan membina peran serta masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Berbagai macam pelayanan kesehatan yang diselanggarakan puskesmas diantaranya adalah: pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Saat ini, pelayanan puskesmas menjadi kebutuhan yang sangat penting, oleh karena itu peningkatan pelayanan harus senantiasa ditingkatkan seiring dengan berbagai perkembangan kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan secara cepat, tepat, dan berkualitas.

Model pelayanan yang saat ini dilaksanakan oleh puskesmas masih menemuhi berbagai kendala, baik dari keterbatasan sumber daya yang dimiliki juga sistem pelayanan yang harus diperbaiki. Sehubungan dengan kondisi demikian berdasarkan penelitin bahwa untuk puskesmas di Jawa Timur hanya di Pemerintah Kota Surabaya yang telah melaksanakan perbaikan dan perubahan dalam arti pemenuhan tenaga medis dan non medis, sarana dan prasarana pelayanan, dan sistem pelayanan yang sudah berbasis teknologi informasi (TI). Pada penelitian ini, peneliti telah membangun aplikasi pelayanan kesehatan yang berbasis IT dengan menambahkan fitur-fitur yang memperhatikan kearifan lokal dan implementasinya dengan menggunakan android. Dengan demikian berbagai inovasi pada aplikasi ini merupakan aplikasi pengembangan dari aplikasi yang telah ada.

B. Tujuan Pembelajaran

Setelah membaca bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

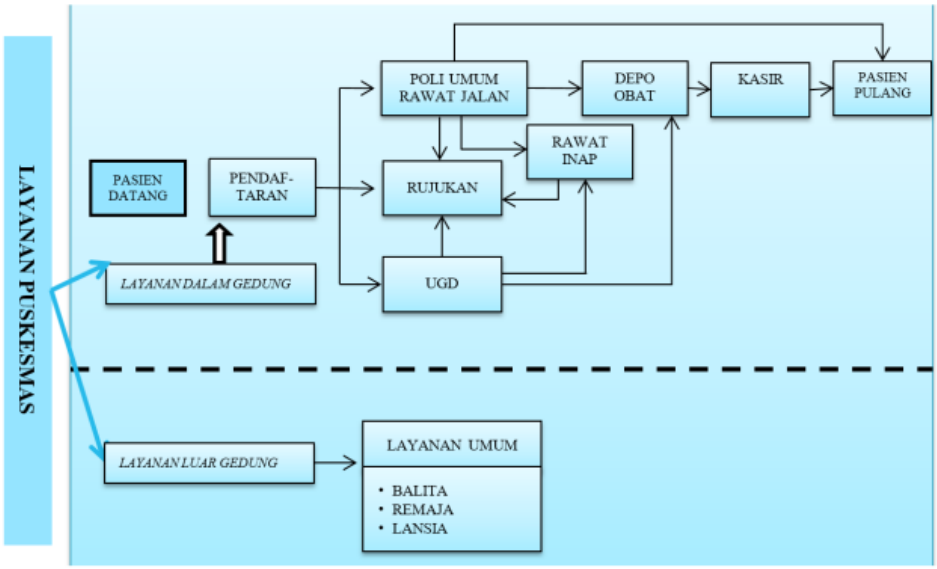
1. Memahami dan menjelaskan konsep model pelayanan kesehatan puskesmas secara konvensional
2. Memahami dan menjelaskan bentuk-bentuk kearifan lokal yang berkembang di lingkungan puskesmas
3. Memahami dan menjelaskan kearifan lokal sebagai bentuk inovasi dalam pelayanan kesehatan puskesmas
4. Memahami dan menjelaskan inovasi sistem aplikasi pelayanan kesehatan puskesmas

C. Penyajian Materi

1. Model Layanan Puskesmas Konvensional

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

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



Gambar 7.1. Model Pelayanan Puskesmas Selama ini

Sumber: Amirul et.al. 2019

Berdasarkan gambar tersebut di atas, maka alur layanan pasien kesehatan dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni:

a. Pelayanan Kesehatan Pasien yang dilaksanakan di dalam Gedung, dengan alur sebagai berikut:

   1) Pendaftaran:

      a) Pasien datang ke tempat pendaftaran pasien, mengambil nomor urut antrian pendaftaran pada mesin antrian

      b) Pasien dipanggil sesuai nomor urut antrian.

      c) 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.

      d) Petugas pendaftaran menyerahkan nomor antrian pemeriksaan di poli yang dituju.

2) Pasien menunju Poli Umum:
   a) Petugas medis (dokter, bidan, perawat) melakukan pemeriksaan terhadap pasien.
   b) Petugas medis merujuk pasien ke unit terkait (Laboratorium, Klinik Konsultasi atau Unit lain) jika diperlukan.
   c) Petugas medis membuatkan resep dan diserahkan kepada pasien.
   d) Pasien menuju kasir untuk menyelesaikan administrasi.
   e) 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.
   f) Petugas obat memberikan obat pada pasien.
   g) Pasien pulang.
3) Pasien ambil rujukan untuk melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk
4) Pasien menuju UGD:
   a) mengambil rujukan untuk rawat inap atau
   b) mengambil obat ke depo obat
   c) melakukan rawat inap di Rumah Sakit yang dirujuk

Pelayanan yang dilaksanakan di luar gedung, merupakan pelayanan yang disediakan oleh puskesmas, yang bertujuan untuk memotivasi dan mengajak kepada masyarakat untuk hidup sehat. Pelayanan ini ditujukan kepada masyarakat di sekitar puskesmas, terutama pada kelompok: Balita, Remaja dan Lansia.

2. Model Pelayanan Kesehatan 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.

a. 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 bekerja sama dengan beberapa sekolah di wilayah kerjanya untuk melakukan imunisasi hepatitis, difteri dan lainnya. Termasuk siswa yang tidak mengikuti imunisasi di sekolah, dapat menyusul imunisasi di puskesmas.

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

Pelayanan yang berbasis kearifan lokal juga layak dikembangkan di dareah lain, terutama di kampung yang mendapatkan predikat "kampung idiot". Kampung yang berada di desa Karangpatihan Kecamatan Balong, saat penelitian

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

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

Tabel 2 : 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 *event-event* imunisasi. Baik dilakukan di puskesmas maupun di sekolah.
Kerjasama dengan sekolah untuk melakukan imunisasi yang sudah dilakukan puluhan tahun.	Menghadirkan lomba anak-anak yang bersifat *fun and game* pada *event* imunisasi
Sejak 1954 menjadi “jujukan” untuk pemeriksaan gigi.	*Dental Center Terpadu*
Kader Kesehatan yang banyak dan setia baik Posyandu Balita maupun Posyandu Lansia	Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam pelatihan/penyuluhan kesehatan

Kearifan Lokal	Rekomendasi Pengembangan Layanan Kesehatan Puskes-mas
Predikat kampung Idiot	Program layanan kesehatan jiwa

Sumber: Amirul et.al, 2019

b. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Medokan Ayu

Puskesmas Medokan Ayu merupakan Puskesmas yang berlokasi di Kota Surabaya Timur. Puskesmas ini relatif maju, karena dilengkapi dengan: UGD, Rawat Inap, dan layanan lainnya. Selain itu, layanan di Puskesmas Medokan Ayu sudah berbasis IT, mulai dari antrian, loket, poli hingga farmasi atau obat. Namun demikian, 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.

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

Puskesmas Medokan Ayu, menurut hasil penelitian menunjukkan bahwa puskesmas ini menjadi tempat magang mahasiswa dari: Unair, Stikes, Universitas Hang Tuah, Unmuh Surabaya, khususnya jurusan keperawatan, bidan, apoteker dan farmasi. Dengan banyaknya mahasiswa dari berbagai perguruan tinggi ini, berdampak positif untuk perkembangan institusi

ini. Namun demikian, keberadaan mahasiswa magang belum dimanfaatkan secara maksimal, seperti: menyelenggarakan penyuluhan, edukasi tentang kesehatan untuk remaja maupun ibu usia produktif.

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

Tabel 3 : 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

Sumber: Amirul et.al, 2019

c. Pelayanan Kesehaan di Puskesmas Batu

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

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

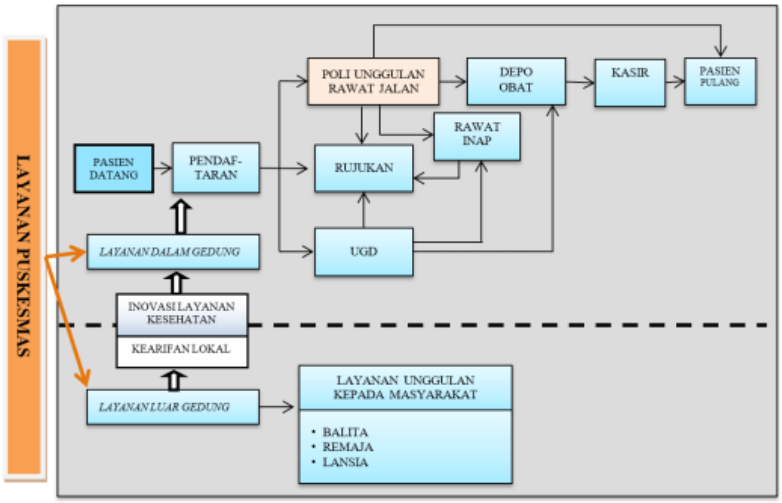
Kearifan lokal yang perlu dikembangkan oleh Puskesmas Batu dengan melihat data penduduk diwilayahnya banyak terdistribusi merata pada Balita (0-4) sampai pada usia 44-44 tahun. Umur tersebut termasuk pada usia sekolah dan usia produktif. Inovasi layanan pengembangan layanan yang paling tepat adalah untuk 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 4: 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 *Lansia Center*
Memiliki Penduduk yang terdistribusi pada Usia sekolah	Mengembangkan pelayanan untuk remaja bekerjasama dengan lintas sektor. Misalnya: Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.

Sumber: Amirul et.al, 2019

Pelayanan kepada pasien dan masyarakat yang berbasiskan kearifan lokal dapat digambarkan sebagaimana bagan berikut:



Gambar 7.2. Model Pelayanan Puskesmas Berbasis Kearifan Lokal

Sumber: Amirul et.al, 2019

Berdasarkan gambar pelayanan puskesmas berbasis kearifan lokal di atas, maka alur layanan pasien kesehatan juga 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.

