

## PENDEKATAN POLITIK SEBAGAI STRATEGI DALAM ADVOKASI PEMBANGUNAN KESEHATAN

*POLITICAL APPROACH AS A STRATEGY IN HEALTH DEVELOPMENT ADVOCACY*

**Siswanto**

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Surabaya

### ABSTRACT

Advocacy: especially health development advocacy, either in central or in local level, needs multi-perspective approaches to convince stakeholders (sense-making and legitimating), which in turn, they would support advocacy agenda. Political approach can be considered as one strategy in winning interest.

Political approach for health advocacy deals with the following issues: (i) who are the actors, (ii) what are their interest (covert and overt), (iii) how is their position referred to our agenda, (iv) what are their powers, and finally (v) how to win the contest to reach our interest. To arrange action plan for health advocacy, it needs a step-by-step activity, like: collection of data and information, identification of policy implications and policy instrument, stakeholders profiling (their interests and powers), finally determining the strategy to advocate our agenda.

Political approach to advocate health policy is, therefore, not solely a science but rather "an art", to influence other actors (stakeholders), in winning national and local development contest, and to reach normative health development goals.

**Keywords:** advocacy, political approach, actor, power

### PENGANTAR

Otonomi daerah, sebagai implementasi Undang-Undang (UU) No. 22 dan No. 25 Tahun 1999 (saat ini direvisi dengan UU No.32 Tahun 2004), mempunyai implikasi yang sangat luas terhadap manajemen pembangunan kesehatan. Di dalam era otonomi daerah, ke mana prioritas pembangunan akan bergerak sangat bergantung kepada para pemain (aktor) pembangunan di daerah. Aktor pembangunan di daerah yang cukup berpengaruh terhadap jalannya pergerakan pembangunan adalah eksekutif (bupati atau walikota), pembantu eksekutif (kepala dinas dan instansi lain setingkat), anggota legislatif (DPRD), dan juga tokoh masyarakat lokal. Dalam cara pandang politik, ke mana prioritas pembangunan akan bergerak sangat bergantung pada kekuatan masing-masing aktor (pemain) untuk saling berebut "pemaknaan" apa itu "pembangunan". Akhirnya, aktor yang "power-nya" kuat yang mampu menggiring ke mana pembangunan akan bergerak.

Departemen kesehatan sudah cukup lama bercita-cita agar pembangunan kesehatan menjadi arus utama pembangunan nasional. Hal ini terlihat pada peluncuran program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), Sistem Kesehatan Nasional 1982, Visi Indonesia Sehat

2010, dan yang terbaru adalah Sistem Kesehatan Nasional 2004 (sebagai revisi Sistem Kesehatan Nasional 1982). Di pihak lain, juga banyak kesepakatan-kesepakatan pada tingkat global, seperti *Millenium Development Goals* (MDGs), *Global ATM*, *poverty reduction*, dan sebagainya. Komitmen-komitmen tersebut menempatkan pembangunan kesehatan sebagai prioritas upaya pembangunan. Pertanyaan yang mendasar adalah bagaimana agar pemerintah (pusat dan daerah) (i) mampu menempatkan pembangunan kesehatan menjadi arus utama pembangunan?, (ii) mampu mengalokasikan dana untuk program-program kesehatan yang benar-benar *cost effective*?, dan (iii) mampu melakukan prioritas pembangunan kesehatan sesuai kebutuhan lokal dengan tidak meninggalkan komitmen nasional dan global.

Agar para aktor utama pembangunan kesehatan (departemen kesehatan, dinas kesehatan provinsi atau kabupaten atau kota, rumah sakit daerah, LSM kesehatan, peneliti kesehatan) mampu mewujudkan ketiga cita-cita tersebut, maka secara politis dapat dikatakan bahwa tiada cara lain selain "memenangkan pertandingan" dalam konteks pembangunan nasional. Aktor-aktor pembangunan kesehatan yang kebanyakan berlatar belakang pendidikan

kesehatan, perlu mengenal pendekatan politik guna memenangkan konteks pembangunan nasional tersebut.

Makalah ini akan mencoba mengupas bagaimana pendekatan politik dapat dipakai sebagai strategi dalam advokasi pembangunan kesehatan. Dalam makalah ini akan dibahas sesuai sistematika: (i) beberapa pengertian, (ii) prinsip dasar untuk mempengaruhi, (iii) kekuatan mempengaruhi, (iv) analisis *stakeholders*, (v) penyusunan rencana kerja advokasi, dan (vi) kesimpulan.

## PENGERertian

Sebelum membahas strategi politik dalam advokasi, berikut akan dikemukakan pengertian advokasi dan politik. Advokasi menurut *Webster Encyclopedia Unabridged Dictionary of English Language*<sup>1</sup> adalah *Act of pleading for supporting or recommending active espousal* (suatu tindakan pembelaan untuk mendapatkan dukungan atau rekomendasi dukungan aktif).

Secara lebih operasional, WHO<sup>1</sup> memberi pengertian berikut:

***"advocacy is a combination on individual and social action design to gain political commitment, policy support, social acceptance and systems support, for particular health goal or programme. Such action may be taken by and on behalf of individual and group to create living condition which are conducive to health and the achievement of healthy life style".***

Jadi, advokasi adalah kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan sosial, untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan adanya sistem yang mendukung suatu program atau kegiatan.

Politik didefinisikan oleh Dahl<sup>2</sup>, setiap pola hubungan antarmanusia yang kokoh dan melibatkan secara cukup mencolok, kendali, pengaruh, kekuasaan, dan kewenangan (*power*). Dengan menggunakan definisi ini, dapat dikatakan bahwa politik tidak hanya terjadi pada sistem pemerintahan. Politik juga terjadi pada klub-klub pribadi, badan usaha, organisasi keagamaan, kelompok suku primitif, marga, dan bahkan pada unit keluarga.

Pusat analisis politik adalah bagaimana seorang aktor dapat mempengaruhi aktor lain, sehingga aktor lain tersebut menuruti kemauan aktor pertama. Dalam konteks saling mempengaruhi ini, tiap-tiap aktor akan saling beradu kekuatan untuk memenangkan kepentingan, dengan taktik

memainkan *power*-nya masing-masing (lihat sumber *power*).

Dalam konteks advokasi pembangunan kesehatan, tentunya perebutan kepentingan ini dapat dibagi dalam beberapa tingkatan. Tingkat pertama terjadi dalam unit satuan organisasi. Misal, dalam satuan organisasi Puslitbang akan terjadi perebutan kepentingan antarpelitel dan antarbidang atau bagian. Tingkat kedua terjadi antarunit satuan organisasi. Misal, perebutan sumber daya antara Badan Litbangkes dan Ditjen-Ditjen. Tingkat ketiga terjadi antarsektor. Misal, antara sektor kesehatan *versus* sektor pendidikan. Dalam berebut kepentingan tersebut, masing-masing aktor, baik secara individual maupun kelompok akan saling memainkan *power*-nya masing-masing untuk melegitimasi kepentingannya.

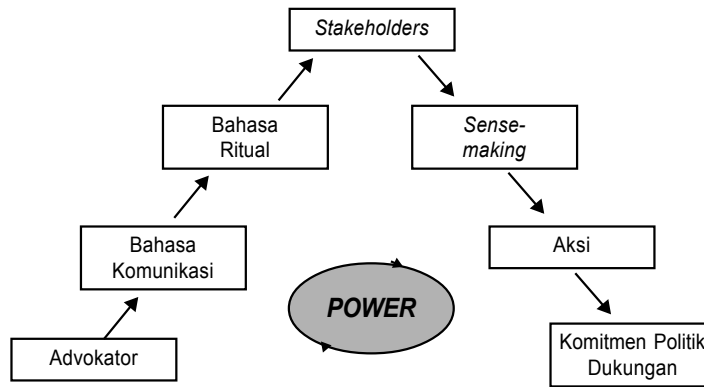
Namun, juga harus dipahami bahwa pendekatan politik bukanlah satu-satunya pendekatan dalam advokasi. Pendekatan politik dapat dianggap sebagai muara dari beberapa pendekatan yang sudah ada, seperti, *public health*, kedokteran, ekonomi, dan sosial.<sup>3</sup> Pendekatan *public health* dan kedokteran penting untuk mengidentifikasi atau menemukan intervensi yang tepat, pendekatan ekonomi penting untuk menyatukan bahasa (bahasa uang) dan pendekatan sosial akan sangat penting untuk melihat bagaimana masyarakat memberi makna upaya pembangunan kesehatan.

Dengan demikian, fokus pembahasan dalam makalah ini adalah strategi advokasi pembangunan kesehatan dengan menggunakan pendekatan politik, dalam artian seni (*art*) untuk mempengaruhi aktor lain (*stakeholders*) guna memenangkan kepentingan pembangunan kesehatan.

## PRINSIP DASAR MEMPENGARUHI

Kemampuan untuk mempengaruhi *stakeholders* agar mendukung ide-ide kita, dalam hal ini kepentingan pembangunan kesehatan, sesungguhnya suatu seni (*art*) yang memerlukan pengetahuan dan pemahaman yang bersifat multidisipliner. Keberhasilan mempengaruhi ini akan semakin sulit apabila aktor-aktor lain juga mempunyai kepentingan sendiri dengan argumentasi masing-masing. Secara realitas akan terjadi perebutan antarindividu dalam unit satuan organisasi, antarorganisasi dalam satu sektor, bahkan antarsektor.

Secara sederhana, prinsip dasar mempengaruhi *stakeholders* untuk memenangkan kepentingan dapat digambarkan sebagai berikut.



**Gambar 1. Prinsip Dasar Mempengaruhi Stakeholder untuk Mendapatkan Dukungan Kebijakan (Policy) (Diadaptasi dari Degeling)<sup>4</sup>**

Asumsi dasar yang harus dipegang dalam melakukan advokasi kepada *stakeholders* adalah sebuah paradigma bahwa *stakeholders* adalah “bukan bawahan kita”. Jadi, apa yang dapat dilakukan hanyalah sebatas mempengaruhi mereka untuk memahami kepentingan kita. Dalam mempengaruhi ini kita harus menggunakan taktik dan strategi yang tepat.

Agar isu atau pilihan kebijakan yang kita angkat mendapatkan komitmen politik dan dukungan kebijakan (*making-sense*), maka dalam hubungan antara advokator dan *stakeholders* pada proses advokasi perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut.<sup>1,5</sup>

### 1. Latar Belakang Penerima Advokasi

Sebagaimana sudah disebut di depan bahwa advokasi untuk kebijakan, pada dasarnya adalah mempengaruhi *stakeholders* agar ia atau mereka mau menuruti kehendak atau kemauan kita. Agar pesan yang kita sampaikan dapat *legitimate* di mata *stakeholders*, isi pesan dan bahasa haruslah disesuaikan dengan cara pandang (mental model) dari penerima advokasi. Mental model seseorang akan sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor pribadi (pendidikan, pengalaman hidup, kepribadian, agama, ideologi, dan kepentingan seseorang) dan budaya masyarakat. Faktor-faktor pribadi tersebut penting untuk diperhatikan agar kita mampu menyesuaikan isi pesan dan bahasa agar mampu ‘membujuk’ penerima advokasi. Misalnya, untuk mempengaruhi bupati atau walikota dengan latar belakang seorang ekonom, maka ada baiknya pesan “dibungkus” dengan bahasa ekonomi.

### 2. Isi Pesan

Isi pesan harus diformulasikan sedemikian rupa, sehingga mampu membujuk sasaran

advokasi. Isi pesan haruslah menunjukkan *fact finding* yang meyakinkan, disajikan secara lugas, tetapi harus tetap menjaga validitas data. Misalnya, dalam advokasi program stop rokok, kita bisa mempengaruhi pemerintah dengan menunjukkan data berapa kerugian sosial akibat sakit karena perilaku merokok. Kalau kita mampu menunjukkan data bahwa biaya kerugian akibat industri rokok melampaui manfaatnya, maka data tersebut akan ampuh untuk mendukung kebijakan program stop rokok.

### 3. Bahasa

Dalam konteks bahasa, tidak hanya menyangkut pemilihan bahasa dalam artian yang sebenarnya tetapi juga menyangkut pemilihan “senjata” yang tepat untuk sasaran advokasi yang tepat pula. Yang dimaksud memilih “senjata” yang tepat di sini adalah bagaimana cara mengemas informasi sedemikian rupa, sehingga informasi yang disampaikan dapat *legitimate* dalam perspektif atau cara pandang penerima advokasi. Sebagai contoh, mempengaruhi Pemda untuk mengalokasikan pembiayaan yang lebih besar pada program upaya kesehatan masyarakat, maka analisis biaya-manfaat upaya kesehatan masyarakat *versus* upaya kesehatan perorangan, akan lebih mampu meyakinkan legislatif dan eksekutif daripada dengan analisis kematian dan kesakitan.

