



ADMINISTRASI PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

PENULIS :

**John Amos
Rahmawati**

M. Nur Dewi Kartikasari

Yasin Wahyurianto

Sulistyani Prabu Aji

Suprpto

Maisyarah

Mahaza

Anggriyani Wahyu Pinandari

ISBN 978-623-8004-28-7



9

786238

004287

ADMINISTRASI PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

John Amos
Rahmawati
M. Nur Dewi Kartikasari
Yasin Wahyurianto
Sulistyani Prabu Aji
Suprpto
Maisyarah
Mahaza
Anggriyani Wahyu Pinandari



PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Penulis :

John Amos
Rahmawati
N. Nur Dewi Kartikasari
Yasin Wahyurianto
Sulistiyani Prabu Aji
Suprpto Maisyarah
Mahaza
Anggriyani Wahyu Pinandari

ISBN : 978-623-8004-28-7

Editor : Asmalinda SY, SKM

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah Padang
Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, September 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat ALLAH SWT, yang telah memberikan rahmat hidayah, dan kesehatan kepada penulis. Karena berkat rahmat dan petunjuk-Nya buku Administrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat ini dapat tersusun sedemikian rupa bagi pembaca.

Seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi khususnya dalam bidang kesehatan, sangat diperlukan upaya-upaya sosialisasi maupun peningkatan pengetahuan tentang administrasi pelayanan kesehatan, agar tenaga kesehatan dapat memahami dan dapat memudahkan dalam transformasi ilmu pengetahuan.

Terselesaikannya penulisan buku ini tidak terlepas dari bantuan beberapa pihak. Karena itu penulis menyampaikan terimakasih kepada rekan-rekan yang menginspirasi untuk menulis tentang administrasi pelayanan kesehatan masyarakat.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih mempunyai kelemahan sebagai kekurangannya. Karena itu, penulis berharap agar pembaca berkenan menyampaikan kritikan. Dengan segala pengharapan dan keterbukaan, penulis menyampaikan terimakasih dengan tulus. Penulis berharap agar buku ini dapat membawa manfaat kepada pembaca dan dapat memberikan sumbangsih bagi keputakaan di Indonesia.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	v
Bab 1 Administrasi dan Manajemen.....	v
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Administrasi	2
1.3 Tujuan Administrasi	3
1.4 Fungsi Administrasi.....	4
1.5 Ruang Lingkup Administrasi	5
1.6 Pengertian Manajemen.....	8
1.7 Fungsi Manajemen.....	9
1.8 Tujuan Manajemen.....	11
1.9 Ruang Lingkup Manajemen.....	12
1.10 Proses Manajemen.....	13
1.11 Hubungan Administrasi dan Manajemen	13
1.12 Penutup	15
Bab 2 Pelayanan Publik	18
2.1 Pendahuluan.....	18
2.2 Pengertian Pelayanan Publik.....	19
2.3 Klasifikasi Pelayanan Publik.....	21
2.4 Asas-Asas Pelayanan Publik.....	22
2.5 Prinsip-Prinsip Pelayanan Publik	24
2.6 Etika Pelayanan Publik.....	27
2.7 Standar Pelayanan Publik	28
2.8 Kesimpulan	29
Bab 3 Kebijakan dalam Pelayanan Kesehatan	32
3.1 Pendahuluan.....	32
3.2 Definisi.....	33
3.3 Komponen kebijakan.....	33
3.4 Arah kebijakan dan strategi nasional.....	35
3.5 Kebijakan Dalam Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak Dan Kesehatan Reproduksi	36
3.6 Kebijakan dalam percepatan perbaikan gizi masyarakat untuk mencegah dan menangani masalah gizi ganda.....	37

3.7 Kebijakan Dalam Peningkatan Pengendalian Penyakit	38
3.8 Kebijakan dalam Menerapkan Budaya Perilaku Hidup Sehat Melalui GERMAS	39
3.9 Kebijakan dalam penguatan sistem kesehatan	40
3.10 Kebijakan saat pandemi covid-19	43
Bab 4 Jaminan Pelayanan Kesehatan	47
4.1 Pendahuluan	47
4.2 Pelayanan Kesehatan	48
4.3 Kriteria Pelayanan Kesehatan	49
4.4 Tujuan Pelayanan Kesehatan	50
4.5 Jaminan Kesehatan Masyarakat	52
4.6 Jaminan Kesehatan Masyarakat Melalui BPJS	53
4.7 Fungsi, Tugas, dan Wewenang BPJS	54
4.8 Peserta BPJS	57
4.9 Manfaat BPJS	58
4.10 Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS	59
Bab 5 Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	66
5.1 Pendahuluan	66
5.2 Definisi Pembiayaan Kesehatan	68
5.3 Prinsip Pembiayaan Kesehatan	71
5.4 Penguatan Sistem Kesehatan	73
Bab 6 Peningkatan Kerja Pelayanan Puskesmas	76
6.1 Pendahuluan	76
6.2 Indikator Peningkatan Pelayanan Kesehatan	80
Bab 7 Mutu Pelayanan Puskesmas	89
7.1 Pengertian sistem informasi Puskesmas	89
7.2 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan	90
7.3 Macam – macam Dimensi Mutu	92
7.4 Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan	93
7.5 Menjaga Mutu Pelayanan Puskesmas	94
7.6 Indikator Mutu Pelayanan di Puskesmas	96
Bab 8 Upaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat	99
8.1 Pendahuluan	99
8.2 Permasalahan Kesehatan Masyarakat	101
8.3 Paradigma Sehat	102
8.4. Jenis Upaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat	104
8.5 Jenis Tingkatan Pelayanan	105

8.6 Ciri Pelayanan Kesehatan Yang Baik	107
8.7 Fungsi Pelayanan Kesehatan	108
Bab 9 Hambatan dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat	110
9.1 Kesehatan Masyarakat.....	110
9.2 Pelayanan Kesehatan	112
9.3 Telemedisin.....	113
9.4 Kerangka Berfikir Tanahashi.....	114
9.5 Hambatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat	115

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.6 Etika Pelayanan Publik	28
Gambar 3.3 Segitiga Faktor yang Mempengaruhi Kebijakan Kesehatan	35
Gambar 5.2 Tenaga Kesehatan Penyedia Pelayanan Kesehatan	68
Gambar 9.4 Kerangka Berfikir Tanahashi untuk Menilai Cakupan Layanan Kesehatan	113

Bab 1

ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

Oleh John Amos

1.1 Pendahuluan

Sebagian besar orang pada masyarakat modern secara khusus tidak hanya mempersiapkan diri dibidang administrasi saja, namun juga dibidang lain, dari berbagai hali seperti ahli politik, hukum, ekonomi, kesehatan, dan lain-lain. Posisi masing-masing mereka harus menjalankan tugas sebagai administrator dan mengharuskan mereka berpikir secara administrasi. Kemampuan mereka mengharuskan mampu mengendalikan sejumlah orang yang bekerja sama satu dengan lainnya di bidangnya masing-masing guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama. Oleh karena itu administrasi merupakan kebutuhan bagi setiap manusia yang hidup pada lingkungan masyarakat modern. Menurut buku "Ilmu Administrasi" oleh Dr. Hj. Mariati Rahman, M.Si. ada 3 ciri administrasi yaitu : Rasionalitas (masuk akal), Kalkulus (berdasarkan perhitungan), Metode (penggunaan cara yang akan dipakai).

Menurut Atmosudirjo, penulis buku Hukum Administrasi Negara, berpikir secara administrasi atau administrative thinking adalah berpikir secara "penyelenggaraan segala sesuatunya guna mencapai tujuan-tujuan tertentu. "Segala sesuatunya" berarti merencanakan jalannya usaha, mengembangkan organisasi, menerima - menyaring - mendidik - menempatkan dan memanfaatkan orang-orang, menjalankan manajemen, tata usaha, mengendalikan aktivitas serta cara

berpikir orang-orang dan lain sebagainya supaya semua menuju ketercapaiannya tujuan yang telah ditetapkan. Jadi, berpikir secara administrasi mutlak dilakukan oleh orang-orang yang terlibat dengan kepentingan organisasi, khususnya para pemimpin dalam organisasi agar segala kegiatan yang ada dalam organisasi teratur dan terencana sehingga tujuan dapat tercapai.

1.2 Pengertian Administrasi

Administrasi dalam kehidupan sehari-hari sudah tidak asing didengar dan sudah sering digunakan termasuk di dunia kesehatan. Apa yang dimaksud dengan administrasi itu sendiri. Menurut Dwight Waldo, administrasi adalah kegiatan kerjasama secara rasional yang tercermin pada pengelompokan kegiatan menurut fungsi yang dilakukan. Menurut Robert D. Calkins, administrasi adalah kombinasi antara pengambilan keputusan dengan pelaksanaan dari keputusan tersebut untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 2010). Menurut Sondang P. Siagian, administrasi adalah proses kerjasama antara dua orang atau lebih berdasarkan rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan bersama yang telah ditentukan. Menurut Ira Chisanti Dewi (2011: 3) dalam buku pengantar administrasi mengatakan bahwa — administrasi memiliki pengertian dalam arti yaitu sebagai pekerjaan tulis menulis atau ketatausahaan atau kesekretarian —, yaitu meliputi kegiatan menerima, mencatat, menghimpun, mengolah, mengadakan, mengirim, menyimpan. Menurut Alemina Henuk-Kacaribu dalam buku Pengantar Ilmu Administrasi (2020), secara etimologis, administrasi berasal dari bahasa Yunani, yakni *administrare*, berarti melayani atau membantu. Administrasi adalah seluruh kegiatan, mulai dari pengaturan hingga pengurusan segala halnya, yang dilakukan untuk mencapai tujuan bersama. Administrasi tidak bisa dilakukan oleh satu orang saja, karena membutuhkan kerja sama antar dua orang atau lebih.

Menurut The Liang Gie (2009:9) dalam bukunya administrasi perkantoran modern mengatakan bahwa —administrasi memiliki pengertian dalam arti luas, yaitu Adminstrasi merupakan proses kerjasama beberapa individu dengan cara yang efisien 7 dalam mencapai tujuan sebelumnya —Hal tersebut menyelesaikan bahwa serangkaian kegiatan yang memerlukan proses kerja sama dan bukan merupakan hal yang baru karena dia telah timbul bersama-sama dengan timbulnya pembedaan manusia.Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa administrasi mengandung unsur-unsur : adanya orang-orang, adanya pedoman/petunjuk, adanya kegiatan-kegiatan, adanya kerjasama, adanya rasionalitas dan adanya tujuan yang hendak dicapai.

1.3 Tujuan Administrasi

Administrasi dibutuhkan oleh tiap organisasi ataupun perusahaan. Administrasi membantu dalam hal perencanaan serta pengembangan kegiatan, demi tercapainya tujuan bersama.Tujuan administrasi dalam *Trias Management Organization and Administration* adalah untuk tercapainya efisiensi dan efektivitas dalam bidang organisasi, prosedur, dan sumber daya manusia hingga aparatur dan mampu melaksanakan rencana dan program yang disusunnya (Ryadi, 2016). Selain itu, setidaknya ada tiga tujuan administrasi, yakni: (1) Untuk memantau kegiatan atau data milik organisasi Adanya administrasi membantu organisasi untuk memantau dan senantiasa memperhatikan kegiatan atau data yang dimilikinya. (2) Untuk evaluasi, selain untuk memantau, adminitrasi juga dibutuhkan untuk melakukan evaluasi, misalnya evaluasi kebijakan, kegiatan, rencana, atau hal lainnya. (3) Untuk penyusunan program kegiatan. Adminitrasi juga bertujuan untuk membantu penyusunan program kegiatan dan pengembangannya, agar sejalan dengan yang diinginkan organisasi tersebut.

1.4 Fungsi Administrasi

Dalam kegiatan administrasi atau ketatausahaan pasti memerlukan sebuah perencanaan yang baik dan matang. Begitu juga dengan pengorganisasian, dimana setiap melakukan kegiatan organisasi sangat membutuhkan administrasi seperti contoh dalam penetapan petugas atau pekerja. Secara garis besar administrasi mempunyai lima fungsi penting, yaitu: Fungsi perencanaan artinya administrasi digunakan untuk mengumpulkan dan mengolah data yang nantinya dimanfaatkan untuk penyusunan atau perencanaan sebuah kegiatan atau hal tertentu lainnya. Fungsi penyusunan artinya administrasi digunakan untuk menyusun serta menjalin komunikasi antar anggota dalam sebuah organisasi. Ketika komunikasi terjalin baik, organisasi akan semakin mudah meraih tujuan bersama yang diinginkan. Fungsi koordinasi artinya administrasi digunakan untuk mengoordinasi rencana serta tujuan organisasi, supaya berjalan sesuai yang diharapkan. Fungsi pelaporan artinya administrasi digunakan untuk memberi informasi tentang kegiatan atau rencana apa saja yang telah dijalankan organisasi. Fungsi anggaran artinya administrasi digunakan untuk mengelola serta menganggarkan biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan rencana atau kegiatan.

Menurut Luther M. Gullick, ada 7 fungsi administrasi yaitu:

- a. *Planning* (perencanaan) artinya dalam kegiatan administrasi atau ketatausahaan pasti memerlukan sebuah perencanaan yang baik dan matang.
- b. *Organizing* (pengorganisasian) artinya dimana setiap melakukan kegiatan organisasi pasti sangat membutuhkan administrasi seperti contoh dalam penetapan petugas atau pekerja.
- c. *Staffing* (pengadaan tenaga kerja) artinya merupakan praktek menemukan, menilai, mengevaluasi dan menetapkan hubungan kerja dengan karyawan atau tenaga kerja dan memberhentikannya jika tidak lagi dibutuhkan.

- d. *Directing* (mengarahkan) artinya usaha dalam membimbing, memberikan saran-saran, masukan untuk perbaikan suatu kegiatan yang sedang dilakukan agar tugasnya dapat dilakukan.
- e. *Coordinating* (koordinasi) artinya proses pengkoordinasian dimana seluruh kepentingan dan tujuan dari organisasi yang dilaksanakan bisa bersatu dan dapat sinkron dengan tempat dan waktunya.
- f. *Reporting* (pelaporan) artinya bagaimana cara menginformasikan dari apa yang telah dilakukan dalam seluruh kegiatan sebagai salah satu pertanggungjawaban.
- g. *Budgeting* (penganggaran) artinya bagaimana cara merencanakan keuangan, berapa anggaran yang diperlukan, darimana pembiayaannya, perhitungan uang masuk dan keluarnya, serta pengawasan yang dilakukan.

1.5 Ruang Lingkup Administrasi

Pada dasarnya, ruang lingkup administrasi meliputi aktivitas tulis menulis, mengirim, dan juga menyimpan keterangan. Seperti yang kita ketahui bahwa administrasi adalah suatu kegiatan penyusunan dan juga pencatatan data ataupun informasi yang dilakukan oleh organisasi atau perusahaan. Aktivitas ini dikerjakan secara lebih sistematis, baik itu untuk pekerjaan internal ataupun eksternal sebagai upaya dalam menyediakan dan mempermudah memperoleh kembali apa yang diperlukan. Tugas pegawai yang bekerja pada bagian administrasi adalah melayani, mengarahkan dan mengatur semua aktivitas organisasi sehingga dapat mencapai tujuan organisasi atau perusahaan secara tertib dan efektif. Kegiatan ini disebut ruang lingkup administrasi yang meliputi: Kegiatan pengumpulan, dimana karyawan mencari dan mengumpulkan data, informasi yang detail, lalu kemudian menyimpannya agar dapat digunakan di lain waktu pada saat dibutuhkan. Kegiatan pencatatan, yaitu setelah berhasil mengumpulkan data, karyawan mencatat, menyimpannya dengan baik, dan mengirimkannya ke bagian lain untuk

diproses jika diperlukan. Kegiatan administrasi, yaitu karyawan menganalisis data administrasi yang ada guna memperoleh hasil atau kesimpulan dari data tersebut. Kegiatan penyimpanan, yaitu karyawan melindungi data-data tersebut dengan cara menyimpannya pada dokumen atau arsip sehingga suatu saat dapat dengan mudah ditemukan kembali jika ada yang membutuhkan. Pengiriman aktivitas, yaitu karyawan mengirimkan data atau file dari pemangku kepentingan internal dalam organisasi atau pemangku kepentingan eksternal di luar organisasi ke departemen lainnya. Oleh karena itu, diperlukan sistem administrasi yang baik untuk mengelola aktivitas organisasi atau perusahaan. Tujuannya adalah agar ruang lingkup administrasi bisa lebih tertib dalam mencapai tujuan perusahaan. Sebuah perusahaan yang dikelola dengan baik akan membantu pencapaian tujuan perusahaan.

Ada beberapa unsur ruang lingkup administrasi yaitu :

- a. Organisasi, yaitu tempat karyawan melakukan aktivitas manajemen dan dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- b. Manajemen, yaitu manajemen administratif yang melibatkan manajer dan operator.
- c. Communication, yaitu cara mengkomunikasikan informasi yang digunakan untuk menghubungkan dan berkoordinasi antar anggota organisasi atau antar berbagai bagian organisasi.
- d. Personil, yaitu penggunaan tenaga kerja yang bertanggung jawab atas manajemen organisasi. Dalam sistem kepegawaian terdapat proses yang saling terkait yaitu, rekrutmen pegawai, penempatan pegawai, otorisasi pegawai dan pemberhentian pegawai.
- e. Keuangan, yaitu modal atau dana yang digunakan untuk tujuan manajemen bisnis.
- f. Materi, yaitu unsur administrasi, meliputi kegiatan pencatatan, perencanaan, pengorganisasian, dan pengawasan kegiatan pengadaan barang.
- g. Pengurusan administrasi, yaitu unsur-unsur administrasi termasuk urusan administrasi, keuangan, dll.

- h. Humas, yaitu elemen-elemen manajemen tentang bagaimana organisasi berinteraksi dengan baik pada publik (masyarakat) atau konsumennya.

Jika dikaji secara mendalam, batasan administrasi kesehatan sebagaimana yang telah dirumuskan oleh Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat tahun 1974, terlihat bahwa ruang lingkup administrasi sangatlah luas, tapi dapat dibedakan menjadi 2 macam yakni (Azwar (2010) & Achmadi (2014)):

1. Kegiatan Administrasi

Telah disebutkan bahwa melaksanakan pekerjaan administrasi sama artinya dengan melaksanakan semua fungsi administrasi. Dengan pengertian yang seperti ini menjadi jelas bahwa kegiatan utama yang dilakukan pada administrasi tidak lain adalah melaksanakan fungsi administrasi itu sendiri, mulai dari fungsi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan sampai dengan fungsi pengawasan (Terry). Karena kegiatan utama pada administrasi adalah melaksanakan semua fungsi administrasi maka jelas pula bahwa melaksanakan pekerjaan administrasi tidak sama dengan melaksanakan pekerjaan tata usaha. Pekerjaan administrasi bukan sekedar mengetik, mengagenda dan ataupun menyimpan arsip surat menyurat (office work) yang merupakan pekerjaan pokok seorang tata usaha. Seseorang yang mengerjakan pekerjaan administrasi berarti adalah seorang administrator atau manajer, karena dalam mengerjakan administrasi, ia melakukan perencanaan, pelaksanaan, penilaian untuk kemudian perencanaan berikutnya. Demikian seterusnya, berulang-ulang dan berkesi nambungan yang oleh Marry Arnold di gambarkan dalam bentuk hubungan spiral yang terus menerus (Azwar,2010).

2. Objek dan subjek administrasi

Telah disebutkan bahwa objek dan subjek administrasi kesehatan adalah sistem kesehatan. Ini berarti untuk dapat menyelenggarakan administrasi kesehatan perlu dipahami dahulu apa yang dimaksud dengan sistem kesehatan.

Pengertian tentang sistem kesehatan banyak macamnya. Menjabarkan batasan sebagaimana yang dirumuskan oleh WHO (1984), yang dimaksud dengan sistem kesehatan tidak lain adalah suatu kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat pada suatu negara dan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok serta masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan. Sistem kesehatan itu sendiri mencakup hal yang amat luas sekali. Jika disederhanakan dapat dibedakan atas dua subsistem. Pertama, subsistem pelayanan kesehatan. Kedua, subsistem pembiayaan kesehatan. Untuk dapat terselenggaranya upaya kesehatan yang baik, kedua subsistem ini perlu ditata dan dikelola dengan sebaik-baiknya.

1.6 Pengertian Manajemen

Secara klasik, manajemen adalah ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut, manajemen mengandung tiga prinsip pokok yang menjadi ciri utama penerapannya yaitu efisien dalam pemanfaatan sumber daya, efektif dalam memilih alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi, dan rasional dalam pengambilan keputusan manajerial (Muninjaya, 2004). Selain itu, Manajemen adalah sebuah proses yang dilakukan untuk mewujudkan tujuan organisasi melalui rangkaian kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian orang-orang serta sumber daya organisasi lainnya. Kata 'manajemen' berasal dari bahasa Inggris yakni 'manage' yang memiliki arti mengatur, merencanakan, mengelola, mengusahakan, dan memimpin. Istilah manajemen tersebut biasanya diidentikan dengan dunia bisnis dan perkantoran. Manajemen sangat dibutuhkan agar tujuan pribadi atau organisasi bisa tercapai. Manajemen juga sangat diperlukan untuk mencapai efisiensi dan efektivitas suatu kerja organisasi. Adapun orang yang mengatur,

merumuskan, dan melaksanakan berbagai tindakan manajemen disebut manajer.

George R. Terry **1997**, yang dikenal sebagai Bapak Ilmu Manajemen, dalam bukunya *Principle of Manajemen* menyebutkan pengertian manajemen adalah sebuah proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dari definisi inilah yang kemudian dikenal dengan fungsi manajemen. Secara umum, pengertian manajemen merupakan suatu seni dalam ilmu dan pengorganisasian seperti menyusun perencanaan, membangun organisasi dan pengorganisasiannya, pergerakan, serta pengendalian atau pengawasan. Bisa juga diartikan bahwa manajemen merupakan suatu ilmu pengetahuan yang sistematis agar dapat memahami mengapa dan bagaimana manusia saling bekerja sama agar dapat menghasilkan sesuatu yang bermanfaat bagi orang lain maupun golongan tertentu dan masyarakat luas. Secara etimologis, pengertian manajemen merupakan seni untuk melaksanakan dan mengatur. Manajemen ini juga dilihat sebagai ilmu yang mengajarkan proses mendapatkan tujuan dalam organisasi, sebagai usaha bersama dengan beberapa orang dalam organisasi tersebut. Sehingga, ada orang yang merumuskan dan melaksanakan tindakan manajemen yang disebut dengan manajer. Menurut Harold Koontz dan Cyril O'Donnel, manajemen adalah usaha mencapai suatu tujuan tertentu melalui kegiatan orang lain. Dengan demikian manajer mengadakan koordinasi atas sejumlah aktivitas orang lain yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penempatan, pengarahan dan pengendalian.

1.7 Fungsi Manajemen

George Terry mengatakan bahwa ada empat fungsi dasar manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, penggerak dan pengendalian, sedangkan menurut Henry Fayol, fungsi manajemen diantaranya (Muninjaya,2004):

- a. **Planning (Perencanaan)** adalah proses untuk menentukan tujuan atau sasaran serta langkah-langkah strategis yang akan diambil untuk mencapai tujuan tersebut.
- b. **Organizing (Pengorganisasian)** adalah proses pemberian perintah, pengalokasian sumber daya, dan pengaturan kegiatan terkoordinir untuk menerapkan rencana. Kegiatan yang terlibat dalam pengorganisasian meliputi tiga hal, yaitu:
 - 1) Membagi komponen kegiatan untuk mencapai tujuan.
 - 2) Membagi tugas kepada manajer dan bawahan.
 - 3) Penetapan wewenang antara kelompok.
- c. **Actuating (Pengarahan)** adalah proses untuk memupuk motivasi pada karyawan agar bekerja lebih giat dalam mencapai tujuan. Proses ini juga berupaya membimbing karyawan dalam melaksanakan rencana.
- d. **Controlling (Pengendalian)** adalah untuk melihat kesesuaian kegiatan organisasi dengan rencana yang sudah dirancang sebelumnya. Fungsi pengendalian mencakup empat kegiatan, yakni:
 - 1) Menentukan standar prestasi.
 - 2) Mengukur prestasi yang sudah dicapai.
 - 3) Membandingkan prestasi yang sudah dicapai dengan standar prestasi.
 - 4) Melakukan perbaikan jika ada penyimpangan standar prestasi.

Tetapi yang paling diterima secara luas adalah fungsi manajemen yang diberikan oleh Koontz dan O'Donnel yaitu Perencanaan, Pengorganisasian, Penetapan staf, Pengarahan, dan Pengendalian. Menurut Koontz & O'Donell, fungsi manajerial dalam kepegawaian melibatkan pengelolaan struktur organisasi melalui seleksi, penilaian & pengembangan personel yang tepat dan efektif untuk mengisi peran yang dirancang berdasarkan struktur. Penempatan staf melibatkan: perencanaan tenaga kerja (memperkirakan tenaga kerja dalam hal mencari, memilih orang dan memberikan tempat yang tepat), rekrutmen, seleksi & penempatan, pelatihan &

pengembangan, remunerasi, penilaian kinerja, promosi & transfer.

1.8 Tujuan Manajemen

Secara umum aktivitas manajemen dalam organisasi diarahkan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Tujuan manajemen yang utama adalah mendapatkan hasil maksimal dengan upaya minimum.

Adapun tujuan manajemen secara garis besar adalah :

- a. Mendapatkan Hasil Maksimal dengan Upaya dan Sumber Daya Minimum.

Manajemen mengutamakan efektivitas dan efisiensi upaya dan sumber daya secara maksimal dan optimal. Manajemen pada dasarnya berkaitan dengan berpikir dan memanfaatkan sumber daya manusia, material serta keuangan sedemikian rupa yang akan menghasilkan kombinasi terbaik. Kombinasi ini menghasilkan pengurangan berbagai biaya dan waktu, dengan kata lain sumber daya tersebut digunakan lebih efektif dan efisien.

- b. Meningkatkan Efisiensi Faktor-faktor Produksi.

Manajemen tidak hanya untuk efisiensi upaya dan sumber daya, tetapi juga untuk efisiensi berbagai faktor produksi yang tepat. Efisiensi dapat ditingkatkan dengan mengurangi pembusukan, pemborosan, dan semua jenis kerusakan, yang pada gilirannya mengarah pada penghematan waktu, usaha serta uang. Hal itu tentu penting untuk pertumbuhan dan kemakmuran organisasi atau perusahaan. Setiap organisasi memiliki faktor-faktor produksi yang berbeda, tetapi secara umum faktor-faktor produksi yaitu tanah, modal, sumber daya manusia, dan sumber daya alam. Manajemen harus bisa memberikan efisiensi terhadap faktor-faktor produksi.

- c. Kesejahteraan Maksimum untuk Pimpinan maupun Karyawan.

Manajemen memiliki tujuan untuk memastikan kelancaran dan koordinasi fungsi organisasi atau perusahaan. Hal ini untuk membantu dalam memberikan manfaat maksimal kepada karyawan. Manfaat tersebut dalam bentuk kondisi kerja yang baik, sistem upah yang sesuai, rencana insentif di satu sisi dan keuntungan yang lebih tinggi bagi pimpinan di sisi lain.

d. Perbaikan Manusia dan Keadilan Sosial.