      (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, layanan program sehat untuk balita, seperti menghadirkan lomba anak-anak yang bersifat fun and game pada *event* imunisasi, Memaksimalkan kompetensi kader dengan mengikuti berbagai macam pelatihan/penyuluhan kesehatan.

b) Layanan pada remaja, layanan program sehat untuk remaja, seperti mengembangkan pelayanan untuk remaja bekerjasama dengan lintas sektor. Misalnya: Polisi, BNN, Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.

c) Layanan pada lansia, layanan program sehat untuk lansia, seperti mengembangkan layanan lansia atau Lansia *Center*

3. Inovasi Layanan Kesehatan Berbasis ICT

Inovasi layanan kesehatan dengan merujuk kearifan lokal menjadi penting untuk dirumuskan dalam sebuah program Aplikasi Layanan Kesehatan Puskesmas (E-LKP). E-LKP adalah aplikasi layanan kesehatan berbasis android yang digunakan oleh Puskesmas dan BPJS dalam meningkatkan layanan kesehatan

terhadap masyarakat. Pada aplikasi Layanan Kesehatan Puskesmas mempunyai beberapa fitur/modul diantaranya:

a. Informasi Layanan Kesehatan

Pada aplikasi layanan kesehatan puskesmas, masyarakat dapat melihat informasi kesehatan seperti: tips atau cara hidup sehat, informasi gejala penyakit dan bagaimana cara pencegahan dan pengobatan awal dari penyakit.

b. Layanan Kesehatan

Pada aplikasi layanan kesehatan puskesmas, masyarakat dapat melihat layanan, fasilitas, Jenis Poli dan Informasi Dokter yang ada di puskesmas, sehingga masyarakat menjadi mudah untuk menentukan *chek-up* atau berobat.

c. Pelaporan Kesehatan Masyarakat

Pada aplikasi Layanan Kesehatan puskesmas, Masyarakat dapat melaporkan kondisi kesehatan yang ada disekitarnya kepada puskesmas, seperti: penyakit demam berdarah dan kurang gizi dan lainnya, sehingga memudahkan bagi puskesmas untuk melakukan monitoring dan mengambil tindakan kesehatan yang cepat dan tepat.

d. Pendaftaran Online

Pada aplikasi layanan kesehatan puskesmas, masyarakat dapat melakukan pendaftaran atau reservasi di puskesmas secara online. Dengan demikian, masyarakat lebih mudah untuk mendaftar untuk mendapatkan layanan kesehatan dan tidak perlu antri di puskesmas dengan waktu yang lama.

e. Rujukan BPJS

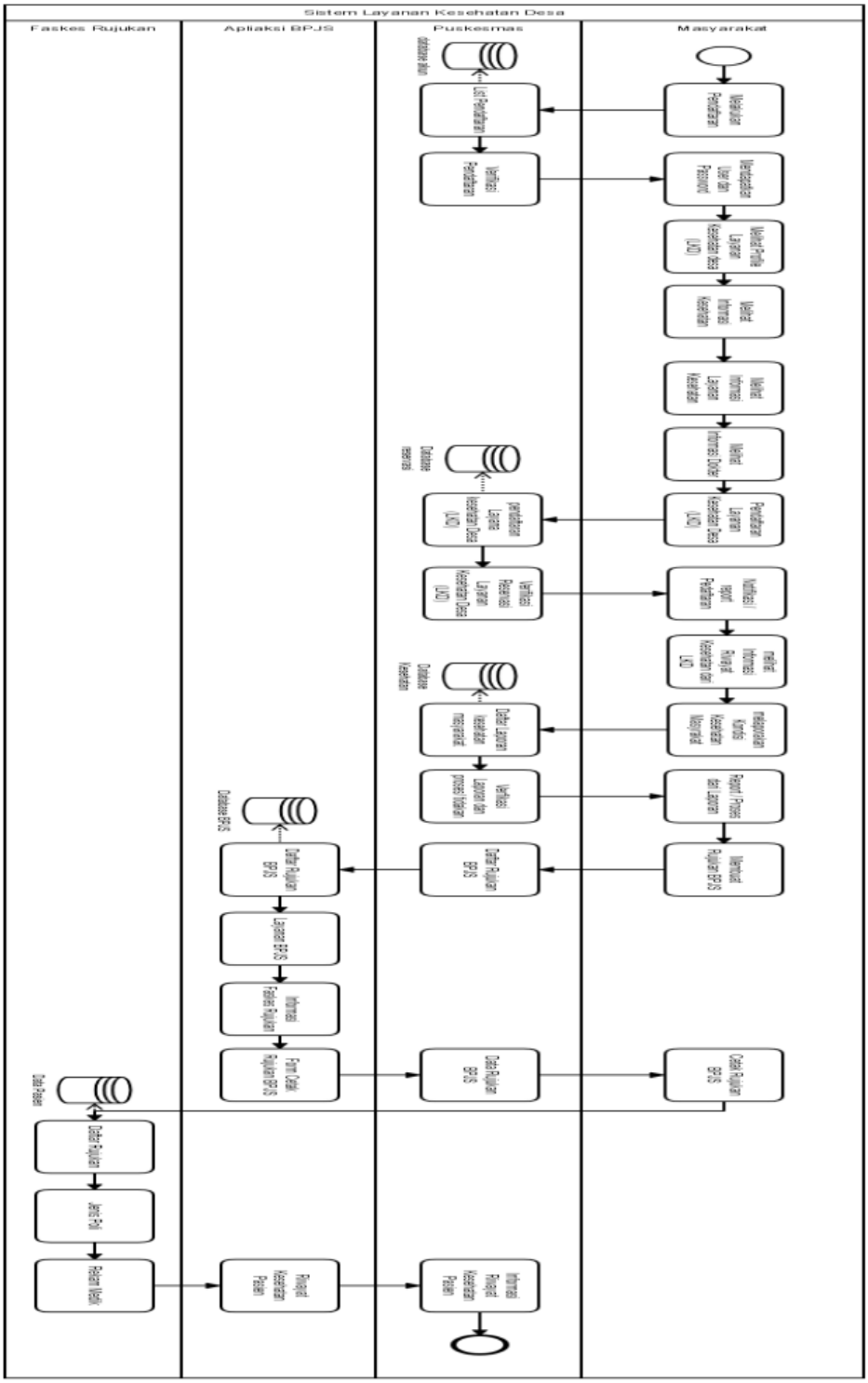
Pada aplikasi layanan kesehatan puskesmas, masyarakat dapat mengajukan rujukan BPJS secara online. Aplikasi layanan kesehatan puskesmas ini dibangun dengan menyiapkan fitur yang terintegrsi dengan aplikasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), sehingga masyarakat menjadi mudah untuk mengajukan rujukan BPJS

f. Rekam Medik/Riwayat Kesehatan

Pada aplikasi lanayanan kesehatan puskesmas juga mempunyai fitur yang sangat penting, yaitu data rekam medik pasien. Data rekam medik pasien ini sebagai informasi bagi dokter yang sedang jaga di puskesmas untuk melakukan diagnosa dan pengobatan pasien secara cepat dan tepat.

Pada fitur aplikasi layanan kesehatan puskesmas lebih jelasnya bisa dilihat pada *Business Process Model and Notation* (BPMN) Aplikasi Layanan Kesehatan Puskesmas (gambar terlampir). Pada BPMN Aplikasi Layanan Kesehatan puskesmas terdapat beberapa user, diantaranya:

a. Masyarakat
b. Puskesmas
c. BPJS
d. Fasilitas Kesehatan


Sistem Layanan Kesehatan Desa
Masyarakat
Puskesmas
Aplikasi BPJS
Faskes Rujukan
Mendaftar Pendaftaran
Menyerahkan User dan Password
Melihat Profile Layanan Kesehatan Desa (LKD)
Melihat Informasi Kesehatan
Melihat Informasi Layanan Kesehatan
Melihat Informasi Dokter
Pendaftaran Layanan Kesehatan Desa (LKD)
Melihat / Input Pendaftaran
melihat Informasi Rujukan Kesehatan dari LKD
melaporkan Kondisi Kesehatan Masyarakat
Report / Proses dari Layanan
Membuat Rujukan BPJS
Cetak Rujukan BPJS
List Pendaftaran
database dokter
Verifikasi Pendaftaran
pendaftaran Layanan Kesehatan Desa (LKD)
Database reserve
Verifikasi Reservasi Layanan Kesehatan Desa (LKD)
Daftar Layanan kesehatan masyarakat
Database kesehatan
Verifikasi Layanan dan proses rujukan
Daftar Rujukan BPJS
Daftar Rujukan BPJS
Database BPJS
Layanan BPJS
Informasi Fasilitas Rujukan
Form Cetak Rujukan BPJS
Cetak Rujukan BPJS
Rujukan Kesehatan Pasien
Informasi Rujukan Kesehatan Pasien
Database Rujukan
Daftar Rujukan
Jenis Poli
Rekam Medis

Business Process Model and Notation Layanan Kesehatan Puskesmas (E-LKP)

Sistem kerja E-LKP sebagaimana pada gambar *Business Process Model and Notation* Layanan Kesehatan Puskesmas yang terdiri dari beberapa user yang mempunyai hak akses masing-masing, sebagaimana berikut:

a. Masyarakat

Pada aplikasi layanan kesehatan masyarakat (E-LKP), hak ases yang didapatkan oleh masyarakat meliputi: melakukan pendaftaran, melihat profil puskesmas, melihat layanan kesehatan (POLI), melihat informasi dan jadwal dokter, melakukan pendafataran/antrian secara online, melihat informasi data penyakit yang di tanggung oleh Badan Penyelengara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) dan surat rujukan BPJS, laporan kondisi lingkungan masyarakat (penyakit demam berdarah, kebersihan lingkung dan dll)

b. Pegawai Puskesmas

Pada aplikasi layanan kesehatan masyarakat (E-LKP), hak akses yang didapatkan pada pegawai Puskesmas adalah: verifikasi pendafataran masyarakat, verifikasi reservasi masyarakat secara online, input data histori gejala penyakit, melihat informasi/laporan kesehatan masyarakat, melihat informasi rujukan Badan Penyelengara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS)

c. Pegawai BPJS

Pada aplikasi layanan kesehatan masyarakat (E-LKP), hak akses yang didapatkan pada pegawai Badan Penyelengara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) adalah: melihat data daftar rujukan BPJS, Layanan BPJS, melihat informasi Faskes Rujukan dan melihat riwayat kesehatan pasien.

d. Pegawai Faskes Rujukan

Pada aplikasi layanan kesehatan masyarakat (E-LKP), hak akses yang didapatkan pada pegawai Faskes Rujukan adalah: melihat daftar rujukan, melihat informasi jenis-jenis poli dan melihat informasi rekam medik pasien.