### 4. Sumber atau Pembawa Pesan

Untuk menyampaikan gagasan atau informasi yang menyangkut perubahan kebijakan, perlu memanfaatkan narasumber yang kredibel, sehingga mampu “membius” penerima advokasi. Misalkan, dalam rangka perubahan kebijakan dari rumah sakit tipe birokrasi menuju rumah sakit

swadana, maka *health economist* dari luar dapat dijadikan narasumber untuk mempengaruhi legislatif dan eksekutif. Para ahli dari luar biasanya akan lebih diapresiasi daripada ahli dari dalam institusi.

**5. Format atau forum**

Beberapa format dipilih untuk melakukan advokasi dalam rangka perubahan kebijakan atau pembahasan isu tertentu. Misalkan, seminar atau presentasi, lobi, negosiasi, penggunaan media, atau melalui asosiasi peminat.

**6. Waktu dan Tempat**

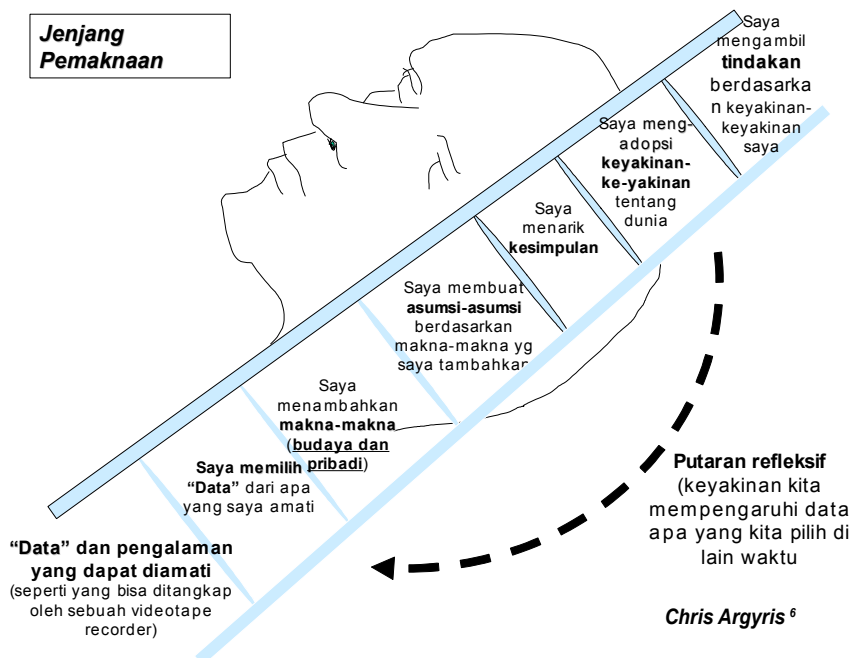
Untuk menyampaikan pesan dalam format informal (lobi misalnya), harus diperhatikan pemilihan waktu dan tempat yang tepat. Dalam hal ini, mempelajari kebiasaan-kebiasaan dan minat dari penerima advokasi adalah penting untuk mendapatkan waktu dan tempat yang tepat.

Untuk memahami bagaimana seorang penerima advokasi menginterpretasi informasi, kemudian "meramu" dengan budaya dan faktor pribadi (pengalaman, pendidikan, ideologi, kepentingan, dan sebagainya), dan akhirnya mengambil aksi atau tindakan, dapat dilukiskan seperti model Argyris<sup>6</sup> di bawah ini: (Gambar 2).

Dari Gambar 2, terlihat apa yang dimaknai seseorang (penerima advokasi) tentang suatu stimulus (bahan advokasi), sangat bergantung kepada mental model seseorang. Selanjutnya, mental model sangat dipengaruhi oleh faktor pribadi (pengalaman, pendidikan, agama, keyakinan, kepribadian, dan bahkan kepentingan seseorang) dan faktor budaya masyarakatnya. Oleh karena itu, pemilihan isi pesan, pengemasan bahasa, pemilihan format dan waktu, sedapat mungkin menyesuaikan dengan faktor pribadi dan budaya penerima advokasi.

**KEKUATAN MEMPENGARUHI**

Dalam pandangan politik, seberapa besar advokator mampu mempengaruhi penerima advokasi bergantung pada kekuatan (*power*) yang dimiliki oleh advokator. Namun, dalam konteks perebutan pemaknaan dan sumber daya dalam arena pembangunan nasional harus disadari bahwa perebutan dapat terjadi baik antaraktor dalam sektor kesehatan sendiri maupun antaraktor lintas sektoral, seperti sudah diungkapkan pada awal. Aktor yang paling mampu meyakinkan para pengambil keputusan, maka kepentingannya akan terpenuhi. Sementara itu, aktor yang kurang mampu meyakinkan harus puas dengan kekalahan dalam pertandingan perebutan pemaknaan dan sumber daya tersebut.



**Gambar 2. Proses Pemaknaan ‘Data’ oleh Seseorang sampai Menjadi Aksi atau Tindakan**

Berbagai macam *power* yang dapat digunakan oleh advokator untuk mempengaruhi *stakeholders* di antaranya adalah <sup>7,8</sup>:

1. **Position power (authority).** Dengan jabatan tertentu maka seseorang akan mempunyai kekuasaan formal tertentu sesuai dengan jabatannya. Untuk meyakinkan instansi lain, maka seorang kepala tentunya mempunyai pengaruh lebih besar daripada kepala seksi.
2. **Informasi dan keahlian.** *Power* akan mengalir deras pada orang yang menguasai informasi dan pengetahuan (keahlian). Oleh karena itu, inisiasi perubahan lebih sering berawal dari tekanan para ahli di perguruan tinggi daripada birokrat.
3. **Pengaturan akan sumber daya (resources).** Posisi orang yang memegang kunci pada pengaturan *resources* akan kuat untuk mempengaruhi pihak lain. Misalnya, Staf Ditjen Anggaran akan mempunyai daya tawar yang tinggi pada saat pembahasan pendanaan proyek.
4. **Kekuatan pemaksa.** Orang yang mempunyai kekuatan pemaksa juga memegang kunci untuk menaklukkan pihak lawan. Misalnya, pemogokan oleh asosiasi dokter, tentunya akan mampu melumpuhkan aktivitas rumah sakit.
5. **Aliansi dan jaringan.** Adanya aliansi dan jaringan yang kuat dengan pihak lain akan memberikan kekuatan kepada seseorang untuk mempengaruhi pihak lain. Dengan aliansi dan jaringan seseorang akan dengan mudah mendapatkan dukungan dari para sekutunya.
6. **Akses terhadap agenda.** Akses terhadap keputusan tentang agenda apa yang akan dibahas, juga merupakan *power* yang kuat untuk menggagalkan agenda pihak lain dan menggolkan agenda kita. Dalam organisasi, posisi sekretaris seringkali menentukan seleksi terhadap agenda.
7. **Kontrol terhadap pemaknaan dan simbol.** Kontrol terhadap pemaknaan dan simbol penting untuk mempertahankan “unitas” pemaknaan. Advokator yang efektif haruslah mampu mendoktrinasi pihak lain tentang keyakinan dan pemaknaan yang ia tawarkan. Para kyai, misalnya, mempunyai kemampuan yang hebat untuk menjaga unitas pemaknaan.
8. **Karisma.** Seseorang yang mempunyai karisma tinggi, maka secara fisik, penampilan, serta kepribadiannya akan mampu “membius” pihak lain untuk menuruti kemauannya.

Apabila kita lihat sumber-sumber kekuatan dari nomor 1 sampai dengan nomor 8, maka kedudukan

hierarkis dalam organisasi (*authority*), hanyalah salah satu dari sekian banyak sumber kekuatan. Sementara itu, sumber-sumber kekuatan yang lain bersifat lebih terbuka, dalam arti siapapun dapat meningkatkan kekuatannya untuk saling mempengaruhi dengan aktor lainnya. Dengan demikian, advokator yang efektif haruslah secara terus-menerus mendongkrak berbagai sumber kekuatan guna meyakinkan pihak lain untuk memenangkan kepentingannya.

### ANALISIS STAKEHOLDERS

Politik selalu menyangkut pola hubungan antaraktor untuk berebut pemaknaan dan kepentingan, dengan menggunakan *power*-nya masing-masing (lihat sumber *power*). Untuk itu, dalam perspektif politik, apabila ingin mempengaruhi *stakeholders* untuk mengegolkan kebijakan tertentu, maka perlu melakukan analisis *stakeholders* guna mendapatkan peta (*mapping*) dari *stakeholders* yang ingin dipengaruhi.

Dalam analisis *stakeholders*, setidaknya ada dua *domain* penting untuk dipelajari. Pertama, menyangkut domain kepentingan, baik kepentingan *overt* maupun kepentingan *covert*. Kedua, menyangkut domain posisi *stakeholders* dalam kaitannya dengan isu yang kita angkat termasuk tingkat kekuatannya.

Kepentingan *overt* adalah tujuan idealistik seseorang dikaitkan dengan organisasi tempat ia menginduk, yang *notabene* steril dari kepentingan pribadi. Misalnya, tujuan *overt* dari Departemen Kesehatan adalah Indonesia Sehat 2010. Tujuan *overt* Badan Litbang adalah menghasilkan informasi sah untuk masukan kebijakan pembangunan kesehatan. Jelasnya, kepentingan *overt* adalah tujuan sakral dari organisasi. Sebaliknya, kepentingan *covert* adalah tujuan-tujuan sempit dari masing-masing aktor yang sarat dengan kepentingan pribadi. Sesuai dengan namanya, tujuan *covert* jarang terpapar secara publik. Tujuan *covert* hanya muncul pada pembicaraan informal di kalangan kelompoknya. Contoh, tujuan *covert* dari para peneliti pada proyek penelitian adalah menambah angka kredit dan mendapatkan keuntungan finansial.

Dalam menganalisis *stakeholders*, memprediksi tujuan-tujuan *overt* dan *covert* dari para aktor sangat penting. Dengan mengetahui *mapping* tujuan *overt* dan *covert* dari para aktor yang ingin kita pengaruhi, kita akan mudah menyesuaikan bahasa dan konsesi-konsesi yang harus kita berikan, dalam negosiasi dan dalam rangka memenangkan kepentingan kita.

*Domain* kedua dari analisis *stakeholders* adalah *mapping* aktor, kaitannya dengan posisi

aktor terhadap agenda yang kita angkat. Yang dimaksud posisi di sini adalah seberapa jauh keberpihakan aktor terhadap agenda yang kita angkat.

Berkaitan dengan posisi *stakeholders* terhadap isu atau agenda yang kita angkat, maka *stakeholders* dapat dikelompokkan menjadi empat, yaitu <sup>9</sup>:

- a) Pembuat keputusan (*stakeholders* kunci)
- b) Beneficiaries (*stakeholders* primer)
- c) Mitra (*stakeholders* sekunder)
- d) Musuh/lawan

**Pembuat keputusan atau *stakeholders* kunci** adalah mereka yang mempunyai otoritas untuk bertindak melakukan perubahan atau menetapkan kebijakan baru. Mengingat advokasi berhubungan dengan perubahan undang-undang, peraturan, kebijakan, program dan praktik budaya tertentu, maka pembuat keputusan yang menjadi target advokasi adalah pembuat undang-undang (legislatif), lembaga eksekutif, pemimpin agama, tokoh informal, manajer program, dan pemuka masyarakat lainnya. Karena tujuan utama advokasi adalah penetapan kebijakan, para pembuat keputusan adalah target utama dalam program advokasi.

**Beneficiaries atau *stakeholders* primer** adalah individu atau kelompok-kelompok yang memperoleh manfaat secara langsung dari hasil kegiatan advokasi. Jika dimobilisasi dengan tepat, *stakeholders* primer merupakan advokator yang paling kredibel dan meyakinkan. Namun sayang, untuk beberapa program memobilisasi *stakeholders* primer tidak mudah untuk dilaksanakan.

**Mitra atau *stakeholders* sekunder** adalah mencakup semua individu, kelompok dan organisasi yang mempunyai pandangan atau posisi sama, dan siap bergabung dalam suatu koalisi untuk membela suatu isu atau agenda tertentu. Membangun kemitraan adalah penting dalam rangka memenangkan suatu agenda advokasi. Faktor-faktor yang dapat mempererat kemitraan, antara lain, kesepakatan tentang tujuan kemitraan, pembagian informasi dan pengalaman belajar, komunikasi yang terbuka dan jujur, pertemuan rutin, dan pertukaran pandangan.