Adanya manajemen berfungsi sebagai alat peningkatan serta perbaikan masyarakat. Melalui peningkatan produktivitas dan pekerjaan, manajemen memastikan standar kehidupan yang lebih baik, jika manajemen berjalan dengan baik, tujuan utamanya untuk perbaikan manusia dan keadilan sosial bisa tercapai.

1.9 Ruang Lingkup Manajemen

Manajemen mempunyai ruang lingkup yang sangat luas karena berkaitan dengan banyak hal dan multidisiplin ilmu. Menurut Daft (2012) ruang lingkup manajemen dapat dilihat dari sudut pandang lingkungan, yakni: 1) lingkungan luar (eksternal) yang terbagi dalam umum dan khusus (tugas); dan 2) lingkungan dalam (internal). Lingkungan luar umum terdiri atas dimensi: ekonomi (*economic*), hukum-politik (*legal-political*), sosio-kultural (*sociocultural*), teknologi (*technology*), dan internasional (*international*). Sedangkan lingkungan luar khusus (tugas) terdiri atas: pemilik (*stakeholder*), pelanggan (*customer*), pemasok (*supplier*), pesaing (*competitor*), dan badan pemerintah, lembaga keuangan, serikat pekerja.

Sementara ditinjau dari lingkungan dalam (internal), ruang lingkup manajemen terdiri atas: manusia atau pekerja (*specialized* dan *managerial personal*), finansial (sumber, alokasi, dan kontrol dana), fasilitas fisik, teknologi, sistem nilai dan budaya organisasi atau perusahaan.

Selain itu, unsur manajemen adalah sebagai berikut (Sianturi, 2012):

- a. *Man* (orang) adalah faktor utama melakukan kegiatan aktivitas.
- b. *Material* adalah bahan yang dikelola untuk menunjang manajerial mencapai tujuan.
- c. *Machine* adalah cara mengelola bahan penunjang material.
- d. *Metode* adalah menyatakan pada cara yang harus ditempuh untuk melaksanakan proses agar tujuan tercapai.
- e. *Market* (Pasar/produk) adalah tempa hasil tersebut akan dipasarkan atau dikonsumsi (Konsumen).

1.10 Proses Manajemen

Menurut Rosmerry E. Cross, proses manajemen adalah sebagai berikut (Sianturi, 2012):

- a. *Forecasting, planning, and development* (ramalan, perencanaan, dan pengembangan).
- b. *Managing human resource* (manajemen sumber daya manusia).
- c. *Policy making* (penetapan kebijaksanaan).
- d. *Organizing* (pengorganisasian).
- e. *Communicating* (komunikasi).
- f. *Motivating* (motivasi).
- g. *Coordinating* (koordinasi).
- h. *Controlling* (pengendalian).
- i. *Information handling* (pengaturan informasi).
- j. *Problem solving and decision making* (pemecahan masalah dan pengambilan keputusan).

1.11 Hubungan Administrasi dan Manajemen

Hubungan administrasi dan manajemen sehingga semua dapat berjalan dengan baik. Administrasi lebih luas dari pada manajemen karena manajemen sebagai salah satu unsur dan merupakan inti dari administrasi sebagai pelaksana yang bersifat operasional melainkan mengatur tindakan-tindakan

pelaksanaan oleh sekelompok orang yang disebut "bawahan" jadi dengan manajemen administrasi akan mencapai tujuannya. Dan dapat disimpulkan pula bahwa kegiatan manajemen juga merupakan unsur dari administrasi, bukan merupakan faktor terjadinya administrasi.

Pendapat yang menyatakan bahwa administrasi sama dengan manajemen. Seperti pendapat yang dikemukakan oleh PBB bahwa kedua istilah itu dipakai secara sinonim, di mana administrasi banyak dipergunakan di bidang administrasi Negara, sedangkan manajemen banyak dipergunakan di bidang administrasi Niaga (swasta) dan Administrasi Niaga. Dalam penerapan administrasi dan manajemen tidak dapat dipisahkan hanya kegiatannya yang dapat dibedakan. Pendapat yang menyatakan bahwa administrasi sama dengan manajemen.

Administrasi dan manajemen memiliki kaitan yang menarik. Dilihat dari definisi administrasi sebagai suatu proses dan badan yang bertanggung jawab terhadap penentuan tujuan yang akan dicapai, didalamnya terdapat organisasi dan manajemen. Organisasi merupakan unsur statis dari administrasi sedangkan manajemen merupakan unsur dinamisnya yang merupakan suatu rangkaian proses untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (Darmawan & Sjaaf, 2019).

Untuk itu, dalam penerapan administrasi dan manajemen, keduanya tidak dapat dipisahkan hanya kegiatannya yang dapat dibedakan. Administrasi bersifat konsep menentukan tujuan dan kebijaksanaan umum secara menyeluruh sedangkan manajemen sebagai subkonsep yang bertugas melaksanakan semua kegiatan untuk mencapai tujuan dan kebijaksanaan yang sudah tertentu pada tingkat administrasi.

Administrasi lebih luas dari pada manajemen karena manajemen sebagai salah satu unsur dan merupakan inti dari administrasi sebagai pelaksana yang bersifat operasional melainkan mengatur tindakan-tindakan pelaksanaan oleh sekelompok orang yang disebut bawahan jadi dengan manajemen administrasi akan mencapai tujuannya. Siagian

(1981) mengemukakan " kepemimpinan merupakan motor penggerak dari semua sumber-sumber dan alat-alat (*resources*) yang mendisahkan sebuah buah-buahan yang dikulitnya diumpamakan dengan administrasi, dagingnya diumpamakan dengan manajemen dan bijinya adalah kepemimpinan maksudnya sama halnya dengan manajemen maka yang pertama-tama disoroti adalah kulitnya bagian luar "administrasi" kemudian intinya yaitu manajemen selanjutnya bertemu dengan inti dari manajemen disebut dengan kepemimpinan (*leadership*) maka baik tidaknya buah itu nantinya sangat bergantung pada kualitas bijinya, kaitannya dengan manajemen baik tidaknya manajemen bergantung pada baik tidaknya kepemimpinan.

1.12 Penutup

Administrasi dan manajemen merupakan bagian yang tidak terpisahkan. Administrasi adalah seluruh kegiatan, mulai dari pengaturan hingga pengurusan segala halnya, yang dilakukan untuk mencapai tujuan bersama. Administrasi tidak bisa dilakukan oleh satu orang saja, karena membutuhkan kerja sama antar dua orang atau lebih. Manajemen adalah sebuah proses yang dilakukan untuk mewujudkan tujuan organisasi melalui rangkaian kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian orang-orang serta sumber daya organisasi lainnya. Administrasi lebih luas dari pada manajemen karena manajemen sebagai salah satu unsur dan merupakan inti dari administrasi sebagai pelaksana yang bersifat operasional melainkan mengatur tindakan-tindakan pelaksanaan oleh sekelompok orang yang disebut bawahan jadi dengan manajemen administrasi akan mencapai tujuannya. Manajemen akan memudahkan kita untuk menyajikan kerangka kerja untuk jangka pendek maupun jangka panjang sehingga target pun akan lebih mudah untuk ditentukan. Mendorong tumbuhnya sikap profesional dalam diri setiap anggota organisasi yang diberikan kepercayaan untuk melaksanakan tugas. Kesimpulannya administrasi adalah penyelenggaranya

dan manajemen adalah orang yang menyelenggarakan kerja. Maka kombinasi dari keduanya adalah penyelenggaraan kerja yang dilakukan oleh orang-orang secara bersama-sama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Daftar Pustaka

- Kacaribu, Alemina Henuk. 2020. *Pengantar Ilmu Administrasi*.
Jogyakarta : Andi.
- Azwar. Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*,
Tangerang: Binarupa Aksara Publisher.
- Muninjaya, A.A.Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Jakarta
: EGC
- Darmawan, E.S., Sjaaf. A.C. 2019. *Administrasi Kesehatan
Masyarakat Teori dan Praktik*. Depok: Rajawali
- Achmadi, U. F. 2014. *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*.
Jakarta: Rajawali Pers
- Sianturi, Efendi. 2012. *Organisasi & Manajemen Pelayanan
Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Ryadi, A. L. S,. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta:
Andi

Bab 2

PELAYANAN PUBLIK

Oleh Rahmawati

2.1 Pendahuluan

Pelayanan publik menjadi tanggungjawab pemerintah dan dijalankan pemerintah, baik instansi pemerintah daerah, pemerintah pusat maupun Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dalam memberikan kualitas layanan kepada masyarakat. Pelayanan publik menjadi dasar yang strategis dalam mewujudkan layanan prima menuju *good governance*. Bentuk pelayanan yang difasilitasi oleh pemberi pelayanan dapat berupa barang/produk maupun jasa. Hal ini sangat tergantung dari fasilitas yang disediakan atau bentuk layanan yang ditawarkan.

Pelayanan yang berorientasikan kepada pelayanan publik sangat membutuhkan ketrampilan dalam mewujudkan kepercayaan pemberi pelayanan kepada pihak penerima pelayanan dengan berkualitas tanpa mengesampingkan ketentuan-ketentuan hukum yang berlaku di Indonesia. Kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan dapat diwujudkan dengan sikap terampil, cakap, adil, serta bijaksana dalam memberikan keputusan yang harus difasilitasi oleh pemberi pelayanan.

Masyarakat setiap saat mengharapkan pelayanan publik dapat diberikan secara memuaskan dan berkualitas meskipun tuntutan itu sampai sekarang belum tercapai dengan sepenuhnya. Pemerintah untuk menghadapi masyarakat yang kritis menuntut pemberi pelayanan publik mampu memberikan

pelayanan yang prima. Hal ini dapat terwujud dengan pelayanan yang mengedepankan kepentingan nasional, berakuntabilitas, mengedepankan standar etik publik dan mampu menciptakan inovasi demi peningkatan mutu pelayanan yang diberikan.

2.2 Pengertian Pelayanan Publik

Pelayanan publik secara terminologi berasal dari kata “*service*” dari bahasa Inggris sedangkan “*Public*” berasal dari bahasa Yunani dan Inggris. DeVrye (1994) menyebutkan dua makna yang terkandung didalam kata *service*, pertama mengandung makna sebagai unsur ikut dan tunduk. Kedua mempunyai makna sebagai unsur kemanfaatan dan kegunaan.

American Marketing Association (AMA), seperti dikutip oleh Conwell (1988) yaitu pelayanan disebutkan sebagai bentuk kegiatan dan manfaat yang diberikan oleh satu orang kepada oranglain dengan hakikatnya menghasilkan sesuatu kepemilikan/tidak berwujud atau hasilnya tidak dikaitkan dengan suatu produk.

Berdasarkan uraian makna dari pelayanan diatas menggambarkan bahwa pelayanan adalah suatu bentuk yang tidak dapat dilihat, didengar dirasa, dicium, dan diraba sebelum pelayanan diteriam oleh pengguna. Oleh demikian penyampaian pelayan kepada penerima layanan sangat membutuhkan desain yang berbeda dengan benda atau barang.

Di sisi yang berbeda, terminologi kata publikjuga mempunyai makna yang bervariasi. “*Public*” bermakna sekelompok masyarakat. Pendapat yang sama yang dikemukakan oleh Frederickson bahwa *public* mempunyai makna sebagai suatu kelompok masyarakat-polis dimana semua masyarakatnya berpartisipasi di dalamnya (Mulyadi, T. Gedeono, dan Nur Afandi, 2018).

Kamus Bahasa Indonesia menyebutkan pelayanan mengandung makna yaitu suatu cara, hal, atau output dari pekerjaan melayani. Dimana kata melayani mempunyai makna sebagai bentuk memfasilitasi kebutuhan orang, menerima,

mengiyakan atau menggunakan (Badudu & Sutan, 2001). Oleh karena itu pelayanan publik dimaknai sebagai bentuk kegiatan yang bermanfaat dalam suatu kesatuan/kumpulan yang menawarkan dan memberikan nilai hasilnya meskipun tidak terikat pada sesuatu baik secara fisik atau barang (Poltak Sinambela, dkk. 2016).

Undang-Undang (UU) nomor 25 Tahun 2009 menyebutkan bahwa pelayanan publik merupakan serangkaian kegiatan untuk mewujudkan kebutuhan pelayanan terstandar dan sesuai dengan peraturan perundangan bagi setiap penduduk dan warga negara atas jasa, barang, dan pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara. Pendapat lain oleh Departemen Dalam Negeri mengungkapkan bahwa pelayanan publik merupakan suatu proses bantuan yang diberikan kepada orang lain dengan prosedur tertentu yang menuntut hubungan interpersonal untuk mewujudkan kepuasan serta kesuksesan (LAN, 2017)

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 tahun 2003, menyatakan pengertian pelayan publik yaitu segala bentuk melayani yang dihasilkan oleh instansi pemerintah daerah, pusat dan lingkungan BUMN atau jasa dalam rangka mengupayakan terpenuhinya dan terlaksanakannya pelayanan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan untuk mewujudkan sesuai kebutuhan masyarakat.

Dengan demikian, pelayanan publik yaitu suatu bentuk kegiatan untuk mewujudkan kebutuhan dan keinginan masyarakat oleh penyelenggara pelayanan publik/negara agar dapat mewujudkan peningkatan kesejahteraan masyarakat dalam memenuhi kebutuhannya sesuai dengan tata cara dan aturan pokok yang ditentukan. Yang mana, pelayanan publik memiliki tiga unsur penting didalamnya, yaitu unsur organisasi penyelenggara, unsur penerima pelayanan (konsumen/pelanggan) baik itu secara individu (orang), sekelompok masyarakat dan organisasi yang mempunyai kepentingan serta unsur kepuasan yang diberikan oleh penerima pelayanan atau diterima oleh penerima pelayanan.

2.3 Klasifikasi Pelayanan Publik

Pelayanan publik dapat diklasifikasi dalam dua kategori, diantaranya pelayanan kebutuhan dasar (kesehatan, pendidikan dan kebutuhan pokok) dan pelayanan umum (pelayanan administrasi, pelayanan barang dan pelayanan jasa), dapat dijelaskan sebagai berikut (Mahmudi, 2005 dalam Hardiansyah)

1. Pelayanan Dasar

Pelayanan dasar merupakan pelayanan akan kebutuhan dasar yang difasilitasi untuk masyarakat oleh pemerintah seperti pelayanan kesehatan, pendidikan tingkat dasar, dan pemenuhan kebutuhan pokok untuk masyarakat.

2. Pelayanan Umum

Selain pelayanan dasar, pemerintah sebagai instansi yang mempunyai kewenangan memberikan pelayanan publik, pemerintah juga harus memfasilitasi pelayanan umum untuk masyarakat atau yang menerima pelayanan publik. Pelayanan publik umum terdiri dari pelayanan administrasi, pelayanan barang dan pelayanan jasa, yang akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Pelayanan administrasi

Pelayanan administrasi merupakan pelayanan yang difasilitasi dalam bentuk penyediaan berbagai bentuk dokumen secara administrasi yang dibutuhkan oleh publik, misalnya: pembuatan akte kelahiran, akte tanah, Kartu Tanda Pengenal (KTP), Kartu Keluarga (KK), paspor, kartulayanan kesehatan, dan lain-lain.

b. Pelayanan barang

Pelayanan barang yaitu pelayanan yang memberikan, menghasilkan berbagai bentuk dan jenis barang sebagai kebutuhan masyarakat, misalnya fasilitas internet, penyediaan tenaga listrik, air bersih dan lain-lain

c. Pelayanan jasa

Pelayanan jasa merupakan pelayanan yang diberikan dan dihasilkan dalam bentuk jasa untuk kebutuhan publik, misalnya pendidikan tinggi dan menengah,

penyelenggaraan transportasi, pemeliharaan kesehatan, jasa pelayanan sosial, penanggulangan bencana, serta lain-lainnya.

Dilihat dari bentuk produk layanan yang diberikan oleh pemerintah daerah, pelayanan publik dapat dikalsifikasikan menjadi empat jenis (Mulyadi, dkk., 2018), yaitu:

1. Pelayanan administratif, adalah pelayanan akan bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh publik/masyarakat.
2. Pelayan barang, yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk layanan dalam bentuk barang/produk yang dibutuhkan oleh masyarakat.
3. Pelayanan jasa, yaitu pelayanan yang menghasilkan dan menawarkan layanan dalam bentuk jasa yang dibutuhkan oleh publik.
4. Pelayanan regulatif, adalah pelayanan yang diberikan dalam bentuk peraturan-peraturan/hukum, seperti penegakkan hukum dan kebijakan publik yang mengatur kehidupan masyarakat.

2.4 Asas-Asas Pelayanan Publik

Sebagai upaya mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas dan bermakna bagi pengguna jasa, pelayanan publik membutuhkan asas-asas dalam menjalankannya. Penyelenggaraan pelayanan publik harus mengacu pada beberapa asas. Menurut pasal 4 Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik, ada beberapa asas yang dapat dijadikan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan publik, diantaranya:

1. Kepentingan umum, yaitu pelayanan publik yang dilaksanakan untuk digunakan, ditunjukkan, dan dimanfaatkan untuk memenuhi kepentingan umum
2. Kepastian hukum, artinya pelayanan harus memiliki serta mengikuti aturan atau ketentuan hukum dalam penyelenggaraan pelayanan publik
3. Kesamaan hak, artinya tidak memandang siapapun dalam menerima pelayanan publik, semua memiliki kesamaan hak

dalam penerimaan layanan tanpa ada perbedaan sesuai dengan kebutuhan masing-masing

4. Keseimbangan hak dan kewajiban, artinya setiap individu yang berkaitan dengan pelayanan publik memiliki hak dan kewajiban yang sama
5. Profesional, maknanya dalam memberikan pelayanan publik setiap individu harus bersikap profesional
6. Partisipatif, artinya pihak yang terlibat dalam pelayanan publik harus partisipatif/aktif/ikut serta
7. Tidak diskriminatif, maknanya semua masyarakat tanpa kecuali harus mendapat perlakuan yang sama tanpa membedakan satu sama lain (tidak diskriminatif)
8. Keterbukaan, artinya setiap yang terlibat dalam pelayanan publik harus terbuka, contohnya dalam pemberian/penyampaian informasi
9. Akuntabilitas, artinya pihak yang berkaitan dengan pelayanan publik harus bertanggung jawab terhadap layanan yang diberikan
10. Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan, maksudnya setiap kelompok rentan yang membutuhkan pelayanan publik harus dapat memberikan fasilitas dan perlakuan secara khusus
11. Ketepatan waktu, artinya pelayanan dan tugas harus mengutamakan ketepatan waktu/disiplin dalam memberikan pelayanan
12. Cepat, mudah, dan terjangkau, artinya pelayanan publik harus diberikan/dilaksanakan dengan cepat, mudah tanpa berbelit-belit, dan terjangkau untuk semua masyarakat serta aksesnya mudah.

Dalam referensi yang lain, menurut Menpan Nomor 63/2003 menyebutkan beberapa asas-asas pelayanan publik yang harus diperhatikan dalam memberikan pelayanan, yaitu: transparansi (keterbukaan, kemudahan untuk dapat diakses bagi pihak yang membutuhkan), Akuntabilitas (dapat dipertanggungjawabkan), Kondisional (selalu berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas dalam memberi dan menerima layanan), Partisipatif (mendorong peran serta dari masyarakat

dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan kebutuhan, akses, dan harapan/keinginan masyarakat), kesamaan hak (memandang dengan pandangan sama tanpa membedakan suku, ras, golongan, agama dan status ekonomi), serta keseimbangan (setiap pihak pemberi pelayanan dan penerima pelayanan harus memenuhi hak dan kewajiban pelayanan masing-masing).

2.5 Prinsip-Prinsip Pelayanan Publik

Prinsip-prinsip pelayanan publik telah diatur dalam keputusan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, diantaranya terdapat sepuluh prinsip pelayanan umum yang harus dilaksanakan, yaitu:

1. Kesederhanaan, artinya prosedur pelayanan publik mudah dipahami (tidak berbelit-belit) serta mudah untuk dilaksanakan
2. Kejelasan, artinya semua unsur dalam pelayanan publik harus memiliki kejelasan yang pasti seperti diantaranya kejelasan teknis dan administrasinya, kejelasan yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan serta kejelasan unit kerja, dan juga jelas dalam rincian biaya pelayanan publik serta tata cara pembayaran terhadap pelayanan publik yang diterima.
3. Kepastian waktu, artinya pelayanan publik dapat diselesaikan sesuai waktu yang telah ditentukan dan disepakati
4. Akurasi, artinya produk yang diterima dari pelayanan publik dengan tepat, benar, dan sah
5. Keamanan, artinya proses dan produk pelayanan publik memberikan keamanan dan kepastian secara hukum
6. Tanggungjawab, pihak yang memberikan pelayanan publik mampu bertanggung jawab terhadap pelayanan publik yang diselenggarakan

7. Kelengkapan, sarana dan prasarana serta peralatan kerja yang lain memadai
8. Kemudahan akses, tempat dan fasilitas pelayanan publik dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat
9. Kedisiplinan, keramahan dan kesopanan artinya pihak penyedia pelayanan publik harus beriskap disiplin, sopan dan ramah
10. Kenyamanan, artinya lingkungan pelayanan publik harus mampu memberikan kenyamanan kepada masyarakat yang mengakses pelayanan publik, misalnya tersedianya tempat ibadah, parkir, toilet dan lain-lainya.

Menurut berbagai pakar administrasi publik menyebutkan untuk mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik yang berkualitas, ada beberapa prinsip yang perlu diikuti. Sebagai landasan fundamental ada beberapa prinsip pelayanan publik yang harus dilaksanakan (LAN, 2017), diantaranya:

1. Partisipatif
Untuk mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas perlu mengikut sertakan masyarakat dalam merencanakan, melaksanakan serta melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan publik
2. Transparan
Penyelenggaraan pelayanan publik harus menyediakan akses bagi penerima pelayanan untuk mengetahui segala hal yang berhubungan dengan pelayanan publik yang diselenggarakan, misalnya: biaya, prosedur, dan hal-hal yg lain
3. Responsif
Pihak penyelenggaraan pelayanan publik hendak memiliki sikap yang cepat tanggap terhadap keluhan dan kebutuhan penerima pelayanan yang dibutuhkan, baik terkait dengan mekanisme, jam pelayanan, prosedur maupun biaya serta siap mendengar keinginan dan aspirasimasyarakat sebagai penerima pelayanan publik
4. Tidak diskriminatif

Tidak membedakan dari setiap penerima pelayanan, baik dari sisi agama, finansial, ras, suku maupun hal yang lain

5. Mudah dan murah

Pihak penyelenggaraan pelayanan publik mesti memperhatikan akan kemudahan dalam mengakses pelayanan tersebut dan mempertimbangkan biaya yang terjangkau oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan publik secara merata

6. Efektif dan efisien

Penyelenggaraan pelayanan publik harus dapat mewujudkan tujuan yang hendak dicapai dengan standar prosedur sederhana, pemberi pelayanan yang dibutuhkan dengan minimal dan dengan biaya yang relatif murah

7. Aksesibel

Pelaksanaan pelayanan publik harus mudah diakses oleh masyarakat dalam arti mudah dijangkau, mudah dilihat, gampang ditemukan dan secara biaya juga terjangkau oleh masyarakat

8. Akuntabel

Pelayanan publik yang diberikan kepada penerima pelayanan diharapkan dapat dipertanggungjawabkan dengan cara terbuka kepada publik secara luas, baik melalui media massa dalam bentuk media cetak maupun media online atau elektronik

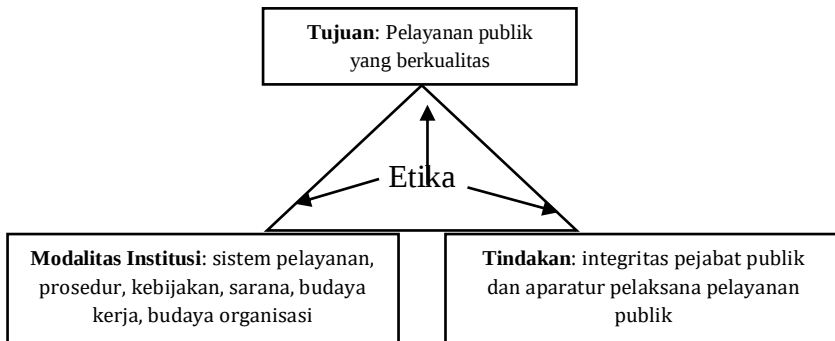
9. Berkeadilan

Pelayanan publik yang diselenggarakan oleh pemerintah mempunyai tujuan dan mampu mewujudkan tujuan tersebut untuk melindungi masyarakat dari praktik pelayanan buruk yang dilaksanakan oleh warga negara asing/lain, serta mampu menjaga dan memberikan pelayanan yang khusus bagi masyarakat yang tergolong dalam kelompok dengan kebutuhan khusus.

2.6 Etika Pelayanan Publik

Etika pelayanan publik yang dikemukakan oleh Yeremis T. Keban dalam Nyorang (2021), menyebutkan bahwa etika pelayanan publik merupakan suatu bentuk pelaksanaan pelayanan publik didasarkan atas serangkaian tuntutan kode etik atau perilaku yang mengatur tentang hal-hal yang sesuai yang harus dilakukan atau yang harus dihindari dalam memberikan pelayanan publik kepada masyarakat. Etika pelayanan publik dilandaskan berdasarkan asas-asas pelayanan publik, yaitu berdasarkan asas transparansi, akuntabilitas untuk mewujudkan kepentingan masyarakat (Hasan Basri & Trio Asmoro, 2019).

Bernhard Sutor dalam bukunya yang berjudul *Kliene Politische Ethik*, menyebutkan bahwa etika publik memiliki tiga dimensi, yaitu dimensi tujuan, dimensi kelembagaan (modalitas institusi), dan dimensi tindakan (aksi). Ketiga dimensi ini difigurasi dalam sebuah betuk segitiga sama kaki, dimana sudut puncak menggambarkan dari tujuan pelayanan publik (pelayanan publik yang berkualitas), sedangkan sudut kaki segitiga melukiskan dari tindakan yang berkaitan dengan substansi modalitas institusi (sistem pelayanan, prosedur, kebijakan, sarana, budaya kerja, budaya organisasi) dan berkaitan dengan tindakan/aksi (integritas pejabat publik dan aparatur pelaksana pelayanan publik). Pemahaman sederhana ini dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini:



Gambar 2.6 Etika Pelayanan Publik
(sumber: adaptasi dari Haryatmoko, 2015)

2.7 Standar Pelayanan Publik

Sebagai jaminan bahwa pelayanan publik memiliki kepastian bagi penerima pelayanan harus memiliki standar dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Mekanisme No. 63 Tahun 2003 mengemukakan bahwa memiliki standar pelayanannya, sekurang-kurangnya enam standar berikut (Mahmudi, 2010):

1. Prosedur pelayanan
Adanya satu standar baku dalam penyelenggaraan pelayanan publik baik bagi pemberi dan penerima pelayanan
2. Waktu penyelesaian
Adanya kesesuaian waktu yang telah ditetapkan pada saat pengajuan permohonan pelayanan sampai dengan selesai, termasuk bila ada pengaduan dari pihak penerima yang mengajukannya
3. Biaya pelayanan
Rincian biaya atau harga yang ditetapkan sesuai dengan standar ketentuan dalam proses pelaksanaan pelayanan

4. Sarana dan prasarana
Menyediakan sarana dan prasarana yang memadai untuk pelaksanaan pelayanan publik sehingga dapat dengan mudah di akses dan memuaskan
5. Kompetensi petugas pemberi pelayanan
Petugas pemberi pelayanan publik ditempatkan sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya baik dari sisi tingkat pengetahuan, skill, perilaku, sikap, dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas.