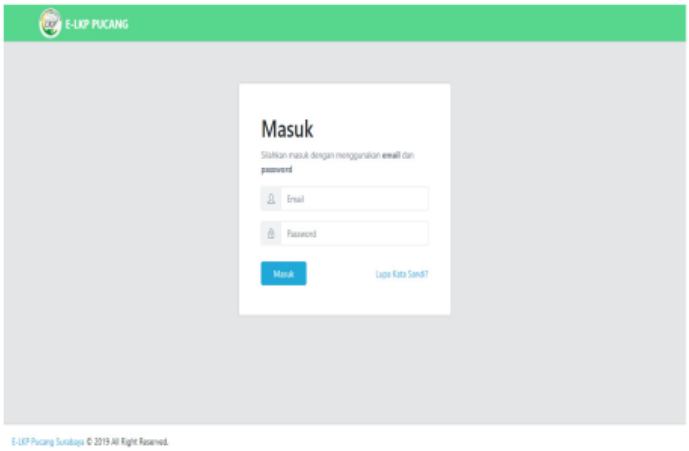
Dokumen Inovasi Layanan Kesehatan Berbasis ICT

1. Manual Sistem E-LKP Puskesmas Pucang Surabaya

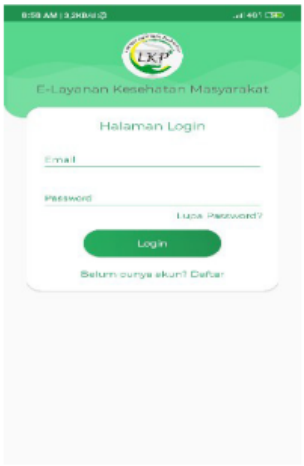
a. Sistem

Sistem E-LKP Puskesmas Pucang Surabaya merupakan suatu sistem yang dibangun dengan teknologi berbasis *web* dan android, untuk mengakses sistem pengguna dapat menggunakan *browser* untuk pengguna admisi, poli, dan admin, sedangkan untuk pasien dan lurah dapat menggunakan hp android.

b. Login



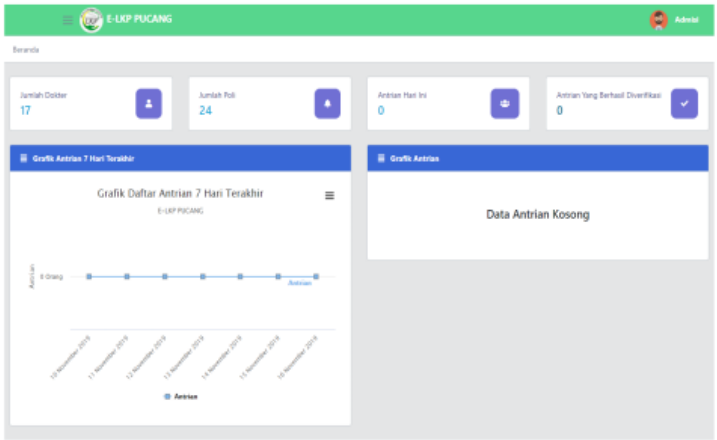
Gambar 7.3 Login Web



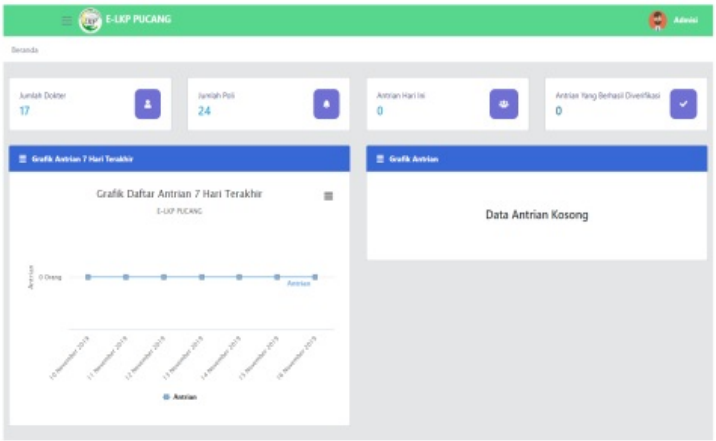
Gambar 7.4 Login Android

Sebelum memasuki halaman utama dan mendapatkan akses disetiap role, user diwajibkan memasukkan email dan password terlebih dahulu. Pada gambar 7.3 menampilkan halaman *login website* yang akan digunakan oleh user admisi, poli, dan admin, sedangkan pada gambar 7.4 menampilkan halaman *login* android yang akan digunakan oleh user pasien dan lurah.

c. Halaman Utama

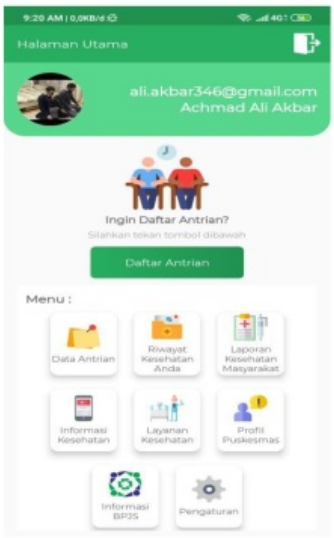


Gambar 7.5 Halaman Utama Admisi



Gambar 7.6 Halaman Utama Poli

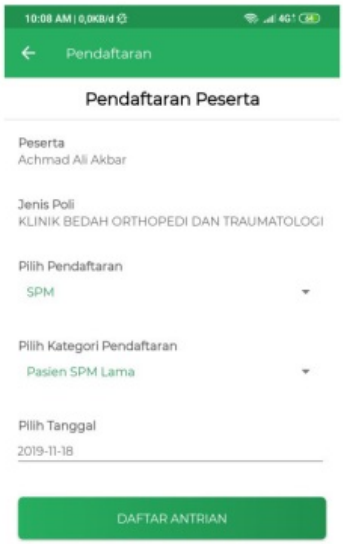
Pada Gambar 7.5 menampilkan halaman utama admisi yang digunakan oleh role admisi, pada bagian Gambar 7.6 menampilkan halaman poli yang digunakan oleh role poli, sedangkan pada Gambar 7.7 menampilkan halaman utama pasien yang nantinya digunakan oleh role pasien, dan pada Gambar 7.8 halaman utama lurah yang digunakan oleh role lurah.



Gambar 7.7 Halaman Utama Pasien *Gambar 7.8 Halaman Utama Lurah*

d. Antrian

Gambar 7.9 Poli

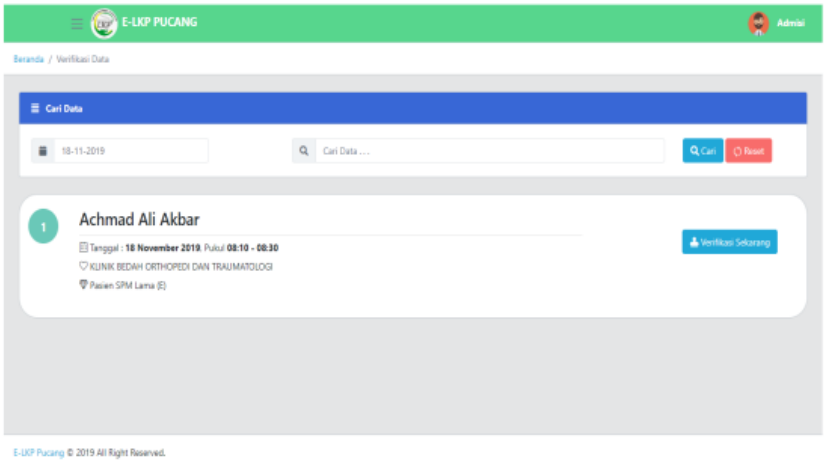


Gambar 7.10 Daftar Poli

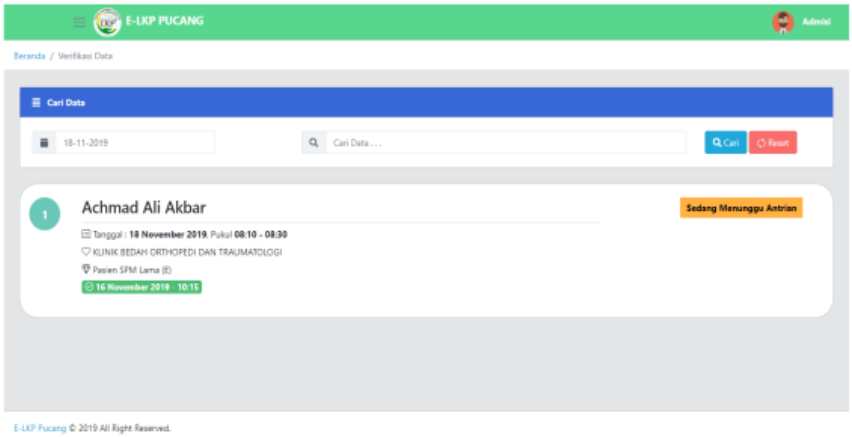
Gambar 7.11 Nomer Antrian

Gambar 7.12 List Antrian

Ketika pasien ingin mendaftar nomer antrian, pasien dapat menekan tombol *daftar antrian* pada halaman utama, lalu memilih jenis poli yang dapat dilihat pada Gambar 7.9, lalu pasien mendapatkan nomer antrian seperti terlihat pada Gambar 7.11, antrian tersebut terdata pada menu data antrian pada Gambar 7.13 dan masih menunggu verifikasi dari admisi.