**Musuh atau lawan** adalah individu-individu atau kelompok-kelompok yang memiliki sikap dan pemahaman yang bertentangan dengan agenda (program) advokasi kita. Cara sederhana untuk mengidentifikasi musuh dalam advokasi, bukannya melihatnya sebagai musuh secara terang-terangan, melainkan sebagai seseorang atau kelompok yang memiliki keyakinan dan sikap yang

berbeda dengan agenda advokasi kita. Ketidakefahaman ini dapat dipakai sebagai dasar untuk menyusun argumen-argumen advokasi kita. Musuh pada satu isu tertentu, misal, ketidaksetujuan akan peningkatan alokasi anggaran kesehatan, boleh jadi mitra pada isu lainnya, misal, setuju agar tarif rumah sakit disesuaikan atau dinaikkan. Menentukan profil musuh, termasuk argumen-argumen yang mereka kemukakan, penting untuk menyusun *counter-argument* berdasarkan data dan penelitian mutakhir.

Hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk memastikan bahwa kita siap menghadapi oposisi (lawan), yaitu:

- Identifikasi musuh dan kekuatan musuh,
- Kumpulkan informasi tentang mereka (sikap, bidang kerja, kualifikasi, pendidikan, agama, *interest* pribadi atau tujuan *covert*, dan sebagainya),
- Identifikasi alasan mengapa mereka menentang prakarsa atau agenda kita,
- Identifikasi siapa yang dapat mempengaruhi pandangan dan pendapat mereka,
- Siapkan suatu rencana aksi yang mencakup data dan argumen-argumen yang berdasarkan fakta, untuk menghadapi argumen yang mungkin dimunculkan oleh lawan.

Analisis *stakeholders* (*stakeholders profiling*) tidak hanya bermanfaat untuk mengidentifikasi profil *stakeholders*, tetapi juga untuk mengantisipasi dan memperhatikan kebutuhan dan kepentingan mereka. Berdasarkan analisis ini, dapat diidentifikasi siapa pembuat keputusan yang ingin dirangkul, mitra dan *beneficiaries* yang ingin dilibatkan, serta musuh atau lawan yang perlu dibujuk. Dalam banyak hal, pembuat keputusan adalah kelompok-kelompok kunci yang mempunyai otoritas untuk melakukan perubahan. Sebagai contoh, bila kita ingin meningkatkan alokasi anggaran kesehatan dari APBD II, tentunya orang kuncinya adalah Bupati, Sekretaris Daerah, Bappedab, Anggota DPRD II (Panitia Anggaran); sementara sebagai lawan adalah sektor lainnya yang juga memperebutkan anggaran.

## MENYUSUN RENCANA AKSI

Setelah memahami bahwa isu pembangunan adalah masalah perebutan pemaknaan dan perebutan sumber daya dalam suatu arena kontes pembangunan nasional, maka pendekatan politik menekankan pentingnya analisis pemain, mengukur kekuatan mereka, membangun koalisi, dan memainkan *power* untuk melegitimasi agenda kita.

Dalam menyusun rencana aksi advokasi, langkah-langkah berikut dapat digunakan: (1) identifikasi atau *review* data dan hasil penelitian, yang berimplikasi kebijakan, yang akan kita angkat, (2) tentukan instrumen kebijakan publiknya, (3) petakan posisi *stakeholders* terhadap agenda kita, termasuk peta kekuatan dan tujuan *overt/covert*-nya, (4) susun rencana aksi yang meliputi format, pengemasan bahasa, dan waktu yang tepat.

Dua tabel berikut dapat digunakan sebagai penolong untuk menyusun rencana aksi advokasi bidang kesehatan. (Tabel 1 dan Tabel 2).

demikian, merupakan seni untuk memenangkan kepentingan dengan memetakan kepentingan *stakeholders*, memetakan kekuatan, dan akhirnya menyusun strategi.

Untuk menyusun rencana aksi advokasi dengan efektif, maka perlu dilakukan langkah-langkah, yaitu: (i) kemukakan data atau informasi dan implikasi kebijakannya, (ii) tentukan instrumen kebijakan publiknya, (iii) petakan posisi *stakeholders* terhadap agenda advokasi kita, (iv) identifikasi tujuan *overt* atau *covert stakeholders*, (v) prediksi kekuatan *stakeholders*, dan akhirnya (vi) tentukan strategi yang tepat untuk melaksanakan advokasi.

Tabel 1. Rencana Aksi Umum Advokasi

No	Data atau informasi	Implikasi kebijakan	Instrumen Kebijakan Publik	Stakeholders				Rencana Aksi		
				Key	Primary	Mitra	Lawan	Format	Pengemasan Bahasa	Waktu

Tabel 2. Stakeholders – Profiling, untuk menyusun Strategi Advokasi

No	Stakeholders	Tujuan Overt	Tujuan Covert	Posisi terhadap Agenda	Skala Kekuatan	Strategi
1	A					
2	B					
3	C					
4	D					
5	E					
6	F					
7	G					
8	H					

## KESIMPULAN

Advokasi pembangunan kesehatan pada tingkat pusat maupun tingkat daerah memerlukan pendekatan multiperspektif dan komprehensif, guna meyakinkan *stakeholders* (*sense-making* dan *legitimizing*). Selanjutnya, diharapkan melakukan aksi untuk mendukung agenda advokasi kita. Dari berbagai pendekatan yang bersifat multiperspektif tersebut, maka pendekatan politik dapat dianggap sebagai muara dari seluruh pendekatan untuk memenangkan kepentingan agenda kita.

Dalam cara pandang politik, memenangkan kepentingan pembangunan kesehatan adalah ibarat pertarungan dalam arena kontes pembangunan. Aktor yang memenangkan pertandingan adalah aktor yang mempunyai agenda dengan argumen yang jelas dan tentunya didukung oleh kekuatan (*power*) yang signifikan. Berpolitik dalam advokasi kesehatan, dengan

Perlu diperhatikan bahwa catatan-catatan hasil analisis *stakeholders* bersifat privat, dalam arti hanya untuk pegangan pelaku advokasi, dan tidak untuk konsumsi publik. Ibarat permainan politik, maka catatan hasil analisis *stakeholders* merupakan strategi politik untuk memenangkan kepentingan dan sekaligus mengalahkan lawan.

## KEPUSTAKAAN

1. CMG and WHO. Mobilizing Resources for the Health Sector, Managing the Negotiation Process, CMG and WHO. 1989.
2. Dahl, R. Analisis Politik Modern (Terjemahan). Bumi Aksara. Jakarta. 1991.
3. Hill, M. The Policy Process: A Reader, Harvester Wheatsheaf. London. 1993.
4. Degeling, P. Lecture Notes Management and Organization, UNSW. Sydney. 1997.

5. Siswanto, dkk. Modul Bidang Kesehatan Bagi Manajer Puncak Tingkat Kabupaten/Kota. Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Surabaya, 2003.
6. Arifin, A. Modul Pelatihan Strategic Leadership dan Learning Organization, Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Surabaya. 2004.
7. Bolman *and* Deal. Reframing Organizations, Artistry, Choice, and Leadership, Jossey-Bass Publishers, San Fransisco. 1997.
8. Lee, B. The Power Principle (Prinsip Kekuasaan), Terjemahan, Binarupa Aksara, Jakarta. 2002.
9. UNFPA. Advokasi: Aksi, Perubahan dan Komitmen, UNFPA dan BKKBN. Jakarta. 2002.

## KEPUASAN PASIEN RUMAH SAKIT (TINJAUAN TEORITIS DAN PENERAPANNYA PADA PENELITIAN)

### *HOSPITAL PATIENT'S SATISFACTION (THEORETICAL REVIEW AND ITS APPLICATION IN RESEARCH)*

**Chriswardani Suryawati**

Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Universitas Diponegoro, Semarang, Jawa Tengah

### ABSTRACT

Hospital patient's satisfaction is one indicator of hospital services quality. Hospital has many reasons to fulfill their patient's satisfaction. Satisfied patient would expect the medication better than unsatisfied patient. They will be a "marketer" and create "the positive image" of the hospital. There was a socio economic value of the positive image of hospital, especially related to the hospital's stakeholders.

Reliability, responsiveness, assurance, empathy and tangibles are the dimensions of the hospital patient's satisfaction. It would be varied by severity of the illness, age, sex, education, occupation, race/ethnic and social cultural factors. Hospital patient's satisfaction could be measured by observing the services of the important personals (doctors and nurses), admission dan billing services, medical and non medical facility by conducting such a research.

Most research measure hospital patient's satisfaction in Indonesia were conducted to analyze the variables determined to the overall services of inpatient atau outpatient services or specified services by doctors and nurses. Others measured the differences of patient's satisfaction related to hospital room class and patient characteristics. Most research were cross sectional study and quantitative research by developing bivariat or multivariate analysis. Most study has become a library collection and the dissemination of the research should be improved in the future. This article will explain the hospital patient's satisfaction in the theoretical aspect and in application on several research in Indonesia.

**Keywords:** patient's satisfaction, quality of hospital services

### PENGANTAR

Kepuasan pasien merupakan salah satu hal sangat penting dalam meninjau mutu pelayanan suatu rumah sakit. Ada empat aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator penilaian mutu pelayanan suatu rumah sakit, yaitu: 1) penampilan keprofesionalitas yang ada di rumah sakit (aspek klinis), 2) efisiensi dan efektivitas penyelenggaraan pelayanan berdasarkan pemakaian sumber daya, 3) aspek keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien, dan 4) aspek kepuasan pasien yang dilayani.

Pascoe (dalam Krowinsky dan Steiber)<sup>2</sup> mendefinisikan kepuasan pasien dari dua sisi yang berbeda (*contrast model*). Pasien memasuki rumah sakit dengan serangkaian harapan dan keinginan. Bila kenyataan pengalaman selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit lebih baik daripada yang diharapkannya maka mereka akan puas, sebaliknya bila pengalaman selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit lebih rendah (lebih buruk)

daripada yang mereka harapkan maka mereka akan merasa tidak puas.

Linder Pelz (dalam Krowinsky dan Steiber)<sup>2</sup> menyebutkan bahwa kepuasan pasien adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam. Pelayanan yang dievaluasi dapat berupa sebagian kecil dari pelayanan, misalkan salah satu jenis pelayanan dari serangkaian pelayanan rawat jalan atau rawat inap, semua jenis pelayanan yang diberikan untuk menyembuhkan seorang pasien sampai dengan sistem pelayanan secara menyeluruh di dalam rumah sakit. Dia juga menyebutkan bahwa kajian tentang kepuasan pasien harus dipahami sebagai suatu hal yang sangat banyak dimensinya atau variabel yang mempengaruhinya.<sup>2</sup>

Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat subyektif, sulit untuk diukur, dapat berubah-ubah, serta banyak sekali faktor yang berpengaruh, sebanyak dimensi di dalam kehidupan manusia.

Subyektivitas tersebut bisa berkurang dan bahkan bisa menjadi obyektif bila cukup banyak orang yang sama pendapatnya terhadap sesuatu hal. Oleh karena itu, untuk mengkaji kepuasan pasien dipergunakan suatu instrumen penelitian yang cukup *valid* disertai dengan metode penelitian yang baik.

Di dalam situasi yaitu rumah sakit harus mengutamakan pihak yang dilayani (*client oriented*), karena pasien adalah *client* yang terbanyak, maka banyak sekali manfaat yang dapat diperoleh suatu rumah sakit bila mengutamakan kepuasan pasien.<sup>3</sup>

- a. Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
- b. Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.
- c. Citra positif rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah pasien yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengar akan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatnya pendapatan rumah sakit). Dalam studinya di 51 rumah sakit di Amerika Serikat terhadap sekitar 15.000 pasien, Nelson, *et al.* (dalam Krowinski)<sup>2</sup> menemukan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara penampilan rumah sakit dengan penampilan finansial rumah sakit dalam analisis multivariatnya yang terbukti kepuasan pasien berpengaruh secara positif pada penerimaan rumah sakit, pendapatan bersih dan tingkat pengembalian aset rumah sakit.
- d. Berbagai pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) rumah sakit, seperti, perusahaan asuransi, akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.
- e. Di dalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktik tidak terjadi.

#### **DIMENSI DAN VARIABEL PENENTU KEPUASAN PASIEN**

Merkouris, *et al.*,<sup>4</sup> menyebutkan bahwa mengukur kepuasan pasien dapat digunakan sebagai alat untuk: 1) evaluasi kualitas pelayanan

kesehatan, 2) evaluasi terhadap konsultasi intervensi dan hubungan antara perilaku sehat dan sakit, 3) membuat keputusan administrasi, 4) evaluasi efek dari perubahan organisasi pelayanan, 5) administrasi staf, 6) fungsi pemasaran, 7) formasi etik profesional.<sup>4</sup>

Linder Pelz (dalam Krowinsky dan Steiber)<sup>2</sup> mengajukan sepuluh elemen sebagai faktor-faktor yang perlu diamati dalam mengkaji kepuasan pasien, yaitu: keterjangkauan (*accessibility*), ketersediaan sumber daya (*availability of resources*), kontinuitas pelayanan (*continuity of care*), efektivitas (terhadap hasil) (*efficacy* atau *outcomes of care*), keuangan (*finance*), humanitas (*humaness*), ketersediaan informasi (*information gathering*), pemberian informasi (*information delivering*), kenyamanan lingkungan (*pleasantness of surrounding*), serta kualitas dan kompetensi petugas (*quality* atau *competence*).