2.8 Kesimpulan

Undang-Undang (UU) nomor 25 Tahun 2009 menyebutkan bahwa pelayanan publik merupakan serangkaian kegiatan untuk mewujudkan kebutuhan pelayanan terstandar dan sesuai dengan peraturan perundangan bagi setiap penduduk dan warga negara atas jasa, barang, dan pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara. Pendapat lain oleh Departemen Dalam Negeri mengungkapkan bahwa pelayanan publik merupakan suatu proses bantuan yang diberikan kepada orang lain dengan prosedur tertentu yang menuntut hubungan interpersonal untuk mewujudkan kepuasan serta kesuksesan (LAN, 2017).

Pelayanan publik memiliki tiga unsur penting didalamnya, yaitu unsur organisasi penyelenggaraan, unsur penerima layanan (konsumen/pelanggan) baik itu secara individu (orang), masyarakat atau organisasi yang berkepentingan dan unsur kepuasan yang diberikan atau diterima oleh penerima layanan/pelanggan.

Pelayanan publik yang berkualitas (*prima*) untuk mewujudkannya diperlukan komitmen pihak pemberi layanan untuk menyelenggarakan pelayanan publik sesuai dengan ketentuan undang-undangan yang berlaku dan serta menjelaskan prinsip, etik dan standar pelayanan publik dalam penyelenggaraan pelayanan menuju pelayanan yang berkualitas/*prima* untuk mencapai *good governance*.

Daftar Pustaka

- DeVrye, Catherine, *Good Service is Good Business, 7 Simple Strategis for Succes*, Competitive Edge Management Series, AIM. 1994: 8
- Haryatmoko. 2007. *Etika Komunikasi*. Yogyakarta: Kanisius
- _____. 2015. *Etika Publik untuk Integritas Pejabat Publik dan Politisi*. Jakarta: Gramedia
- Hasan Basri, Mashur & Trio Asmoro, Bramantyo. 2019. Etika Pelayanan Publik di Indonesia. *journal of Governance Innovation*. vol 1. No 1. Maret 2019. hal. 2657-1714
- Hendriansyah. 2008. *Kualitas Pelayanan Publik (edisi revisi)*, Yogyakarta: Gava Media, hlm, 26-32
- J.S. Badudu, Sutan Mohammad Zain. 2001. *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan. hlm. 781-782
- LAN. 2017. *Modul Pelatihan Dasar Calon PNS: Pelayana Publik*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara. hlm. 7-73
- Mahmudi, M. 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: Akademi Manajemen Perusahaan YKPN
- _____. 2010. *manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN
- Mulyadi, Dedy., T. Gedeona, Hendrikus., Nur Afandi, Muhammad. 2018. *Administrasi Untuk Pelayanan Publik*. Bandung: Alfabeta, hlm. 37
- Poltak Sinambela, Lijan., Rochadi, Sigit., Ghazali, Rusman., Muksin, Akhmad., Setiabudi, Didit., Bima, & Djohan., Syaifuddin. 2016. *Reformasi Pelayanan Publik*, Jakarta: Bumi Aksara, hal 5
- Solechan, 2019. "Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik dalam Pelayanan Publik". *Administrative Law & Governance Journal*, vol. 2, no. 3, hlm. 541-557.
- Riadi, Muchlisin. 2019. Asas, Prinsip, Standar, dan Jenis Pelayanan Publik. <https://www.kajianpustaka.com/2019/10/asas-prinsip-standar-dan-jenis-pelayanan-publik.html>

Kompas. 2021.Diakses di <https://www.kompas.com/skola/read/2021/07/15/151008069/pelayanan-publik-pengertian-dan-asas-asasnya>

Bab 3

KEBIJAKAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Oleh M. Nur Dewi Kartasari

3.1 Pendahuluan

Kebijakan merupakan suatu tindakan sistematis yang mengarah pada pencapaian tujuan sebagai dasar bertindak yang biasanya berhubungan dengan kepentingan pemerintah/publik. Proses penyusunan kebijakan melalui enam tahapan meliputi perumusan masalah kebijakan Negara; penyusunan agenda pemerintah; perumusan usulan kebijakan Negara; pengesahan kebijakan; pelaksanaan kebijakan; dan evaluasi (Wahab and Sholichin, 2005).

Kebijakan kesehatan merupakan suatu tindakan untuk mempengaruhi seperangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan, dan pengaturan keuangan yang termasuk bagian dari sistem kesehatan. Kebijakan dalam bidang kesehatan meliputi kebijakan publik dan swasta yang memiliki tujuan untuk merancang program-program di tingkat pusat maupun lokal sehingga memberikan perubahan pada determinan - determinan kesehatan (Davies, 2001). Dalam mengkaji kebijakan kesehatan harus mempertimbangkan rencana dan tindakan dari organisasi di luar sistem kesehatan yang berpengaruh pada kesehatan, karena kesehatan itu dipengaruhi oleh banyak faktor baik dalam maupun luar sistem kesehatan (Halwatiah, 2000).

3.2 Definisi

Kebijakan kesehatan yaitu aplikasi dari kebijakan publik yang memiliki panduan dan menetapkan tujuan terkait upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan nasional bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di sebuah negara (Ayuningtyas, 2014). Kebijakan kesehatan mencakup segala tindakan pengambilan keputusan yang berdampak pada sistem kesehatan yang dilakukan oleh aktor institusi pemerintah, organisasi, lembaga swadaya masyarakat, swasta dan yang lain (Buse, May and Walt, 2005).

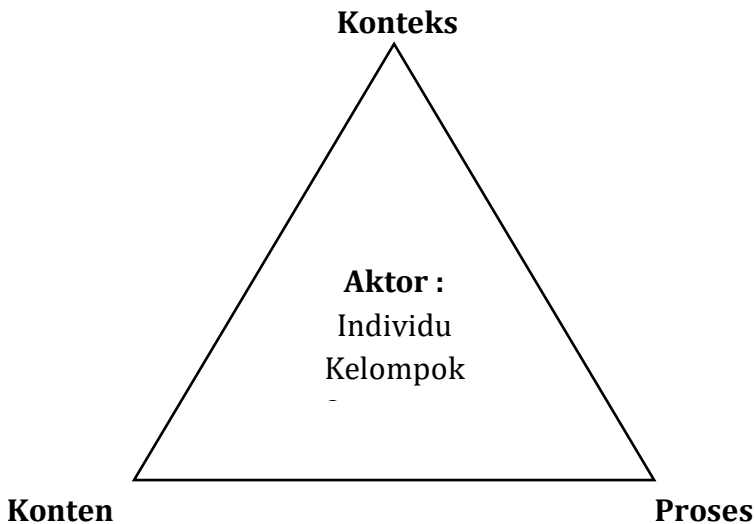
Kebijakan kesehatan meliputi adalah keputusan, rencana dan tindakan yang dilakukan dalam mencapai tujuan kesehatan di masyarakat¹. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat karena ciri khusus pada sektor kesehatan yang sangat kompleks dan berhubungan dengan hajat hidup dan kepentingan masyarakat serta kondisi sakit yang tidak menentu (Ayuningtyas, 2014).

3.3 Komponen kebijakan

Komponen kebijakan yang dikemukakan oleh para ahli terdapat 4 yaitu konten, process, konteks, dan aktor (Buse, May and Walt, 2005).

1. Konten kebijakan dikaitkan dengan faktor teknis dan institusi, misalnya penyakit malaria, diare, typus dan promosi kesehatan merupakan faktor teknis. Contoh faktor institusi yaitu organisasi pemerintah maupun swasta. Dalam komponen konten, terdapat empat tingkat pelaksanaan kebijakan, antara lain :
 - a. Sistematis dan menyeluruh sesuai dasar penetapan tujuan dan prinsip.
 - b. Programatik yaitu pedoman pelaksanaan layanan kesehatan yang menjelaskan prioritas dalam intervensi.
 - c. Organisasi yang terpusat pada struktur institusi yang memiliki tanggung jawab untuk menerapkan kebijakan.

- d. Instrumen yang ditujukan untuk memperoleh informasi yang dapat meningkatkan fungsi sistem kesehatan.
- 2. Proses kebijakan merupakan agenda rutin dalam proses merancang dan menerapkan kebijakan. Proses kebijakan mempunyai ciri-ciri yang tergantung dari beberapa model, yaitu :
 - a. Model perspektif : semua pendapat yang menghasilkan kebijakan yang rasional sesuai data yang valid.
 - b. Model incrementalist : penyusunan kebijakan secara perlahan dan bermitra dengan kelompok-kelompok yang mempunyai minat untuk memilih prioritas kebijakan.
 - c. Model rasional : penentu kebijakan melakukan review secara keseluruhan dan melakukan negosiasi dengan kelompok-kelompok yang mengutamakan model kebijakan.
 - d. Model punctuated equilibria : kebijakan yang dipusatkan pada isu utama dari penentu kebijakan.
- (Massie, 2009).
- 3. Konteks kebijakan merupakan lingkungan dimana kebijakan dibuat dan diterapkan meliputi aspek politik, ekonomi, sosial dan budaya yang dapat mempengaruhi bentuk dari proses kebijakan. Selain itu, konteks kebijakan juga dapat berupa peranan yang dominan pemerintah pusat, dukungan birokrasi dan pengaruh aktor internasional yang berperan.
- 4. Aktor yaitu orang-orang yang berada dalam pusat kerangka kebijakan. Aktor-aktor ini merupakan bagian dari jaringan atau mitra yang akan mempengaruhi proses di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam menetapkan kebijakan.



Gambar 3.3 Segitiga faktor yang mempengaruhi kebijakan kesehatan (Kent Buse, dkk dalam (Yuningsih, 2014)).

3.4 Arah kebijakan dan strategi nasional

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2020-2024 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi masyarakat sehingga derajat kesehatan meningkat. Keadaan tersebut dapat terwujud jika masyarakat memiliki perilaku hidup dan lingkungan sehat; mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas, adil dan merata; serta adanya dukungan dari sistem kesehatan yang kuat dan tangguh. Untuk mencapai arah kebijakan nasional, dirumuskan strategi nasional antara lain meningkatkan kesehatan ibu, anak dan kesehatan reproduksi; Percepatan perbaikan gizi masyarakat untuk pencegahan dan penanggulangan permasalahan gizi ganda; Peningkatan pengendalian penyakit; Pembudayaan perilaku

hidup sehat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat; dan Penguatan sistem kesehatan (Kemenkes R.I, 2020b).

3.5 Kebijakan Dalam Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak Dan Kesehatan Reproduksi

Upaya pemerintah dalam meningkatkan kesehatan ibu, anak dan kesehatan reproduksi ditetapkan melalui kebijakan terkait yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 meliputi :

1. Peningkatan pelayanan maternal dan neonatal berkelanjutan di fasilitas pelayanan kesehatan publik dan swasta dengan mendorong seluruh persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menangani pelayanan emergensi komprehensif didukung jaminan pembiayaan, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan termasuk penguatan kemampuan deteksi dini faktor risiko dalam kehamilan; peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal, neonatal, persalinan, dan pasca persalinan; perbaikan sistem rujukan maternal yang didukung dengan peningkatan kapasitas sistem kesehatan dan penguatan regulasi; penyediaan sarana prasarana dan farmasi serta jaminan ketersediaan darah setiap saat, dan pencatatan kematian ibu di fasilitas pelayanan kesehatan terutama untuk penguatan tata laksana.

Ibu hamil yang diperiksa akan mendapatkan buku KIA secara gratis di puskesmas dimana didalam buku KIA terdapat stiker P4K yang harus diisi dan ditempelkan didepan rumah ibu hamil. Program persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) merupakan salah satu implementasi strategi dari kebijakan bidang maternal neonatal. P4K tersebut mencakup perencanaan persalinan oleh ibu hamil dan keluarga tentang tempat, penolong, biaya, pendamping, transportasi, persiapan kegawatdaruratan, serta pengambil keputusan dalam menghadapi persalinan.

2. Perluasan dan pengembangan imunisasi dasar lengkap, termasuk vaksin untuk pneumonia.
3. Peningkatan gizi remaja putri dan ibu hamil. Implementasi strategi yang dilakukan melalui pemberian tablet Fe pada remaja putri dan ibu hamil dengan anemia serta pemberian makanan tambahan pada ibu hamil dengan masalah KEK, dan lain-lain.
4. Peningkatan pengetahuan, pemahaman dan akses layanan kesehatan reproduksi remaja secara lintas sektor yang responsif gender melalui pendidikan teman sebaya, pendidikan kesehatan reproduksi yang dimasukkan dalam pendidikan formal sekolah menengah, karang taruna, dan lain-lain.

3.6 Kebijakan dalam percepatan perbaikan gizi masyarakat untuk mencegah dan menangani masalah gizi ganda

Strategi yang dilakukan pemerintah dalam mempercepat perbaikan gizi masyarakat untuk mencegah dan menangani masalah gizi ganda ditetapkan melalui kebijakan terkait yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 meliputi :

1. Penguatan komitmen, kampanye, pemantauan dan evaluasi upaya perbaikan gizi masyarakat.
2. Pengembangan sistem jaminan gizi dan tumbuh kembang anak dengan pemberian jaminan asupan gizi sejak dalam kandungan, perbaikan pola asuh keluarga, dan perbaikan fasilitas air bersih dan sanitasi lingkungan.
3. Percepatan penurunan stunting dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi.
4. Peningkatan intervensi yang bersifat *life saving* dengan didukung bukti (*evidence based policy*) termasuk fortifikasi pangan.

5. Penguatan advokasi dan komunikasi perubahan perilaku terutama mendorong pemenuhan gizi seimbang berbasis konsumsi pangan (*food based approach*).
6. Penguatan sistem surveilans gizi.
7. Peningkatan komitmen dan pendampingan bagi daerah dalam intervensi perbaikan gizi dengan strategi sesuai kondisi setempat.
8. Respon cepat perbaikan gizi dalam kondisi darurat.

3.7 Kebijakan Dalam Peningkatan Pengendalian Penyakit

Langkah-langkah strategis pemerintah dalam meningkatkan pengendalian terhadap penyakit ditetapkan melalui kebijakan terkait yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 meliputi :

1. Pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit termasuk perluasan cakupan deteksi dini, penguatan surveilans *real time*, pengendalian vektor, dan perluasan layanan berhenti merokok.
2. Penguatan *health security* terutama peningkatan kapasitas untuk pencegahan, deteksi, dan respons cepat terhadap ancaman penyakit termasuk penguatan *alert system* kejadian luar biasa dan karantina kesehatan.
3. Peningkatan cakupan penemuan kasus dan pengobatan serta penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera.
4. Pengendalian resistensi antimikroba.
5. Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit dan penguatan sanitasi total berbasis masyarakat.

3.8 Kebijakan dalam Menerapkan Budaya Perilaku Hidup Sehat Melalui GERMAS

Cara strategis yang dilakukan pemerintah dalam menerapkan budaya perilaku hidup sehat melalui GERMAS ditetapkan melalui kebijakan terkait yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 meliputi :

1. Pengembangan kawasan sehat antara lain kabupaten/kota sehat, pasar sehat, Upaya Kesehatan Sekolah (UKS) dan lingkungan kerja sehat.
2. Penyediaan lingkungan yang mendorong aktivitas fisik seperti penyediaan ruang terbuka publik, transportasi masal dan konektivitas antar moda, lingkungan sehat, dan penurunan polusi udara.
3. Regulasi yang mendorong pemerintah pusat dan daerah serta swasta untuk menerapkan pembangunan berwawasan kesehatan dan mendorong hidup sehat termasuk pengembangan standar dan pedoman untuk sektor non-kesehatan, peningkatan cukai hasil tembakau secara bertahap dengan mitigasi dampak bagi petani tembakau dan pekerja industri hasil tembakau, pelarangan total iklan dan promosi rokok, perbesaran pencantuman peringatan bergambar bahaya merokok, perluasan pengenaan cukai pada produk pangan yang berisiko tinggi terhadap kesehatan dan pengaturan produk makanan dengan kandungan gula, garam dan lemak.
4. Promosi perubahan perilaku hidup sehat yang inovatif dan pembudayaan olahraga, pemberdayaan masyarakat dan pergerakan masyarakat madani untuk hidup sehat.
5. Peningkatan penyediaan pilihan pangan sehat termasuk penerapan label pangan, perluasan akses terhadap buah dan sayur, dan perluasan gerakan memasyarakatkan makan ikan.

3.9 Kebijakan dalam penguatan sistem kesehatan

Langkah-langkah yang diambil pemerintah dalam penguatan sistem kesehatan ditetapkan melalui kebijakan terkait yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 (Kemenkes R.I, 2020b) tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 meliputi :

1. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang difokuskan pada:
 - a. Penguatan fungsi puskesmas dan jaringannya dalam upaya kesehatan masyarakat yang berkualitas dan didukung peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, serta pembiayaan.
 - b. Optimalisasi penguatan pelayanan kesehatan dasar melalui pendekatan keluarga.
 - c. Revitalisasi posyandu dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat lainnya.
 - d. Pengembangan kebijakan khusus untuk pelayanan kesehatan di daerah terpencil, sangat terpencil dan daerah dengan karakteristik geografis tertentu (kepulauan) termasuk sistem rujukan, pola pembiayaan, regulasi dan kelembagaan.
 - e. Pengembangan pelayanan kesehatan lanjut usia.
 - f. Penyempurnaan sistem akreditasi pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta.
 - g. Pemenuhan dan pemerataan penyediaan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang mengacu rencana induk penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - h. Inovasi dan pemanfaatan teknologi dalam pelayanan kesehatan meliputi perluasan sistem rujukan online termasuk integrasi fasilitas kesehatan swasta dalam sistem rujukan, perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan *telemedicine*, digitalisasi rekam medis dan rekam medis online.
 - i. Perluasan pelayanan kesehatan bergerak (*flying dan sailing health care*) dan gugus pulau.
 - j. Pengembangan dan peningkatan kualitas RS khusus.

- k. Penyediaan pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan kesehatan dan pengendalian bahan berbahaya dan beracun (B3).
2. Pemenuhan dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan yang dipusatkan pada:
- a. Afirmasi pemenuhan tenaga kesehatan strategis termasuk pengembangan paket pelayanan kesehatan (tenaga kesehatan, farmasi dan alat kesehatan).
 - b. Afirmasi pendidikan (beasiswa dan tugas belajar) tenaga kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan (DTPK) dan daerah kurang diminati.
 - c. Afirmasi pendayagunaan dan mekanisme redistribusi tenaga kesehatan yang ditempatkan di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - d. Pengembangan mekanisme kerjasama pemenuhan tenaga kesehatan melalui penugasan sementara dan kontrak pelayanan.
 - e. Perluasan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan fokus pada pelayanan kesehatan dasar.
 - f. Pengembangan tenaga kesehatan untuk penguatan fungsi pelayanan kesehatan dasar seperti promosi kesehatan dan perawat komunitas.
 - g. Penyesuaian program studi dan lembaga pendidikan bidang kesehatan dengan kebutuhan dan standar.
 - h. Pemenuhan tenaga kesehatan sesuai standar dan tenaga nonkesehatan termasuk tenaga sistem informasi dan administrasi keuangan untuk mendukung tata kelola di fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Pemenuhan dan peningkatan daya saing farmasi dan alat Kesehatan yang dipusatkan pada:
- a. Efisiensi penyediaan obat dan vaksin dengan mengutamakan kualitas produk.
 - b. Penguatan sistem logistik farmasi real time berbasis elektronik.
 - c. Peningkatan promosi dan pengawasan penggunaan obat rasional.

- d. Pengembangan obat, produk biologi, reagen, dan vaksin dalam negeri bersertifikat halal yang didukung oleh penelitian dan pengembangan *life sciences*.
- e. Pengembangan produksi dan sertifikasi alat kesehatan untuk mendorong kemandirian produksi dalam negeri.
- 4. Penguatan tata kelola, pembiayaan kesehatan dan penelitian Kesehatan yang dipusatkan pada:
 - a. Pengembangan kebijakan untuk penguatan kapasitas pemerintah provinsi dan kabupaten/kota.
 - b. Pendampingan perbaikan tata kelola pada daerah yang memiliki masalah kesehatan untuk pencapaian target nasional dan mendorong pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.
 - c. Integrasi, sinkronisasi dan simplifikasi sistem informasi kesehatan pusat dan daerah termasuk penerapan sistem *single entry*.
 - d. Penguatan data rutin.
 - e. Inovasi dan pemanfaatan teknologi digital untuk pengumpulan data, termasuk *big data*, media promosi, komunikasi, dan edukasi kesehatan.
 - f. Peningkatan pemanfaatan anggaran untuk penguatan promotif dan preventif berbasis bukti.
 - g. Pengembangan sumber pembiayaan baru seperti penerapan earmark cukai dan pajak, pembiayaan bersumber masyarakat, dan kerjasama pemerintah dan swasta.
 - h. Peningkatan kapasitas dan kemandirian pembiayaan fasilitas kesehatan milik pemerintah.
 - i. Penguatan penelitian dan pengembangan untuk efektivitas inovasi intervensi, dan evaluasi sistem kesehatan untuk mendukung pencapaian prioritas nasional.
- 5. Penguatan pelaksanaan JKN yang difokuskan pada peningkatan efektivitas JKN didukung pemerataan penyediaan pelayanan kesehatan (*supply side*) dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, perumusan paket manfaat JKN secara eksplisit, penerapan *active*

purchasing termasuk perbaikan sistem pembayaran fasilitas pelayanan kesehatan dan pengembangan mekanisme *costsharing*, penguatan *Health Technology Assessment* (HTA), dewan pertimbangan klinis, dan tim kendali mutu dan kendali biaya, pengembangan dan penerapan pedoman nasional pelayanan kesehatan, peningkatan penyedia pelayanan kesehatan sesuai standar di seluruh wilayah terutama melalui kerjasama dengan swasta, integrasi data JKN dengan sistem informasi kesehatan dan pemanfaatan data pelayanan BPJS kesehatan untuk penyusunan kebijakan bagi para pemangku kepentingan.

3.10 Kebijakan saat pandemi covid-19

Adanya pandemi covid-19 yang menyebabkan disrupsi besar dalam kehidupan masyarakat pada skala global membuat pemerintah di seluruh dunia menyesuaikan kebijakan dan membangun konsep tentang perubahan cara hidup di masyarakat. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah untuk mencegah dan menangani pandemi dengan menetapkan beberapa kebijakan. Pada bulan Februari 2020, Indonesia mulai melakukan pencegahan masuknya virus covid-19 dari Wuhan melalui kebijakan-kebijakan diantaranya:

1. Membuat hotline informasi Covid-19 di sembilan kementerian.
2. Menghentikan penerbangan rute Indonesia-China.
3. Membatasi kedatangan orang dari daerah China.
4. Memberikan perpanjangan visa untuk turis asal China yang masih di Indonesia.
5. Melarang impor hewan hidup dari China.

Dengan berlakunya kebijakan tersebut, pemerintah berharap dapat mencegah virus covid-19 masuk ke Indonesia. Saat itu, pemerintah belum menemukan kasus orang yang terinfeksi virus covid-19 sehingga masyarakat tidak risau dan tetap melakukan kegiatan rutin sehari-hari. Virus covid-19 yang menyebar luas ke beberapa negara lain di dunia disebabkan

oleh mobilitas masyarakat di dunia. Pada tanggal 2 Maret 2020, pemerintah mengumumkan secara resmi bahwa kasus virus covid-19 telah masuk dan menginfeksi 2 orang di Indonesia. Pemerintah juga telah menyampaikan bahwa kasus tersebut telah ditangani di fasilitas kesehatan sesuai standar penanganan Covid-19. Selain itu, untuk mencegah penyebaran virus telah dilakukan *tracing* agar orang yang merupakan kontak erat pasien dapat ditemukan dan dilakukan karantina.

Pemerintah belum menerapkan kebijakan yang pasti dalam menghadapi pandemi covid-19. Belum ada keselarasan kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah. Masing-masing daerah dan pusat memiliki kebijakan tersendiri, kemudian beberapa inisiatif yang lain dikemukakan dari masyarakat untuk melakukan penjagaan lingkungan mereka dari ancaman covid-19. Menteri kesehatan telah menerbitkan kebijakan penanggulangan dini wabah covid-19 melalui keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01/07/MENKES/104/2020 tentang Penetapan Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCoV) sebagai jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya. Penetapan tersebut sesuai dengan pernyataan WHO yang menetapkan infeksi novel coronavirus sebagai kedaruratan kesehatan masyarakat yang membuat keresahan dunia atau *public health emergency of international concern* (Kemenkes R.I, 2020a).

Upaya dan strategi yang dilaksanakan dalam mempercepat penanggulangan pandemi covid-19 di Indonesia melalui implementasi di bidang kesehatan, antara lain :

1. Deteksi yang difokuskan pada peningkatan surveilans epidemiologi melalui tes skrining laboratorium, peningkatan rasio kontak erat yang dilacak melalui keterlibatan bintara pembina desa (Babinsa), serta surveilans genomik di daerah-daerah yang memiliki peluang lonjakan kasus.
2. *Terapeutik* yang terdiri dari empat komponen antara lain konversi tempat tidur 30-40% dari total kapasitas rumah sakit dan pemenuhan sisi suplai (termasuk oksigen, alkes dan SDM); keterlibatan tenaga cadangan yaitu dokter internship, koasisten/mahasiswa tingkat akhir untuk

penanganan medis terkait pandemi; dan pengetatan syarat masuk rumah sakit untuk rawat inap.

3. Vaksinasi yang dilakukan dengan strategi pengalokasian vaksin sebesar 50% di daerah yang memiliki banyak kasus dan mobilitas tinggi; menyediakan pusat vaksinasi di tempat yang mudah diakses oleh public; memberlakukan sertifikat vaksinasi sebagai syarat perjalanan dan kegiatan di ruang/fasilitas publik; dan melakukan percepatan vaksinasi pada kelompok rentan, termasuk lansia dan masyarakat dengan *comorbid*.
4. Perubahan perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat melalui implementasi kebijakan terkait pendisiplinan masyarakat terhadap protokol kesehatan seperti pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM) level 1-4, cuci tangan, memakai masker dan jaga jarak; peningkatan literasi perilaku hidup sehat masyarakat; serta pemanfaatan teknologi digital dalam mendukung penerapan protokol kesehatan secara masif. (Kemenkes R.I, 2021).