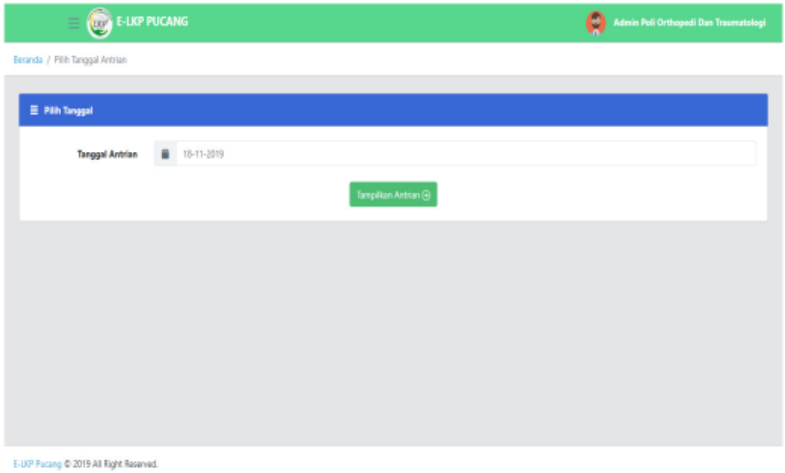


Gambar 7.13 Verifikasi Antrian

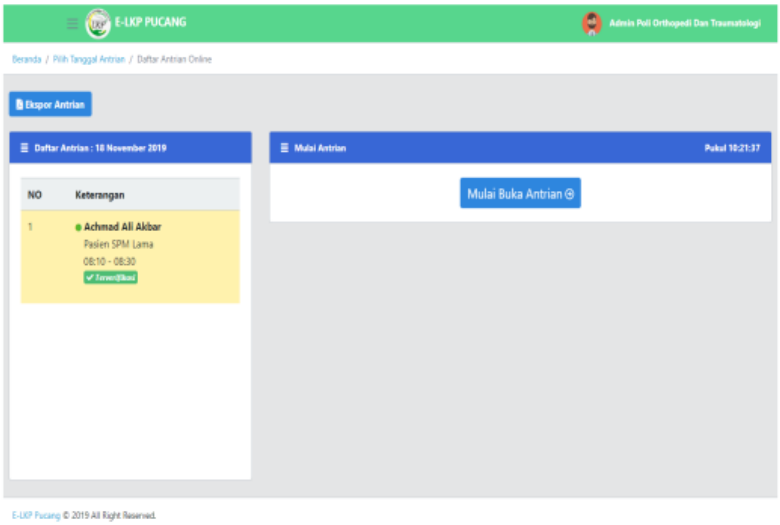


Gambar 7.14 Verifikasi Antrian Berhasil

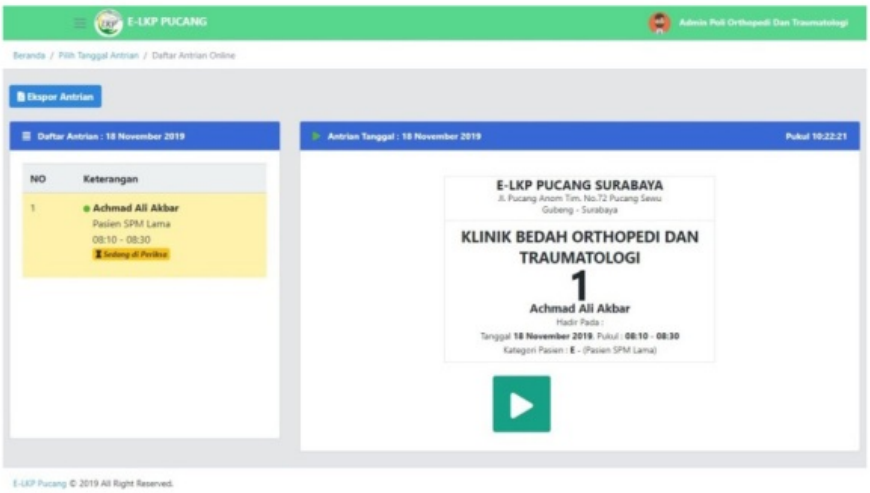
Role admisi menverifikasi data antrian pasien dapat dilihat pada Gambar 7.13, dan setelah proses verifikasi data berhasil dapat dilihat dapat Gambar 7.14.



Gambar 7.15 Pilih Tanggal Antrian Poli



Gambar 7.16 Buka Antrian

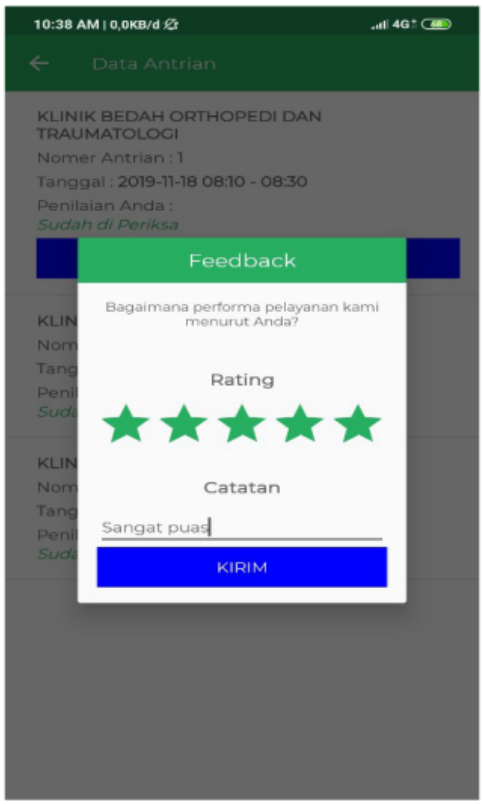


Gambar 7.17 Sedang Diperiksa

Gambar 7.18 Sedang Diperiksa

Gambar 7.19 Sudah Diperiksa

Untuk proses antrian poli harus login sebagai poli terlebih dahulu, setelah login berhasil memilih tanggal antrian dapat dilihat pada Gambar 7.15, setiap poli juga diwajibkan membuat nomer antrian seperti pada Gambar 7.16, setelah membuka antrian berhasil, status yang sebelumnya *sedang menunggu antrian* berubah menjadi *sedang diperika* dapat dilihat pada Gambar 7.17 untuk role poli dan Gambar 7.18 untuk role pasien, apabila proses periksa seudah selesai maka status pasien berubah menjadi *sudah diperiksa* dapat dilihat pada Gambar 7.19.

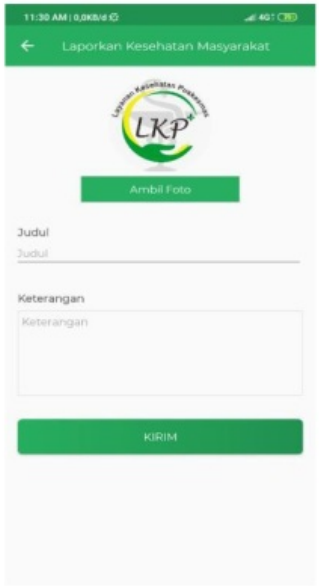


Gambar 7.20 Penilaian

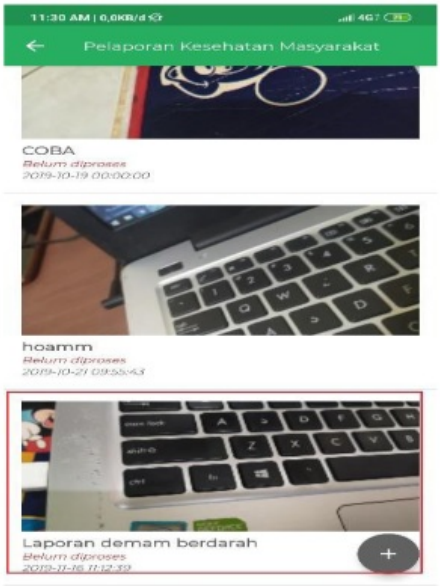
Pasien juga dapat memberi penilaian dan catatan terhadap setiap poli pada Puskesmas Pucang, tampilan dapat dilihat pada Gambar 7.20.

e. Laporan Kesehatan Masyarakat

Pada bagian menu Laporan Kesehatan Masyarakat berfungsi sebagai pelaporan kesehatan masyarakat yang dilaporkan oleh masyarakat.

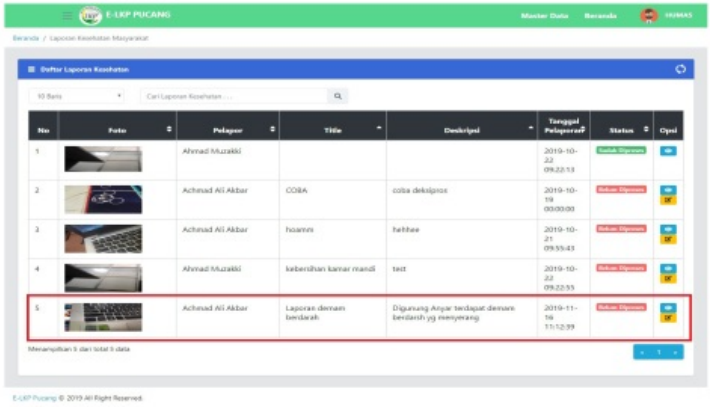


Gambar 7.21 Buat Laporan

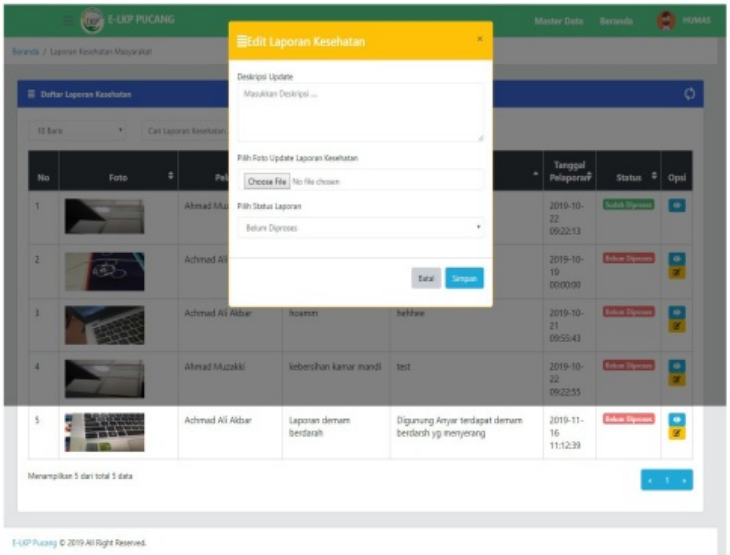


Gambar 7.22 List Laporan

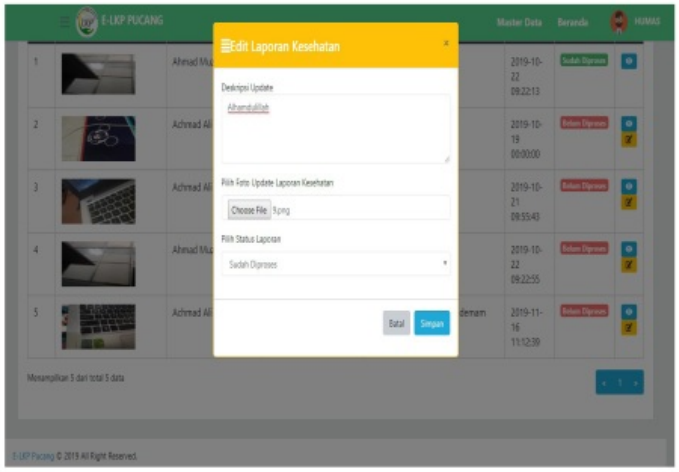
Pada Gambar 7.21 menampilkan halaman create laporan kesehatan setelah proses laporan berhasil dapat dilihat pada Gambar 7.22 dengan status *Belum Diproses*.