Model SERVQUAL (*service quality*) yang dikembangkan Zeithalm dan Parasuraman<sup>5</sup> banyak dipakai sebagai landasan konsep penelitian tentang kepuasan pasien di banyak tempat. Model ini menyebutkan bahwa pertanyaan mendasar yang cukup sensitif untuk mengukur pengalaman konsumen mendapatkan pelayanan tercakup dalam lima dimensi kualitas pelayanan yaitu: 1) *reliability* (kehandalan): kemampuan untuk menampilkan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan akurat, 2) *responsiveness* (ketanggapan atau kepedulian): kemampuan untuk membantu konsumen dan meningkatkan kecepatan pelayanan, 3) *assurance* (jaminan kepastian): kompetensi yang dimiliki sehingga memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, risiko atau keraguan dan kepastian yang mencakup pengetahuan, perilaku dan sifat yang dapat dipercaya, 4) *empathy* (perhatian): sifat dan kemampuan untuk memberikan perhatian penuh kepada pasien, kemudahan melakukan kontak dan komunikasi yang baik, 5) *tangibles* (wujud nyata): penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, sarana informasi atau komunikasi dan petugas atau pegawai.<sup>5</sup>

Ada dua dimensi kepuasan pasien: 1) kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi: hubungan dokter-pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan menentukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektivitas pelayanan dan keamanan tindakan, 2) kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan: ketersediaan, kewajaran, kesinambungan, penerimaan, ketersediaan, keterjangkauan, efisiensi, dan mutu pelayanan kesehatan.<sup>2</sup>

Jacobalis<sup>7</sup> menyebutkan bahwa berdasarkan pengalaman sehari-hari, ketidakpuasan pasien yang seringkali ditemukan yaitu berkaitan dengan: sikap dan perilaku petugas rumah sakit, keterlambatan pelayanan oleh dokter dan perawat, dokter tertentu sulit ditemui, dokter kurang komunikatif dan informatif, perawat yang kurang ramah dan tanggap terhadap kebutuhan pasien, lamanya proses masuk perawatan, aspek pelayanan "hotel" di rumah sakit serta kebersihan, ketertiban, kenyamanan, dan keamanan rumah sakit.

Sulit untuk memenuhi kepuasan semua konsumen pada jasa kesehatan dimana peranan interaksi psiko sosial merupakan "*the art*" dari pelayanan medis. Banyak variabel non medis ikut menentukan kepuasan pasien antara lain: tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup pasien.<sup>7</sup> Kepuasan pasien dipengaruhi oleh karakteristik pasien yaitu: umur, pendidikan, pekerjaan, etnis, sosial ekonomi, dan diagnosis penyakit.<sup>8</sup>

#### **PERAN DOKTER DAN PERAWAT DALAM MEWUJUDKAN KEPUASAN PASIEN**

Di dalam pelayanan rumah sakit, petugas yang sangat banyak mendapatkan sorotan, karena sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien yaitu dokter dan perawat. Bahkan kehadiran dan sentuhan pelayanan perawat mempunyai proporsi pelayanan yang terbesar di rumah sakit, sehingga tanpa mengabaikan pelayanan petugas yang lain, maka pelayanan dokter dan perawat tentu saja merupakan pelayanan yang seharusnya mendapatkan perhatian lebih besar bagi manajemen rumah sakit.

Dokter bertanggung jawab secara etika medis (seperti yang tercantum dalam sumpah Hipocrates) dan secara hukum. Tanggung jawab dokter secara hukum dapat diartikan bahwa kelalaian dan kesalahan yang secara medis mempunyai unsur: akibat sebenarnya tidak dapat dibayangkan dan akibat tersebut tidak dapat dihindari, maka bukan merupakan kesalahan dokter.<sup>9</sup>

Bagi sebagian besar pasien kehadiran, penampilan, sapaan dan perhatian dokter yang merawatnya sudah merupakan sebagian dari pengobatan. Pasien ingin diperlakukan secara manusiawi, diperhatikan, dan dipenuhi keinginan dan kebutuhannya. Di sisi lain, terdapat benturan antara harapan pasien dengan dokter. Profesi dokter adalah profesi yang "otonom" dan anggapan "dokter paling tahu" seringkali menyebabkan dokter "tidak rela" bila diatur bahkan oleh atasannya atau pihak manajemen rumah sakit dalam hubungannya

dengan keputusan profesinya terhadap pasien. Selain itu, seringkali dokter kurang memperhatikan implikasi sosial ekonomi dari tindakan medis yang diambilnya karena terfokus pada masalah klinis dengan dalih kepentingan pasien.<sup>9</sup>

Hughes<sup>10</sup> menemukan bahwa dokter umum mempunyai nilai lebih tinggi daripada dokter spesialis dalam hubungan interpersonal dengan pasien. Demikian juga perawat, bidan, dan asisten dokter mempunyai nilai tinggi untuk interaksi dengan pasien. Pasien juga lebih menyukai dokter yang berbicara dengan mereka tanpa membedakan, mau mendengarkan, bersedia menjawab pertanyaan, menjelaskan kepada pasien dalam bahasa yang sederhana tentang kondisi kesehatannya, dan mengikutsertakan pasien dalam pengambilan keputusan tentang perawatan, serta kemudahan menjumpai dokter. Semua itu merupakan faktor yang meningkatkan hubungan interpersonal dokter dengan pasien.

Krisner<sup>11</sup> berpendapat bahwa interaksi dokter dengan pasien merupakan bagian internal dari proses terapi dan merupakan kunci proses kesembuhan. Dokter hendaknya berorientasi kemanusiaan, memperhatikan pasien, serta profesional dalam bertindak. Pasien dengan segala keanekaragamannya, baik segi kepribadian, pendidikan, status sosial, serta tahapan penyakitnya sering bereaksi secara emosional terhadap penyakitnya. Hal yang penting diperhatikan oleh dokter sehingga setiap pasien mendapat pelayanan menyeluruh, jasmani maupun rokhani.

Hampir semua pengambilan keputusan yang menyangkut tindakan apa yang akan diberlakukan oleh dokter kepada pasien dilakukan oleh dokter. Posisi yang tidak seimbang, karena informasi dan pengambilan keputusan dikuasai oleh dokter atau petugas kesehatan (*supplier induced demand*) dan di sisi lain konsumen tidak tahu apa yang harus mereka konsumsi untuk mengatasi masalah kesehatannya (*consumer's ignorance*) merupakan salah satu ciri pelayanan kesehatan.<sup>12</sup>

Bila harapan dan keinginan pasien selama dirawat terpenuhi maka pasien akan puas. Harapan pasien adalah hak pasien. Hak pasien adalah kewajiban rumah sakit yang tentu saja harus diusahakan untuk dipenuhi oleh pihak rumah sakit.

Beberapa hak pasien, yaitu: mereka berhak mendapatkan pelayanan yang manusiawi, asuhan keperawatan yang bermutu, memilih dokter, mendapatkan "*second opinion*" dokter yang merawat, menolak tindakan terhadap dirinya, mengajukan keluhan dan memperoleh informasi tentang: penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan dilakukan oleh rumah sakit,

kemungkinan adanya penyulit tindakan medis, alternatif tindakan lain, prognosis penyakit, serta perkiraan besarnya biaya pengobatan. Selain itu, pasien juga berhak didampingi oleh keluarga dalam keadaan kritis, mengakhiri pengobatan dan perawatan atas tanggung jawab sendiri, serta berhak menjalankan agama dan kepercayaannya selama dirawat di rumah sakit tanpa mengganggu pihak lain.<sup>9</sup>

Selain hak, pasien juga mempunyai kewajiban dan kewajiban ini tentu saja menjadi hak rumah sakit. Adapun kewajiban pasien, yaitu: pasien dan keluarganya harus mentaati peraturan dan tata tertib rumah sakit, pasien wajib menceritakan sejujur-jujurnya tentang segala sesuatu tentang penyakitnya, pasien wajib mematuhi semua instruksi dokter dalam rangka pengobatan penyakitnya, pasien (dan atau si penanggungnya) wajib melunasi biaya atas semua pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit, pasien dan penanggungnya wajib memenuhi semua perjanjian yang telah ditandatangani.<sup>9</sup>

Pelayanan perawat merupakan pelayanan terbanyak yang diperoleh pasien rumah sakit, khususnya pada pelayanan rawat inap. Perawat merupakan tenaga di rumah sakit terbanyak (sekitar 40%) dan paling banyak berinteraksi dengan pasien. Untuk memenuhi kepuasan pasien, maka apa saja yang menjadi kewajiban dan tanggung jawab perawat merupakan hal yang harus dikaji.<sup>9</sup>

Keperawatan menurut hasil Lokakarya Nasional Keperawatan tahun 1983 adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio psiko sosio spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan, asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan proses keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggungjawab keperawatan. Di Indonesia, standar asuhan keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI No.660/Menkes/SK/IX/1987 dan dilengkapi dengan Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik (Dirjen Yanmed) Departemen Kesehatan (Depkes) RI No.105/Yan Med/RS.Umdik/Raw/I/88 tentang Penerapan Standar Praktik Keperawatan Bagi Perawat Kesehatan di Rumah Sakit.

Mutu pelayanan keperawatan sangat dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu: 1) profesionalisme keperawatan: keterampilan dan

penguasaan iptek keperawatan sesuai dengan standar dan metode yang berlaku serta faktor kepribadian perawat yang harus bersikap dan berperilaku sebagai "*major caring profesion*" dalam interaksinya dengan pasien, keluarga pasien maupun profesi lain. 2) Efektivitas dan efisiensi pemakaian peralatan dan fasilitas keperawatan (keamanan, kenyamanan pasien serta terjangkau sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan). 3) Kepuasan pasien karena terpenuhinya harapan dan kebutuhan pelayanan keperawatan.<sup>8</sup>

Sikap dan perilaku dokter, perawat dan petugas lain di rumah sakit tinggi peringkatnya di dalam kepuasan pasien. Walau hasil akhir (*outcome*) pelayanan kurang sesuai dengan harapan pasien, pasien masih dapat memahaminya dan tetap dapat merasakan kepuasannya, karena dilayani dengan sikap dan perilaku yang menghargai perasaan dan martabatnya.<sup>9</sup>

#### **FAKTOR LAIN DI RUMAH SAKIT YANG BERPENGARUH PADA KEPUASAN PASIEN**

Selain faktor dokter dan pasien, masih banyak komponen lain yang mempengaruhi kepuasan pasien. Komponen tersebut, yaitu: pelayanan administrasi masuk dan administrasi selama pasien dirawat, keuangan, pelayanan makan (bagi pasien rawat inap), pelayanan laboratorium dan penunjang diagnostik lain, obat-obatan, kondisi ruang perawatan, serta kebersihan-kenyamanan-keamanan lingkungan rumah sakit.<sup>1</sup>

#### **BEBERAPA HASIL PENELITIAN TENTANG KEPUASAN PASIEN DI RUMAH SAKIT**

Sudah banyak dilakukan penelitian tentang kepuasan pasien di rumah sakit, baik untuk kepentingan memperoleh gelar (sarjana, master atau doktor) atau penelitian untuk suatu kepentingan tertentu. Temuan dari penelitian-penelitian tersebut sangat bermanfaat bagi pihak manajemen rumah sakit untuk melakukan perubahan dan pembenahan pelayanan dalam rangka mewujudkan mutu pelayanan serta kepuasan pasien. Hanya patut disayangkan karena penelitian-penelitian tersebut banyak yang hanya menjadi "penghuni perpustakaan", menjadi monumen ilmiah yang tidak banyak dibaca dan dimanfaatkan oleh pihak lain yang berkepentingan.

Sepengetahuan penulis, sebagian besar penelitian tersebut membahas tentang faktor-faktor atau variabel-variabel yang mempengaruhi kepuasan pasien di rumah sakit. Penelitian tersebut membahas kepuasan pasien terhadap keseluruhan pelayanan atau pelayanan tenaga kesehatan tertentu (dokter, perawat), atau membahas berdasarkan kelas perawatan, pelayanan rawat

inap atau rawat jalan. Penelitian yang ada lebih banyak meneliti pasien rawat inap daripada pasien rawat jalan.

Sebagian besar penelitian tersebut merupakan studi kuantitatif yang dilakukan pengukuran terhadap serangkaian faktor atau variabel yang menurut teori berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Sebagian besar penelitian yang ada mengambil datanya secara *cross sectional* dengan metode *survey* dan mempergunakan kuesioner terstruktur. Data yang diperoleh diolah dengan variasi uji statistik baik bivariat (korelasi Spearman atau korelasi Pearson atau uji *chi square*) maupun multivariat.