Daftar Pustaka

- Ayuningtyas, D. (2014) *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Buse, K., May, N. and Walt, G. (2005) *Making Health Policy. Understanding Public Health*. Hill House. Berkshire England. UK: Open University Press McGraw.
- Davies, J. (2001) 'Back to the Future? Prospects for Healthy Public Policy', *Public Health Medicine*, 3(2).
- Halwatiah (2000) 'Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Takalar Provinsi Sulawesi Selatan'.
- Kemenkes R.I (2020a) *Penetapan Infeksi Novel Coronavirus (Infeksi 2019-nCoV) sebagai jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya*. Republik Indonesia: SK Menkes.
- Kemenkes R.I (2020b) *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024*. Republik Indonesia: Peraturan Menteri Kesehatan.
- Kemenkes R.I (2021) *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*. Republik Indonesia: SK Menkes.
- Massie, R.G.A. (2009) 'Kebijakan Kesehatan: Proses, Implementasi, Analisis dan Penelitian', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(23), pp. 409–417.
- Wahab, A. and Sholichin (2005) *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Yuningsih, R. (2014) *Analisis Segitiga Kebijakan Kesehatan dalam Pembentukan Undang-Undang Tenaga Kesehatan*. Jakarta.

Bab 4

JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN

Oleh Yasin Wahyurianto

4.1 Pendahuluan

Sebagai bagian hak dan investasi bagi warga negara Indonesia, kesehatan menjadi kebutuhan dasar yang dalam pelaksanaannya memerlukan sebuah sistem negara untuk mengelola pelaksanaannya sehingga semua lapisan warga negara baik miskin maupun kaya tersentuh kebijakan tersebut. Hasil yang diharapkan adalah warga negara Indonesia tetap hidup dengan sehat. Dari semua golongan masyarakat, terdapat masyarakat kurang mampu yang kualitas kesehatannya berada di penilaian rendah. Hal ini dikarenakan sebagian besar masyarakat kurang mampu cenderung tidak atau kurang memperhatikan hygiene dan sanitasi pribadinya sendiri.

Keadaan ini dilatarbelakangi masih rendahnya tingkat pemahaman golongan masyarakat tersebut sehingga kesadaran masyarakat akan pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit masih kurang. Hal ini berdampak masih rendahnya tingkat kesehatan yang di implementasikan dalam derajat kesehatan. Bahkan ada data bahwa masih rendahnya derajat kesehatan ini di iringi ketidakmampuan beberapa lapisan masyarakat yang tidak mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan tidak cukupnya keuangan mereka dalam membayar pelayanan kesehatan yang diterimanya (Ruliyanti & Patra, 2018).

Jaminan kesehatan adalah jaminan suatu bentuk perlindungan kesehatan yang memberikan hak kepada peserta atas penggunaan keuntungan bagi pemeliharaan kesehatan dan penjaminan untuk memenuhi kebutuhan dasar pelayanan kesehatan, yang diberikan kepada semua orang yang telah menjadi peserta dengan syarat telah membayar iuran atau dibayar oleh pemerintah melalui kontrak perjanjian tertentu.

Keadaan terakhir yang terjadi di Indonesia berkaitan dengan tingkat kesehatan masyarakat saat ini adalah masih rendahnya sarana transportasi menuju pelayanan kesehatan. Hal ini terjadi tidak hanya di perkotaan, tetapi juga di pedesaan, sehingga muncul istilah di masyarakat yang melarang orang miskin untuk sakit. Kemudahan pelayanan sangat dipengaruhi oleh faktor finansial. Contohnya dapat dilihat di beberapa daerah di Indonesia dimana masyarakat miskin menderita penyakit berat atau penyakit berat yang tidak dapat disembuhkan karena tidak adanya biaya pengobatan, pengobatan yang lambat atau tidak diobati sama sekali, sehingga pada akhirnya penyakit tersebut semakin parah bahkan berujung pada kematian.

4.2 Pelayanan Kesehatan

Menurut penelitian Moenir 2010, pelayanan pada hakekatnya merupakan rangkaian kegiatan, jadi pelayanan adalah suatu proses. Sebagai suatu proses, pelayanan berlangsung secara teratur dan berkesinambungan, meliputi seluruh kehidupan dalam masyarakat.

Pelayanan kesehatan adalah segala upaya, baik secara individu maupun kolektif, dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan

mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat(Widiastuti, 2018).

4.3 Kriteria Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki standar dasar sebagai berikut(Riyadi, 2015):

1. Tersedia dan Berkelanjutan

Kriteria utama pertama untuk pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan harus tersedia dan berkesinambungan di masyarakat. Artinya, berbagai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan dan tersedia di masyarakat kapan pun dibutuhkan.

2. Dapat Diterima dan Sesuai

Dua kriteria utama pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima dan sesuai di masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan dan keyakinan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat, budaya, kepercayaan dan kepercayaan masyarakat serta tidak wajar bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah dijangkau

Tiga kriteria utama pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Definisi prestasi yang disebutkan di sini terutama didefinisikan dari perspektif posisi. Oleh karena itu, untuk dapat mencapai pelayanan sanitasi yang baik, maka distribusi sarana sanitasi menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang selama ini terkonsentrasi di perkotaan tetapi tidak di pedesaan bukanlah pelayanan kesehatan yang baik

4. Mudah dijangkau

Empat kriteria utama pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Konsep keterjangkauan di sini terutama dari perspektif biaya. Untuk itu, biaya pelayanan kesehatan perlu diupayakan sesuai dengan kemampuan keuangan masyarakat. Layanan kesehatan yang mahal mungkin hanya tersedia untuk sekelompok kecil

5. Kualitas (kualitas)

Lima kriteria utama pelayanan kesehatan yang baik adalah kualitas. Pengertian mutu di sini mengacu pada kelengkapan pelayanan kesehatan yang diberikan, di satu sisi dapat memenuhi persyaratan pengguna layanan, dan di sisi lain, prosedur pelaksanaannya sesuai dengan ketentuan Kode Kesehatan Nasional dimana Etika dan standar yang telah ditetapkan.

4.4 Tujuan Pelayanan Kesehatan

Mengutip Ruliyanti dan Patra pada tahun 2018, Pelayanan di bidang kesehatan memiliki tujuan sebagai berikut :

a. Promotif

Fokus pelayanan kesehatan hendaknya bertujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan dan memelihara kesehatan tersebut secara optimal. Sebagai contoh penyuluhan perubahan lingkungan sekitar dalam upaya peningkatan atau perbaikan sanitasi lingkungan sekitar. Atau penyuluhan peningkatan asupan gizi khususnya bagi balita dalam mencegah serta menurunkan kejadian stunting yang saat ini trend kejadiannya cenderung meningkat.

b. Preventif

Tujuan pelayanan kesehatan selanjutnya adalah pencegahan terhadap penularan sebuah penyakit baik secara langsung antar manusia ataupun melalui vektor yang aktif disekeliling lingkungannya. Ada beberapa klasifikasi tujuan preventif pada pelayanan kesehatan, yaitu :

- 1) Preventif primer. Contohnya adalah pemberian imunisasi, penyediaan komposisi gizi yang seimbang, dan kesegaran jasmani.
- 2) Preventif sekunder. Yang masuk kategori pelayanan preventif sekunder ini adalah dimulainya pengobatan pada sedini mungkin, dimana hal ini dilakukan untuk menghindari komplikasi dan mencegah terjadinya disabilitas akibat penyakitnya itu.
- 3) Preventif tersier. Penegakan diagnosa yang tepat, pemberian rehabilitasi sebagai rangkaian dalam pengobatan merupakan domain preventif tersier. Semakin rutin rehabilitasi diterapkan maka proses penyembuhan akan semakin baik.

c. Kuratif.

Pelayanan kesehatan ini fokus pelaksanaannya di institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, atau balai pengobatan. Saat mengunjungi pelayanan ini masyarakat akan bertemu dengan petugas medis ataupun paramedis dengan fokus pelayanan untuk penyembuhan secara langsung.

d. Rehabilitasi (pemulihan)

Pelayanan kesehatan yang berfokus pada usaha pemulihan seseorang dalam upayanya untuk memperbaiki keadaan fungsi normal organ tubuh atau setidaknya mengoptimalkan kondisi tubuhnya mendekati keadaan normal sesuai menderita gangguan sakit baik fisik ataupun

mental, cedera atau ketergantungan zat/bahan tertentu. (Ruliyanti & Patra, 2018)

4.5 Jaminan Kesehatan Masyarakat

Hak dan investasi terpenting di dunia ini adalah kesehatan, dan setiap warga negara berhak atas kesehatannya sendiri, termasuk mereka yang tergolong penduduk kurang mampu atau miskin, karena itu diperlukan suatu sistem yang mengatur upaya-upaya untuk melaksanakan hak warga negara untuk hidup sehat. Kualitas pelayanan masyarakat Indonesia di bidang kesehatan selama ini masih rendah, dan masyarakat khususnya masyarakat miskin cenderung kurang memperhatikan kesehatannya. Hal ini mungkin disebabkan oleh rendahnya pemahaman mereka tentang pentingnya kesehatan dalam kehidupan, padahal kesadaran masyarakat akan pemeliharaan dan perlindungan kesehatan sangat penting untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Di sisi lain, kesehatan masyarakat yang buruk juga dapat disebabkan oleh tingginya biaya pelayanan yang harus mereka keluarkan untuk tidak mendapatkan perawatan medis (Suprianto & Mutiarin, 2017).

Tingkat kemiskinan berarti masyarakat miskin tidak dapat menjangkau kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang biayanya akhir-akhir ini terus meningkat. Jika keadaan ini tidak segera diatasi, krisis ekonomi akan meningkatkan jumlah penduduk miskin, meningkatkan biaya pelayanan medis, dan semakin mengekang akses karena meningkatnya biaya keterjangkauan, sehingga kondisi inilah Indonesia.

4.6 Jaminan Kesehatan Masyarakat Melalui BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS adalah forum yg dibuat buat untuk menyelenggarakan acara dalam penjaminan sosial di negara Republik Indonesia yang telah diundangkan oleh negara dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 dan UU Nomor 24 Tahun 2011. Dalam UU tersebut negara mengamanatkan bahwa dalam rangka melindungi warga negara diciptakanlah sebuah sistem Jaminan Sosial Nasional yang mencakup didalamnya Jaminan Kesehatan Nasional yaitu sebuah Badan Usaha yang bersifat nirlaba dikenal sebagai BPJS (Widiastuti, 2018).

Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah forum agunan sosial yg terdapat pada Indonesia yaitu forum premi agunan kesehatan PT. Askes Indonesia sebagai BPJS Kesehatan & forum agunan sosial ketenaga kerjaan PT. Jamsostek sebagai BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes & PT Jamsostek sebagai BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan melebur sebagai BPJS Kesehatan, selanjutnya dalam 2015 giliran PT Jamsostek sebagai BPJS Ketenagakerjaan (Putri, 2022).

Lembaga ini bertanggung jawab terhadap Presiden. BPJS bermarkas sentra pada Jakarta, & mampu mempunyai tempat kerja perwakilan pada taraf provinsi dan tempat kerja cabang pada taraf kabupaten kota.

Setiap penduduk Indonesia dan penduduk imigran dari luar Indonesia yang telah menetap atau tinggal di wilayah RI sedikitnya enam bulan dari sejak terdaftar di pihak berwenang diwajibkan menjadi peserta BPJS. Hal ini telah tercantum pada pasal 14 UU BPJS.

Setiap perusahaan wajib mendaftarkan karyawannya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang pribadi atau keluarga

yang tidak bekerja pada perusahaan harus mendaftarkan diri dan anggota keluarganya ke BPJS. Setiap peserta BPJS akan dikenakan biaya yang besarnya akan ditentukan kemudian. Untuk masyarakat miskin, donasi BPJS ditanggung oleh pemerintah melalui kampanye donasi Iuran(Cris Purwandari Mulyawati Agustin, 2012).

Sebagai peserta BPJS, tidak hanya tenaga kerja di sektor formal yang dibutuhkan, tetapi juga tenaga kerja di sektor informal. Pekerja informal juga harus menjadi anggota BPJS Kesehatan. Pekerja harus mendaftar dan membayar biaya berdasarkan tingkat manfaat yang diinginkan.

Diharapkan asuransi kesehatan universal akan dimulai secara bertahap pada tahun 2014, dan pada tahun 2019, diharapkan seluruh masyarakat Indonesia dapat memiliki asuransi kesehatan semacam ini. Menteri Kesehatan Nafsiah Mboi mengatakan BPJS Kesehatan akan berupaya mengcover semua jenis penyakit namun akan diupayakan lebih efisien.

4.7 Fungsi, Tugas, dan Wewenang BPJS

a. Fungsi BPJS

UU BPJS mengatur bahwa BPJS Kesehatan mengelola program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan di bawah Undang-Undang SJSN dikelola di tingkat nasional berdasarkan prinsip-prinsip jaminan sosial dan pemerataan, memastikan bahwa peserta menerima layanan kesehatan dan perlindungan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan mereka(Kemenkes, 2014).

Menurut UU BPJS, BPJS Ketenagakerjaan bertugas menyelenggarakan empat program: jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan hari tua, dan jaminan kematian.

Menurut Undang-Undang Jaminan Sosial Nasional, sistem asuransi kecelakaan pekerja didasarkan pada prinsip-prinsip asuransi sosial secara nasional untuk memastikan bahwa peserta menerima manfaat medis dan uang tunai jika pekerja mengalami kecelakaan atau sakit akibat kerja.

Selain itu, pensiun di Jerman dilaksanakan secara nasional berdasarkan prinsip-prinsip asuransi sosial dan tabungan wajib, dan bertujuan untuk memastikan bahwa peserta menerima uang jika terjadi pensiun, cacat tetap, atau kematian. Dan jika peserta kehilangan atau mengurangi penghasilannya karena pensiun atau cacat tetap, ia akan menerapkan sistem asuransi pensiun nasional berdasarkan prinsip-prinsip asuransi sosial dan tabungan wajib, dan memiliki standar hidup yang layak. Pensiun ini diberikan berdasarkan kinerja(Pohan, 2006).

Di sisi lain, sistem jaminan kematian dilaksanakan di tingkat nasional berdasarkan prinsip jaminan sosial dengan tujuan membayar santunan kematian kepada ahli waris peserta yang meninggal.

b. Tugas BPJS

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

- 1) Pencatatan nama masyarakat yang didaftarkan
- 2) Menerima dan mengakumulasikan semua iuran yang bersala dari peserta BPJS baik mandiri maupun yang dibayarkan oleh tempat kerja.
- 3) Mengambil dana BPJS yang semberinya dari anggaran pemerintah.
- 4) Memanfaatkan dana yang telah terkumpul dari masyarakat kemudian mengelola untuk kepentingan masyarakat tersebut.

- 5) Mengumpulkan dan mengatur data peserta program jaminan sosial.
- 6) Memberikan biaya pelayanan kesehatan berdasarkan golongan premi yang dibayar atau sesuai dengan peraturan yang dijalankan oleh BPJS
- 7) Berkaitan dengan informasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang diterima, maka BPJS wajib memberikan informasi yang valid kepada seluruh peserta .

Secara singkat tugas pokok bpjs yang saling berhubungan antara pemberian pelayanan kesehatan dengan manfaat yang didapat oleh peserta sangat berkesinambungan. Tugas ini antara lain yaitu mulai pendataan peserta diawal pendaftaran, memvalidasi data yang masuk, pengambilan iuran, pengambilan bantuan iuran dari pemerintah, pengelolaan Bansos, dan pemberitahuan informasi terkait seluk beluk BPJS(Hartini Retnaningsih et al., 2015).

Tugas terkait proses pendaftaran kepesertaan dapat dilakukan secara pasif dalam arti menerima pendaftaran atau secara aktif dalam arti mendaftarkan peserta.

c. Wewenang BPJS

Terkait tugas yang dibebankan pada BPJS, institusi ini juga memiliki kewenangan diantaranya yaitu :

- 1) Membuat surat penagihan pembiayaan iuran per bulan
- 2) Mengalokasikan sumber Dana Jaminan Sosial ini pada investasi berjangka baik jangka pendek maupun jangka panjang dengan prinsip pertimbangan beberapa aspek seperti likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dna, dan keuntungan yang didapat.
- 3) Mengawasi dan memeriksa peserta BPJS dan atau pemberi kerja dalam hal melakukan kewajibannya seuai peraturan dan undang-undang pemerintah RI mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

- 4) Menyusun pembuatan kesepakatan dengan institusi pelayanan kesehatan terkait pembiayaan penggunaan fasilitas kesehatan dengan acuan pada tarif standar sesuai yang ditetapkan oleh pemerintah RI.
- 5) Melakukan penghentian kontrak kerja dengan institusi kesehatan
- 6) Memberlakukan sanksi administratif berupa denda pada peserta atau pemberi kerja atas dasar ketidaktaatan dalam pemenuhan kewajibannya.
- 7) Membuat laporan pada instansi yang berwenang atas ketidaktaatan pemberi kerja dalam memenuhi kewajiban pembayaran iuran atau kewajiban lain sesuai kontrak awal kerjasama.
- 8) Melaksanakan kerjasama dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan dengan beberapa pihak untuk terselenggaranya Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Kewenangan dalam penagihan biaya iuran saat terjadi penunggakan dan atau kekurangan pembayaran maka BPJS berhak memberlakukan sanksi administratif sesuai kesepakatan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Hal ini dilakukan sebagai upaya penguatan kedudukan BPJS sebagai bagian dari bab hukum publik.

4.8 Peserta BPJS

Semua warga negara Indonesia dan semua orang asing yang telah tinggal di Indonesia lebih dari 6 bulan wajib menjadi anggota BPJS. Hal ini sesuai dengan Pasal 14 UU BPJS.

Semua perusahaan wajib mendaftarkan karyawannya sebagai peserta BPJS. Sementara itu, orang pribadi atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan harus mendaftarkan diri dan keluarganya ke BPJS. Setiap peserta BPJS akan dikenakan biaya yang akan ditentukan kemudian.

Untuk masyarakat miskin, iuran BPJS ditanggung oleh pemerintah melalui skema bantuan iuran(Wicaksana, 2020).

Menjadi peserta BPJS sangat penting tidak hanya bagi pekerja di sektor formal, tetapi juga bagi pekerja informal. Pekerja informal juga perlu mengikuti BPJS Kesehatan. Karyawan harus mendaftarkan diri dan membayar iuran sesuai dengan tingkat manfaat yang diinginkan. Asuransi universal akan diluncurkan secara bertahap pada tahun 2014, dan diharapkan seluruh masyarakat Indonesia akan memiliki asuransi kesehatan ini pada tahun 2019. Menteri Kesehatan Nafsiah Mboi mengatakan BPJS Kesehatan akan berupaya mengcover semua jenis penyakit, namun akan berupaya meningkatkan efisiensi.

4.9 Manfaat BPJS

Manfaat peserta BPJS berdasarkan jenis pelayanan kesehayan terutama dari aspek promotif dan preventif adalah berikut ini :

a. Penyuluhan kesehatan individu

Pemberian penyuluhan kesehatan secara individu mencakup setidaknya pemberian pendidikan kesehatan tentang pengelolaan faktor resiko penyebaran dan penularan penyakit dan pembiasaan diri dalam perilaku hidup bersih dan sehat.

b. Imunisasi Dasar Lengkap

Pelayanani imunisasi dasar lengkap meliputi:

- 1) Vaksin Baccile Calmett Guerin (BCG)
- 2) Vaksin Difteri Pertusis Tetanus (DPT)
- 3) Vaksin Hepatitis-B
- 4) Vaksin Polio
- 5) Vaksin Campak

c. Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan KB yang dijamin mencakup konsultasi baik kepada dokter atau bidan, pertimbangan penggunaan kontrasepsi dasar, metode operasi baik bagi pria (vasektomi) ataupun wanita (tubektomi) yang mana dalam pelaksanaannya BPJS akan mengikat kerjasama dengan institusi kesehatan terkait proses tersebut.

d. Skrining kesehatan

Pelayanan skrining kesehatan atau *check up* diberlakukan secara selektif dan diarahkan pada peserta yang terdiagnosa penyakit tertentu dimana hal ini bertujuan untuk mendeteksi resiko menderita sebuah penyakit serta mencegah komplikasi lanjutan dari timbulnya penyakit tersebut.

4.10 Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS

Bagi para peserta BPJS berhak mendapatkan pelayanan kesehatan, ada dua bentuk pelayanan kesehatan yang diterima yaitu pelayanan kesehatan yang dijamin BPJS dan pelayanan kesehatan yang tidak dijamin BPJS. Berikut ini penjelasannya (Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia, 2014) :

a. Jaminan Pelayanan Kesehatan dalam bentuk berikut ini :

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu pelayanan kesehatan non-spesifik:
 - a) Pelayanan administrasi kesehatan.
 - b) Pelayanan kesehatan dalam bentuk promotif dan preventif.
 - c) Pelayanan kesehatan pada peserta dalam hal pemeriksaan kesehatan, pemberian obat yang rasional, dan konsultasi terhadap keadaan medis yang diderita.

- d) Pelayanan kesehatan bidang medis bukan spesialis dalam bentuk operasi bedah ataupun bukan operasi bedah.
 - e) Pelayanan penambahan komponen darah dalam bentuk transfusi darah
 - f) Pelayanan pemeriksaan diagnostik dalam rangka menunjang penegakan diagnosis medis melalui pemeriksaan laboratorium.
 - g) Pelayanan opname peserta di ruang rawat inap tingkat pertama berdasarkan indikasi dan golongan peserta.
2. Pelayanan kesehatan tingkat lanjut dalam bentuk rujukan yaitu bentuk pelayanan kesehatan dimana peserta mendapatkan hak sebagai berikut :
- a) Pelayanan dalam upaya pemeliharaan kesehatan berupa Program Penjaminan dalam rangka pemeliharaan kesehatan dimana peserta mendapatkan manfaat secara menyeluruh meliputi semua kebutuhan medis yang diadakan disemua jenjang program pelayanan kesehatan di rawat jalan mencakup pelayanan berikut ini:
 - 1) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat I (Pertama) adalah bentuk pelayanan kesehatan berupa praktik pribadi oleh tenaga kesehatan medis yaitu dokter umum atau dokter gigi. Praktik pribadi ini dilaksanakan di puskesmas, balai pengobatan, dan klinik pribadi tenaga medis tersebut.
 - 2) Pelayanan Rawat Jalan tingkat II (lanjutan) adalah pelayanan kesehatan yang mencakup pemeriksaan diagnostik laboratorium dan pengobatan tingkat lanjut yang berasal dari rujukan dokter PPK I ke dokter spesialis.
 - b) Pelayanan opname dalam bentuk Rawat Inap di institusi Rumah Sakit dimana pelayanan kesehatan ini diberikan

pada peserta BPJS yang memerlukan perawatan lebih lanjut dan intensif di ruang rawat inap institusi kesehatan berupa Rumah Sakit.

- c) Pelayanan Persalinan saat ini dikenal sebagai Jaminan Persalinan (JAMPERSAL), adalah jaminan pembiayaan untuk mendekatkan akses dan mencegah terjadinya keterlambatan penanganan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir terutama di daerah sulit ke fasilitas pelayanan kesehatan atau pertolongan persalinan yang diberikan kepada tenaga kerja wanita berkeluarga atau istri tenaga kerja peserta program jaminan pemelihara kesehatan maksimum sampai dengan persalinan ke 3 (tiga).
 - d) Pelayanan Khusus adalah pelayanan kesehatan dalam bentuk rehabilitasi dimana semua peserta berhak mendapatkan manfaat dari pelayanan ini dalam upaya penyembuhan dan pengembalian fungsi organ tubuh secara optimal.
 - e) Pelayanan kegawatdaruratan yaitu pelayanan kesehatan dimana semua peserta mendapatkan manfaat berupa pertolongan yang cepat, tepat, dan terukur pada sebuah keadaan yang memerlukan bantuan sesegera mungkin sehingga tidak terjadi kematian atau disabilitas yang bersifat menetap.
- b. Pelayanan Kesehatan yang sifat pelayanannya dikategorikan pelayanan Tidak Dijamin(Putri, 2014)
- Pelayanan kesehatan dimana pelayanannya dilaksanakan tidak sesuai dengan sistematika prosedur pelayanan yang telah diamanatkan sesuai peraturan pemerintah yang telah diberlakukan secara sah. Yang termasuk dalam kategori pelayanan kesehatan ini adalah :
- a) Pelayanan kesehatan di institusi kesehatan yang tidak ada kontrak kerjasama dengan BPJS. Pelayanan ini

dikecualikan pada kasus emergensi atau kegawatdaruratan.

- b) Pelayanan kesehatan dimana kejadian penyakit atau cedera yang terjadi pada peserta telah di jamin oleh sistem penjaminan lainnya. Sebagai contoh adanya kecelakaan kerja yang langsung dijamin oleh jaminan kecelakaan kerja, atau juga adanya kejadian kecelakaan lalu lintas yang akan dijamin oleh asuransi jasa raharja.
- c) Pelayanan kesehatan yang kejadiannya terjadi di luar negeri Republik Indonesia.
- d) Pelayanan kesehatan yang sifatnya kosmetik, yaitu pelayanan kesehatan dalam upaya menyempurnakan bentuk wajah dan keadaan kulit. Karena bersifat lebih pribadi sehingga pelayanan kosmetik ini tidak dijamin oleh BPJS.
- e) Pelayanan kesehatan dalam rangka mendapatkan keturunan (infertil) seperti proses bayi tabung dalam upaya menghasilkan anak.
- f) Pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan perapihan gigi geligi atau proses perataan gigi dikenal sebagai ortodonsi.
- g) Pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan gangguan kesehatan karena ketergantungan terhadap zat dan obat terlarang dan/atau minuman yang beralkohol.
- h) Pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan gangguan kesehatan mental dimana seseorang berupaya menyakiti dirinya sendiri atau seseorang yang melakukan kegiatan namun kegiatan ini bersifat eksrim dimana dapat melukai dirinya sendiri atau mungkin juga melukai orang disekitarnya.
- i) Pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan pengobatan bersifat komplementer atau penyerta

pengobatan konvensional yaitu diantaranya pengobatan tradisional dan alternatif.

- j) Pelayanan kesehatan berupa pengobatan dan tindakan medis yang digolongkan sebagai pengobatan eksperimental.
- k) Pelayanan kesehatan pada penyediaan alat kontrasepsi, kebutuhan bayi baik makanan ataupun susu.
- l) Pelayanan kesehatan dalam upaya memenuhi perbekalan kesehatan di area rumah tangga.

Daftar Pustaka

- Cris Purwandari Mulyawati Agustin. (2012). Jurnal Kesehatan Masyarakat Unnes. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 144–150.
<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas%0AFAKTOR>
- Hartini Retnaningsih, Yuningsih, R., Indahri, Y., Andina, E., & Lestari, T. R. P. (2015). *MENUJU INDONESIA SEHAT DAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL YANG LEBIH BAIK* (S. V. Machdum, Ed.). Azza Grafika.
- Kemenkes. (2014). Jaminan Kesehatan Nasional. *Jaminan Kesehatan Nasional*, April, 3–4.
- Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia. (2014). *Seri Buku Saku - 4: Paham JKN Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Pohan, I. (2006). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan* (pp. 21–22).
- Putri, A. E. (2014). Paham SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional). In *Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Putri, A. E. (2022). *Dewan Jaminan Sosial Nasional - Berita*.
<https://www.djsn.go.id/berita/monev-penyelenggaraan-program-jkn-tahun-2022>
- Riyadi, R. (2015). MUTU PELAYANAN KESEHATAN PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI PUSKESMAS KECAMATAN KEMBANGAN JAKARTA BARAT. In *UIN Syarif Hidayatulloh*. UIN Syarif Hidayatulloh.
- Ruliyanti, T., & Patra, M. H. E. E. (2018). *PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PASIEN SEBAGAI PESERTA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI RSUD. DR. H. BOB BAZAR, SKM* | *Semantic Scholar*.
<https://www.semanticscholar.org/paper/PERLINDUNGAN-HUKUM-TERHADAP-PASIEN-SEBAGAI-PESERTA-Soerjatisnanta-Patra/ef8a97621d53136d31c99c3ac4edc2b85f2fec06>

- Suprianto, A., & Mutiarin, D. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal of Governance and Public Policy*, 4(1), 71–107. <https://doi.org/10.18196/jgpp.4172>
- Wicaksana, A. D. (2020). ANALISIS JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BERUPA BADAN PELAYANAN JAMINAN SOSIAL EKONOMI PUBLIK. In *Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Widiastuti, N. (2018). *IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) PADA BPJS KESEHATAN TERHADAP MASYARAKAT PENGGUNA PROGRAM JKN DI BPJS CABANG SURAKARTA*.