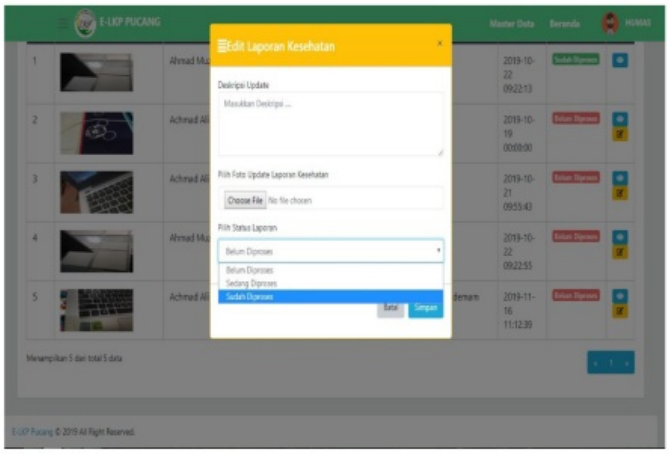
Gambar 7.23 List Laporan Web



Gambar 7.24 Pop Up Laporan Web

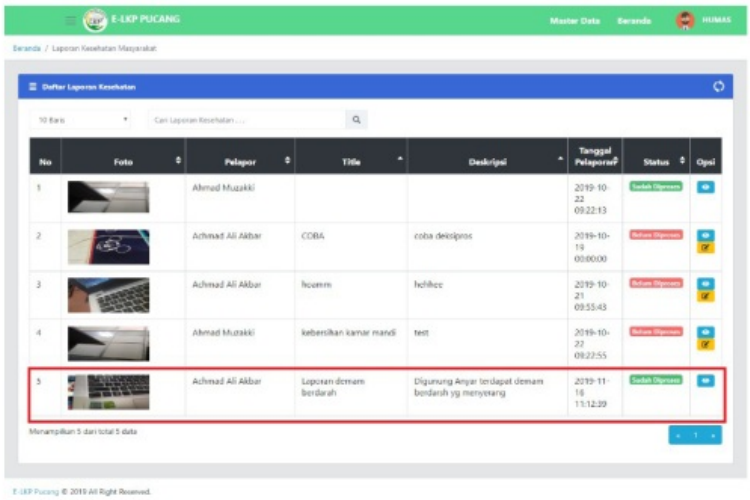


Gambar 7.25 Status Laporan

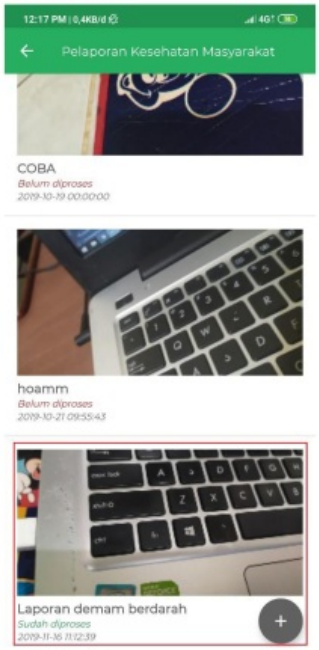


Gambar 7.26 Update Laporan

Pada Gambar 7.23 menampilkan halaman list laporan masyarat yang sudah diinputkan tadi, ketika icon pensil diklik maka menampilkan *pop up update* data seperti pada Gambar 7.24. Status laporan data terdapat 3 status yaitu belum diproses, sedang diproses dan sudah diproses. Pada Gambar 7.25 kita mencoba update data dengan status sudah diproses, dan hasilnya dapat dilihat pada Gambar 7.27, jika status laporan *sudah diproses* maka icon pensil otomatis tidak tidak terlihat lagi.



Gambar 7.27 Update List Laporan



Gambar 7.28 List Laporan Android

Gambar 7.29 Detail Update List Laporan

Data yang sudah diupdate tadi pada role Pasien dan Lurah juga ikut terupdate juga, dapat dilihat dapat Gambar 7.28 dengan status laporan *sudah diproses*, jika list tersebut ditekan maka menampilkan detail data yang dapat dilihat pada Gambar 7.29

D. Rangkuman

Puskesmas merupakan suatu organisasi pelayanan kesehatan yang dibentuk pemerintah yang bertugas secara fungsional memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya sekaligus sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan membina peran serta masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Berbagai macam pelayanan kesehatan yang diselanggarakan puskesmas diantaranya adalah: pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Saat ini, pelayanan puskesmas menjadi kebutuhan yang sangat penting, oleh karena itu peningkatan pelayanan harus senantiasa ditingkatkan seiring dengan berbagai perkembangan kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan secara cepat, tepat, dan berkualitas.

Model pelayanan kesehatan untuk puskesmas di Jawa Timur hanya di Pemerintah Kota Surabaya yang telah melaksanakan perbaikan dan perubahan dalam arti pemenuhan tenaga medis dan non medis, sarana dan prasarana pelayanan, dan sistem pelayanan yang sudah berbasis teknologi informasi (TI). Sementara di kabupaten dan kota seperti di Kota Batu dan Ponorogo masih menggunakan pelayanan konvensional. Sehubungan dengan hal tersebut diperlukan aplikasi pelayanan kesehatan yang berbasis IT. Pada sub bab ini penulis memberikan contoh aplikasi berbasis IT dengan menggunakan Android dan dilengkapi berbagai fitur-fitur pelayanan yang memperhatikan kearifan lokal.

E. Soal Latihan

Jelaskan bagaimana model pelayanan konvesional yang diterapkan di puskesmas selama ini!

1. Gambarkan alur pelayanan puskesmas!
2. Sebutkan bebrapa inovasi yang telah dilakukan untuk memberikan pelayanan maksimal di Puskesmas Ponorogo Utara!
3. Jelaskan bagaimana kearifan lokal dan rekomendasi pengembangan layanan pasien JKN di Puskesmas Ponorogo Utara!
4. Sebutkan apa saja layanan yang ada di Puskesmas Medokan Ayu!
5. Jelaskan bagaimana kearifan lokal dan rekomendasi pengembangan layanan pasien JKN di Puskesmas Medokan Ayu!
6. Sebutkan apa saja layanan yang ada di Puskesmas Batu!
7. Jelaskan bagaimana kearifan lokal dan rekomendasi pengembangan layanan pasien JKN di Puskesmas Batu!

F. Referensi

Amirul Mustofa, Sri Roekminiati, Damajanti Sri Lestari, (2019), *Health Service Model of Community Health Center in Implementing National Health Insurance Program, ICEMSS, 2018 December 7-8,* Banyuwangi Indonesia, Copyright 2019., doi 10.4108/eai.7-12-2018.2281757

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*

Atmodjo, 1986."*Penertian Kearifan Loka dan Relevansinya dalam moderniasi*" Jakarta: Dunia Putaka

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 Kabu-*

paten Bolaang Mongondow, Suplemen Vol.4, No.4, Oktober 2014, Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado

Denhardt, Janer V, and Robert B. Denhardt. 2003. *The New Public Service: Serving Not Steering Armonk, N.Y : M.E.Sharpe*

Frederickson, H. George, (2005), *"Whatever Happened to Public Administration? Governance, Governance, Everywhere." In The Oxford Handbook of Public Management, edited by Ewan Ferle, Laurence Lynn Jr., and Christopher Pollitt. New York: Oxford University Press.*

Institute for Alternative Futures. "Primary Care 2025: A Scenario Exploration". January 2012; pp. 19. *http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025 Scenarios.pdf.*

"Official Transition Initiatives." Transition United States. Accessed Feb 10, 2012. *http://transitionus.org.*

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.

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*

Sabrina, Qhisti, Jurnal: *Kebijakan dan Manajemen Publik, Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya,* Volume 3, Nomor 2, ISSN 2303 - 341X, Mei-Agustus 2015, Universitas Airlangga.

Volokh, Sasha. *"Are public-sector employees "overpaid"?". The Washington Post.* 7 February 2014

BIODATA PENULIS

Amirul Mustofa, lahir di Sidoarjo pada tanggal 18 Januari 1966. Pendidikan: Sarjana pada Program Studi Administrasi Negara - Fakultas Ilmu Administrasi - Universitas Brawijaya Malang (1990), Magister Sain pada Program Studi Ilmu Administrasi Negara - Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Gadjah Mada Yogjakarta (1997), dan Program Doktor Ilmu Administrasi, minat Ilmu Administrasi Publik-Fakultas Ilmu Administrasi - Universitas Brawijaya (2016). Penulis, senjak mahasiswa menjadi aktivis kemahasiswaan, kemudian melanjutkan karirnya sebagai dosen di Yayasan Cendekita Utama yang ditugaskan di Fakultas Ilmu Administrasi (FIA) Universitas Dr. Soetomo (Unitomo) Surabaya, sejak tahun 1991 sampai sekarang. Selain menjadi dosen, penulis juga mengemban jabatan: menjadi Kepala Pusat Studi Pariwisata, Lembaga Penelitian-Unitomo (2001-2002), menjadi Pembantu Dekan III FIA-Unitomo (2002-2004), menjadi Wakil Dekan I FIA-Unitomo (2015-2016), Menjadi Penanggung Jawab Jurnal IABI dan Jurnal IMPKS, dan menjadi Dekan FIA-Unitomo (periode 2017-2020). Karya penelitian yang dihasilkan, dipublikasikan pada jurnal nasional maupun jurnal internasional bereputasi. Penulis juga aktif mengikuti *international conference* dan seminar nasional. Kesemua karya penelitian dan pertemuan ilmiah dipublikasikan pada Google Scholar dan Sinta Ristek Dikti, dengan alamat pada laman: https://scholar.google.co.id/citations?user=-8WD7iwAAAAJ&hl=id, dan: http://sinta2.ristekdikti.go.id/, SINTA ID: 6004191. Selain itu, penulis juga aktif dalam organisiasi profesi dan memberikan materi pengabdian kepada masyarakat ke beberapa institusi pemerintah dan swasta.

Sri Roekminiati, lahir 1970 di Ponorogo Jawa Timur. Lulus sarjana (S1) Administrasi Negara Universitas Jember (1994) dan Magister Kebijakan Pubik Universitas Airlangga (2011). Beberapa jabatan yang pernah di emban antara lain: Sekprodi Administrasi Negara, Kaprodi Administrasi Negara, Anggota Senat Fakultas, Sekretaris Pusat Studi kebijakan dan Pelayanan Publik. Dosen Tetap pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya, sejak tahun 1994-sekarang. Aktif melakukan penelitian khususnya kebijakan dan pelayanan publik, baik penelitian dosen program studi maupun Hibah bersaing. Selain itu juga aktif berperan serta sebagai presenter dalam seminar nasional maupun internasional.