Ada beberapa kesulitan untuk melakukan pengukuran kepuasan pasien, yaitu: 1) pasien tidak mempunyai pengetahuan tentang standar kualitas pelayanan, 2) pasien berada dalam keadaan tidak bisa mengekspresikan pendapatnya secara obyektif, 3) para tenaga profesional dan pasien mempunyai tujuan yang berbeda, 4) kualitas tergantung kultur dan kebudayaan, 5) variasi karakteristik pasien seperti: umur, latar belakang pendidikan, kelas sosial dan status pendidikan.<sup>4</sup>

BA. Molachele<sup>13</sup>, dalam penelitiannya di RSU Fatmawati, Jakarta menemukan bahwa terhadap keseluruhan pelayanan rawat inap di rumah sakit, ada hubungan yang cukup berarti antara kepuasan pasien dengan pelayanan dokter, pelayanan perawat, fasilitas medis, lingkungan rumah sakit dan makanan yang disediakan untuk pasien.

Suprptono<sup>14</sup> menemukan adanya hubungan yang sangat bermakna antara pelayanan dokter, perawat, dan pelayanan administrasi terhadap kepuasan pasien rawat inap di RSU.dr. Murjani, Sampit.

Sandan, H.K.<sup>15</sup>, menyebutkan bahwa lingkungan fisik rumah sakit, fasilitas rumah sakit dan perilaku petugas (pemberi) pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap di RSU dr. Doris Sylvanus Palangkaraya.

Wahyutomo<sup>16</sup> menyebutkan bahwa faktor lingkungan fasilitas berpengaruh terhadap kepuasan pasien kelas VIP, sedangkan pada pasien kelas I yang berpengaruh, adalah: obat, makanan dan dokter. Pada kelas II dan III ternyata semua faktor yang diteliti, yaitu: obat, makanan, perawat, lingkungan, serta dokter berpengaruh terhadap kepuasan pasien di RS St.Elizabeth Semarang.

Zulkarnain<sup>17</sup> menemukan tidak adanya hubungan antara karakteristik pasien dengan tingkat kepuasan pasien di bangsal penyakit dalam RSUP.dr.Sardjito Yogyakarta.

Dalam pelayanan rawat inap, keberadaan dokter dan perawat sangat dominan. Penelitian yang dilakukan oleh JB. Anggono<sup>18</sup> menyebutkan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan perawat dipengaruhi oleh keterampilan dan perilaku perawat, serta fasilitas yang tersedia di RS.St.Elizabeth Semarang. Untuk pelayanan dokter di rumah sakit, S. Mansoer<sup>19</sup> menemukan bahwa kunjungan (*visite*) dokter, cara pemeriksaan pasien, tingkat responsif, informalitas, serta senioritas dokter mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pasien rawat inap di RS Pelni Jakarta.

Penelitian tentang pengukuran indeks kepuasan pasien rawat inap dilakukan oleh Anggraini, DD.<sup>20</sup> di RS Islam Jakarta Timur. Anggraini, DD.<sup>20</sup> menemukan bahwa lima dimensi kualitas pelayanan (SERVQUAL), yaitu, kualitas pelayanan, kehandalan, ketanggapan, jaminan kepastian dan perhatian, masing-masing bermakna terhadap kepuasan pasien. Dengan menggunakan Angka Indeks Laspeyres, yang merupakan komulatif nilai kepuasan pasien terhadap dimensi kualitas pelayanan ditemukan bahwa indeks tertinggi pada minggu ketiga dan minggu keempat.<sup>20</sup>

Penelitian kepuasan pasien yang agak berbeda dilakukan oleh Chriswardani<sup>21</sup> dalam penelitian pengembangan indikator kepuasan pasien rawat inap di tiga rumah sakit di Jawa Tengah dengan analisis faktor dengan metode konfirmatif menemukan ada 18 indikator kepuasan pasien rawat inap dalam tiga dimensi. Ketiga dimensi berikut variabel yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien, yaitu: 1) pelayanan petugas: ketelitian dokter dalam memeriksa pasien, keteraturan pelayanan perawat dalam memeriksa pasien, kesungguhan perawat melayani kebutuhan dan permintaan pasien, serta sikap dan perilaku petugas dalam menghadirkan makanan. 2) Kenyamanan rawat inap: kebersihan dan kerapian gedung-koridor dan bangsal rumah sakit, kebersihan dan kerapian ruang perawatan, penerangan lampu gedung-bangsal dan koridor di waktu malam, keamanan pasien dan pengunjung rumah sakit, kelengkapan fasilitas atau perabot ruang perawatan, kebersihan kamar mandi pasien, variasi menu pasien, dan kebersihan peralatan makan pasien. 3) Kemudahan dan kelancaran administrasi: ketersediaan dan kelengkapan obat-obatan di apotek rumah sakit, lama waktu pelayanan apotek rumah sakit, lama waktu mendapatkan kepastian dari hasil pemeriksaan penunjang medis, kelancaran dan kemudahan pelayanan administrasi masuk dan menjelang pulang.

## **KEPUSTAKAAN**

1. Jacobalis, S. *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Suatu Pengantar*, Citra Windu Satria, Jakarta. 1990.
2. Krowinski, William, J., and Steven R. S. *Measuring and Managing Patient Satisfaction*, American Hospital Publishing Inc. 1996.
3. Azwar, A. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*, Yayasan penerbit IDI, Jakarta. 1994.
4. Merkouris, A., Lanara, V., Ifantopoulos, and Lemonidou C. *Patient Satisfaction, A Key Concept for Evaluating and Improving Nursing Practice*. *Journal of Nursing Management*. 1999.
5. Zeithml, A., Valerie, A., Parasuraman, and Leonard L. B. *Delivering Quality Service, Balancing Costumer Perception and Expectation*, the Free Press, New York. 1990.
6. Donabedian, A. *The Definition of Quality ang Approaches to Its Assessment, Exploration Quality Assessment and Monitoring*, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor. Michigan. 1980.
7. Jacobalis, S. *Beberapa Teknik dalam Menjaga Mutu. Materi Kuliah. Magister Manajemen Rumah Sakit Pascasarjana*, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1995.
8. Gunarsa, Singgih, D., dkk. *Psikologi Perawatan*, Cetakan ke-2. Gunung Mulia, Jakarta. 1995.
9. Guwandi. *Dokter, Pasien, Hukum*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, 1996.
10. Hughes, J. *Organization and Information of the Bed Side*, Disertasi tidak dipublikasikan. University of Chicago. 1994.
11. Krisner, J. A. *Doctor's View of the Doctor-Patient Relationship*, University of Chicago. 1990.
12. Sorkin, Alan, L. *Health Economics, An Introduction*, Massachusetts, Lexington Books DC Heath and Co. 1976.
13. Molachele, Ba'diah, A. *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rawat Nginap di RSU Fatmawati Jakarta*. Tesis. Magister Administrasi Rumah Sakit Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta. 1993.
14. Suprptono, S. *Analisis Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Pasien Rawat Nginap di RSU dr. Murjani, Sampit*. Tesis. Program Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1998.
15. Sandan, Hafner, K. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD dr. Dorys Sylvanus Palangkaraya*. Tesis. Program Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1995.
16. Wahyutomo. *Hubungan Antara Kepuasan Pasien dengan Penampilan Pelayanan Rawat Nginap di RS St. Elizabeth Semarang*, Tesis. Magister Administrasi Rumah Sakit Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta. 1997.
17. Zulkarnain, Elfian. *Analisis Tingkat kepuasan Pasien Terhadap Interaksi Pasien dan Perawat Dalam Memberikan Pelayanan Berdasarkan Karakteristik Pasien di Bangsal Penyakit Dalam RSU.dr. Sardjito Yogyakarta*, Tesis. Program Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1999.
18. Anggono, J., B. *Faktor-Faktor Penentu Tingkat Kepuasan Pasien Atas Layanan Keerawatan di Ruang Rawat Inap RS St. Elizabeth Semarang*, Tesis. Magister Administrasi Rumah Sakit Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta. 1996.
19. Mansoer, S. *Kepuasan Pasien Rawat Nginap di RS. Pelni Jakarta Terhadap Pelayanan Dokter*. Tesis. Magister Administrasi Rumah Sakit Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta. 1997.
20. Anggraini, D. D. *Pengembangan Indeks Kepuasan Pasien Sebagai Indikator Persepsi Pasien Terhadap Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Islam (RSI), Jakarta Timur*. Tesis. Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat-Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang. 2001.
21. Chriswardani, S. *Pengembangan Indikator Kepuasan Pasien Rumah Sakit di Jawa Tengah, Riset Pembinaan Kesehatan (Risbinkes)*. Balitbangkes Departemen Kesehatan RI. 1998.

## PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERSEPSI KOASISTEN TENTANG KEBIJAKAN DOKTER PEGAWAI TIDAK TETAP (DOKTER PTT) DI TIGA FAKULTAS KEDOKTERAN DI JAWA BARAT

### KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PERCEPTION OF INTERNSHIP STUDENTS ABOUT THE ROLE OF NON-PERMANENT DOCTOR (PTT) IN THREE SCHOOL OF MEDICINE IN WEST JAVA

Nugraha Wendy Freely<sup>1</sup> dan Arisanti Nita<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unit Penelitian Kesehatan FK Universitas Padjajaran/RS Hasan Sadikin, Bandung, Jawa Barat

<sup>2</sup> Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK Universitas Padjajaran, Bandung, Jawa Barat

#### ABSTRACT

**Background:** The role about non permanent doctor (PTT) in Indonesia has changed in several times. The latest role is stipulated by Kepmenkes 1540/Menkes/SK/XII/2002. The content of that role mention that fresh graduate doctor are not only to be a non permanent doctor but also to be a resident or practice with temporary license. The tendency of this role is the unenthusiastic to be a non permanent doctor. The aim of this study is to know how the internship will response this role in their carrier as a doctor.

**Objective:** This research was purposed to know how far knowledge, attitude and perception respondent about the role of non permanent doctor..

**Method:** The method of this research was cross sectional survey method, which done by collecting data from questionnaire (self-administered questionnaire). The respondent of this research were internship students who will finish their study for 6 month later from 3 school of medicine in West Java Province.

**Result:** The result of this research showed that 19% of respondent has not yet known about the non-permanent doctor program (PTT), otherwise 52% has not yet known about other program (cara lain). The most of information about PTT hasn't been got from the legal institution (Faculty, Ministry of Health and Indonesian Medical Council) but from the senior students. From all of the respondent, only 65 % who will commit to joint with PTT, 49 % of that will choose in West Java Province. The perception of respondent about PTT is variety. The majority said that PTT is the program for distribute the doctor (71,1%), but 23,4 % respondent said that PTT is compulsory. Most of respondent (75,6%) say that PTT must be continued with any correction, and 25,8 % say that PTT must be eliminated.

**Conclusion:** Generally, respondent showed lack of information the role of non permanent doctor. The reason is the source of information is not from the legal institution. More than a quarter of respondent mentioned that they would not enroll to non permanent doctor program and ready to accept the consequences. Because PTT program didn't have reward and punishment system, and carrier model, non permanent doctor isn't the first choice of respondent for their carrier. Respondent has still appraise that PTT give them opportunity although it doesn't give the good carrier after finish that program. Most respondent say that the role of PTT program has to improve.

**Keywords:** non-permanent doctor, internship

#### PENGANTAR

Permasalahan mengenai pendayagunaan tenaga medis khususnya dokter, hingga saat ini masih merupakan topik yang masih perlu senantiasa dikaji. Permasalahan tersebut meliputi berbagai aspek, antara lain: mengenai pengangkatan, penempatan, pembinaan, dan pengembangan karir tenaga medis. Munculnya permasalahan tersebut tidak saja semata-mata dikarenakan kebijakan teknis pendayagunaannya

yang masih dipandang perlu untuk disempurnakan, namun juga dikarenakan terjadinya berbagai perubahan lingkungan makrosistem pemerintahan yang mengiringi terjadinya proses reformasi di tanah air.