Bab 5

PEMBIAYAAN PELAYANAN KESEHATAN

Oleh Sulistyani Prabu

5.1 Pendahuluan

Kesehatan adalah salah satu investasiguna mendukung pembangunan ekonomi serta sangat berperan penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan di bidang kesehatan harus dipandang sebagai suatu tujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan merupakan salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari raga, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap manusia hidup secara produktif secara sosial dan ekonomi dengan normal.

Kesehatan merupakan unsur vital dan elemen konstitutif dalam proses daur hidup kehidupan seseorang. Tanpa adanya kesehatan yang baik maka tidak akan ada masyarakat yang produktif. Dalam kehidupan berbangsa, pembangunan kesehatan merupakan suatu hal yang bernilai sangat insentif. Nilai investasinya terletak pada tersedianya sumber daya yang senantiasa “siap pakai” dan terhindar dari ancaman penyakit. Di Indonesia sendiri tak bisa dipungkiri bahwa trend pembangunan kesehatan bergulir mengikuti pola rezim penguasa. Ketika pemerintah negeri ini hanya memandang sebelah mata pada pembangunan kesehatan, maka kualitas

hidup dan derajat kesehatan masyarakat akan menjadi sangat memprihatinkan.

Pembiayaan pelayanan kesehatan merupakan dasar dari kemampuan sistem kesehatan suatu negara untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan penduduknya. Dana/uang yang terkumpul digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan seperti membayar para tenaga kesehatan, obat-obatan dan juga membiayai kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Dengan dideklarasikannya *universal health coverage* (UHC) maka pembiayaan kesehatan saat ini ditujukan pula untuk memberikan perlindungan resiko keuangan penduduk yang artinya adalah pembiayaan kesehatan juga digunakan untuk membantu masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan akibat menderita suatu penyakit tanpa harus mengalami resiko finansial yang berakibat kemiskinan. Dapat disimpulkan bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai dua hal tujuan yaitu mengumpulkan dana yang cukup dan memberikan perlindungan resiko keuangan kepada penduduk. **(Error! Reference source not found.**

Pemberian pelayanan merupakan karakteristik dari pelayanan yang diberikan kepada konsumen atau pasien. Untuk memberikan pelayanan yang baik, maka ekspektasi dan kebutuhan *customer* yang bersifat relatif merupakan komponen penting yang harus diperhatikan. Dalam strategi pelayanan secara umum ada tiga aspek yang diperhatikan yaitu meliputi konsep pelayanan (*service concept*); berkaitan dengan paket pelayanan yang akan diberikan, desain sistem pemberian pelayanan; berkaitan dengan bagaimana *delivery* konsep layanan yang ada; target pasar, pasien, atau konsumen, siapa yang menjadi pelanggan. Dalam konteks desain sistem pemberian layanan mencakup aspek struktur berkaitan dengan aspek fisik, peralatan dan fasilitas, infrastruktur merupakan peran dari masing-masing *provider* yang mencakup *job design*, kebijakan, serta *skill* yang dibutuhkan, dan integrasi dengan bagaimana koordinasi antara struktur dan infrastruktur untuk menjembatani rantai *supply* pelayanan dan mekanisme adaptasi. **(Error! Reference source not found..**

Sistem pemberian pelayanan meliputi empat hal penting yang harus diperhatikan yaitu budaya layanan berkaitan dengan kebiasaan, visi misi, dan nilai dalam suatu organisasi, keterlibatan karyawan berkaitan dengan sikap dan perilaku karyawan, kualitas layanan mencakup strategi, proses, dan sistem manajemen kinerja, dan pengalaman *customer* berkaitan dengan persepsi dan faktor konsumen mempengaruhi terhadap pemilihan layanan (**Error! Reference source not found.**

Salah satu sub sistem kesehatan nasional adalah subsistem pembiayaan kesehatan. Jika ditinjau dari definisi sehat, sebagaimana yang dimaksud oleh WHO, maka pembiayaan pembangunan perumahan dan atau pembiayaan pengadaan pangan, yang karena juga memiliki dampak terhadap derajat kesehatan, seharusnya turut pula diperhitungkan. Pada akhir akhir ini, dengan makin kompleksnya pelayanan kesehatan serta makin langkanya sumber dana yang tersedia, maka perhatian terhadap sub sistem pembiayaan kesehatan makin meningkat. Pembahasan tentang subsistem pembiayaan kesehatan ini tercakup dalam suatu cabang ilmu khusus yang dikenal dengan nama ekonomi kesehatan (**Error! Reference source not found.**

5.2 Definisi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (**Error! Reference source not found.**

Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (**Error! Reference source not found.** Dari batasan ini segera terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yakni :

5.2.1 Penyedia Pelayanan Kesehatan

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan atau pun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan.

Error! Reference source not found.

Penyedia pelayanan kesehatan itu adalah rumah sakit, puskesmas, dan klinik, sedangkan yang dimaksud sebagai pelaksana pelayanan kesehatan itu adalah para dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya



Gambar 5.2 Tenaga Kesehatan Penyedia Pelayanan Kesehatan
(Sumber : Dokumen Pribadi)

5.2.2 Pemakai Jasa pelayanan

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan di sini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya

pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Dari batasan biaya kesehatan yang seperti ini segera dipahami bahwa pengertian biaya kesehatan tidaklah sama antara penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) dengan pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*). Bagi penyedia pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan upaya kesehatan. Sesuai dengan terdapatnya perbedaan pengertian yang seperti ini, tentu mudah diperkirakan bahwa besarnya dana yang dihitung sebagai biaya kesehatan tidaklah sama antara pemakai jasa pelayanan dengan penyedia pelayanan kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*) yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sedangkan besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Secara umum disebutkan apabila total dana yang dikeluarkan oleh seluruh pemakai jasa pelayanan, dan arena itu merupakan pemasukan bagi penyedia pelayanan kesehatan (*income*) adalah lebih besar daripada yang dikeluarkan oleh penyedia pelayanan kesehatan (*expenses*), maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami keuntungan (*profit*). Tetapi apabila sebaliknya, maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami kerugian (*loss*).

Perhitungan total biaya kesehatan satu negara sangat tergantung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh kedua belah pihak tersebut. Hanya saja, karena pada umumnya pihak penyedia pelayanan kesehatan terutama yang diselenggarakan oleh pihak swasta tidak ingin mengalami kerugian, dan karena

itu setiap pengeluaran telah diperhitungkan terhadap jasa pelayanan yang akan diselenggarakan, maka perhitungan total biaya kesehatan akhirnya lebih banyak didasarkan pada jumlah dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa pelayanan kesehatan saja.

Di samping itu, karena di setiap negara selalu ditemukan peranan pemerintah, maka dalam memperhitungkan jumlah dana yang beredar di sektor pemerintah. Tetapi karena pada upaya kesehatan pemerintah selalu ditemukan adanya subsidi, maka cara perhitungan yang dipergunakan tidaklah sama. Total biaya kesehatan dari sektor pemerintah tidak dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh para pemakai jasa, dan karena itu merupakan pendapatan (*income*) pemerintah, melainkan dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah (*expenses*) untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

5.3 Prinsip Pembiayaan Kesehatan

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya.

Pembangunan kesehatan mempunyai tujuan penting di antaranya adalah tersedianya pelayanan kesehatan yang merata dan kemudahan akses (*equitable access to health care*) serta pelayanan kesehatan yang berkualitas (*assured quality*). Hal ini dapat terwujud apabila suatu negara mempunyai pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan. **Error!**

Reference source not found.

Prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah sebagai berikut:

5.3.1 Kecukupan

Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat, dan swasta mempunyai tanggung jawab bersama dalam pembiayaan kesehatan. Pemerintah mengalokasi dana melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja pusat dan daerah yang besarnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan. Selain untuk penyelenggaraan kesehatan, Pemerintah pusat dan daerah wajib menyediakan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu.

Sumber-sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat dan swasta terus digali dan dikumpulkan serta ditingkatkan jumlahnya agar tersedia cukup sesuai kebutuhan dan tentu harus dikelola dengan baik untuk memenuhi prinsip efektif, efisien, adil dan merata dan pengelolaannya bersifat transparan dan akuntabel untuk menjamin kecukupan agar jumlahnya dapat sesuai.

5.3.2 Efektif Efisien

Untuk menjamin pengelolaan dana kesehatan secara efektif dan efisien maka penggunaannya harus sesuai dengan perencanaan pembiayaan kesehatan, penguatan kapasitas manajemen perencanaan anggaran dan kompetensi pemberi pelayanan kesehatan.

5.3.3 Adil dan Transparan

Pengelolaan dana kesehatan yang dikumpulkan dari berbagai sumber (Pemerintah, Pemerintah Daerah, masyarakat dan swasta) harus digunakan secara adil terhadap seluruh masyarakat sehingga kesehatan masyarakat terpelihara dan masyarakat terlindung dari pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Pengelolaan dana kesehatan pun harus dilaksanakan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku, tata kelola pemerintahan yang baik (good governance), transparan dan seluruh penggunaannya dapat dipertanggungjawabkan.

5.4 Penguatan Sistem Kesehatan

Penguatan sistem kesehatan adalah pendekatan komprehensif untuk membentuk dan mengoptimalkan *outcome* yang dilakukan melalui pengembangan fondasi sistem yang solid, penguatan kapasitas sistem (sumber daya), dan mengupayakan hasil yang baik menggunakan beberapa strategi. Lingkungan politik (*leadership*) merupakan pendukung utama penguatan sistem. Pemimpin yang efektif mencakup komitmen politik untuk advokasi dan kesadaran para pengambil kebijakan.**Error! Reference source not found.**

Penguatan sistem terbagi menjadi tiga komponen utama yaitu dasar yang meliputi pengembangan kebijakan, *setting* prioritas, dan manajemen. Sumber daya mencakup kapasitas dan infrastruktur, strategi pendanaan, dan mekanisme koordinasi. Optimalisasi berperan dalam pengupayaan memaksimalkan komponen sistem.

Untuk mencapai sistem kesehatan yang baik, penguatan sistem merupakan strategi yang digunakan untuk mengakomodasikan aspek *supply*, *demand*, kualitas, dan lingkungan yang mendukung untuk tercapainya status kesehatan yang baik. Dalam penguatan sistem diperlukan perhatian yang lebih serius pada level fasilitasi dan translasi kebijakan dan strategi yaitu aspek akses, *affordable*, dan kualitas pelayanan. Prioritas tersebut didasari pada konteks kondisi lokal berdasarkan harapan dan situasi nyata yang diperoleh oleh pemerintah dan *stakeholder*.**Error! Reference source not found.**

Namun, tantangan terbesar dalam penguatan sistem kesehatan adalah kondisi aspek kesehatan yang cukup kompleks sehingga tidak ada *setting* atau paket sistem tunggal yang praktis untuk bisa meningkatkan status kesehatan. Kondisi ini merupakan tantangan sehingga fungsi dari berbagai elemen sistem sangat diperlukan.**Error! Reference source not found.**

World Health Organization mengembangkan kerangka kerja yang dikenal dengan *six building blocks* yang mencakup:

1. *Service delivery*, berkaitan dengan paket layanan, model layanan, infrastruktur, manajemen, keselamatan dan kualitas, serta kebutuhan akan pelayanan.

2. *Health workforce*, berkaitan dengan kebijakan tenaga kerja nasional, advokasi, norma, standar, dan data.
3. *Information*, berkaitan dengan fasilitas dan informasi yang berbasis masyarakat, surveillans, dan peralatan.
4. Produk medis, vaksin, dan teknologi mencakup standarm kebijakan, akses yang merata, dan kualitas.
5. *Financing* berkaitan dengan kebijakan pembiayaan kesehatan nasional, pengeluaran, dan tariff.
6. *Leadership* dan *governance* mencakup kebijakan sektor kesehatan dan regulasi.

Untuk menguatkan sistem kesehatan digunakan pendekatan daya guna yang mencakup penetapan status kesehatan yang diinginkan sebagai *starting point* untuk identifikasi hambatan dan permasalahan sistem kesehatan. Kedua, mengatasi permasalahan sistem kesehatan sebagai sebuah langkah yang spesifik untuk mencapai *outcome* melalui upaya yang berdampak pada semua aspek. Ketiga, mengatasi isu kapasitas dan kebijakan sistem kesehatan. Keempat, mendorong pengembangan strategi dan rencana sistem kesehatan nasional dan mengurangi investasi yang tidak diperlukan. Kelima, meningkatkan pengawasan dan evaluasi. Pengutan sistem dilakukan dengan penekanan pada dua level dalam sistem itu sendiri yakni tingkat sistem yang mencakup kebijakan, regulasi, alokasi sumberdaya, serta penguatan pada tingkat proses pelayanan.

Daftar Pustaka

Error! Reference source not found.

Bab 6

PENINGKATAN KERJA PELAYANAN PUSKESMAS

Oleh Suprpto

6.1 Pendahuluan

Salah satu upaya pemerintah dalam menyelenggarakan kesehatan kepada masyarakat yaitu dengan dibangunnya instansi pemerintah sebagai unit penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat, yakni Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang biasa disebut Puskesmas. Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Pelayanan kesehatan merupakan ranah yang tidak terlepas dari pengaruh globalisasi yang sedang trend pada saat ini. Globalisasi telah mengubah cara hidup orang banyak, menentukan suka, duka, selera, dan pilihan-pilihan orang dimanapun, akan terjadi persaingan yang bebas, tidak mengenal belas kasihan, dan persaingan yang kejam yang akan melibas dan dan meninggalkan yang lemah apabila tidak siap menghadapinya. Hal ini membuat banyak organisasi termasuk pelayanan kesehatan untuk melakukan inovasi dalam memberikan pelayanannya. Pelayanan yang inovatif dan menguntungkan masyarakat sebagai pengguna jasa akan lebih diminati masyarakat. Inovasi di sektor publik pada saat ini

menjadi sebuah keharusan untuk membuat ketersediaan layanan yang semakin mudah, murah, terjangkau, dan merata.

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Secara umum, mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) atau Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap selain pelayanan rawat jalan. Untuk memberikan pelayanan yang baik tentunya selalu diusahakan adanya peningkatan kualitas pelayanan guna mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat. Keberadaan Puskesmas sangat bermanfaat bagi keluarga tidak mampu. Dengan adanya puskesmas, setidaknya dapat menjawab kebutuhan pelayanan masyarakat yang memadai yakni pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau. Puskesmas berfungsi sebagai; 1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan; 2) Pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat; dan 3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Secara umum, pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (upaya pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitasi (pemulihan kesehatan).

Puskesmas merupakan salah satu institusi kesehatan yang bertanggung jawab melaksanakan upaya kesehatan baik promotif maupun preventif, pengobatan dan rehabilitasi diwilayah kerjanya. Sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan, Puskesmas merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Tujuan penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, motivasi, dan kemampuan semua orang untuk hidup sehat guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal baik sosial maupun ekonomi (Ulumiyah, 2018).

Tujuan pelayanan kesehatan adalah untuk memenuhi kebutuhan individu atau masyarakat untuk mengatasi, menetralkan, atau menormalkan masalah kesehatan dan

anomali yang ada di masyarakat. Dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat, kebutuhan dan permintaan akan kesehatan di masyarakat semakin meningkat, dan tidak ada upaya lebih lanjut yang dapat dilakukan selain meningkatkan kinerja tenaga kesehatan dan menyelenggarakan kesehatan sebaik-baiknya.

Konsepsi otonomi daerah sebagaimana diatur dalam UU no. 32 Tahun 2004 telah memberikan kewenangan dan keleluasan pemerintah daerah untuk dapat menyelenggarakan pelayanan publik yang berkualitas. Seiring dengan lahirnya otonomi daerah tersebut diharapkan setiap daerah berani mengambil inisiatif, mampu membuat terobosan baru atau melakukan inovasi untuk memajukan daerahnya. Inovasi yang dilakukan bisa dalam bentuk penetapan dan penerapan program yang merupakan bagian dari strategi pemerintah dalam meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap kinerja pemerintah yang mendorong terwujudnya kepuasan masyarakat. Terciptanya suatu inovasi merupakan ukuran nyata keberhasilan dari otonomi daerah. Keberadaan inovasi sangat penting untuk pelayanan publik guna memberikan terobosan terbaru yang dapat meningkatkan kualitas pelayanannya. Kepuasan masyarakat Indonesia semenjak adanya otonomi daerah semakin meningkat, karena setiap pemerintah daerah berkewajiban melakukan inovasi yang dibutuhkan oleh daerahnya.

Mutu adalah karakteristik dan gambaran umum dari suatu produk atau jasa yang menunjukkan kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan pelanggan. Oleh karena itu, kualitas menjamin tujuan dan hasil yang diharapkan, dan kualitas harus selalu mengikuti perkembangan keahlian terkini untuk memuaskan pelanggan (Supriyanto and Wulandari, 2011). Peningkatan mutu dan pengendalian Puskesmas memerlukan peran serta aktif pimpinan Puskesmas, penanggung jawab upaya Puskesmas, pelaksanaan kegiatan dan pihak terkait, serta dapat mewujudkan perencanaan dan pelaksanaan peningkatan mutu. Dan itu memberikan kepuasan bagi Pengguna Puskesmas. Bahwa yang mempengaruhi

perencanaan, pemantauan, pengendalian, dan evaluasi terhadap mutu pelayanan Puskesmas(Tarumaselej, 2020).

Sumber daya yang paling penting dalam memberikan layanan kesehatan masyarakat adalah sumber daya manusia. Anda dapat mengontrol sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya Untuk bekerja dengan benar. Salah satu konsep memberi kepuasan pelayanan, yaitu terciptanya pelayanan prima di bidang pelayanan publik. Hal ini dapat menyebabkan ketidakpuasan ke pasien pasien sudah lama menunggu, tapi petugas jika layanan belum tiba, itu masalah citra publik yang sangat baik terkait dengan pelayanan kesehatan masyarakat, dan pejabat harus memiliki komitmen pada tujuan mereka dengan mengutamakan kepuasan pelanggan.

Sumber daya manusia merupakan sumber daya terpenting dalam memberikan pelayanan publik di bidang kesehatan. Dengan sumber daya manusia, kita dapat mengontrol sumber daya lainnya agar berfungsi dengan baik. Salah satu konsep memberikan kepuasan dalam bidang pelayanan adalah menghasilkan kinerja pelayanan prima di bidang pelayanan publik (Saharuddin, 2019).

Salah satu keluhan yang paling umum dari masyarakat umum tentang petugas kesehatan adalah regulasi birokrasi yang berbelit-belit, di manamungkin tidak ramah, dan kinerja pegawai dalam melayani, dalam hal ini servis. Kondisi dan pelayanan lingkungan masih sangat rendah. Mereka berbicara dengan rekan kerja karena kinerja pelayanan yang buruk akibat kurangnya disiplin menciptakan citra buruk di antara petugas kesehatan yang membuat pasien tidak puas dengan kinerja pelayanan yang diberikan.

Persyaratan yang diperlukan untuk mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan dengan baik adalah lokasi harus sesuai dengan penyelenggaraan pelayanan, tersedianya tenaga yang dapat menanggapi keluhan dan informasi dari masyarakat, kepentingan pengguna jasa, dan mendukung operasional. pelayanan kesehatan secara cepat, efisien dan dengan harga pelayanan yang terjangkau.

6.2 Indikator Peningkatan Pelayanan Kesehatan

Untuk meningkatkan sumber daya manusia tentunya diperlukan strategi. Strategi pengembangan kapabilitas tenaga kesehatan dapat dilakukan melalui: Pendidikan dan pelatihan berbasis aspek spritual dan teknologi dalam menjamin pelayanan kesehatan berkualitas (Suprpto and Mulat, 2021). Adapun indikator dalam meningkatkan pelayanan kesehatan sebagai berikut (Jannah, Jamal and Alaydrus, 2018);

1. Kedisiplinan petugas pelayanan; berupa kesungguhan dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai dengan ketentuan yang berlaku belum sesuaidengan ketentuan, karena masih ditemukannya keluhan-keluhan dari pasien yang datang untuk berobat sehingga membuat pasien merasa kurang puas dalam mendapatkan haknya untuk mendapatkan kepuasan pelayanan yang baik dan sesuai dengan kebutuhannya selama melakukan pengobatan dan pemeriksaan.
2. Kemampuan petugas pelayanan; bahwa kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang berobat telah sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan kesehatan pasien,petugas mampu menganalisis dan mengdiagnosis dengan baik berdasarkan semua keluhan yang ada dengan cepat dan cermat serta memberikan adanya masukan serta saran kepada pasien yang berobat, akan tetapi ditemukan masalah mengenai kurangnya kerapian tulisan Dokter yang membuat pasien menjadi ragu untuk mempercayakan pengobatannya kepada pihak Puskesmas.
3. Kecepatan petugas pelayanan; bahwa kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang berobat telah sesuai dengan ketentuan. Namun karena minimnya sosialisasi kepadapasien yang berobat menimbulkan prasangka tidak baik dari pasien sehingga muncul keluhan-keluhan yang dirasakan oleh pasien.
4. Kenyamanan lingkungan; bahwa kenyamanan lingkungan belum berjalan sesuai dengan ketentuan,dikarenakan masih ditemukannya keluhan-keluhan dari pasien mengenai

fasilitas-fasilitas yang dirasa kurang dan berdampak pada kepuasan pasien serta berdampak kepada kinerja pegawai dalam meningkatkan pelayanan kepada pasien.

Sumberdaya manusia merupakan aset yang paling penting dalam sebuah organisasi. Sebuah organisasi harus mampu mengelola sumber daya manusia yang berada didalamnya dengan semaksimal mungkin. Sumber daya manusia terpenting dalam suatu organisasi adalah sumberdaya manusia yang memberikan tenaga, bakat, kreativitas dan usaha mereka terhadap organisas. Faktor non budaya yang dapat mempengaruhi kinerja pegawai Puskesmas adalah faktor lingkungan kerja. Lingkungan kerja secara garis besar dibagi menjadi dua bidang: lingkungan kerja fisik dan lingkungan kerja non-fisik. Lingkungan kerja fisik adalah lingkungan kerja yang terdiri dari peralatan yang mempengaruhi lingkungan kerja, mesin kantor yang tersedia, dan desain kantor. Kantor fisik dan kondisi kerja fisik di mana pekerjaan harus dilakukan. Menurut (Sulistiawan, Riadi and Maria, 2018) bahwa budaya organisasi dan lingkungan kerja berpengaruh positif signifikan terhadap kinerja pegawai.

Upaya-upaya apa yang dilaksanakan untuk meningkatkan kinerja pegawai dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas. Didalam menjalankan suatu peningkatan kinerja pegawai yang dilaksanakan di Puskesmas baik dari peningkatan disiplin, kemampuan kinerja, pelaksanaan kinerja oleh pegawai dan peningkatan sarana dan prasarana sudah dilaksanakan guna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Fatmawati, 2018). Kualitas pelayanan yang baik dapat dijadikan sebagai tolak ukur atas keberhasilan pelayanan yang diberikan oleh suatu penyelenggara pelayanan, salah satunya adalah kualitas pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas.

Dalam peningkatan kualitas pelayanan dari Puskesmas, suatu sistem pengawasan atau monitoring dan evaluasi dalam proses pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan hal yang penting untuk dilakukan secara berkala baik oleh Kepala

Puskesmas, pengawas internal, maupun Dinas Kesehatan sehingga dapat memberi masukan atau perbaikan guna meningkatkan kinerja dari pelayanan kesehatan. Perlu adanya suatu informasi yang diberikan pada masyarakat berupa info grafis untuk mengedukasi masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan dasar atau petunjuk dalam pelayanan guna mempermudah masyarakat dalam memahami prosedur pelayanan dan informasi terkait kesehatan lainnya (Ramadhan, Muhafidin and Miradhia, 2021). Pengukuran kualitas pelayanan dapat dilakukan dengan menggunakan dimensi pelayanan dari (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1988) mengenai SERVQUAL yang terdiri dari lima dimensi yaitu, *tangibles*, *empathy*, *reliability*, *responsiveness*, dan *assurance*. Kriteria kualitas pelayanan kesehatan dapat dilihat sikap, perilaku, kondisi lingkungan, faktor sosial, waktu tunggu, dan bukti fisik (Sakilah, Arifin and Mallongi, 2020).

Hubungan antara sikap, keterampilan dan pengetahuan dalam pelayanan kesehatan. Faktor yang paling dominan dalam pelayanan kesehatan adalah interaksi antara kemampuan dan pelatihan. Mengembangkan kemampuan perawat melalui pelatihan, pembinaan oleh tim yang ditugaskan, atau bekerja sama dengan rekan kerja, dan melalui pertemuan rutin dan pengawasan oleh tim yang diberi tugas, perawat dalam pemberian pelayanan kesehatan masyarakat secara teratur. Meningkatkan kemampuan perawat dalam mengoptimalkan pemberian pelayanan kesehatan masyarakat melalui pelatihan, pembinaan dari tim yang ditugaskan, atau kerjasama dengan rekan sejawat, dan untuk memberikan dukungan dalam bentuk penghargaan dan kebijakan serta karir petugas kesehatan (Suprpto, Mulat and Lalla, 2021).

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, situasi kerja mereka perlu diperhatikan agar dapat memberikan pelayanan yang optimal. Jika pekerjaan tinggi ditangani oleh sejumlah kecil sumber daya manusia, itu hanya akan menghasilkan beban kerja yang tinggi dan kemudian meningkatkan stres kerja. Lingkungan kerja yang kondusif tidak hanya membantu perawat untuk mengendalikan stres tetapi juga memungkinkan

mereka untuk meningkatkan kinerja mereka (Yosiana, Hermawati and Mas'ud, 2020). Misalnya; untuk meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi, untuk meningkatkan dukungan keluarga dan petugas kesehatan harus meningkatkan sosialisasi kepada orang tua dan remaja (Febriana, Mulyono and Widyatuti, 2021). Memberikan pelayanan kesehatan sesuai prosedur, responsivitas, akuntabilitas, dan transparansi. Tersedianya fasilitas kesehatan seperti puskesmas dari pemerintah dan didukung dengan kinerja pegawai puskesmas yang berkualitas mampu dan membantu meningkatkan kesehatan masyarakat sehat (Nasution, 2016).