Damajanti Sri Lestari, lahir 1969 di Surabaya Jawa Timur. Pendidikan: Lulus sarjana (S1) Administrasi Niaga Universitas Dr. Soetomo Surabaya (1992) dan Magister Manajemen (S2) Universitas Dr. Soetomo Surabaya (2010). Dosen Tetap pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya, sejak tahun 1995-sekarang Beberapa jabatan yang pernah di emban antara lain: Kaprodi Administrasi Niaga (2009-2012), Wakil Dekan II Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya (2017-2020). Sampai dengan sekarang Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian di daerah-daerah dan UMKM. Selain itu juga aktif berperan serta sebagai pemakalah dalam seminar nasional maupun internasional.

Buku Ajar Administrasi Pelkesmas

ORIGINALITY REPORT

23%	21%	6%	6%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	puskesmaskokap2.or.id Internet Source	<1%
2	tu-smansachi.blogspot.com Internet Source	<1%
3	Dewi Anggaraini. "Respon Pemerintah Lokal Terhadap Gerakan Sosial Politik Petani di Kanagarian Mungo Kabupaten 50 Kota Provinsi Sumatera Barat", Al-Risalah, 2018 Publication	<1%
4	scholar.unand.ac.id Internet Source	<1%
5	bidan-nurul.blogspot.com Internet Source	<1%
6	slideplayer.info Internet Source	<1%
7	www.kinerja.or.id Internet Source	<1%
8	tokoskripsilengkap.blogspot.com Internet Source	<1%
9	fergylestarie25.blogspot.com	

Internet Source

<1%

10	reproduksis14b.blogspot.com Internet Source	<1%
11	www.uraiantugas.com Internet Source	<1%
12	mayapurniasari.wordpress.com Internet Source	<1%
13	stikesmadani.blogspot.com Internet Source	<1%
14	journal.uii.ac.id Internet Source	<1%
15	denitriblog.blogspot.com Internet Source	<1%
16	hikmawan-s-fkm11.web.unair.ac.id Internet Source	<1%
17	munabarakati.blogspot.com Internet Source	<1%
18	motivasiperawat.blogspot.com Internet Source	<1%
19	repository.unand.ac.id Internet Source	<1%
20	puskesmaslimpasu.wordpress.com Internet Source	<1%
21	kabartamiang.com	

	Internet Source	<1%
22	money.kompas.com Internet Source	<1%
23	yulisapratiwi.blogspot.com Internet Source	<1%
24	gladysalawangi.blogspot.com Internet Source	<1%
25	idocslide.com Internet Source	<1%
26	pakjalpidie.blogspot.com Internet Source	<1%
27	pdk3mi.org Internet Source	<1%
28	repository.unika.ac.id Internet Source	<1%
29	www.persi.or.id Internet Source	<1%
30	www.lontar.ui.ac.id Internet Source	<1%
31	jurnalskripsitesis.wordpress.com Internet Source	<1%
32	repository.wima.ac.id Internet Source	<1%
33	www.plengdut.com	

Internet Source

<1%

34	sikkabola.wordpress.com Internet Source	<1%
35	propionagreat.wordpress.com Internet Source	<1%
36	unsoed-kesmas.blogspot.com Internet Source	<1%
37	eprint.stieww.ac.id Internet Source	<1%
38	stikesyahoedsmg.ac.id Internet Source	<1%
39	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id Internet Source	<1%
40	www.pkmi.net Internet Source	<1%
41	ellyaniabadi.blogspot.com Internet Source	<1%
42	tiptiktak.com Internet Source	<1%
43	jispar.files.wordpress.com Internet Source	<1%
44	trikkesehatanbiayamurah.blogspot.com Internet Source	<1%
45	msdmmapunpad14.blogspot.com	

Internet Source

<1%

46	www.jamsosindonesia.com Internet Source	<1%
47	repository.uinsu.ac.id Internet Source	<1%
48	www.landasanteori.com Internet Source	<1%
49	badungkab.go.id Internet Source	<1%
50	anjaris.me Internet Source	<1%
51	abdurrahmankader.blogspot.com Internet Source	<1%
52	Submitted to Universitas Pamulang Student Paper	<1%
53	www.smakmoer.com Internet Source	<1%
54	repository.fisip-untirta.ac.id Internet Source	<1%
55	yusufabsa.blogspot.com Internet Source	<1%
56	Submitted to IAIN MAdura Student Paper	<1%
57	e-journal.upr.ac.id	

Internet Source

<1%

58	nadyaa17.blogspot.com Internet Source	<1%
59	jurnalptiq.com Internet Source	<1%
60	deaherfian.blogspot.com Internet Source	<1%
61	wildawilda.wordpress.com Internet Source	<1%
62	opsndeso.blogspot.com Internet Source	<1%
63	www.anggaran.depkeu.go.id Internet Source	<1%
64	databasedemokrasi.blogspot.com Internet Source	<1%
65	eprints.walisongo.ac.id Internet Source	<1%
66	ikhwanul-khair.blogspot.com Internet Source	<1%
67	ridho-pjconsultant.blogspot.com Internet Source	<1%
68	journals.euser.org Internet Source	<1%
69	kebunhadi.blogspot.com	

Internet Source

<1%

70	bkpsdmd.babelprov.go.id Internet Source	<1%
71	dedisugandi6.blogspot.com Internet Source	<1%
72	azia-fisip11.web.unair.ac.id Internet Source	<1%
73	zaeparmas.blogspot.com Internet Source	<1%
74	www.dinkes-temanggungkab.org Internet Source	<1%
75	www.adeheryana.weblog.esaunggul.ac.id Internet Source	<1%
76	bksikmikpikkfki.net Internet Source	<1%
77	ejournal.unis.ac.id Internet Source	<1%
78	Kasmad Ariansyah. "Proyeksi Pertumbuhan Jumlah Pelanggan Radio Trunking Terrestrial Dengan Analisis Runtut Waktu", Buletin Pos dan Telekomunikasi, 2015 Publication	<1%
79	ryoardianzahmp.blogspot.com Internet Source	<1%

80	infokes.co.id Internet Source	<1 %
81	organisasimanagement.blogspot.com Internet Source	<1 %
82	www.harvardschoolofpublichealth.org Internet Source	<1 %
83	Submitted to Lambung Mangkurat University Student Paper	<1 %
84	iksan-rachmawan.blogspot.com Internet Source	<1 %
85	hardiyansyahahmad.blogspot.com Internet Source	<1 %
86	bphn.go.id Internet Source	<1 %
87	Nikodemus - Niko, Yulasteriyani Yulasteriyani. "PEMBANGUNAN MASYARAKAT MISKIN DI PEDESAAN PERSPEKTIF FUNGSIONALISME STRUKTURAL", MUHARRIK: Jurnal Dakwah dan Sosial, 2020 Publication	<1 %
88	www.kebijakanaidsindonesia.net Internet Source	<1 %
89	staim.blogspot.com Internet Source	<1 %
90	univ45sby.ac.id Internet Source	<1 %

91	widuri.raharja.info Internet Source	<1 %
92	Marlin Pareda, Jullie J Sondakh, Ventje Ilat. "Analisis Pengelolaan Keuangan Daerah Pemerintah Daerah Kabupaten Kepulauan Talaud", JURNAL RISET AKUNTANSI DAN AUDITING "GOODWILL", 2017 Publication	<1 %
93	blog.unnes.ac.id Internet Source	<1 %
94	tatanusa.co.id Internet Source	<1 %
95	eudl.eu Internet Source	<1 %
96	repository.uhamka.ac.id Internet Source	<1 %
97	Submitted to Surabaya University Student Paper	<1 %
98	journal.unismuh.ac.id Internet Source	<1 %
99	jdih2.malangkab.go.id Internet Source	<1 %
100	fkm.uad.ac.id Internet Source	<1 %
101	download.garuda.ristekdikti.go.id Internet Source	<1 %

102	repository.unimal.ac.id Internet Source	<1 %
103	sinta.unud.ac.id Internet Source	<1 %
104	Submitted to UIN Sunan Ampel Surabaya Student Paper	<1 %
105	www.kompasiana.com Internet Source	<1 %
106	zebradoc.tips Internet Source	<1 %
107	inayasa.blogspot.com Internet Source	<1 %
108	effendi13.blogspot.com Internet Source	<1 %
109	Nurani Ajeng Tri Utami, Nayla Alawiya. "PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL DI INDONESIA", Volksgeist: Jurnal Ilmu Hukum dan Konstitusi, 2018 Publication	<1 %
110	repository.uir.ac.id Internet Source	<1 %
111	kikiandriyani24.blogspot.com Internet Source	<1 %
112	uzizahblogspot.blogspot.com Internet Source	<1 %

113	Submitted to Universitas PGRI Semarang Student Paper	<1%
114	akheb-nhia.blogspot.com Internet Source	<1%
115	Suriati Lubis. "PENGARUH PERSEPSI MASYARAKAT TENTANG MUTU PELAYANAN TERHADAP PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN DASAR DI PUSKESMAS SIMALINGKAR TAHUN 2018", DINAMIKA KESEHATAN: JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN, 2020 Publication	<1%
116	www.lubuklinggau.go.id Internet Source	<1%
117	Andriyanto Andriyanto, Rosleini Ria Putri Zendrato, Erni Suparti. "Perencanaan dan Pengendalian Bahan Baku Pakan Ternak Menggunakan Metode Probabilistik (Studi Kasus di UD Sari Jaya Makmur, Masaran, Sragen)", Tekinfo: Jurnal Ilmiah Teknik Industri dan Informasi, 2017 Publication	<1%
118	Era Margaretha. "IMPLEMENTASI MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA DALAM MENINGKATKAN KUALITAS PENDIDIKAN DI PAUD PELANGI BUNDA KOTA METRO", At-Tajdid : Jurnal Pendidikan dan Pemikiran Islam, 2019 Publication	<1%

119	repositori.usu.ac.id Internet Source	<1 %
120	www.untag-smd.ac.id Internet Source	<1 %
121	panjieceperist.blogspot.com Internet Source	<1 %
122	lontar.ui.ac.id Internet Source	<1 %
123	Habsul Nurhadi. "ANALISIS PELAKSANAAN REFORMASI BIROKRASI TINGKAT MIKRO PADA SEKRETARIAT JENDERAL MAJELIS PERMUSYAWARATAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA", Reformasi Administrasi, 2017 Publication	<1 %
124	Submitted to Syiah Kuala University Student Paper	<1 %
125	repository.ipb.ac.id Internet Source	<1 %
126	legalstudies71.blogspot.com Internet Source	<1 %
127	Marcelo Benetti Correa da Silva, Ana Paula Graciola, Gabriel Sperandio Milan, Suélen Bebber et al. "Ensuring the service quality at a university construction technology laboratory in Brazil", Environmental Quality Management, 2019 Publication	<1 %