Saat ini, rasio tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk masih rendah. Produksi dokter setiap tahun sekitar 2500 dokter baru, sedangkan rasio dokter terhadap jumlah penduduk 1: 5000.<sup>1</sup> Sungguhpun menurut Indikator Indonesia Sehat

2010 diperlukan jumlah dokter yang cukup banyak dengan *ratio* 40 orang dokter per 100.000 penduduk, namun daya serap tenaga kesehatan oleh jaringan pelayanan kesehatan masih terbatas. Penyebaran SDM kesehatan belum menggembirakan, sekalipun sejak tahun 1992 telah diterapkan kebijakan penempatan tenaga dokter dan bidan dengan sistem Pegawai Tidak Tetap (PTT).<sup>1,2,3</sup>

Aturan pendayagunaan tenaga dokter dimulai sejak diberlakukannya Undang-Undang (UU) Nomor 8 Tahun 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana (WKS), yang menyebutkan pemerintah mempunyai kewenangan untuk menempatkan tenaga dokter dan sebagai imbalannya akan memperoleh *reward* menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS).<sup>4</sup> Tetapi aturan ini telah mengalami banyak perubahan sejak diberlakukannya Keputusan Presiden Nomor 37 Tahun 1991 tentang Pengangkatan Dokter menjadi Pegawai Tidak Tetap (PTT) Selama Masa Bakti. Dengan aturan ini, maka sekalipun telah menyelesaikan masa wajib kerja sarjana (atau yang saat ini dikenal dengan masa bakti sebagai PTT, dokter tersebut tidaklah secara otomatis diangkat sebagai pegawai negeri.<sup>5,6,7</sup>

Perkembangan terkini aturan pendayagunaan tenaga dokter diatur melalui Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) 1540/Menkes/SK/XII/2002 yang menyatakan bahwa tata cara penempatan tenaga medis dibagi menjadi dua yaitu melalui masa bakti dan cara lain. Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) ini juga mengatur mengenai penundaan masa bakti, yaitu seorang dokter bisa langsung melanjutkan pendidikan spesialis maupun berpraktik dengan Surat Ijin Praktik Sementara (SIPS).<sup>8</sup> Dengan adanya aturan penundaan masa bakti, saat ini terdapat kecenderungan lulusan dokter baru enggan untuk menjalani program PTT. Untuk melihat sejauh mana minat calon dokter (koasisten) terhadap program PTT perlu dilakukan sebuah studi untuk mengetahui tingkat pengetahuan, sikap maupun persepsi dokter yang akan menjalani kebijakan ini.

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan telaah kritis tentang pengetahuan, sikap dan persepsi para koasisten sebagai calon dokter yang akan menjalani kebijakan dokter PTT dan dimaksudkan dapat menjadi masukan bagi institusi terkait dalam menerapkan aturan program PTT.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *survey* belah lintang (*cross sectional sur-*

*vey*). *Survey* dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang diisi sendiri oleh responden (*self-administered questionnaire*). Subyek penelitian adalah mahasiswa tingkat profesi (koasisten) yang akan menyelesaikan pendidikan profesi dalam enam bulan ke depan dan berasal dari tiga Fakultas Kedokteran di Jawa Barat yaitu Universitas Padjadjaran (Unpad), Universitas Kristen Maranatha (UKM), dan Universitas Jenderal Ahmad Yani (Unjani). Jumlah subyek dalam penelitian sebanyak 291 responden. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menggunakan program SPSS versi 11.0.

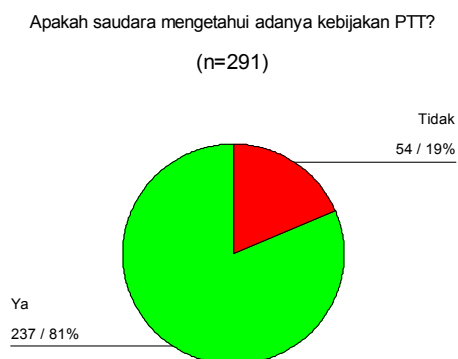
## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Sebaran Responden

Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 291 responden yang terdiri atas 134 orang (46 %) koasisten FK UNPAD, 85 orang (29%) dari FK UKM, dan 72 orang (25%) FK Unjani. Dari jumlah total responden tersebut, sebagian besar (66%) berjenis kelamin wanita dan sisanya (34%) berjenis kelamin laki-laki.

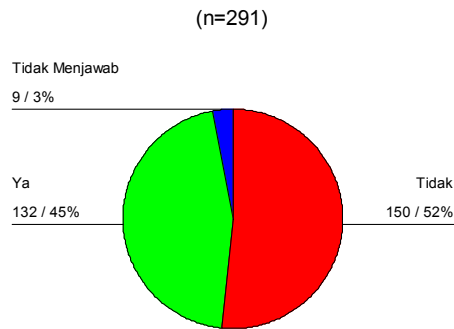
### 2. Pengetahuan Responden terhadap Kebijakan Dokter PTT

Pengetahuan responden terhadap kebijakan dokter PTT yang didapatkan dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masih ada responden (19%) yang belum mengetahui adanya kebijakan PTT. Hasil yang sama tampak pula dari hasil analisis kuesioner mengenai pengetahuan tentang kebijakan cara lain, yaitu sekitar (52%) responden tidak mengetahui adanya kebijakan tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa informasi kebijakan PTT belum tersampaikan secara merata.



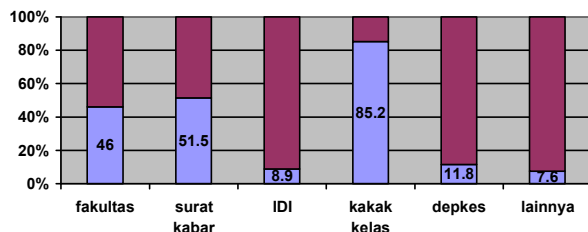
Gambar 1. Pengetahuan tentang Kebijakan PTT

Apakah saudara mengetahui adanya masa bakti cara lain?



Gambar 2. Pengetahuan tentang Kebijakan Cara Lain

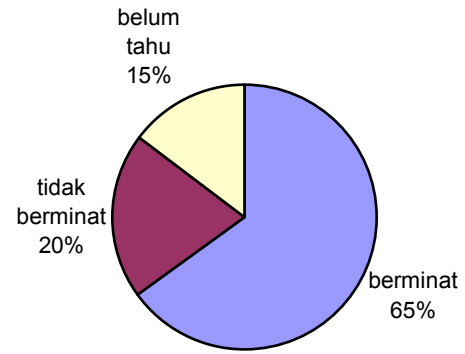
Sumber informasi mengenai kebijakan PTT akan sangat mempengaruhi pengetahuan responden. Sumber informasi yang didapat harus berasal dari sumber yang terpercaya untuk mendapatkan informasi yang akurat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sumber informasi yang didapat responden tentang PTT ternyata sebagian besar (69,42 %) didapatkan dari kakak kelas. Hal ini jelas sangat mempengaruhi pengetahuan responden karena akan terjadi bias informasi dari pengalaman pribadi penyampai informasi. Ironisnya informasi yang didapatkan dari institusi resmi (Depkes, IDI, fakultas) justru diakui sangat minim.



Gambar 3. Sumber Informasi tentang Kebijakan Dokter PTT

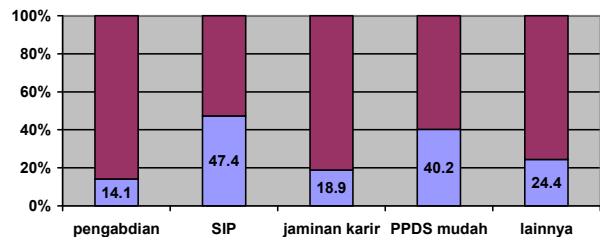
### 3. Sikap Responden terhadap Kebijakan Dokter PTT

Analisis tentang sikap responden terhadap kebijakan dokter PTT dapat dilihat pada Gambar 4 yang menunjukkan bahwa ada sekitar (64%) responden yang akan menjalani PTT, (20%) menyatakan menolak untuk menjalani PTT dan sisanya belum menentukan sikap. Hasil ini menunjukkan bahwa walaupun kebijakan dokter PTT masih diminati, kecenderungan untuk tidak mengikuti kebijakan ini juga terlihat cukup banyak. Hal ini harus mendapatkan perhatian dari pihak pengguna terutama dinas kesehatan, agar tidak terjadi ketimpangan antara jumlah dokter yang dibutuhkan dengan dokter yang mau ditempatkan.



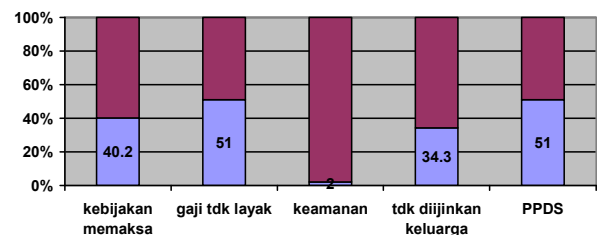
Gambar 4. Sikap Responden terhadap Kebijakan Dokter PTT

Alasan yang dikemukakan oleh responden yang berminat menjalani PTT, sebagian besar ingin mendapatkan SIP dan bisa melanjutkan spesialis dengan biaya SPP yang lebih murah. Hal ini mencerminkan bahwa kebijakan dokter PTT belum disikapi dalam konteks pengabdian dan pemerataan tenaga medis. (Gambar 5)



Gambar 5. Alasan Responden Akan Mengikuti Kebijakan Dokter PTT

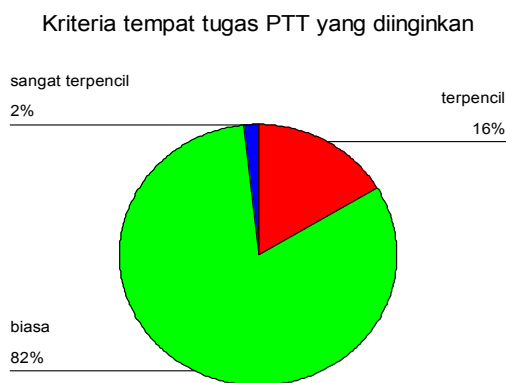
Alasan yang dikemukakan responden yang menyatakan sikap tidak berminat mengikuti PTT adalah (40,2%) menyatakan kebijakan dokter PTT dinilai bersifat memaksa, (51%) menyatakan gaji sebagai dokter PTT tidak layak, dan (51%) menyatakan akan melanjutkan pendidikan ke jenjang spesialisasi. Hasil ini ternyata sejalan dengan dugaan bahwa adanya peraturan penundaan PTT mengakibatkan dokter lulusan baru enggan mengikuti program PTT, karena lebih memilih untuk melanjutkan sekolah. (Gambar 6).



Gambar 6. Alasan Responden Tidak Akan Mengikuti Kebijakan Dokter PTT

Dalam penelitian ini dilihat pula kecenderungan pemilihan tempat tugas PTT. Tempat tugas ini secara umum dibagi menjadi 3 kriteria yaitu biasa, terpencil dan sangat terpencil. Gambar 7 menunjukkan bahwa (82%) responden menginginkan tugas PTT-nya dilaksanakan di daerah dengan kriteria biasa yang dari jumlah tersebut (78,7%) responden memilih untuk bekerja di rumah sakit dan puskesmas DTP. Hasil penelitian ini juga menunjukkan sebagian besar responden yang menyatakan akan mengikuti program PTT menginginkan untuk ditempatkan di Pulau Jawa (66,3%) dan (49,1%) dari jumlah tersebut memilih ditempatkan di Provinsi Jawa Barat.

Hasil di atas dapat dilihat bahwa pada masa mendatang penyebaran dokter PTT cenderung akan tidak merata. Responden lebih berminat memilih ditempatkan di Pulau Jawa, dengan kriteria biasa dan bertugas di rumah sakit. Akibatnya daerah yang terpencil dan sangat terpencil akan kesulitan mendapatkan dokter.

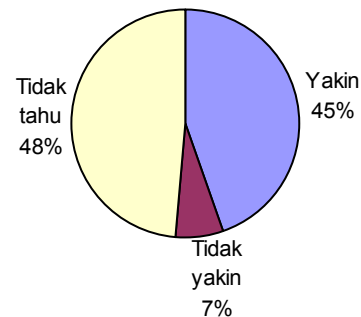


Gambar 7. Kriteria Tempat Tugas PTT yang Diminati Responden

#### 4. Persepsi Responden terhadap Kebijakan Pendayagunaan Dokter

Penelitian ini juga melihat persepsi responden terhadap kebijakan PTT. Hasilnya menunjukkan bahwa (71,1%) responden mempersepsikan PTT diadakan sebagai upaya pemerintah untuk pemerataan tenaga kesehatan. Namun demikian, (23%) responden memberikan penilaian bahwa PTT merupakan pemaksaan, karena PTT dilakukan tanpa adanya kontrak kerja yang disepakati kedua belah pihak. Hal ini tidak sejalan dengan aturan pemerintah dalam penempatan tenaga kesehatan yang tercantum dalam SKN, yang menyebutkan penempatan tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah

dilakukan dengan sistem kontrak kerja, serta penempatan sebagai pegawai negeri sipil sesuai dengan kebutuhan. Penempatan tenaga kesehatan dengan sistem kontrak kerja diselenggarakan atas dasar kesepakatan secara sukarela antara kedua belah pihak.<sup>1,9</sup>

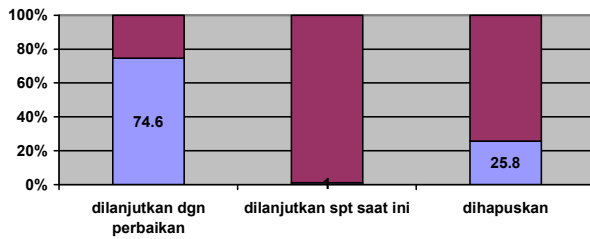


Gambar 8. Persepsi Responden tentang Pengembangan Karir Pasca PTT

Pengembangan karir pasca-PTT akan mempengaruhi persepsi responden terhadap kebijakan dokter PTT. Hasil penelitian ini menunjukkan sekitar (48%) responden menyatakan tidak tahu bahwa PTT akan mempengaruhi pengembangan karir pasca-PTT. (Gambar 8).