Dalam beberapa tahun terakhir, program transparansi dan akuntabilitas telah digunakan semakin banyak dalam upaya untuk meningkatkan responsivitas dan efektivitas layanan publik di negara-negara berkembang. Dalam makalah ini, kami mengevaluasi dampak dari program transparansi dan akuntabilitas yang tidak preskriptif, komunitas, dan berfokus pada kesehatan di Indonesia dan Tanzania. Kami tidak menemukan bukti dampak rata-rata pada perawatan kesehatan, kesehatan, atau persepsi pemberdayaan di antara wanita hamil baru-baru ini di komunitas yang ditawarkan program ini. Terlepas dari banyak perbedaan antara kedua negara di mana program ini ditawarkan - terutama dalam hal tingkat sumber daya dan pilihan penyedia layanan kesehatan - kami juga menemukan kesamaan substansial dalam alasan mengapa program ini tidak memiliki dampak rata-rata. Dengan menggunakan bukti kualitatif untuk melacak kerangka kerja sederhana yang mewakili hubungan sebab akibat potensial antara program dan hasil kesehatan, kami mengamati bahwa mata rantai yang hilang dalam rantai kausal ini serupa di kedua negara. Kami menemukan bahwa di kedua negara, partisipasi dalam program ini substansial dan berkelanjutan di sebagian besar komunitas, dan bahwa peserta merencanakan dan mencoba berbagai kegiatan sipil untuk mencoba meningkatkan kualitas mereka (Arkedis *et al.*, 2021).

Dalam hal peningkatan kinerja puskesmas dalam pemberian pelayanan yang baik dan memenuhi harapan dan kepuasan pasien. Kualitas dan kuantitas pekerjaan yang baik dan sesuai dengan aturan yang ditetapkan organisasinya, pengetahuan pekerjaan sesuai bidang/kemampuan yang dimiliki, kerjasama tim yang sangat bagus dan kompak, kreativitas yang cukup baik, inovasi yang bagus, inisiatif pegawai yang disiplin sudah dapat dikatakan baik(Nurfadilah, 2018). Peningkatan kinerja pelayanan puskesmas dapat diukur:

1. Kualitas; ukuran/penilaian baik dan buruknya akan suatu pekerjaan yang bisa diterima untuk seorang pegawai. Dari segi ketelitian dan kerapihan kerja, keterampilan dan kecakapan.
2. Kuantitas; seberapa besarnya beban kerja (tanggungjawab) atau beberapa pekerjaan yang wajib diselesaikan oleh seorang pegawai. Standart Operasional Pelayanan dan dalam hal ini masyarakat juga merasakan pelayanan yang berkaitan dengan ketepatan waktu yang diberikan.
3. Pengetahuan; suatu kegiatan yang menempatkan seorang pegawai itu sesuai dengan latar belakang pendidikan, atau kemampuan/keahlian dalam suatu pekerjaan. Hal tersebut diketahui dari skill(kemampuan) pegawai untuk memahami suatu hal yang berhubungan dengan tugas yang mereka lakukan. Bidang atau kempuan yang dimiliki yang terlihat dalam penempatan kerjanya.
4. Kerjasama Tim; dapat diketahui bagaimana seorang pegawai tersebut dapat bekerja dengan orang lain unruk menyelesaikan suatu tugas pekerjaan. Petugas kesehatan harus mematuhi peraturan yang ada dan bekerja secara koperatif saling membantu dan masyarakat sudah mengetahui kemampuan para petugas sangat bagus, kompak untuk saling membantu satu sama lainnya dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan peraturan yang berlaku.
5. Kreativitas; kemampuan/ keahlian yang dimiliki oleh seorang pegawai untuk menyudahi pekerjaannya, kemudian dilihat cara dan inisiatif (bersedianya) seseorang yang dapat

dibilang berhasil secara efektif dan efisien demi kemajuan organisasi. Kemampuan pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan sudah cukup baik karena dirasa cukup efektif dan efisien dalam memberikan pelayanannya.

6. Inovasi; kemampuan untuk menghasilkan/menciptakan perubahan-perubahan baru yang berguna untuk perbaikan dan kemajuan organisasi yang dimiliki. Ide-ide cemerlang atau beberapa inovasi yang bagus dari puskesmas membuat masyarakat menjadi puas atau senang akan kemudahan prosedur pelayanan yang diberikan
7. Inisiatif; terdiri dari beberapa sudut pandang (aspek) seperti kemampuan yang berguna untuk mengambil langkah/tahapan yang tepat untuk bisa menghadapi kesulitan, dan kemampuan untuk melakukan sesuatu pekerjaan tanpa bantuan, kemampuan untuk mengambil kegiatan sebagai tahapan pertama. kedisiplinan para pegawai sudah berjalan dengan baik tetapi lebih ditingkatkan lagi dalam memberikan pelayanan yang lebih baik untuk kedepannya.

Untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan diperlukan sebuah inovasi pelayanan kesehatan. secara umum inovasi seringkali diterjemahkan sebagai penemuan baru. Namun sebenarnya aspek “kebaruan” dalam inovasi sangat ditekankan untuk inovasi di sektor swasta atau di sektor industri. Sedangkan, inovasi pada sektor publik lebih ditekankan pada aspek “perbaikan” yang dihasilkan dari kegiatan inovasi tersebut, yaitu pemerintah mampu memberikan pelayanan publik secara lebih efektif, efisien dan berkualitas, murah dan terjangkau. Penerapan inovasi pelayanan di Puskesmas. Penerapan inovasi yang dilakukan Puskesmas merupakan proses perbaikan dari sistem yang telah ada. Inovasi yang dilakukan Puskesmas dikelompokkan dalam jenis inovasi menurut pendapat Damannpour adalah inovasi produk/jasa baru yang terdiri dari inovasi pada peralatan medis dan inovasi pelayanan jasa baru, dan inovasi proses yang terdiri dari pelayanan pembayaran satu pintu, pelayanan

pendaftaran pada kotak antrian tersendiri bagi kelompok rentan, helper, dan hotline service(Anggraeny, 2013).

Daftar Pustaka

- Anggraeny, C. (2013) 'Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya', *Jurnal Kebijakan Publik dan Manajemen Publik*, 1(1).
- Arkedis, J. *et al.* (2021) 'Can transparency and accountability programs improve health? Experimental evidence from Indonesia and Tanzania', *World Development*, 142, p. 105369. doi: 10.1016/j.worlddev.2020.105369.
- Fatmawati, N. (2018) 'Kualitas Pelayanan Kesehatan (Studi Pada Puskesmas Kendalsari Kota Malang)'. Universitas Brawijaya.
- Febriana, A., Mulyono, S. and Widyatuti, W. (2021) 'Family support on utilization of adolescent reproduction health service at the area of public health service (Puskesmas) of Martapura', *Enfermería Clínica*, 31, pp. S135–S138. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.12.008.
- Jannah, N., Jamal, M. and Alaydrus, A. (2018) 'Kinerja Pegawai Dalam Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Juanda Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda'.
- Nasution, I. (2016) 'Kinerja Pegawai Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Medan Denai Kota Medan', *Publikauma: Jurnal Administrasi Publik Universitas Medan Area*, 4(2), pp. 152–161. doi: 10.31289/publika.v4i2.411.
- Nurfadilah, S. (2018) 'Kinerja Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya'. UNIVERSITAS 17 AGUSTUS 1945.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. (1988) 'SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality', 1988, 64(1), pp. 12–40.
- Ramadhan, F., Muhafidin, D. and Miradhia, D. (2021) 'Kualitas Pelayanan Kesehatan Puskesmas Ibum Kabupaten Bandung', *JANE-Jurnal Administrasi Negara*, 12(2), pp. 58–63.
- Saharuddin, A. D. (2019) 'Peningkatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sebagai Implikasi Kinerja Pegawai Di

- Puskesmas Tammero'do Kecamatan Tammero'do Kabupaten Majene', *MITZAL (Demokrasi, Komunikasi dan Budaya): Jurnal Ilmu Pemerintahan dan Ilmu Komunikasi*, 2(1).
- Sakilah, N., Arifin, M. A. and Mallongi, A. (2020) 'Differences in service quality before and after accreditation at Pamboang Health Center, Majene Regency', *Enfermería Clínica*, 30, pp. 345–348. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.10.097.
- Sulistiawan, D., Riadi, S. S. and Maria, S. (2018) 'Pengaruh budaya organisasi dan lingkungan kerja terhadap kinerja pegawai', *KINERJA*, 14(2), p. 61. doi: 10.29264/jkin.v14i2.2480.
- Suprpto, S. and Mulat, T. C. (2021) 'Faktor Determinan Pengembangan Kapasitas Perawat dalam Pelayanan Kesehatan', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), pp. 416–422. doi: 10.35816/jiskh.v10i2.628.
- Suprpto, S., Mulat, T. C. and Lalla, N. S. N. (2021) 'Nurse competence in implementing public health care', *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 10(2), p. 428. doi: 10.11591/ijphs.v10i2.20711.
- Tarumaselej, L. A. (2020) 'Pengaruh Manajemen Puskesmas Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas Di Kota Ambon'. Universitas Hasanuddin.
- Ulumiyah, N. H. (2018) 'Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), p. 149. doi: 10.20473/jaki.v6i2.2018.149-155.
- Yosiana, Y., Hermawati, A. and Mas'ud, M. H. (2020) 'The Analysis of Workload and Work Environment on Nurse Performance with Job Stress as Mediation Variable', *Journal of Socioeconomics and Development*, 3(1), p. 37. doi: 10.31328/jsed.v3i1.1326.

Bab 7

MUTU PELAYANAN PUSKESMAS

Oleh Maysarah

7.1 Pengertian sistem informasi Puskesmas

Mutu Pelayanan Kesehatan merupakan telah menjadi kebutuhan yang mendasar bagi semua orang terhadap fasilitas pelayanan. Misalnya *Health Center*, *Hospital*, Klinik swasta dan Balai Pengobatan yang termasuk didalamnya antara lain pemeriksaan kesehatan, perawatan kesehatan, kefarmasian, laboratorium, dan rekam medik. *Hospital dan health center* memberikan layanan kesehatan yang berkualitas dalam memberikan pelayanan sesuai harapan masyarakat dan pasien. Dalam pelayanan kesehatan rekam medis mempunyai peranan penting sebagai sumber data dan informasi untuk menunjang kualitas pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan merupakan upaya meningkatkan derajat dalam memberikan pelayanan secara efisien dan efektif sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan yang dilaksanakan secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan memanfaatkan teknologi tepat guna dan hasil guna dari pengembangan penelitian pelayanan kesehatan keperawatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang lebih optimal. (Nursalam, 2015)

Mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas Terakreditasi di Kota Padang berjalan dengan baik, bahwa dari 22 atribut terdapat 3 atribut yang masuk dalam prioritas utama dan harus segera dilakukan perbaikan. Mutu pelayanan sudah baik namun belum optimal maka perlu dilakukan perbaikan terutama komunikasi dan koordinasi antara sesama staf dan pasien. (Aini *et al.*, 2021)

7.2 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Dimensi mutu dalam pelayanan kesehatan terbagi menjadi lima bagian antara lain :

1. *Tangibles*

Bukti Langsung (*tangibles*) merupakan bukti langsung terkait dengan fasilitas fisik, sarana dan prasarana petugas serta sarana komunikasi. Dalam mutu pelayanan kesehatan tersedianya sarana prasarana yang cukup yang dapat dirasakan secara langsung oleh konsumen/pasien secara optimal, seperti sarana komunikasi, ruang tunggu yang nyaman yang dilengkapi dengan tempat duduk yang cukup, tempat parkir yang aman, ruangan yang nyaman yang dilengkapi dengan penyejuk ruangan dan kebersihan yang terjaga. Jasa pelayanan kesehatan hanya dapat dirasakan oleh pelanggan dengan melihat, mendengar dan perasaan untuk menilai mutu atau kualitas pelayanan yang diberikan seperti kebersihan ruang pasien, kenyamanan, kursi yang cukup, rapi, performa petugas yang baik, peralatan perkantoran yang cukup. Serta menarik.

2. *Reliability*

Reliability atau kehandalan merupakan yaitu kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dimensi mutu pelayanan kesehatan diberikan dengan tepat waktu, teliti sesuai dengan tawaran yang dipromosikan yang ada dalam brosur. Pada dimensi ini dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan kepada Pasien merupakan produk dari aktivitas seseorang dengan kata lain jasa *non standardize output* sehingga sedikit kesulitan untuk mendapatkan konsekuensi luaran. Untuk mewujudkan reliabilitas pihak manager/pimpinan harus komitmen menerapkan budaya lingkungan kerja yang memperhatikan mutu atau kualitas pelayanan.

3. *Responsiveness*

Responsiveness atau daya tanggap petugas kesehatan merupakan pemberi layanan kesehatan dengan tanggap dan cepat dalam membantu pasien sesuai dengan SOP untuk memenuhi kebutuhan pasien, sebagai faktor seperti sikap

petugas sebab yang akan langsung berhubungan dengan pasien, dan keluarganya.

4. Assurance

Assurance atau jaminan merupakan kemampuan yang dimiliki oleh petugas seperti sopandan dapat dipercaya, tanpa resiko bahaya dan rasa khawatir. Pada dimensi ini memberikan dampak jasa pelayanan kesehatan yang diberikan pada pelanggan.

5. Empati

Empati merupakan adanya kemudahan dalam berkomunikasi dengan petugas mudah dipahami oleh pelanggan. Pada dimesi ini adanya rasapedulidan perhatian yang baik dari petugas kepada pelanggan. Peranan tenaga kesehatan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan pesian merasakan puas terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh petugas sesuai harapan dan kebutuhan.

Kualitas layanan kesehatan dapat dilihat dari ada tanggapan yang baik, adanya rasa tanggung jawab, efesien meskipun di puskesmas masih belum efektif, untuk itu perlu penambahan fasilitas kesehatan dan petugas kesehatan harus memberikan pelayanan lebih efektif agar mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas tetap maksimal. (Marinkovic *et al.*, 2009)

Ada hubungan mutu pelayanan dengan kepuasan Pasien karena didukung oleh lima dimensi mutu seperti adanya reliability (kehandalan) p-value=0,001, responsiveness (ketanggapan) p-value=0,006, assurance (jaminan) dengan p-value=0,008, empathy (perhatian) dengan p-value=0,009, tangible (bukti fisik/bukti langsung) dengan p-value=0,001 dengan kepuasanpasien.(Fakhsiannor, 2021)

7.3 Macam – macam Dimensi Mutu

Komite Kualitas Perawatan Kesehatan di Amerika memberikan batasan terbagi enam dimensi sebagai berikut:

1. Keselamatan pasien dalam masa perawatan tanpa disakiti dan dilukai oleh petugas. Dikatakan pasien selamat, dimana kondisi pasien bebas dari luka atau cedera karena tindakan tidak disengaja atau Kecelakaan, baik yang disebabkan oleh kegagalan dalam pelaksanaan perencanaan, tidak mengacu padatujuan awal, atau tidak sesuai rencana Untuk meningkatkan keselamatan yang lebih maksimal dilakukan komitmen yang jelas, usaha yang sistematis dari pemangku kebijakan, dan adanya keberlanjutan dari pihak pimpinan pada tingkat eksekutif dan dewan direksi.
2. Effectiveness pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan ilmu pengetahuan yang dimiliki dan kompetensi. Efektivitas mengacu pada pelayanan kesehatan berdasarkan pada penggunaan bukti sesuai dengan prosedur.
3. Pasien (*patient centerdness*) pelayanan kesehatan berdasarkan rasa respek, responsive lebih cendrung pada pasien, kebutuhan pasien dannilai-nilai. telah ada beberapa dimensi yang perlu di indetifikasi yang berpusat pada pelayanan pasien yaitu:
 - a. Nilai – nilai yang dihormati, kekhususan, dan kebutuhan
 - b. Bentuk dan kombinasi perawatan
 - c. KIE
 - d. Adanya rasa nyaman secara fisik
 - e. Dukungan emosional, menghilangkan rasa khawatir
 - f. Peran keluarga dan teman
4. Tepat waktud alam memberikan perawatan pada pasien yang membutuhkan. Karakteristik yang penting dalam pelayanan kesehatan salah satunya tepat waktu dan merupakan nilai dan bukti dalam upaya memaksimalkan pemeliharaan kesehatan.
5. Penghematan, seperti penggunaan alat, distribusi, gas-gasan dan energi. Dalam pemeliharaan kesehatan yang baik,

sumber daya yang digunakan untuk mendapatkan nilai terbaik dari dana yang disediakan.

6. Keadilan (*Equity*) pelayanan yang terbaik yang disediakan tanpa ada diskriminasi atau perbedaan umur, jenis kelamin, ras, harta kekayaan. Berkaitan dengan keadilan dalam pemberian pelayanan kepada semua orang yang mengharapkan perlakuan secara adil, ketersediaan pelayanan yang berkualitas berdasarkan pada kebutuhan individu. Mutu pelayanan seharusnya harus sama tanpa membedakan karakteristik misalnya jenis kelamin, ras, umur, etnik, ekonomi, pendidikan, kecacatan, orientasi seksual, dan lingkungan tinggal.

7.4 Mengukur Mutu Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan upaya diselenggarakan baik bersama – sama maupun secara pribadi dalam sebuah organisasi. 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. Layanan kesehatan merupakan upaya yang dilaksanakan secara bersama maupun mandiri dalam suatu organisasi untuk pemeliharaan dan peningkatkan kesehatan, upaya preventif dan sembuh dari sakit serta masa rehabilitatif, keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Ada hal yang perlu diperhatikan dalam pelayanan kesehatan.

1. Layanan kesehatan yang dapat secara mandiri pelayanan kesehatan dokter praktek swasta.
2. Upaya pelayanan kesehatan yang diberikan secara kelembagaan kesehatan ditempat pelayanan.
3. Pencapaian pelayanan kesehatan yang diberikan bervariasi sesuai kebutuhan konsumen.
4. Lingkup pelayanan kesehatan meliputi adanya preventif dan promotif serta rehabilitatif yang diberikan secara paripurna.

5. Sasaran kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat pada umum. Macam layanan Kesehatan yang ada di Indonesia dibagi menjadi 3 kelompok antara lain:
 - a. *Primary health services*/ pelayanan kesehatan utama
 - b. Layanan kesehatan tingkat kedua yaitu pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, seperti rawat inap
 - c. Layanan kesehatan tingkat ketiga yaitu pelayanan lebih lengkap/kompleks yang biasanya dilakukan oleh dokter ahli sub spesialis.

7.5 Menjaga Mutu Pelayanan Puskesmas

Menurut permenkes No. 44 tahun 2016 Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dari dinas kesehatan kabupaten/kota, dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya, yang berpedoman pada kebijakan Kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota itu sendiri.

Pelaksanaan upaya keselamatan pasien Puskesmas disesuaikan dengan standar penilaian akreditasi Puskesmas. Namun dalam kenyataan realnya masih ada hambatan dan kekurangan yang belum sesuai dengan standar upaya keselamatan pasien di Puskesmas seperti masih kurangnya sosialisasi kepada petugas yang terlibat langsung dengan upaya keselamatan Pasien pada saat melakukan tindakan medik, sehingga perlu optimalisasi penerapan upaya keselamatan pasien dari seluruh pihak yang terlibat.(Ulumiyah, 2018)

7.5.1 Indeks Mutu Puskesmas

Menurut Kepmenkes tahun 2014 no. 75 tentang peran Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan bertanggung jawab dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya yaitu dalam upaya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan di tingkat pertama yang melibatkan langsung masyarakat menjadi sasaran utama.

Ada tiga arah dari kebijakan Kementerian Kesehatan yaitu:

1. Menitik beratkan Pelayanan Kesehatan Primer di Puskesmas yaitu 4 upaya kesehatan sebagai pembinaan kesehatan:
 - a) Peningkatan dan pemberdayaan masyarakat.
 - b) Menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)
 - c) Menyelenggarakan Upaya Kesehatan Personal (UKP).
 - d) Monitoring dan mendukung pembangunan berwawasan kesehatan

Dalam siklus manajemen Puskesmas yang baik merupakan kegiatan yang berkelanjutan berkesinambungan, dalam menyelenggarakan upaya kesehatan yang berkualitas, dan selalu diawasi secara teratur, berkala, dikontrol dan pengendalian dalam kurun waktu yang panjang, supaya kinerja dapat direvisi jika ada yang belum sesuai target dan upaya peningkatan dalam satu siklus manajemen dengan kata lain "*Plan-Do-Check-Action (P-D-C-A)*".

Untuk merevitalisasi puskesmas, difokuskan pada 5 unsur diantaranya:

- a. Upaya peningkatan Sumber Daya Manusia
 - b. Upaya peningkatan kemampuan teknis pada manajemen Puskesmas
 - c. Upaya pembiayaan yang maksimal dan cukup
 - d. Sistem Informasi Puskesmas (SIP) yang Update
 - e. Melaksanakan akreditasi puskesmas.
2. Melaksanakan *Continuum of Care* atau Pendekatan Keberlanjutan Pelayanan yang meliputi peningkatan mutu, dan pencegahan penyakit, kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut.
 3. Kesehatan termasuk daerah terpencil dan terisolir
Program khusus untuk mengatasi masalah kesehatan dengan intervensi berbasis resiko terutama bayi, balita dan lansia, ibu hamil, pengungsi serta keluarga miskin.

Kelompok berisiko, dan masyarakat pada daerah perbatasan, kepulauan, daerah bermasalah.

7.5.2 Jenis-Jenis Indikator Mutu Di Puskesmas

1. Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Upaya meningkatkan akses dan mutu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
2. Data Dasar Puskesmas Upaya meningkatkan kinerja puskesmas diperlukan informasi yang lengkap tentang puskesmas, di antaranya berkaitan dengan kondisi bangunan puskesmas dan sarananya, kondisi jaringan puskesmas, dan tenaga di puskesmas.

7.5.3 Pengukuran Indikator Mutu Di Puskesmas

1. Program Pembinaan Upaya Kesehatan
2. Melakukan analisis situasi untuk mendapatkan informasi tentang kondisi dan identifikasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi puskesmas untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang ada di wilayah kerjanya.

7.6 Indikator Mutu Pelayanan di Puskesmas

Untuk mengukur tingkat keberhasilan pelayanan kesehatan harus ada pedoman sebagai standar atau tolak ukur yang merupakan indikator. Sedangkan indikator sendiri merupakan pedoman atau parameter/Indikator dari peristiwa/fenomena dapat diukur. Misalnya indeks status kesehatan masyarakat yaitu AKI dan status gizi, adanya gambaran terkait kualitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan indikator Masukan/*input* yang

- a. Adanya Tenaga kesehatan yang profesional
- b. Biaya/ anggaran dana yang tersedia cukup.
- c. Obat-obatan dan alat kesehatan yang.
- d. Metode atau standard operation(SOP) dalam tindakan

Indikator proses Memberikan petunjuk tentang pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan, sesuai dengan SOP yang dilakukan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas dan fungsinya yang ditinjau dari sisi manajemen.

Manajemen Puskesmas itu merupakan serangkaian kegiatan puskesmas seperti adanya perencanaan (P1) , pergerakan, pelaksanaan (P2) dan, pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) atas kinerja secara sistematis yang dilakukakan oleh puskesmas sebagaimana tugas dan fungsi puskesmas yang didukung oleh bentuk kepemimpinan yang baik secara efektif maupun efisien. (Sianturi E et al, 2021)

Indikator luaran/*Output* yaitu standar khusus (kuantitas) bagi output/ luaran program seperti sejumlah pemenuhan sarana dan prasarana seperti pembangunan puskesmas, jumlah kader kesehatan sudah dibina dan dilatih untuk meningkatkan keterampilannya, jumlah fasilitas kesehatan yang berada di wilayah kerja puskesmas yang dibangun, jumlah pasien yang sembuh dari sakit setelah di obati seperti pada pasien TB Paru. Indikator Outcome yaitu dampak yang dapat di ukur dari program yang diberikan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, menurunkan angka morbiditas. Indikator Impact dampak bagi masyarakat dalam jangka waktu yang singkat. Seperti Peningkatnya umur harapan hidup (UHH), peningkatan status gizi dan fasilitas pelayanan kesehatan sudah cukup memadai.

Ada pengaruh yang mutupelayanan kesehatan ($p=0,000$) terhadap kepuasan pasiendi puskesmas yang diberikan oleh petugas Sehingga perlu diperlukan mutupelayanan yang efisien dan efektif dapatmeningkatkan kepuasan pasien yang ada.(Angelita et al., 2021)

Daftar Pustaka

- Aini, R. *et al.* (2021) 'Mutu Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Terakreditasi Di Kota Padang', *Human Care Journal*, 6(1), pp. 139–145. Available at: <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/humancare/article/view/1090>.
- Angelita, L. *et al.* (2021) 'Kepuasan Pasien Di Puskesmas Papakelan', 02(02), pp. 2–7.
- Iman TA *et al.* (2017) Manajemen Mutu Informasi Kesehatan Quality Assurance, PPSDM Kesehatan, Badan Pengembangan SDM Kesehatan, Kemenkes RI.
- Marinkovic, B. A. *et al.* (2009) '2 3 12', *Chemistry of Materials*, 21, pp. 2886–2894.
- Mubarak *et al.* (2022) Teori Keperawatan Komunitas , Yayasan Kita Menulis.
- Fakhsiannor (2021) 'HUBUNGAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DENGAN KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS BATUMANDI KABUPATEN BALANGAN TAHUN 2021 RELATIONSHIP OF QUALITY OF HEALTH SERVICES WITH OUTPATIENT PATIENT SATISFACTION AT BATUMANDI PUSKESMAS , BALANGAN REGENCY IN 2021', 8(2), pp. 180–185.
- Nursalam (2015) 'Konsep Mutu Pelayanan', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 5(9), pp. 1689–1699.
- Sianturi E *et al.* (2021) Sistem Informasi Kesehatan, Yayasan Kita Menulis
- Sriyanti C (2016) Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan (Modul) PPSDM Kesehatan , Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Kemenkes RI.
- Ulumiyah, N. H. (2018) 'Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), p. 149. doi: 10.20473/jaki.v6i2.2018.149-155.

Bab 8

UPAYA PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Mahaza

8.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan. Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Kondisi umum kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan. Sementara itu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan dan manajemen kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu Puskesmas yang diperkuat dengan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas keliling, telah didirikan di hampir seluruh wilayah Indonesia. Saat ini, jumlah Puskesmas di seluruh Indonesia adalah 7.550 unit, Puskesmas Pembantu 22.002 unit dan Puskesmas keliling 6.132 unit. Meskipun fasilitas pelayanan kesehatan dasar tersebut terdapat di semua

kecamatan, namun pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih menjadi kendala. Fasilitas ini belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, terutama terkait dengan biaya dan jarak transportasi. Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya adalah Rumah Sakit yang terdapat di hampir semua kabupaten/kota, namun sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan belum dapat berjalan dengan optimal.

Ketersediaan mutu, keamanan obat, dan perbekalan kesehatan masih belum optimal serta belum dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Dalam hal tenaga kesehatan, Indonesia mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Permasalahan besar tentang SDM adalah inefisiensi dan inefektivitas SDM dalam menanggulangi masalah kesehatan. Walaupun rasio SDM kesehatan telah meningkat, tetapi masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010 dan variasinya antar daerah masih tajam. Dengan produksi SDM kesehatan dari institusi pendidikan saat ini, target tersebut sulit untuk dicapai.