128	doku.pub Internet Source	<1%
129	dedenugraha26.blogspot.com Internet Source	<1%
130	Ryani Yulian, Yeni .. "OPTIMALISASI PELAYANAN (SERVICE) PUSKESMAS DALAM PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KABUPATEN KUBU RAYA PROVINSI KALIMANTAN BARAT", JURNAL MANAJEMEN MOTIVASI, 2017 Publication	<1%
131	www.skokul.com Internet Source	<1%
132	Zacharia S. Masanyiwa, Anke Niehof, Catrien J. A. M. Termeer. "A gendered users' perspective on decentralized primary health services in rural Tanzania", The International Journal of Health Planning and Management, 2015 Publication	<1%
133	Submitted to essex Student Paper	<1%
134	bagusspurnama.blogspot.com Internet Source	<1%
135	Submitted to Universitas Komputer Indonesia Student Paper	<1%

136	Ahmad Rajafi. "SEJARAH PEMBENTUKAN DAN PEMBARUAN HUKUM KELUARGA ISLAM DI NUSANTARA", Aqlam: Journal of Islam and Plurality, 2018 Publication	<1 %
137	timechangespeoplehearts.blogspot.com Internet Source	<1 %
138	mai.fo.wikimiki.org Internet Source	<1 %
139	Lailul Mursyidah, Islamic Nurfajriyah. "Kualitas Pelayanan Kesehatan di RSUD Kabupaten Sidoarjo", JKMP (Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik), 2019 Publication	<1 %
140	carapedia.com Internet Source	<1 %
141	india.mit.edu Internet Source	<1 %
142	www.repository.trisakti.ac.id Internet Source	<1 %
143	etheses.uin-malang.ac.id Internet Source	<1 %
144	Submitted to Universitas Indonesia Student Paper	<1 %
145	es Internet Source	<1 %

146	marthinchandra.blogspot.com Internet Source	<1 %
147	Eko Noer Kristiyanto. "Implementasi Kearifan Lokal Sunda Dalam Penataan Ruang Menurut Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2007 Tentang Penataan Ruang: Studi Di Bandung Jawa Barat", Jurnal Penelitian Hukum De Jure, 2018 Publication	<1 %
148	puskesmasbuya.blogspot.com Internet Source	<1 %
149	fingkers-funk.blogspot.com Internet Source	<1 %
150	kangebink.blogspot.com Internet Source	<1 %
151	ejournal.undiksha.ac.id Internet Source	<1 %
152	lpse.sekadaukab.go.id Internet Source	<1 %
153	journal.unair.ac.id Internet Source	<1 %
154	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1 %
155	Syukron Sazly, Himawan Pratama. "Implementasi Aplikasi Elektronik Data Badan	<1 %

Usaha (E-Dabu) Dalam Pelayanan Kepesertaan Jamkesda di Kelurahan Duri Pulo Jakarta Pusat", EVOLUSI : Jurnal Sains dan Manajemen, 2020
Publication

156	www.proserv.nu Internet Source	<1 %
157	blengersampit.blogspot.com Internet Source	<1 %
158	repositori.perpustakaan.kemdikbud.go.id Internet Source	<1 %
159	repository.unsri.ac.id Internet Source	<1 %
160	Submitted to Asia e University Student Paper	<1 %
161	jurnalmahasiswa.unesa.ac.id Internet Source	<1 %
162	Submitted to Institut Teknologi Kalimantan Student Paper	<1 %
163	docs.com Internet Source	<1 %
164	repository.unitomo.ac.id Internet Source	<1 %
165	digilib.uin-suka.ac.id Internet Source	<1 %

Submitted to Doral Academy High School

166	Student Paper	<1%
167	Submitted to RDI Distance Learning Student Paper	<1%
168	iissumiyati.wordpress.com Internet Source	<1%
169	Submitted to Sastruyati Chao Test Account Student Paper	<1%
170	pusdiklat.kemdikbud.go.id Internet Source	<1%
171	ahmad-nabhan-fisip16.web.unair.ac.id Internet Source	<1%
172	bagawanabiyasa.wordpress.com Internet Source	<1%
173	ejournal.unira.ac.id Internet Source	<1%
174	sim.ciptakarya.pu.go.id Internet Source	<1%
175	Submitted to Southeast Community College Student Paper	<1%
176	giekyarto.wordpress.com Internet Source	<1%
177	jchunmer.files.wordpress.com Internet Source	<1%
178	www.blokberita.com	

Internet Source

<1%

179 Dedi Joko Hermawan. "PENGARUH JUMLAH PERSEDIAAN BAHAN BAKU DAN KAPASITAS MESIN TERHADAP VOLUME PRODUKSI PADA UD. CAHAYA RESTU KOTA PROBOLINGGO", Capital: Jurnal Ekonomi dan Manajemen, 2018
Publication

<1%

180 Submitted to Universitas Gunadarma
Student Paper

<1%

181 Submitted to Universiti Selangor
Student Paper

<1%

182 e-ogrenme.anadolu.edu.tr
Internet Source

<1%

183 Submitted to Piedmont High School
Student Paper

<1%

184 Agus Erwin Ashari, Fajar Akbar. "EVALUASI PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT DI KABUPATEN MAMUJU", Jurnal Kesehatan Manarang, 2017
Publication

<1%

185 rudyunismuh.blogspot.com
Internet Source

<1%

186 repository.ung.ac.id
Internet Source

<1%

sablonkaosandalas.com

187	Internet Source	<1%
188	kekedandunianya.blogspot.com Internet Source	<1%
189	damandiri.or.id Internet Source	<1%
190	www.dukcapil.mataramkota.go.id Internet Source	<1%
191	blogsupandi.blogspot.com Internet Source	<1%
192	Submitted to EDMC Student Paper	<1%
193	Sarma Eko Natalia Sinaga. "PENGARUH MUTU PELAYANAN RAWAT JALAN TERHADAP PERSEPSI PASIEN/KELUARGA DI RS MISI LEBAK BANTEN", Jurnal Kesehatan Manarang, 2018 Publication	<1%
194	Submitted to Universitas Ibn Khaldun Student Paper	<1%
195	repository.ut.ac.id Internet Source	<1%
196	repository.gunadarma.ac.id Internet Source	<1%
197	tnur.blogspot.com Internet Source	<1%

198	www.mongabay.co.id Internet Source	<1 %
199	yacubcikusin2.blogspot.com Internet Source	<1 %
200	Submitted to London School of Economics and Political Science Student Paper	<1 %
201	m.facebook.com Internet Source	<1 %
202	ejournal.upi.edu Internet Source	<1 %
203	Submitted to Universitas Negeri Manado Student Paper	<1 %
204	Stefanie C. Nigro, Candice L. Garwood, Helen Berlie, Brian Irons et al. "Clinical Pharmacists as Key Members of the Patient-Centered Medical Home: An Opinion Statement of the Ambulatory Care Practice and Research Network of the American College of Clinical Pharmacy", Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 2014 Publication	<1 %
205	Wei-Teng Yang, Celine R. Gounder, Tokunbo Akande, Jan-Walter De Neve et al. "Barriers and Delays in Tuberculosis Diagnosis and Treatment Services: Does Gender Matter?", Tuberculosis Research and Treatment, 2014	<1 %

Publication

206	www.ijmas.org Internet Source	<1 %
207	www.dumaikota.go.id Internet Source	<1 %
208	id.wikipedia.org Internet Source	<1 %
209	journal.unpad.ac.id Internet Source	<1 %
210	aimos.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
211	Submitted to Universitas Pancasila Student Paper	<1 %
212	dinkes.pasuruankota.go.id Internet Source	<1 %
213	fathoni0809.wordpress.com Internet Source	<1 %
214	COŞKUN, Selim. "Vatandaş sözleşmeleri: Farklı ülkelerdeki uygulamalar ve genel değerlendirme", Selçuk Üniversitesi, 2010. Publication	<1 %
215	bahanajar.ut.ac.id Internet Source	<1 %
216	repository.ub.ac.id Internet Source	<1 %

217	Submitted to University of Muhammadiyah Malang Student Paper	<1%
218	www.cpps.or.id Internet Source	<1%
219	Timothy Jost. "Health Care at Risk", Walter de Gruyter GmbH, 2007 Publication	<1%
220	karikaturijo.blogspot.com Internet Source	<1%
221	203.99.119.98 Internet Source	<1%
222	jurnal.unimus.ac.id Internet Source	<1%
223	Submitted to Direktorat Pendidikan Tinggi Keagamaan Islam Kementerian Agama Student Paper	<1%
224	Submitted to University of Warwick Student Paper	<1%
225	www.yahukimokab.go.id Internet Source	<1%
226	Eko Nuriyatman. "Bagi Hasil Pertambangan Minyak Bumi Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah", Jurnal Selat, 2019 Publication	<1%
227	aninkarina.blogspot.com Internet Source	

<1%

228	anggarangga.blogspot.com Internet Source	<1%
229	Submitted to Universitas Lancang Kuning Student Paper	<1%
230	ngasinanpos.mywapblog.com Internet Source	<1%
231	farnihusain.blogspot.com Internet Source	<1%
232	Submitted to Universitas Riau Student Paper	<1%
233	"Knowledge Creation in Public Administrations", Springer Science and Business Media LLC, 2018 Publication	<1%
234	perpustakaansragen.blogspot.com Internet Source	<1%
235	www.damandiri.or.id Internet Source	<1%
236	journals.lww.com Internet Source	<1%
237	evinursyafitrisyamsul.blogspot.co.id Internet Source	<1%
238	Submitted to Universitas Pendidikan Ganesha Student Paper	<1%

239	Abang Boni Almuqsitu, Tursina Tursina, Anggi Srimurdianti S. "Rancang Bangun Aplikasi Pelayanan Pelanggan PDAM Tirta Kapuas Berbasis Web", Jurnal Sistem dan Teknologi Informasi (JUSTIN), 2019 Publication	<1 %
240	Submitted to Universitas Jenderal Achmad Yani Student Paper	<1 %
241	abhinaya-mb.com Internet Source	<1 %
242	badaruddin87.wordpress.com Internet Source	<1 %
243	ecampus.iainbatusangkar.ac.id Internet Source	<1 %
244	ppid.lan.go.id Internet Source	<1 %
245	tempatwisata-panoramatour.blogspot.com Internet Source	<1 %
246	scienceinvideo.wordpress.com Internet Source	<1 %
247	ledychintia.blogspot.com Internet Source	<1 %
248	rinynovianty.wordpress.com Internet Source	<1 %
	www.dentamedia.co	