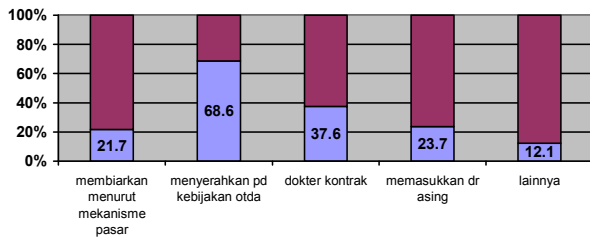
Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan dalam SKN bahwa selama ini sistem penghargaan dan sanksi, peningkatan karier, pendidikan serta pelatihan berjenjang dan berkelanjutan, akreditasi pendidikan dan pelatihan, serta sertifikasi, registrasi dan lisensi SDM belum mantap.<sup>1</sup> Dengan status sebagai tenaga kontrak, dokter PTT mempunyai kewajiban yang sama dengan dokter PNS dalam hal pelayanan publik. Agar kualitas pelayanan terhadap publik tetap terjaga, maka beberapa aspek dalam hal peningkatan kemampuan, dan pengembangan karir harus tetap diperhatikan.<sup>10</sup>

Persepsi responden terhadap keberlanjutan program PTT menunjukkan bahwa walaupun responden belum menjalankan program PTT, hanya (1%) yang menyatakan PTT dilanjutkan seperti saat ini. Sebagian besar responden (74,6%) memberikan saran agar PTT dilanjutkan dengan berbagai perbaikan (gaji, fasilitas, dan pengembangan karir), dan hanya (25%) yang memberikan saran PTT dihapuskan (Gambar 13). Hal ini menunjukkan bahwa PTT dipersepsikan oleh responden masih memberikan peluang kesempatan kerja setelah lulus, walaupun tidak memberikan peluang pengembangan karir yang jelas. (Gambar 9).



Gambar 9. Usulan terhadap Kebijakan Dokter PTT di Masa Datang

Dalam penelitian ini digali pula pendapat responden tentang alternatif lain yang bisa dipilih selain PTT untuk pemerataan tenaga kesehatan. Sebagian besar (68,6%) menyatakan alternatif lain selain PTT adalah menyerahkan pada kebijakan otonomi daerah sebagai cara untuk pemerataan tenaga kesehatan, (37,6%) dengan mengadakan sistem dokter kontrak dan hanya (23,7%) berpendapat dengan memasukkan dokter asing. (Gambar 10)



Gambar 10. Usulan terhadap Pemerataan Tenaga Medis selain PTT

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**Kesimpulan**

Secara umum pengetahuan mengenai pendayagunaan dokter (PTT) yang diketahui oleh responden terlihat masih kurang. Hal ini disebabkan responden belum mendapatkan sumber informasi tentang PTT yang berasal dari institusi yang berwenang (Depkes dan IDI).

Lebih dari seperempat total responden menyatakan sikap secara tegas untuk tidak menjalani program PTT dan siap menerima konsekuensinya. Program PTT yang tidak memiliki sistem penghargaan dan sanksi yang jelas, pola peningkatan karier, pendidikan dan pelatihan berjenjang dan berkelanjutan, menjadikan aturan PTT bukan merupakan pilihan utama bagi dokter dalam memilih jalur karirnya.

Persepsi responden terhadap kebijakan pendayagunaan menunjukkan bahwa kebijakan dokter PTT adalah upaya dalam pemerataan tenaga kesehatan. Pola pendayagunaan yang berlaku saat ini harus diperbaiki. Hal ini menunjukkan bahwa PTT masih memberikan peluang kesempatan kerja setelah lulus, walaupun

tidak memberikan peluang pengembangan karir setelah menyelesaikan program tersebut.

**Saran**

Sikap dan persepsi calon dokter PTT akan sangat ditentukan oleh sejauh mana pengetahuan mereka terhadap program PTT. Pengetahuan yang didapat akan sangat tergantung pada informasi yang mereka terima. Penyebaran informasi tentang program PTT sebaiknya mendapat perhatian lebih serius dari institusi yang berwenang agar calon dokter PTT ke depan mendapat gambaran yang tepat tentang tugas, fungsi, hak dan kewajiban sebagai dokter PTT. Diharapkan penyebaran informasi ini dijadikan sebuah program yang rutin dan berkala.

**KEPUSTAKAAN**

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta. 2004:6-7.
2. Departemen Kesehatan RI. Kepmenkes No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Propinsi Sehat dan Kota/ Kabupaten Sehat. Jakarta. 2003: 20.
3. Nugraha W. F., Krisis Dokter Di Jawa Barat 2006, Mungkinkah? Pikiran Rakyat. 2004: 8(Kol.3-8.).
4. Undang-Undang Republik Indonesia No. 8/ 1961 tentang Wajib Kerja Sarjana. Lembaran Negara 1961/207. Jakarta. 1961.
5. Keputusan Presiden No. 37/1991 tentang Pengangkatan Dokter menjadi Pegawai Tidak Tetap (PTT) Selama Masa Bakti. Jakarta. 1991.
6. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Departemen Kesehatan. Beberapa Model Pendayagunaan Tenaga Kesehatan Non-PNS Dalam Otonomi Daerah. Jakarta. 2002:2-3.
7. Irvan A. dan Tjahja S. Pandangan ISMKI Terhadap Kebijakan Dokter PTT. 1998. Disadur dari <http://www.idionline.org>
8. Departemen Kesehatan RI. Kepmenkes No. 1540/Menkes/SK/XII/2002 tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti dan Cara Lain. Jakarta. 2002.
9. Departemen Kesehatan RI. Permenkes No. 1199/Menkes/PER/X/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan Dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah. Jakarta. 2004:3-10.
10. Azwar A, Peranan IDI dalam Membuka Peluang Kerja Dokter Pasca-PTT, disampaikan dalam Seminar Sehari Dokter Pegawai Tidak Tetap. Jakarta. 1995 <http://www.jpkm-online.net/tajuk.php>

# ANALISIS PENURUNAN PESERTA JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JPKM) BAPEL SINTESA KENDARI

*ANALYSIS OF THE DECLINING NUMBER OF  
COMMUNITY HEALTH CARE INSURANCE PARTICIPANT OF  
SINTESA SERVICE AGENCY KENDARI*

**Amelia<sup>1</sup> dan Ali Ghufron Mukti<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Kota Kendari

<sup>2</sup>Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan,  
UGM, Yogyakarta

## ABSTRACT

**Background:** Service agency of Sintesa Community Health Care Insurance Kendari was founded as community health insurance agency at Kendari City. At the beginning the agency attracts people to become participants of health care insurance but due to some reasons the number of participants decline.

**Objective:** The study aims to identify factors leading to opting out and continuation as member of community health care insurance agency.

**Methods:** The study was a qualitative and quantitative type. The qualitative method was applied to 3 groups (22 people) of focus group discussion, two groups of which consisted of those who opted out from their participation and one group consisted of those who continued their participation in the insurance, followed by in-depth interview with 4 respondents who opted out and 2 respondents who were active participants. The topics for study are premium issues, perception of being ill, health care packages, health services at health centers and the professionalism of service agency. The discussion and interview were recorded, transcripts were compiled and open coding was conducted.

**Results:** Most respondents, both who resigned and were active participants, worried about the cost of being ill. Most participants who resigned said that premium was too high and that they were dissatisfied with health care packages. Most participants, either those who opted out or those who were still active said that health service at health centers was unsatisfactory and the professionalism of service agency was low. Active participants had more knowledge about community health care insurance than those who resigned. Factors leading to decision of opting out from participation were the absence of premium collector, temporary cancellation of premium collection, unawareness of the functioning of community health care insurance, and distrust toward service agency. Factors leading to active participation were benefits of having the insurance when participants were ill, satisfaction with health care packages and the fact that participants had no other health insurance.

**Conclusion:** High premium, unsatisfactory health service at health centers and health care packages, as well as low professionalism of service agency were factors leading to decision of opting out from the insurance. Consequently there was declining number of community health care insurance participants at Sintesa service agency.

**Keywords:** community health care insurance, resigned and active participant

## PENGANTAR

Visi pembangunan kesehatan adalah terwujudnya Indonesia Sehat 2010 dengan empat pilar strategi dan salah satu strategi yang dilaksanakan adalah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).<sup>1</sup> Diharapkan dengan dilaksanakannya program JPKM ini bukan saja biaya pelayanan kesehatan dapat dikendalikan,

namun sekaligus dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui pemantauan pemanfaatan (*utilization review*).<sup>2</sup> Dari pengamatan di lapangan banyak dijumpai permasalahan dalam pelaksanaan JPKM ini. Perkembangan jumlah badan penyelenggara (Bapel) dan penduduk yang dijamin tidak memuaskan.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Bapel Sintesa merupakan salah satu program yang dijalankan oleh Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Sintesa Kendari dengan wilayah pelayanan di seluruh Kota Kendari. Premi yang ditetapkan kepada peserta sebesar Rp7.500,00 per orang per bulan dengan sistem pembayaran secara bulanan, triwulan, dan tahunan. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bapel Sintesa kepada peserta adalah pelayanan rawat jalan tingkat pertama di Puskesmas serta pelayanan kesehatan rujukan dan rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Propinsi Sulawesi Tenggara. Sistem pembayaran kepada Puskesmas menggunakan sistem kapitasi dengan besar kapitasi Rp2.550,00 sedangkan sistem pembayaran ke Rumah Sakit (RS) dengan sistem klaim. Pada awal beroperasinya Bapel Sintesa telah mampu menarik minat masyarakat untuk menjadi peserta terlihat dari jumlah peserta yang terus meningkat pada bulan-bulan awal beroperasinya. Pada bulan Oktober 2003 peserta JPKM Sintesa tidak lagi bertambah bahkan terus mengalami penurunan. Berbagai permasalahan yang dihadapi Bapel, antara lain sumber daya manusia yang terbatas, sistem pemasaran, premi dan pelayanan kesehatan di PPK mengakibatkan jumlah peserta terus menurun.

Dalam pelaksanaannya JPKM memerlukan keterlibatan peran para pelakunya, yaitu Bapel, peserta, pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan badan pembina (Bapim).<sup>3</sup> Berbagai hambatan ditemui dalam pelaksanaan JPKM. Cakupan yang hanya sedikit dan sifat keanggotaan yang sukarela mengakibatkan hukum bilangan banyak (*the law of the large number*) tidak berfungsi.<sup>4</sup> Lambannya perkembangan JPKM antara lain juga karena PPK kurang profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan selain dari pemahaman JPKM yang kurang.<sup>5</sup> Kelambatan perkembangan JPKM dapat dilihat dari aspek masyarakat, seperti: tingkat pengetahuan kesehatan masyarakat yang jauh dari cukup, kesehatan masih bukan merupakan prioritas utama masyarakat, dan keterbatasan kondisi kemampuan ekonomi masyarakat.<sup>6</sup> Rendahnya minat masyarakat dan tidak siapnya aparat (Bapel) dan PPK, juga merupakan permasalahan yang ditemukan yang menunjukkan ketidakberhasilan program JPKM.<sup>2</sup> Konsep JPKM yang terlalu ideal, peraturan Bapel dan PPK yang tidak kondusif, tersedianya pilihan menjual asuransi di luar JPKM, masih murahnya pelayanan kesehatan di Puskesmas dan RS, dan belum memadainya sumber daya manusia yang mengelola JPKM yang manajemennya lebih kompleks dari asuransi kesehatan tradisional merupakan penyebab lambatnya pertumbuhan

Bapel dan peserta JPKM.<sup>7</sup> Faktor penting lain dalam penyelenggaraan JPKM adalah premi. Penetapan premi yang terlalu tinggi akan mendorong penolakan masyarakat dan meningkatkan resistensi masyarakat terhadap program JPKM.<sup>8</sup> Paket pemeliharaan kesehatan pada penyelenggaraan JPKM dalam pelaksanaannya juga memiliki berbagai kelemahan yang dalam hal ini berkaitan dengan kepuasan peserta (*client satisfaction*) dan merupakan salah satu hambatan dalam perkembangan program JPKM.<sup>9</sup> Kelemahan tersebut akhir-akhir ini sudah dikoreksi oleh Bapel khususnya di tingkat provinsi seperti di Jamkesos DIY. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi dan membandingkan antara peserta yang telah berhenti dan peserta yang masih aktif dalam hal pengambilan keputusan untuk berhenti atau melanjutkan kepesertaan pada Bapel JPKM Sintesa Kendari.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian adalah kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif yang digunakan untuk memperoleh informasi tentang penyebab berhenti dan tetap aktifnya peserta JPKM Bapel Sintesa adalah dengan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) dan wawancara mendalam. Metode kuantitatif digunakan untuk mengukur variabel pengetahuan dan penghasilan. Sampel penelitian diambil secara *purposive sampling* dengan subyek penelitian adalah peserta JPKM Bapel Sintesa yang telah berhenti antara bulan Juli 2003 sampai dengan bulan Juni 2004. Sebanyak 6-10 orang pekerjaannya swasta dan tukang ojek dengan pendidikan maksimal SLTA dan peserta yang masih aktif sebagai peserta JPKM Bapel Sintesa minimal pada bulan Juli 2004 sebanyak 6-10 orang dengan pendidikan maksimal SLTA melalui DKT dan masing-masing 4 orang peserta berhenti dan peserta aktif melalui wawancara mendalam. Diskusi kelompok terarah (DKT) dilakukan tiga kali, yaitu dua kali pada kelompok berhenti dan satu kali pada kelompok aktif.