Dewasa ini di Indonesia terdapat beberapa masalah kesehatan penduduk yang masih perlu mendapat perhatian secara sungguh-sungguh dari semua pihak karena dampaknya akan mempengaruhi kualitas bahan baku sumber daya manusia Indonesia di masa yang akan datang. Di negara kita mereka yang mempunyai penyakit diperkirakan 15% sedangkan yang merasa sehat atau tidak sakit adalah selebihnya atau 85%. Selama ini nampak bahwa perhatian yang lebih besar ditujukan kepada mereka yang sakit. Sedangkan mereka yang berada di antara sehat dan sakit tidak banyak mendapat upaya promosi. Untuk itu, dalam penyusunan prioritas anggaran, peletakan perhatian dan biaya sebesar 85 % seharusnya diberikan kepada 85% masyarakat sehat yang perlu mendapatkan upaya promosi kesehatan.

Dengan adanya tantangan seperti tersebut di atas maka diperlukan suatu perubahan paradigma dan konsep pembangunan kesehatan.

8.2 Permasalahan Kesehatan Masyarakat

Beberapa permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan antara lain :

1. Status kesehatan penduduk miskin masih rendah.
2. Beban ganda penyakit. Dimana pola penyakit yang diderita oleh masyarakat adalah penyakit infeksi menular dan pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular, sehingga Indonesia menghadapi beban ganda pada waktu yang bersamaan (double burden)
3. Kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih rendah.
4. Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusinya tidak merata.
5. Perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat.
6. Kinerja pelayanan kesehatan yang rendah.
7. Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan. Masih rendahnya kondisi kesehatan lingkungan juga berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan merupakan kegiatan lintas sektor belum dikelola dalam suatu sistem kesehatan kewilayahan.
8. Lemahnya dukungan peraturan perundang-undangan, kemampuan sumber daya manusia, standarisasi, penilaian hasil penelitian produk, pengawasan obat tradisional, kosmetik, produk terapeutik/obat, obat asli Indonesia, dan sistem informasi.

Paradigma berkembang sebagai hasil pemikiran dalam kesadaran manusia terhadap informasi-informasi yang diperoleh baik dari pengalaman ataupun dari penelitian. Memasuki era reformasi untuk Indonesia baru telah terjadi perubahan pola pikir dan konsep dasar strategis pembangunan kesehatan dalam bentuk paradigma sehat. Sebelumnya pembangunan kesehatan cenderung menggunakan paradigma sakit dengan menekankan upaya-upaya pengobatan (kuratif) terhadap masyarakat Indonesia.

Perubahan paradigma kesehatan dan pengalaman kita dalam menangani masalah kesehatan di waktu yang lalu, membuat kita melihat kembali prioritas dan penekanan program dalam upaya meningkatkan kesehatan penduduk yang akan menjadi pelaku utama dan mempertahankan kesinambungan pembangunan. Indonesia yang menjadi sumber daya manusia sehat dan produktif harus berpikir dan agak berbeda dengan apa yang kita lakukan sekarang. Pembangunan penduduk yang sehat tidak bisa dilakukan melalui pengobatan yang sedikit saja. Perubahan paradigma perlu dilakukan adalah paradigma atau konsep yang semula menekankan pada penyembuhan penyakit berupa pengobatan dan meringankan beban penyakit diubah ke arah upaya peningkatan kesehatan dari sebagian besar masyarakat yang belum jatuh sakit agar bisa lebih berkontribusi dalam pembangunan.

8.3 Paradigma Sehat

Paradigma sehat mempunyai orientasi dimana upaya peningkatan kesehatan masyarakat dititik beratkan pada :

1. Promosi kesehatan, peningkatan vitalitas penduduk yang tidak sakit (85%) agar lebih tahan terhadap penyakit melalui olah raga, fitness dan vitamin.
2. Pencegahan penyakit melalui imunisasi pada ibu hamil, bayi dan anak.
3. Pencegahan pengendalian penanggulangan, pencemaran lingkungan serta perlindungan masyarakat terhadap pengaruh buruk (melalui perubahan perilaku).
4. Memberi pengobatan bagi penduduk yang sakit, (15%) melalui pelayanan medis.

Paradigma sehat merupakan strategi pembangunan kesehatan untuk semua sehat di tahun 2010, dimana mengarah kepada mempertahankan kondisi sehat dan tidak sakit dan produktif yang dikenal dengan upaya promotif dan preventif

ketimbang upaya kuratif yang hanya menekankan pada upaya penanganan orang-orang sakit.

Dalam upaya kesehatan program yang diperlukan adalah program kesehatan yang lebih “efektif” yaitu program kesehatan yang mempunyai model-model pembinaan kesehatan (Health Development Model) sebagai paradigma pembangunan kesehatan yang diharapkan mampu menjawab tantangan sekaligus memenuhi program upaya kesehatan. Model ini menekankan pada upaya kesehatan dan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. Mempersiapkan bahan baku sumber daya manusia yang berkualitas untuk 20-25 tahun mendatang.
2. Meningkatkan produktivitas sumber daya manusia yang ada.
3. Melindungi masyarakat luas dari pencemaran melalui upaya promotif-preventif-protektif dengan pendekatan pro-aktif.
4. Memberi pelayanan kesehatan dasar bagi yang sakit.
5. Promosi kesehatan yang memungkinkan penduduk mencapai potensi kesehatannya secara penuh (peningkatan vitalitas) penduduk yang tidak sakit (85%) agar lebih tahan terhadap penyakit.
6. Pencegahan penyakit melalui imunisasi : bumil (ibu hamil), bayi, anak, dan juga melindungi masyarakat dari pencemaran.
7. Pencegahan, pengendalian, penanggulangan pencemaran lingkungan serta perlindungan masyarakat terhadap pengaruh lingkungan buruk (melalui perubahan perilaku)
8. Penggerakan peran serta masyarakat.
9. Penciptaan lingkungan yang memungkinkan masyarakat dapat hidup dan bekerja secara sehat.
10. Pendekatan multi sektor dan inter disipliner.
11. Pengembangan kebijakan yang dapat memberi perlindungan pada kepentingan kesehatan masyarakat luas (tidak merokok di tempat umum).
12. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar bagi

8.4. Jenis Upaya Pelayanan Kesehatana Masyarakat

8.4.1 Upaya Promotif

Promotif atau promosi kesehatan dalam bahasa Inggris disebut *Health Promotion* atau bisa juga diterjemahkan dengan *Promotion of Health*. Oleh para ahli kesehatan di Indonesia menerjemahkan jenis promosi kesehatan ini terdiri dari lima level/tingkatan pencegahan (*five levels of prepeption*).

Pengertian secara harfiah promotif adalah serangkaian upaya pelayanan kesehatan yang bersifat promosi kepada masyarakat.

8.4.2 Upaya Preventif

Setelah masyarakat mendapatkan penyuluhan atau promosi kesehatan (*promotion of health*), maka masyarakat dikenalkan dengan preventif yang artinya lebih baik mencegah daripada mengobati. Seperti yang telah diketahui bahwa mencegah suatu penyakit mempunyai banyak manfaat besar, baik secara kesehatan itu sendiri atau pun biaya yang lebih murah.

Menurut H.R. Leavell dan E.G. Clark menjabarkan 5 (lima) tingkatan untuk pencegahan (preventif) suatu penyakit:

1. Meningkatkan kualitas kesehatan (*promotion of health*)
2. Melakukan perlindungan khusus untuk penyakit khusus (*specific protection*)
3. Mendiagnosa dan mengobati dengan tepat dan secepat mungkin (*early diagnosis and prompt treatment*)
4. Menghentikan kecacatan atau menghilangkan gangguan kemampuan kerja akibat suatu penyakit (*disability limitation*)
5. Melakukan rehabilitasi (*rehabilitation*)

8.4.3 Upaya Kuratif

Kuratif adalah suatu tindakan yang dilakukan secara medis untuk mendiagnosa suatu penyakit dengan segera untuk melakukan pengobatan secara tepat dan cepat. Tindakan pengobatan (kuratif) ini dilakukan untuk mendapatkan hasil penyembuhan yang lebih sempurna dan efektif.

8.4.4 Upaya Rehabilitatif

Rehabilitatif adalah sebuah proses untuk mengembalikan penderita yang telah sehat dari pengobatan untuk kembali ke masyarakat. Tujuan rehabilitatif adalah memfungsikan kembali bekas penderita sebagaimana mestinya tanpa adanya tekanan dari dirinya sendiri atau dari pihak luar, seperti anggota keluarga, kelompok atau masyarakat.

Daftar Rehabilitasi

- Rehabilitasi secara fisik dengan tujuan memperbaiki fisik penderita sesempurna mungkin
- Rehabilitasi secara mental dengan tujuan memberikan kepercayaan diri untuk diterima secara sosial di masyarakat
- Rehabilitasi secara sosial vokasional dengan tujuan memberikan kesempatan kepada bekas penderita menduduki jabatan pekerjaan dengan kemampuan dan kapabilitas yang sesuai.
- Rehabilitasi secara aesthetis dengan tujuan memberikan keindahan dan rasa syukur kepada bekas penderita walau pun secara fisik tidak lagi sempurna

8.5 Jenis Tingkatan Pelayanan

Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat yang

dilakukan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Sistem kesehatan nasional mengembangkan subsistem upaya kesehatan dalam penyelenggaraannya meliputi upaya kesehatan yang mencakup kesehatan fisik, mental, intelegensia, dan sosial. Upaya kesehatan dilakukan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna. Upaya kesehatan ini terdiri dari :

8.5.1 Upaya Kesehatan Primer

Upaya kesehatan primer terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan primer dan masyarakat primer.

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer

Pelayanan ini memberikan penekanan pada pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan termasuk gaya hidup sehat. PKPP dapat diselenggarakan dalam bentuk pelayanan bergerak (*ambulatory*) ataupun menetap.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat primer

Pelayanan ini menekankan pada pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Pelaksanaan PKMP didukung dengan kegiatan surveilans, pencatatan, dan pelaporan yang diselenggarakan oleh institusi kesehatan berwenang.

8.5.2 Upaya Kesehatan Sekunder

Upaya kesehatan sekunder merupakan upaya kesehatan rujukan lanjutan yang terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan sekunder (PKPS) dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder (PKMS)

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder

Merupakan pelayanan kesehatan spesialistik yang dilaksanakan oleh spesialis atau dokter yang telah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai ijin praktik yang didukung oleh tenaga kesehatan lainnya melalui penerimaan rujukan dari PKPP dan merujuk kembali ke fasilitas kesehatan yang merujuk.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder

Merupakan pelayanan yang dilakukan melalui menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi dan sdmk, serta didukung oleh pelayanan kesehatan tersier.

8.5.3 Upaya Kesehatan Tersier

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT)

Merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang menerima rujukan sub-spesialistik dari pelayanan kesehatan dibawahnya, dan dapat merujuk kembali ke faskes yang dirujuk.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier

Merupakan pelayanan kesehatan masyarakat tersier yang menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sdmk dan rujukan operasional, serta melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat, penapisan teknologi, dan produk teknologi yang terkait.

8.6 Ciri Pelayanan Kesehatan Yang Baik

Berikut adalah ciri pelayanan kesehatan yang baik kepada masyarakat antara lain sebagai berikut:

1. Ramah dan komunikatif.

2. Responsif/ Cepat dan tanggap dalam memberikan pelayanan terutama kepada pasien yang membutuhkan penanganan segera.
3. Menyediakan sarana dan prasarana yang baik
4. Tidak pilih kasih dalam memberikan pelayanan baik kepada siapapun dan tidak membedakanya
5. Ikhas dan tulus dalam melayani pasien,serta memberikan pelayanan sebaik mungkin

8.7 Fungsi Pelayanan Kesehatan

Berikut ini adalah fungsi pelayanan kesehatan antara lain sebagai berikut:

- Melaksanakan pelayanan kesehatan umum kepada masyarakat
- Melaksanakan pemeriksaan dan pengobatan kepada masyarakat agar terhindar dari penyakit
- Memberi penyuluhan pada pasien/ masyarakat tentang pentingnya kesehatan
- Menjadikan masyarakat senantiasa sehat dan sejahtera
- Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat

Daftar Pustaka

- Amirul Mustofa, dkk, 2019. Adminstrasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat. CV. Jakad Media Publishing
<https://www.bing.com/search?form=MOZLBR&pc=MOZD&q=Upaya+pelayanan+kesehatan>
<https://dinkes.nunukankab.go.id/pkmseitaiwan/upaya-kesehatan-masyarakat-ukm-pengembangan/?msclkid=17078641cee711eca1da9dbddb027a00>
<http://www.homecare.or.id/2019/02/promotif-preventif-kuratif-rehabilitatif.html?msclkid=ad0c6b7ccee711eca587921b3da3c64c>
- Kementerian Kesehatan RI (1999 'KEPMENKES_829_1999.pdf, pp. 1–6.
- Krieger, J. and Higgins, D. L. (2002 'Housing and health: Time again for public health action' *American Journal of Public Health*, 92(5), pp. 758–768. doi: 10.2105/AJPH.92.5.758.
- Sub-Committee, G. B. C. H. A. C. S. of F. for H. and Health, G. B. M. of (1946 *Report of the Standards of Fitness for Habitation Sub-Committee*. H.M. Stationery Office. Available at:
<https://books.google.co.id/books?id=hCmlzQEACAAJ>.

Bab 9

HAMBATAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Anggriyani Wahyu Pinandari

9.1 Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat bertujuan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan komunitas lewat upaya mempromosikan gaya hidup sehat, riset penyakit dan pencegahan kecelakaan, serta deteksi, pencegahan, dan respons terhadap penyakit menular. Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization* (WHO)) mendefinisikan kesehatan masyarakat sebagai ilmu dan seni untuk mencegah penyakit, memperpanjang usia, dan mempromosikan kesehatan lewat upaya pengorganisasian masyarakat (Acheson, 1988). Melengkapi definisi WHO, CEA Winslow menambahkan komponen penting lainnya yaitu masyarakat yang terinformasi (*informed choice*) dan pelibatan organisasi, swasta, pemerintah, dan individu.

Berbeda dengan dokter yang menangani individu yang sakit, fokus utama kesehatan masyarakat adalah pencegahan untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota populasi. Upaya ini mencakup penyediaan layanan individu seperti vaksinasi, konseling perilaku dan saran kesehatan, hingga tingkat populasi yang kecil seperti Rukun Tetangga (RT) atau besar seperti negara atau regional dunia misalnya lewat kegiatan kampanye anti-tembakau atau pernikahan anak.

Untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan seluruh anggota populasi, *Center for Disease Control* (CDC)

merekomendasikan 10 Layanan Esensial Kesehatan Masyarakat. Kerangka berfikir ini mendorong kesetaraan akses lewat upaya aktif mempromosikan kebijakan, sistem, dan kondisi yang mendukung tercapainya kesehatan yang optimal bagi semua serta meniadakan hambatan struktural dan sistemik seperti kemiskinan, rasisme, diskriminasi gender, disabilitas, dan bentuk-bentuk diskriminasi lainnya. Poin-poin layanan esensial tersebut adalah sebagai berikut(CDC, 2014):

1. Menilai dan memantau status kesehatan populasi, faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, kebutuhan dan sumberdayakomunitas.
2. Melakukan investigasi, diagnosis, menyelesaikan masalah kesehatan dan bahaya yang mengancam populasi.
3. Berkomunikasi secara efektif untuk mengedukasi masyarakat tentang kesehatan, faktor yang mempengaruhi, dan cara untuk meningkatkannya.
4. Memperkuat, mendukung, memobilisasi komunitas dan kemitraan untuk meningkatkan kesehatan.
5. Menciptakan pelopor dan mengimplementasikan kebijakan, rencana, dan regulasi yang mendukung kesehatan.
6. Memanfaatkan tindakan hukum dan peraturan yang dirancang untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat.
7. Menjamin terselenggaranya system efektif yang memungkinkan kesetaraan akses terhadap pelayanan kesehatan individu.
8. Membangun dan mendukung tenaga kesehatan yang beragam dan terlatih.
9. Meningkatkan fungsi kesehatan masyarakat melalui evaluasi berkelanjutan, penelitian, dan peningkatan kualitas berkelanjutan.
10. Membangun dan menjaga infrastruktur organisasi kesehatan masyarakat yang kuat.

9.2 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Depkes RI, 2009). Dalam Undang-Undang nomor 36 Tahun 2009 pelayanan kesehatan mencakup upaya promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif. Upaya promotif dan preventif berfokus pada kegiatan edukasi kepada masyarakat tentang pola hidup sehat dan mencegah terjadinya permasalahan kesehatan masyarakat atau penyakit. Sementara itu, pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif mencakup kegiatan penyembuhan suatu penyakit, minimalisasi dampak kesehatan, dan membantu proses adaptasi paska kesembuhan. Secara umum pelayanan kesehatan dibagi menjadi beberapa tingkat, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat serta mempunyai potensi besar untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan primer dibagi menjadi dua yaitu pelayanan kesehatan primer yang menasar perorangan (misalnya pengobatan di puskesmas) dan menasar masyarakat (misalnya surveillance dan penyuluhan kesehatan).
2. Pelayanan kesehatan sekunder adalah pelayanan kesehatan tingkat lanjut, yang menyediakan perawatan spesialisik dan menerima rujukan dari pelayanan kesehatan primer. Rujukan layanan dapat berupa kasus pengobatan, spesimen laboratorium, dan informasi kesehatan.
3. Pelayanan kesehatan tersier adalah menyediakan layanan pengobatan subspecialistik dari pelayanan di jenjang yang lebih rendah.

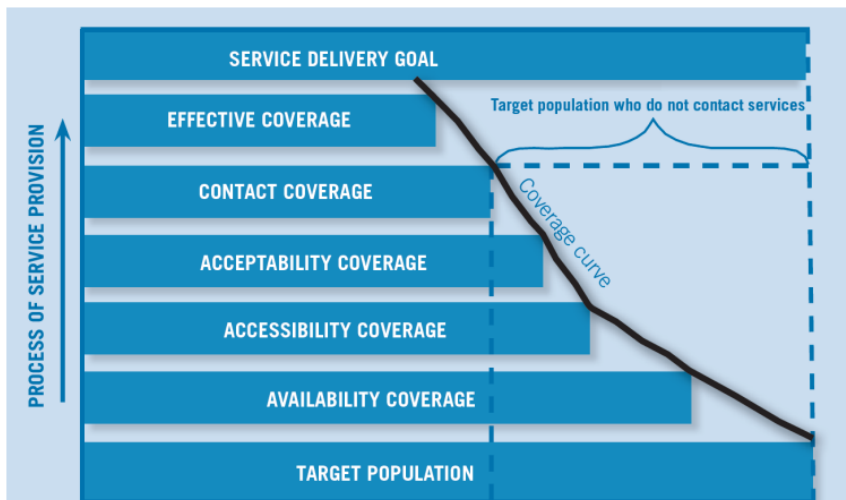
9.3 Telemedisin

Keterjangkauan, aksesibilitas, ketersediaan, dan kualitas pelayanan kesehatan selalu menjadi masalah krusial dalam sejarah umat manusia, terlebih lagi di negara-negara miskin dan berkembang. Beragam upaya telah coba dilakukan oleh pengambil kebijakan, praktisi, akademisi, dan peneliti untuk meningkatkan kualitas dan menurunkan biaya layanan kesehatan agar terjangkau bagi seluruh elemen masyarakat lewat adopsi alat dan teknologi baru. Telemedisin sebagai tren baru dalam layanan kesehatan diharapkan dapat menjawab tantangan panjang tersebut. Namun sayangnya, adopsi langkah ini sering kali tidak dibarengi dengan strategi dan perencanaan yang matang (Bali, 2018).

Telemedisin adalah upaya penyediaan layanan kesehatan jarak jauh dengan menggunakan media/alat komunikasi elektronik (WHO, 2018). WHO mendefinisikan telemedisin sebagai penggunaan teknologi virtual dan telekomunikasi untuk memberikan layanan kesehatan diluar fasilitas layanan kesehatan konvensional. Penggunaan teknologi komunikasi dan virtual tidak hanya populer diadopsi dalam proses komunikasi dokter-pasien, namun juga merambah aspek lain dari layanan kesehatan seperti pendidikan, promosi, pencegahan, layanan penjangkauan klien, dan lain-lain dan kegiatan ini dikenal dengan istilah *telehealth* (CDC). WHO mendefinisikan *telehealth* secara lebih luas yaitu penggunaan teknologi informasi untuk mendukung pertukaran informasi diagnosis, pengobatan, pencegahan penyakit dan kecelakaan, penelitian dan evaluasi, serta pendidikan tenaga kesehatan yang berkelanjutan yang seluruhnya ditujukan untuk meningkatkan kesehatan individu dan komunitas (Ryu, 2012b). Dua definisi tersebut memperjelas perbedaan telemedisin (yang berfokus pada pengobatan dan medis) dan *telehealth* (aspek kesehatan yang lebihluas) meskipun penggunaan dua istilah ini dalam keseharian sering kali tertukar.

9.4 Kerangka Berfikir Tanahashi

Ketersediaan layanan kesehatan menjadi tidak efektif ketika tujuan dari pelayanannya tidak tercapai. Misalnya program rehabilitasi bagi penyalahguna obat, yang ketika program selesai diberikan klien justru kembali menggunakan obat-obatan terlarang. Pemangku kepentingan dapat mengevaluasi cakupan layanan kesehatan dengan menggunakan kerangka berfikir Tanahashi (WHO, 2016) seperti pada Gambar 9.4.



Sumber: (WHO, 2016)

Gambar 9.4 Kerangka Berfikir Tanahashi untuk Menilai Cakupan Layanan Kesehatan

Cakupan Ketersediaan

Ketersediaan merujuk pada proporsi/rasio sumber daya/layanan/produk/tenaga kesehatan terhadap total populasi yang membutuhkan.

Cakupan Aksesibilitas

Aksesibilitas adalah proporsi orang yang dapat mengakses layanan kesehatan secara lokasi, jarak, dan waktu perjalanan. Tidak hanya fisik, aksesibilitas perjalanan juga mencakup keterjangkauan biaya baik yang digunakan secara langsung

untuk membayar layanan kesehatan, atau biaya tidak langsung seperti ongkos transportasi, biaya menginap, dan lain-lain.

Cakupan Keberterimaan

Keberterimaan adalah proporsi orang yang layanan dan program kesehatannya dapat diterima secara budaya, kepercayaan, agama, jenis kelamin, usia, dan karakteristik lokal lainnya. Termasuk dalam aspek ini adalah persepsi atau harapan masyarakat tentang layanan dan biaya kesehatan.

Cakupan Kontak

Kontak adalah proporsi populasi yang telah menggunakan layanan dan dihubungi oleh penyedia layanan kesehatan. Keberlanjutan akses adalah komponen penting dari akses ini.

Cakupan Efektif

Cakupan yang efektif dinilai lewat proporsi orang yang telah menerima intervensi kesehatan dan berhasil (misalnya tes diagnostik yang akurat, pengobatan berbasis bukti, kepatuhan terhadap pengobatan yang ditentukan, dll).

9.5 Hambatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Hambatan adalah kondisi, kebijakan, sikap, dan berbagai rintangan pribadi dan sosial lainnya yang dihadapi banyak orang dalam kehidupan sehari-hari yang mencegah atau mempersulit penggunaan dan pemanfaatan layanan, praktik, produk, dan informasi kesehatan (WHO, 2016). Maka, hambatan akses tidak selalu akibat ketiadaan dana atau minimnya ketersediaan layanan, namun bisa juga karena, jarak akses yg terlalu jauh atau sulit bagi kelompok masyarakat tertentu, ketiadaan fasilitas untuk mempermudah orang dengan disabilitas, perbedaan bahasa, kemampuan baca tulis, ketidaktahuan karena minimnya promosi layanan, keterbatasan waktu layanan, minimnya akses internet/teknologi, dan tantangan lainnya.

Kendala-kendala ini menjadi semakin berat bagi kelompok rentan seperti perempuan, anak, lansia, dan komunitas minoritas salah satunya difable (Chiang et al., 2013). Perpotongan (intersection) beberapa macam kendala yang dihadapi oleh anggota komunitas harus mampu ditangani secara komprehensif untuk meningkatkan akses layanan. Sebagai contoh, meskipun bidan telah disediakan di setiap desa untuk meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan tidak ada kendala geografis untuk mengakses layanannya, namun apabila layanan tersebut belum sesuai dengan kebutuhan, harapan, dan norma lokal, maka pemanfaatannya akan rendah karena masyarakat lebih nyaman mengakses jasa dukun beranak.

9.5.1. Hambatan dalam Pelayanan Konvensional

1. Hambatan Sosial

Hambatan ini bersifat tidak tertulis dan telah ada di masyarakat sebagai keyakinan mayoritas. Hambatan ini meliputi:

- a. **Pendidikan.** Ketidakadilan dalam pendidikan dapat menjadi sumber dari hambatan akses layanan kesehatan khususnya bagi masyarakat yang berpenghasilan rendah dan minoritas. Mereka yang berpendidikan tinggi dapat memiliki akses yang lebih baik daripada mereka yang berpendidikan rendah.
- b. **Pekerjaan.** Kekuatan sosial tertentu sangat mempengaruhi siapa yang mendapatkan atau tidak mendapatkan pekerjaan. Kekuatan sosial ini terbentuk atas kesamaan tertentu, misalnya kekerabatan, ras/suku, ekonomi, dan lain-lain. Kepemilikan pekerjaan kemudian menentukan sumberdaya untuk mengakses layanan kesehatan.
- c. **Sterotip dan prasangka.** Anggota kelompok tertentu yang mungkin dipandang berbeda oleh mayoritas masyarakat seringkali mendapat perlakuan berbeda, termasuk dalam layanan kesehatan. Misalnya stigma bagi penderita HIV/AIDS dan LGBTQ.

- d. **Minimnya pemahaman akan kebutuhan layanan.** Penyediaan layanan kesehatan melibatkan banyak sektor termasuk diluar kesehatan misalnya alokasi anggaran, pembangunan sarana-prasarana, dan lain-lain. Ketiadaan layanan seringkali disebabkan oleh kurangnya pemahaman umum tentang urgensi ketersediaan layanan tersebut. Misalnya tidak adanya jalur akses bagi pasien disabilitas di fasilitas kesehatan mungkin disebabkan oleh minimnya pemahaman perencana tentang karakteristik/keragaman populasi target pelayanan. Contoh lainnya adalah penggunaan fasilitas anjungan registrasi elektronik mandiri di Puskesmas yang mungkin sulit difahami oleh lansia, mereka yang buta huruf atau masyarakat yang tidak familiar dengan komputer.
- e. **Pilihan yang dibuat oleh masyarakat.** Pembiayaan layanan kesehatan oleh pemerintah bersumber dari pajak yang dipungut dari masyarakat. Seringkali, masyarakat memilih untuk membayar pajak lebih rendah tanpa menyadari konsekuensinya bagi ketersediaan layanan kesehatan. Di Indonesia, masih banyak masyarakat yang kurang sadar untuk membayar premi asuransi kesehatan wajib yang dikelola oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS), padahal sistem ini dibuat untuk menjamin ketersediaan dan pemerataan layanan kesehatan. Sebagian besar yang memilih rutin membayar adalah mereka yang sakit dan butuh pengobatan. Akibatnya adalah sistem gotong-royong pembiayaan yang dicita-citakan tidak tercapai dan justru membebani sistem keuangan nasional.
- f. **Agama dan kepercayaan.** Agama, keyakinan, dan budaya tertentu dapat menghambat seseorang untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang layak, seperti dibuktikan oleh program vaksinasi COVID-19 beberapa tahun terakhir. Tidak hanya itu program vaksinasi untuk eradikasi beberapa penyakit seperti Polio dan Campak juga menghadapi tantangan panjang akibat kepercayaan

tertentu. Kampanye oleh kelompok anti-vaksin memperbesar ancaman dampaknya bagi kekebalan komunitas. Di Amerika Serikat, setelah teradikasi lama wabah campak kembali muncul di tahun 2014-2015 akibat rendahnya cakupan vaksinasi yang hanya 50% sampai 86% (Hussain A and Ali S, 2018) padahal untuk mendapatkan kekebalan imunitas dibutuhkan cakupan vaksinasi antara 96% sampai 99%. Studi menunjukkan bahwa remaja dengan orang tua yang khawatir akan bahaya vaksin berkemungkinan lebih besar untuk tidak menyelesaikan 3 paket dosis vaksin human papillomavirus (HPV) (VanWormer et al., 2017).