249	Internet Source	<1%
250	berkas.dpr.go.id Internet Source	<1%
251	jurnal.ustjogja.ac.id Internet Source	<1%
252	Adhina Martatilova. "PENGARUH KINERJA TENAGA MEDIS DAN PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP SISTEM REPUTASI LAYANAN PUBLIK PADA PUSKESMAS METRO", DERIVATIF: Jurnal Manajemen, 2020 Publication	<1%
253	andichairilfurqan.wordpress.com Internet Source	<1%
254	Submitted to Universitas Sam Ratulangi Student Paper	<1%
255	Submitted to Pasundan University Student Paper	<1%
256	anakkakigunungmambulillig.blogspot.com Internet Source	<1%
257	firman25.blogspot.com Internet Source	<1%
258	sumardimenulis.blogspot.com Internet Source	<1%
259	www.portalkaltara.com	

Internet Source

<1%

260 mustathok.blogspot.com
Internet Source

<1%

261 bayutedja.wordpress.com
Internet Source

<1%

262 pkfimlg.blogspot.com
Internet Source

<1%

263 Vivi Yosafianti Pohan, Dewi Gayatri, Eni Hidayati. "Pengalaman Perawat Kepala Ruang Tentang Pelaksanaan Model Delegasi Keperawatan 'Relactor' (MDK'R')", Jurnal Keperawatan Indonesia, 2018
Publication

<1%

264 Setyowati Setyowati. "Peran Perawat Dalam Menurunkan IMR dan MMR Melalui Desa Siaga", Jurnal Keperawatan Indonesia, 2007
Publication

<1%

265 muchsinal-mancaki.blogspot.com
Internet Source

<1%

266 akuntansi-pemerintah.blogspot.com
Internet Source

<1%

267 percetakaninovatif.blogspot.com
Internet Source

<1%

268 irvancarbine.blogspot.com
Internet Source

<1%

269	hukum.papua.go.id Internet Source	<1%
270	alzahfadillah-kumpulantugas.blogspot.com Internet Source	<1%
271	abdulsabaruddin.blogspot.com Internet Source	<1%
272	e-perpus.unud.ac.id Internet Source	<1%
273	Pluss, L.. "Steering, Not Rowing? An Analysis of the Political Influence, the Role Perceptions, and the Behavior of Swiss City Councillors in Different Urban Governance Contexts", Urban Affairs Review, 2013. Publication	<1%
274	kncv.or.id Internet Source	<1%
275	Goodwill Desember 2013. "Goodwill Vo. 4 No. 2 Desember 2013", JURNAL RISET AKUNTANSI DAN AUDITING "GOODWILL", 2014 Publication	<1%
276	Sulaiman Alqomayi. "KEARIFAN LOKAL BERBASIS ISLAM DALAM PELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP", IBDA` : Jurnal Kajian Islam dan Budaya, 2012 Publication	<1%
277	www.bekasirayapos.online	

Internet Source

<1%

278 zoelhuda.blogspot.com
Internet Source

<1%

279 samuraithief.wordpress.com
Internet Source

<1%

280 Adnan H., Tadjudin D., Yuliani L., Komarudin H., Lopulalan D., Siagian Y., Munggoro D., (eds.). "Belajar dari Bungo: mengelola sumberdaya alam di era desentralisasi", Center for International Forestry Research (CIFOR), 2008
Publication

<1%

281 transformative.ub.ac.id
Internet Source

<1%

282 Submitted to Academic Library Consortium
Student Paper

<1%

283 sasaqgagah14.wordpress.com
Internet Source

<1%

284 sugengrusmiwari.blogspot.com
Internet Source

<1%

285 sampanpesisir.blogspot.com
Internet Source

<1%

286 ae-gis.id
Internet Source

<1%

287 www.presidensby.info

Internet Source

<1%

288 dunialeona.blogspot.com
Internet Source

<1%

289 ridwanamiruddin.wordpress.com
Internet Source

<1%

290 si.its.ac.id
Internet Source

<1%

291 titikdua.net
Internet Source

<1%

292 auliayoel.blogspot.com
Internet Source

<1%

293 pusdatin.kemkes.go.id
Internet Source

<1%

294 www.bappenas.go.id
Internet Source

<1%

295 catatan-udai.blogspot.com
Internet Source

<1%

296 ejournal.unaja.ac.id
Internet Source

<1%

297 situsberita2terbaru.blogspot.com
Internet Source

<1%

298 cimahikota.go.id
Internet Source

<1%

299 Gerry Katon Mahendra. "PENGADUAN

	PELAYANAN KESEHATAN DI UNIT PELAYANAN INFORMASI DAN KELUHAN (UPIK)", Journal of Health Studies, 2017 Publication	<1%
300	rifaiekis.blogspot.com Internet Source	<1%
301	Rachmat Ramdani. "Karakter Birokrasi Pemerintahan Dalam Pelayanan Perizinan Mendirikan Bangunan Di Dinas Penanaman Modal Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Karawang", KEMUDI : Jurnal Ilmu Pemerintahan, 2020 Publication	<1%
302	perpustakaan.bappenas.go.id Internet Source	<1%
303	zoelfhar66.blogspot.com Internet Source	<1%
304	perpustakaan.bpn.go.id Internet Source	<1%
305	journal.stainkudus.ac.id Internet Source	<1%
306	nusyirwanharahap.com Internet Source	<1%
307	yulitalihanifah.blogspot.com Internet Source	<1%
308	puskesmaswaimital.blogspot.com Internet Source	<1%

309	duniapendidikanilmu.blogspot.com Internet Source	<1 %
310	fastafiqfahmi.blogspot.com Internet Source	<1 %
311	muslimpoliticians.blogspot.com Internet Source	<1 %
312	warnonuswantoro.wordpress.com Internet Source	<1 %
313	eprints.radenfatah.ac.id Internet Source	<1 %
314	pt.wikipedia.org Internet Source	<1 %
315	dokternadamaulidina.blogspot.com Internet Source	<1 %
316	kumpulanberbagaimakalah.blogspot.com Internet Source	<1 %
317	perdesaansehat.com Internet Source	<1 %
318	karianaiwyn.wordpress.com Internet Source	<1 %
319	repository.iainpurwokerto.ac.id Internet Source	<1 %
320	www.erwinedwar.com Internet Source	<1 %
321	yosiskanda.wordpress.com	

Internet Source

<1%

322	kebijakan-publik.blogspot.com Internet Source	<1%
323	afidburhanuddin.wordpress.com Internet Source	<1%
324	mardoto.com Internet Source	<1%
325	sangrajalangit99.wordpress.com Internet Source	<1%
326	Muhammad Ali, Erwin Asidah, Husmiati Husmiati. "Peran Pemerintah Daerah Terhadap Penyelesaian Permasalahan Korban Bencana Gempa (Studi Di Dinas Sosial Kabupaten Lombok Barat)", JIAP (Jurnal Ilmu Administrasi Publik), 2019 Publication	<1%
327	archive.org Internet Source	<1%
328	kukuhkurniant.blogspot.com Internet Source	<1%
329	radentaufiq.wordpress.com Internet Source	<1%
330	jurnal.fkip.unila.ac.id Internet Source	<1%
331	www.dictio.id	

Internet Source

<1%

332 www1.worldbank.org
Internet Source

<1%

333 aswediners.blogspot.com
Internet Source

<1%

334 mirave21.blogspot.com
Internet Source

<1%

Exclude quotes	On	Exclude matches	Off
Exclude bibliography	Off		

Buku Ajar Administrasi Pelkesmas

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54

PAGE 55

PAGE 56

PAGE 57

PAGE 58

PAGE 59

PAGE 60

PAGE 61

PAGE 62

PAGE 63

PAGE 64

PAGE 65

PAGE 66

PAGE 67

PAGE 68

PAGE 69

PAGE 70

PAGE 71

PAGE 72

PAGE 73

PAGE 74

PAGE 75

PAGE 76

PAGE 77

PAGE 78

PAGE 79

PAGE 80

PAGE 81

PAGE 82

PAGE 83

PAGE 84

PAGE 85

PAGE 86

PAGE 87

PAGE 88

PAGE 89

PAGE 90

PAGE 91

PAGE 92

PAGE 93

PAGE 94

PAGE 95

PAGE 96

PAGE 97

PAGE 98

PAGE 99

PAGE 100

PAGE 101

PAGE 102

PAGE 103

PAGE 104

PAGE 105

PAGE 106

PAGE 107

PAGE 108

PAGE 109

PAGE 110

PAGE 111

PAGE 112

PAGE 113

PAGE 114

PAGE 115

PAGE 116

PAGE 117

PAGE 118

PAGE 119

PAGE 120

PAGE 121

PAGE 122

PAGE 123

PAGE 124

PAGE 125

PAGE 126

PAGE 127

PAGE 128

PAGE 129

PAGE 130

PAGE 131

PAGE 132

PAGE 133

PAGE 134

PAGE 135

PAGE 136

PAGE 137

PAGE 138

PAGE 139

PAGE 140

PAGE 141

PAGE 142

PAGE 143

PAGE 144

PAGE 145

PAGE 146

PAGE 147

PAGE 148

PAGE 149

PAGE 150

PAGE 151

PAGE 152

PAGE 153

PAGE 154

PAGE 155

PAGE 156

PAGE 157

PAGE 158

PAGE 159

PAGE 160

PAGE 161

PAGE 162

PAGE 163

PAGE 164

PAGE 165

PAGE 166

PAGE 167

PAGE 168

PAGE 169

PAGE 170

PAGE 171

PAGE 172

PAGE 173

PAGE 174

PAGE 175

PAGE 176

PAGE 177

PAGE 178

PAGE 179

PAGE 180

PAGE 181

PAGE 182

PAGE 183

PAGE 184

PAGE 185

PAGE 186

PAGE 187

PAGE 188

PAGE 189

PAGE 190

PAGE 191

PAGE 192

PAGE 193

PAGE 194

PAGE 195

PAGE 196

PAGE 197

PAGE 198

PAGE 199

PAGE 200

PAGE 201

PAGE 202

PAGE 203

PAGE 204

PAGE 205

PAGE 206

PAGE 207

PAGE 208

PAGE 209

PAGE 210

PAGE 211

PAGE 212

PAGE 213

PAGE 214

PAGE 215

PAGE 216

PAGE 217

PAGE 218

PAGE 219

PAGE 220

PAGE 221

PAGE 222

PAGE 223

PAGE 224

PAGE 225

PAGE 226

PAGE 227

PAGE 228

PAGE 229

PAGE 230

PAGE 231

PAGE 232

PAGE 233

PAGE 234

PAGE 235

PAGE 236

PAGE 237

PAGE 238

PAGE 239

PAGE 240

PAGE 241

PAGE 242

PAGE 243

PAGE 244

PAGE 245

PAGE 246

PAGE 247

PAGE 248

PAGE 249

PAGE 250

PAGE 251

PAGE 252

PAGE 253

PAGE 254

PAGE 255

PAGE 256

PAGE 257

PAGE 258

PAGE 259

PAGE 260

PAGE 261

PAGE 262

PAGE 263

PAGE 264