Penyedia layanan kesehatan perlu memperhatikan beberapa faktor yang berkaitan dengan keyakinan yang dianut pasien. Sebagai contoh, beberapa pasien meyakini bahwa sentuhan atau tatapan dari lawan jenis dilarang, maka penting bagi petugas kesehatan untuk melakukan beberapa penyesuaian misalnya jika dokternya laki-laki dan pasiennya perempuan maka dapat dengan meminta bantuan suami pasien untuk berkomunikasi, atau jika harus melakukan pemeriksaan fisik maka dapat mencari dokter perempuan. Petugas juga harus menerapkan panduan kesopanan yang menjaga harga diri pasien saat melepas pakaian untuk pemeriksaan dan prosedur medis (Attum et al., 2022). Penyedia layanan juga harus mempertimbangkan dan menghormati praktek agama tertentu misalnya jika pasien sedang berpuasa, saat menyarankan pemeriksaan laboratorium bagi pasien diabetes (Babineaux et al., 2015) atau pasien dengan kondisi tertentu seperti kehamilan dan nifas.

- g. **Literasi kesehatan dan akses informasi.** Minimnya literasi kesehatan akan menyulitkan masyarakat untuk memahami informasi dan mengikuti petunjuk klinis dengan benar, misalnya himbauan untuk mematuhi protokol kesehatan selama Pandemi COVID-19.
- h. **Interseksionalitas hambatan.** Kerangka berfikir interseksionalitas menyatakan bahwa beberapa kondisi

sosial (seperti ras, etnis, gender, orientasi seksual, dan status ekonomi) yang saling berpotongan di tingkat individu adalah cerminan berbagai sistem penindasan atau hak istimewa yang saling terhubung di struktur sosial tingkat makro (seperti rasisme, seksisme, heteroseksisme, dan lain-lain) (Bowleg, 2012) . Individu dengan interseksionalitas lebih rentan mengalami kendala akses layanan kesehatan. Sebuah survei menemukan bahwa tantangan akses layanan HIV lebih besar dialami oleh mereka yang tua dan tinggal di pedesaan (Quinn et al.,2017) . Interseksionalitas penting untuk dibahas dalam upaya menurunkan hambatan akses pelayanan kesehatan dan determinan sosial kesehatan.

2. Hambatan Institusional

Secara sadar atau tidak sadar institusi seperti badan pemerintah, rumah sakit, organisasi, perusahaan ataupun pendidikan menyebabkan individual atau kelompok tertentu sulit mengakses layanan yang telah disediakan karena pandangan mayoritas masyarakat yang mewarnai cara kerja mereka (George et al., 2018) . Beberapa bentuk penolakan akses yaitu:

- a. **Lokasi.** Minimnya pemahaman bahwa banyak orang di pedesaan menghadapi kendala biaya, waktu, pilihan moda transportasi, menyebabkan institusi gagal menjangkau populasi target. Mereka yang tinggal di daerah pedesaan, terpencil, terluar, dan perbatasan kesulitan mengakses layanan kesehatan karena beban tambahan seperti lamanya perjalanan, kebutuhan tempat tinggal dan makan selama perjalanan dan proses perawatan, biaya dan kerugian pekerjaan yang ditinggalkan, ketiadaan dukungan sosial dari kerabat atau orang terdekat, dan konsekuensi biaya lain seperti jasa pengawasan anak yang harus ditinggalkan karena pengobatan atau mendampingi pasien. Minimnya pilihan moda transportasi menyebabkan kesulitan dan

penurunan akses layanan pengobatan dan apotek (Syed et al., 2013).

- b. **Akses fisik.** Kelompok rentan seperti penyandang disabilitas, anak-anak, dan manula mungkin membutuhkan fasilitas khusus seperti bidang miring, rambatan dinding, pagar pengaman, ubin bertekstur khusus, lift, kamar mandi khusus dan fasilitas akomodasi lainnya di fasilitas kesehatan agar mereka mampu beradaptasi dan mengakses pengobatan.
- c. **Kendala administratif.** Pada bagian sebelumnya saya telah mencontohkan penggunaan anjungan elektronik mandiri untuk proses registrasi di Puskesmas. Terobosan administratif ini mungkin bagus bagi individu yang berpendidikan tinggi dan memiliki literasi yang baik, namun bagi orang tua, mereka yang tidak mampu membaca, dan tidak terbiasa menggunakan teknologi, fasilitas ini justru memperpanjang antrian. Tidak sedikit pula institusi yang menggunakan formulir panjang dan rumit untuk mengumpulkan informasi pasien, yang tentu akan menyulitkan individu yang tidak bisa baca-tulis, membuat antrian panjang, dan beban psikologi tersendiri. Contoh berikutnya adalah jam buka layanan yang tidak sesuai kebutuhan populasi seperti pelayanan kesehatan ramah remaja di puskesmas yang tersedia di jam sekolah.
- d. **Rendahnya kemampuan komunikasi.** Penyedia layanan kesehatan seringkali menggunakan istilah yang terlalu medis atau “tinggi” saat berkomunikasi dengan populasi target mereka, seperti penggunaan istilah lock down, suspect, swab test, rapid test, dan social distancing selama komunikasi public terkait COVID-19. Akibatnya adalah pesan kesehatan tidak sampai kepada seluruh anggotapopulasi khususnya mereka yang berpendidikan rendah, minim literasi kesehatan dan tinggal di pedesaan atau daerah terpencil.
- e. **Bahasa dan status kewarganegaraan.** Perbedaan bahasa memperbesar kesenjangan kesehatan pada

pasien yang tidak lancar menggunakan Bahasa Inggris di Amerika Serikat (Smith and practice, 2009) . Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi kendala bahasa adalah membentuk tim penerjemah, meminta bantuan kepada tenaga kesehatan lain yang memahami bahasa tertentu, menyelenggarakan program belajar bahasa bagi tenaga kesehatan, serta melibatkan anggota keluarga sebagai jembatan penyalur informasi antara tenaga kesehatan dengan pasien (Nazila, 2019) . Minimnya tenaga kesehatan yang menguasai Bahasa Isyarat menyulitkan orang tuli untuk memahami instruksi dokter/perawat sehingga mereka khawatir dengan dampak kesehatan yang muncul kemudian disamping juga aspek kerahasiaan informasi pribadi yang kurang terjamin jika menggunakan penerjemah atau kerabat (Steinberg et al., 2006) .

- f. **Minimnya sensitifitas budaya.** Penyedia layanan kesehatan yang kurang memahami konteks budaya lokal dapat dengan mudah menghilangkan fasilitas, cara komunikasi atau prosedur tertentu sehingga anggota masyarakat yang terkait kesulitan mengakses layanan yang dibutuhkan.
- g. **Status tahanan/narapidana.** Narapidana sering diabaikan dan mendapat pelayanan kesehatan berkualitas rendah daripada pasien pada umumnya. Sebuah studi menunjukkan bahwa tahanan wanita mengalami setidaknya 3 kendala yaitu interupsi pengobatan, ketidakberdayaan kesehatan, serta kesehatan fisik dan mental yang buruk (Ahmed et al., 2016) . Selain itu kualitas lingkungan rumah tahanan yang buruk menyebabkan berbagai isu penularan penyakit (Dara et al., 2015) .

3. Hambatan personal

Beberapa kategori hambatan personal yaitu:

- a. **Hambatan psikologis.** Perasaan malu atas kondisi atau kebutuhan tertentu menyebabkan seseorang gagal

mengakses layanan kesehatan (George et al., 2018) . Contohnya adalah keengganan imigran untuk mengakses layanan karena ketakutan akan dideportasi dan menerima stigma (Hacker et al., 2015) .

- b. **Ketidakpastian akibat kemiskinan.** Masyarakat dari kelompok ekonomi menengah kebawah menghadapi lebih banyak tantangan dibandingkan dengan mereka yang kaya. Beberapa kendala tersebut berupa kesulitan mendapatkan pengobatan, transportasi pendukung, sarana komunikasi, kondisi perumahan yang tidak aman dan bencana finansial akibat sakit.
- c. **Kekhawatiran keluarga.** Proses pengobatan dapat membawa konsekuensi tertentu bagi pasien dan keluarga. Jika seseorang yang menjadi satu-satunya tulang punggung keluarga sakit, maka kebutuhan pengobatan dapat diabaikan karena khawatir lamanya proses pengobatan akan menyebabkan kehilangan kesempatan untuk membiaya kebutuhan keluarganya. Ketiadaan fasilitas penitipan anak akan menyulitkan keluarga untuk meninggalkan anak-anak mereka selama proses pengobatan.
- d. **Minimnya pendidikan, pekerjaan, keterampilan dasar dan personal.** Kemampuan baca-tulis, perhitungan matematika dasar, dan berkomunikasi yang terbatas akan menyulitkan seseorang untuk mengakses atau mencari alternatif layanan kesehatan yang dibutuhkan. Sebagai contoh, terbatasnya capaian pendidikan menyebabkan minimnya literasi kesehatan dan kemampuan mengambil keputusan ketika mengalami patah tulang. Daripada mengakses layanan kesehatan modern, mereka lebih memilih berobat ke Sangkal Putung meski risiko komplikasi mengancam.
- e. **Etnis dan suku.** Stigma yang melekat pada etnis atau suku minoritas menjadi penghalang akses layanan kesehatan. Studi di Amerika Serikat tahun 2011 menunjukkan bahwa orang Korea-Amerika, Jepang-Amerika dan Filipina- Amerika berkemungkinan lebih

kecil untuk mengakses dokter layanan primer, kesehatan mental, atau HIV daripada orang kulit putih Amerika (Sorkin et al., 2011) .

- f. **Gender.** Kurangnya empati dokter dalam memahami keparahan gejala gangguan reproduksi yang dialami oleh wanita dapat membuat mereka enggan mencari bantuan. Dalam kasus kekerasan rumah tangga misalnya, wanita enggan mencari bantuan karena stigma negatif yang melekat untuk wanita yang bercerai atau rumah tangganya bermasalah. Studi menunjukkan bahwa wanita, khususnya etnis minoritas, yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga menghadapi kendala dalam mengakses layanan kesehatan mental (Rodríguez et al., 2009) .
- g. **Keterbatasan fisik dan intelektual.** Minimnya fasilitas pendukung di fasilitas umum dan pelayanan kesehatan yang mengakomodir kebutuhan orang dengan disabilitas akan menyulitkan mereka mengakses layanan tersebut (George et al., 2018). Tidak hanya kesulitan akses, keterbatasan fisik membatasi akses pada peralatan kesehatan sehingga berakibat pada hasil pemeriksaan yang tidak adekuat (Iezzoni et al., 2010). Selain hambatan yang bersifat fisik, kurangnya pengalaman dan kemampuan tenaga kesehatan dan orang-orang yang terlibat di sepanjang proses akses (transportasi, penerjemah, keluarga pendamping dan lain-lain) dalam bersikap, berkomunikasi, memahami situasi dan kebutuhan orang dengan disabilitas juga berkontribusi dalam menciptakan hambatan akses mereka (Tarasoff, 2017) .
- h. **Usia.** Lansia menghadapi tantangan fisik dan psikologis dalam mencari bantuan kesehatan seperti minimnya koordinasi penyedia layanan, dukungan finansial, pilihan transportasi, keamanan di jalan raya, dan layanan ramah lansia.

9.5.2. Hambatan dalam Pelayanan Telemedisin

Beberapa hambatan yang dialami oleh telemedisin adalah:

1. **Kebijakan dan aturan.** Belum adanya keseragaman dan standar kebijakan telemedisin menimbulkan banyak kebingungan dalam menentukan bentuk layanan, program dan implementasinya. Kondisi ini juga membuat banyak praktisi kesehatan khawatir akan aspek hukum dari malpraktek dalam pelayanan telemedisin, ditambah lagi dengan minimnya sertifikasi dan kualifikasi. Hingga saat ini belum ada peraturan yang dapat menjamin privasi, kerahasiaan, dan keamanan informasi kesehatan pasien selama proses konsultasi jarak jauh serta proses klaim pembiayaan baik di tingkat nasional dan global (Bali, 2017). Selain itu minimnya standarisasi perangkat keras dan lunak yang digunakan untuk mendukung telemedisin membuat manajemen kesulitan untuk memastikan interoperabilitas (kemampuan perangkat lunak dalam bertukar dan memanfaatkan informasi), portabilitas (kemudahan pemindahan), dan keamanan sistem (Ryu, 2012a) .
2. **Struktur organisasi.** Kurangnya struktur organisasi formal membuat implementasi dan evaluasi layanan telemedisin sulit dilakukan. Termasuk dalam kendala ini adalah minimnya badan akreditasi dan panutan baik bagi tim medis, paramedis dan teletehnsian.
3. **Teknologi dan biaya.** Besarnya biaya untuk mengganti teknologi lama ke teknologi baru yang mendukung telemedisin membuat banyak pemangku kepentingan sulit untuk menyediakan layanan ini. Keterbatasan teknologi yang layak seperti komputer, jaringan internet, printer, dan listrik membuat implementasi dan pelayanan telemedisin tidak adekuat (Hoque et al., 2014). Konsultasi dokter-pasien jarak jauh membutuhkan jaringan internet yang reliabel dan berkecepatan tinggi, padahal dibanyak daerah kecepatan internet masih menjadi kendala utama khususnya didaerah terpencil dan pedesaan.

4. **Resep online.** Hingga saat ini belum ada peraturan hukum yang mengatur tentang resep elektornik, resep digital, atau resep di pesan singkat.
5. **Tanggungjawab malpraktek.** Minimnya standar prosedur layanan telemedisin membuat batasan area malpraktek menjadi abu-abu.
6. **Informed consent.** Pemberian penjelasan pengobatan dan persetujuan pasien sebelum tindakan diberikan umumnya dilakukan secara tertulis. Hal ini tentu menjadi kendala dalam telemedisin mengingat belum adanya batasan yang jelas terkait panduan, aturan hukum, dan undang-undang.
7. **Asuransi dan penggantian biaya.** Penggantian biaya adalah salah satu kendala implementasi layanan telemedisin di banyak negara berkembang (Bishop et al., 2013, Wootton et al., 2011) .
8. **Keengganan untuk berubah dan literasi teknologi.** Kendala ini dialami oleh penyedia dan pengguna terlebih ketika dukungan untuk mempelajari teknologi baru. Perubahan teknologi membuat banyak tenaga kesehatan tidak nyaman harus berpindah ke alat baru, merasa kurang percaya diri dan menambah beban pekerjaan.

Daftar Pustaka

- ACHESON. 1988. Public health services.
- AHMED, R., ANGEL, C., MARTEL, R., PYNE, D. & KEENAN, L. 2016. Access to healthcare services during incarceration among female inmates. *Int J Prison Health*, 12, 204-215.
- ATTUM, B., HAFIZ, S., MALIK, A. & SHAMOON, Z. 2022. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- BABINEAUX, S. M., TOAIMA, D., BOYE, K. S., ZAGAR, A., TAHBAZ, A., JABBAR, A. & HASSANEIN, M. 2015. Multi-country retrospective observational study of the management and outcomes of patients with Type 2 diabetes during Ramadan in 2010 (CREED). *Diabet Med*, 32, 819-28.
- BALI, S. 2017. Enhancing the Reach of Health Care Through Telemedicine: Status and New Possibilities in Developing Countries. BALI, S. 2018. Barriers to Development of Telemedicine in Developing Countries. Heston, T. F. , editor. *Telehealth* [Online].
- BISHOP, T. F., PRESS, M. J., MENDELSON, J. L. & CASALINO, L. P. 2013. Electronic communication improves access, but barriers to its widespread adoption remain. *Health Aff (Millwood)*, 32, 1361-7.
- BOWLEG, L. 2012. The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102, 1267-1273.
- CDC. *Telehealth and Telemedicine: A Research Anthology of Law and Policy Resources*. CDC 2014. Introduction to Public Health. In: *Public Health 101 Series*. Atlanta, GA: U.S. : Department of Health and Human Services.
- CHIANG, C., LABEED, S. A., HIGUCHI, M., MOHAMED, A. G. & AOYAMA, A. 2013. Barriers to the use of basic health

- services among women in rural southern Egypt (Upper Egypt). *Nagoya journal of medical science*, 75, 225-231.
- DARA, M., ACOSTA, C. D., MELCHERS, N. V., AL-DARRAJI, H. A., CHORGOLIANI, D., REYES, H., CENTIS, R., SOTGIU, G., D'AMBROSIO, L., CHADHA, S. S. & MIGLIORI, G. B. 2015. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *Int J Infect Dis*, 32, 111-7.
- GEORGE, S., DANIELS, K. & FIORATOU, E. 2018. A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *International Journal for Equity in Health*, 17, 41.
- HACKER, K., ANIES, M., FOLB, B. L. & ZALLMAN, L. 2015. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, 8, 175-183.
- HOQUE, M., MAZMUM, F. & BAO, Y. 2014. e-Health in Bangladesh: Current Status, Challenges, and Future Direction. *The International Technology Management Review*, 4, 87.
- HUSSAIN A & ALI S, A. M. 2018. The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. *Cureus* 10(7): e2919.
- IEZZONI, L. I., KILBRIDGE, K. & PARK, E. R. 2010. Physical access barriers to care for diagnosis and treatment of breast cancer among women with mobility impairments. *Oncol Nurs Forum*, 37, 711-7.
- NAZILA, R. 2019. Persepsi Perawat tentang Language Barrier dalam Pelaksanaan Caring di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Kabupaten Jember. Universitas Negeri Jember.
- QUINN, K., SANDERS, C. & PETROLL, A. E. 2017. "HIV Is Not Going to Kill Me, Old Age Is!" The Intersection of Aging and HIV for Older HIV-Infected Adults in Rural Communities. *AIDS Educ Prev*, 29, 62-76.
- RODRÍGUEZ, M., VALENTINE, J. M., SON, J. B. & MUHAMMAD, M. 2009. Intimate partner violence and

- barriers to mental health care for ethnically diverse populations of women. *Trauma, violence & abuse*, 10, 358-374.
- RYU, S. 2012a. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). *Healthcare Informatics Research*, 18, 153-155.
- RYU, S. J. H. I. R. 2012b. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). 18, 153 - 155.
- SMITH, D. L. J. J. O. H. D. R. & PRACTICE 2009. Health Care Disparities for Persons with Limited English Proficiency: Relationships from the 2006 Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). 3, 4.
- SORKIN, D. H., NGUYEN, H. & NGO-METZGER, Q. 2011. Assessing the mental health needs and barriers to care among a diverse sample of Asian American older adults. *Journal of general internal medicine*, 26, 595-602.
- STEINBERG, A. G., BARNETT, S., MEADOR, H. E., WIGGINS, E. A. & ZAZOVE, P. 2006. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *J Gen Intern Med*, 21, 260-6.
- SYED, S. T., GERBER, B. S. & SHARP, L. K. 2013. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *Journal of community health*, 38, 976-993.
- TARASOFF, L. A. 2017. "We don't know. We've never had anybody like you before": Barriers to perinatal care for women with physical disabilities. *Disabil Health J*, 10, 426-433.
- VANWORMER, J. J., BENDIXSEN, C. G., VICKERS, E. R., STOKLEY, S., MCNEIL, M. M., GEE, J., BELONGIA, E. A. & MCLEAN, H. Q. 2017. Association between parent attitudes and receipt of human papillomavirus vaccine in adolescents. *BMC Public Health*, 17, 766.

- WHO 2016. The Innov8 approach for reviewing national programmes to leave no one behind. Geneva WHO.
- WHO. 2018. Telemedicine, Telehealth, and Health Information Technology an ATA Issue Paper Patient Care Health Provider.
- WOOTTON, R., VLADZYMYRSKYY, A., ZOLFO, M. & BONNARDOT, L. 2011. Experience with low-cost telemedicine in three different settings. Recommendations based on a proposed framework for network performance evaluation. Glob Health Action, 4.

Biodata Penulis



John Amos, lahir di Binjai, 20 Juni 1962. Menyelesaikan pendidikan Magister di Universitas Indonesia, program studi Kesehatan Masyarakat peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada tahun 2000. Pendidikan Sarjana diselesaikan di Universitas Sumatera Utara dan kini menjadi dosen tetap pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang program studi Promosi Kesehatan. Karya tulis yang telah dihasilkan berupa buku, publikasi ilmiah di jurnal nasional dan internasional. Untuk keperluan profesional dapat dihubungi melalui amosmeliala@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Rahmawati, S. Kep., M. Kep. Lahir di Bireuen 18 April 1985. Menyelesaikan pendidikan dasar dan pendidikan menengah di SD Negeri 3 dan SMP Negeri 1 Samalanga Kabupaten Bireuen. Penulis telah Menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Program Studi Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Syaih Kuala (USK).

Program Pasca Sarjana penulis telah menyelesaikan pada Program Studi Magister Keperawatan dengan peminatan pada bidang Keperawatan Komunitas pada tahun 2016 di Fakultas Keperawatan USK. Saat ini penulis menjadi dosen tetap di Fakultas Keperawatan USK dengan penempatan pada Departemen Keperawatan Gerontik. Penulis aktif menulis pada beberapa jurnal. Untuk keperluan profesional penulis dapat di hubungi melalui rahma_wati@unsyiah.ac.id

Biodata Penulis



M. Nur Dewi Kartikasari, SST, M.Kes

Staf Dosen D III Kebidanan SV UNS

M. Nur Dewi Kartikasari lahir di Surakarta, pada 18 Desember 1983. Penulis tercatat sebagai Staf Pengajar UNS Surakarta sejak tahun 2008. Wanita yang sering disapa Dewi ini merupakan seorang Ibu dari 4 orang anak. Dewi merupakan Pengajar mata kuliah Asuhan Kehamilan dan beberapa mata kuliah lainnya serta menjadi pembimbing kegiatan fieldlab: praktik klinik kebidanan. Tugas tambahan saat ini sebagai koordinator SPMI Unit Penjaminan Mutu Sekolah Vokasi UNS.
Email : dewi1812.uns@gmail.com

Biodata Penulis



Yasin Wahyurianto, Anak ke 1 dari 3 bersaudara ini mempunyai hobi menulis yang lahir di Bogor, 24 Juli 1976. Pendidikan yang ditempuh dimulai dari SDN Tugu 1 Depok tahun 1983, dilanjutkan ke SMPN 103 Cijantung Jakarta Timur pada tahun 1989 dan SMAN 39 Cijantung Jakarta Timur pada tahun 1992. Menamatkan Akademi Keperawatan Soetomo Surabaya pada tahun 1998, S-1 Keperawatan di Universitas Airlangga Tahun 2005, S-2 Magister Ilmu Kedokteran Dasar di Universitas Airlangga Tahun 2011.

Penulis merupakan tenaga pengajar yang diawali pengabdianya di Akper Soetomo Surabaya yang notabene almamaternya sendiri dari tahun 1998-2002, direntang tahun ini pula penulis memperdalam kemampuan kliniknya di RSUD Dr. Soetomo Surabaya bagian Gawat Darurat (IRD), kemudian pindah tugas ke Akbid Gambiran Kediri selama empat tahun, dari tahun 2002-2006. Saat ini bertugas di Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Surabaya sejak Tahun 2006–sampai sekarang. Berbagai karya ilmiah juga sudah dihasilkan oleh penulis seperti Buku Referensi, Artikel Nasional, maupun

Biodata Penulis



Sulistyani Prabu Aji, M.Kes

Peneliti Pusat Kedokteran tropis UGM

Penulis adalah Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gadjah Mada (UGM). Penulis merupakan lulusan S2 Kedokteran Keluarga UNS pada tahun 2015 dan saat ini penulis merupakan mahasiswa beasiswa S3 Prodi Penyuluh Pembangunan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS).

Karena kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : prabuajisulistyani@gmail.com

Biodata Penulis



Suprpto

Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Sandi Karsa Makassar

Penulis lahir di Sragen tanggal 05 Mei 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Politeknik Sandi Karsa Makassar. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan (2007), Sarjana Keperawatan (2010) dan Profesi Ners (2012), Magister Kesehatan (2013) dan Program Doktor (2021). Penulis menekuni bidang Keperawatan, Kesehatan Masyarakat dan Administrasi Publik. Sekarang menjabat sebagai Ketua LPPM Politeknik Sandi Karsa Makassar.

Biodata Penulis



Maisyarah.M.SKM.M.Kes, lahir di Aceh Tengah tanggal 19 Juni 1975 Lulusan S1 FKM Universitas Muhammdiyah Aceh dan S2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Fort De Kock Bukittinggi Sumatera Barat, sejak tahun 2010 sampai sekarang menjadi dosen tetap pada program studi ilmu kesehatan masyarakat fakultas kesehatan universitas Fort de kock Bukittinggi. Kepakaran bidang ilmu promosi kesehatan dan ilmu perilaku, dan selalu aktif menulis buku ajar.

Biodata Penulis



Mahaza, SKM, MKM

Dosen Jurusan Kesehatan Lingkungan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Penulis lahir di Padang tanggal 23 Maret 1972. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Sanitasi Lingkungan Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Padang. Menyelesaikan pendidikan D3 APKTS dan Strata 1 FKM Universitas Baiturahmah Padang dan melanjutkan S2 pada Jurusan Infokes FKM UI. Penulis menekuni bidang Kesehatan Lingkungan

Biodata Penulis



Anggriyani Wahyu Pinandari

Penulis lahir di Sampit, 10 Maret 1990. Penulis adalah dosen di Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Tahun 2010, penulis menyelesaikan pendidikan strata 1 di bidang Kesehatan Masyarakat di Universitas Lambung Mangkurat dan kemudian di tahun 2012 mengambil bidang yang sama dengan fokus pada Kesehatan Ibu dan Anak untuk strata 2 di Universitas Gadjah Mada. Selain mengajar, penulis aktif melakukan kajian isu kesehatan masyarakat khususnya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seksual bersama dengan pemangku kepentingan di tingkat lokal, nasional, dan global. Artikel ilmiah hasil risetnya dapat ditemukan di jurnal nasional dan internasional. Bab Kesenjangan Pelayanan Kesehatan ini adalah tulisan buku pertamanya berkolaborasi dengan berbagai praktisi kesehatan masyarakat.