Diskusi kelompok terarah (DKT) dan wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman DKT dan wawancara mendalam yang didalamnya diuraikan tujuan, pengenalan, prosedur serta enam buah pertanyaan berkaitan dengan pengambilan keputusan untuk berhenti dan tetap aktif sebagai peserta JPKM. Tema pertanyaan tersebut adalah: bagaimana pendapat responden tentang premi, persepsi terhadap risiko sakit, paket pemeliharaan kesehatan, pelayanan kesehatan di PPK, profesionalisme Bapel dan secara khusus apa yang menyebabkan responden berhenti maupun tetap aktif sebagai peserta JPKM. Pedoman DKT disusun dan diuji coba terlebih

dahulu terhadap satu kelompok peserta yang telah berhenti. Peneliti bertindak sebagai fasilitator dengan latar belakang bekerja pada bagian perencanaan dan keuangan Dinas Kesehatan Kota Kendari dan sedang menempuh pendidikan S2 Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan.

Hasil DKT masing-masing kelompok dan wawancara mendalam masing-masing responden direkam, dibuat transkrip untuk kemudian dianalisis. Proses analisis dilakukan dengan cara *open coding* yang selanjutnya diklasifikasikan menjadi kategori-kategori. Untuk meningkatkan reliabilitas dilakukan juga interpretasi oleh pembimbing pada transkrip yang telah di *open coding*. Triangulasi sumber dilakukan dengan mewawancarai penanggung jawab program JPKM pada Bapel Sintesa serta penelusuran data pemanfaatan pelayanan kesehatan peserta pada Bapel dan PPK. Kategori-kategori ini kemudian dikelompokkan dalam variabel penelitian dan selanjutnya dilakukan analisis secara deskriptif kualitatif.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Responden yang hadir pada DKT peserta yang telah berhenti masing-masing 8 orang dan pada DKT peserta aktif yang hadir 6 orang. Wawancara mendalam dilakukan sebanyak empat kali pada peserta yang telah berhenti dan dua kali pada peserta aktif.

### 1. Pengetahuan

Analisis kuantitatif yang dilakukan untuk mengukur pengetahuan responden menunjukkan pengetahuan tentang JPKM pada peserta aktif semua termasuk kategori baik sedangkan pada peserta yang telah berhenti yang termasuk kategori baik hanya 45%.

Seperti dikatakan oleh Mukti<sup>6</sup>, kelambatan perkembangan JPKM di Indonesia dapat dilihat dari aspek masyarakat, penyedia layanan kesehatan, dan organisasi penyelenggara JPKM. Dari aspek masyarakat masih dihadapkan pada masalah mendasar seperti tingkat pengetahuan kesehatan masyarakat yang jauh dari cukup.

### 2. Penghasilan

Rerata penghasilan peserta yang telah berhenti lebih tinggi dari peserta aktif. Rerata penghasilan peserta yang telah berhenti adalah Rp532.500,00 dengan penghasilan terendah Rp150.000,00 dan tertinggi Rp1.200.000,00. Adapun rerata penghasilan peserta aktif adalah Rp406.250,00 dengan penghasilan terendah Rp300.000,00 dan tertinggi Rp 800.000,00.

Perkembangan yang lambat diawal berjalannya JPKM Bapel Sintesa ini berhubungan dengan penghasilan keluarga. Sebagian besar peserta yang telah berhenti menjadi peserta hanya seorang diri atau berdua saja. Jika mengikutkan seluruh anggota keluarga menjadi peserta JPKM responden mengatakan berat, karena faktor penghasilan seperti ungkapan responden sebagai berikut:

“..... kalau saya bu kalau anggota keluarga banyak bu, berat. Seperti saya kalo 6 atau 10 orang maunya ditetapkan saja jangan hitung per kepala.....macam saya kan 6 orang kalo Rp5.000,00 kan Rp30.000,00 satu bulan, sementara kita punya pencaharian bagaimana.....”.

Klp Berhenti I, Responden 7

Hal ini sesuai dengan pendapat Mukti<sup>6</sup> yang mengatakan bahwa keterbatasan kondisi kemampuan ekonomi masyarakat juga merupakan permasalahan kelambatan perkembangan JPKM di Indonesia.

Penelitian Iriani<sup>14</sup> juga menyimpulkan, ada tujuh faktor yang berhubungan dengan kemauan membayar iuran dana sehat secara teratur yang pendapatan atau pengeluaran keluarga merupakan salah satu faktor selain faktor pendidikan, pengetahuan, persepsi, kebiasaan berobat, tanggungan keluarga, kelengkapan sarana pelayanan kesehatan, kemudahan mengumpulkan iuran, dan jarak tempuh, serta perilaku petugas.

### 3. Persepsi terhadap Risiko Sakit

Persepsi terhadap risiko sakit baik peserta berhenti maupun peserta aktif hampir sama. Sebagian besar responden mengatakan khawatir dengan biaya jika jatuh sakit karena faktor ekonomi atau penghasilan, biaya RS yang tinggi, tidak ada simpanan, dan karena JPKM sudah tidak berlaku. Khawatir karena faktor ekonomi atau penghasilan seperti ungkapan berikut:

“.....ya saya rasa begitu, karena kalau kita tahu bahwa biayanya sekarang cukup tinggi apalagi misalnya kita melihat kondisi yang memang belum memungkinkan, kita merasa berat dengan adanya biaya-biaya itu.....”.

Wawancara Peserta Aktif, Responden 1

Biaya RS yang tinggi dan biaya obat yang mahal juga merupakan kekhawatiran peserta bila jatuh sakit seperti ungkapan berikut:

“.....Jelas, iyo toh kuatir. Siapa tau biayanya di rumah sakit tidak disangka-sangka lebih besar dari yang kita duga toh .....”.

Wawancara Peserta Berhenti, Responden 3

“.....kan biasa itu tiba-tiba kita butuh biaya banyak. Uangnya wah itu, maksudnya tiba-tiba kita jatuh sakit, kita butuh obat, mau beli...., di sanakan seperti kalo di rumah sakit bu langsung obat, langsung bayar, langsung resep dikasih.....”.

DKT Klp Aktif, Responden 1

Selain itu, peserta merasa khawatir dengan biaya bila jatuh sakit karena faktor tidak adanya simpanan atau tabungan seperti berikut:

“.....memang bu, kalau seandainya kita ini masih sehat, artinya setelah kita jatuh sakit kan sekarang kita sudah hitung-hitung karena jelas manusia itu nanti akan sakit. Jadi seyogyanya kita pada saat sehat itu kita ada simpananlah begitu.....”

DKT Klp Berhenti II, Responden 1

Hal ini seperti hasil penelitian Mukti<sup>10</sup> yaitu 90% responden menjawab sumber biaya perawatan di RS adalah biaya sendiri dan diperkuat dengan jawaban responden tentang persepsi terhadap risiko sakit yang menunjukkan bahwa 67% menjawab khawatir dan sangat khawatir akan biaya kesehatan bila jatuh sakit.

#### 4. Premi

Peserta yang telah berhenti mengatakan bahwa premi tidak berat jika menjadi peserta seorang diri saja atau hanya berdua tetapi bila memasukkan seluruh anggota keluarga premi sebesar Rp7.500,00 per orang per bulan dirasakan berat seperti ungkapan responden berikut:

“.....Kalau saya merasa berat itu kalau bayar per kepala. Saya rasa Bapel JPKM buat suatu komite artinya komite itu simpulkanlah itu misalnya satu keluarga lima kepala, jelas kami merasa berat per bulannya..... Artinya harus disetujui oleh pihak direktur Sintesa misalnya satu keluarga itu Rp10.000,00 biar 10 orang anaknya tapi disepakati begitu karena kami juga merasa berat misalnya dibayar per kepala.....”.

DKT Klp Berhenti II, Responden 3

Premi yang terlalu tinggi dengan hitungan per kepala menurut responden berhenti menyebabkan banyak masyarakat mengundurkan diri seperti ungkapan berikut:

“.....Makanya itu hari banyak sebenarnya yang mau masuk kalo begitu. Waktu rapat pertama *dorang* (mereka) kira..... banyak orang bu tapi karena mereka dengar begitu tidak jadi mi....”.

DKT Klp Berhenti I, Responden 6

Menurut pengelola Bapel premi yang ditetapkan oleh Bapel terlalu tinggi, sehingga kurang banyak peserta yang masuk dan ini merupakan salah satu kendala sehingga JPKM Bapel Sintesa tidak berkembang seperti dikatakan oleh pengelola Bapel sebagai berikut:

“.....dari hasil pengamatan saya juga salah satu kendala waktu itu sampai JPKM ini agak berat berkembang karena itu tingginya premi yang harus mereka bayar sehingga itu juga apa namanya....kurang banyak peserta yang masuk.....”.

Wawancara Pengelola Bapel

Bagi peserta aktif tingkat premi dirasakan tidak memberatkan dibandingkan dengan pelayanan yang diterima di PPK seperti berikut ini:

“.....Saya pikir kalau untuk iurannya itu cukup, eh sangat ringan karena memang sangat terjangkau, apalagi kalau kita melihat bahwa kalau misalnya kita terjadi sakit itu pelayanannya juga jauh sangat tidak sesuai dengan iuran yang kita kumpul.....”.

Wawancara Peserta Aktif, Responden 1

Hasil penelitian Husniah<sup>11</sup> juga menyimpulkan bahwa peserta JPKM Bapel Jasma Angsana Singkawang yang masih aktif menilai bahwa tingkat premi yang harus dibayar dapat diterima, sebaliknya peserta sudah berhenti merasa keberatan dengan premi yang harus dibayar.

Tujuan utama perhitungan premi adalah untuk menentukan biaya yang akan dibebankan kepada masyarakat untuk melaksanakan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat yang bersangkutan. Untuk mencapai tujuan ini, semua pihak yang terlibat dalam JPKM harus mencari keseimbangan yang sesuai dalam menentukan tingkat premi yang akan dibebankan kepada masyarakat. Keseimbangan yang sesuai dapat diperoleh dengan mempertimbangkan tiga elemen dasar (asas) dalam menentukan tingkat premi, yaitu kecukupan (*adequacy*), kewajaran (*competitiveness atau reasonableness*), dan keadilan (*equity*). Ketiga elemen dasar ini akan menjaga pelaksanaan program JPKM dalam melayani masyarakat secara adil (*fair*) dan terhindar dari kesulitan keuangan akibat tingkat premi yang terlalu rendah atau kesulitan pemasyarakatan akibat tingkat premi yang terlalu tinggi. Keberhasilan program JPKM sangat ditentukan oleh tingkat partisipasi masyarakat dalam program. Premi yang terlalu tinggi akan mendorong penolakan masyarakat dan meningkatkan resistensi masyarakat atas program JPKM. Keseimbangan antara kualitas tingkat pelayanan dan kewajaran tingkat premi merupakan hal yang harus senantiasa dijaga.<sup>8</sup>

#### 5. Paket Pemeliharaan Kesehatan

Peserta berhenti yang pernah memakai kartu JPKM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan merasa cukup atau puas dengan paket pemeliharaan kesehatan yang ada seperti berikut:

**“Cukup bagus karena ini kita bisa pakai berobat begitu saja....macam-macam pelayanannya”.**

Peserta berhenti khususnya yang belum pernah memakai kartu JPKM untuk mendapatkan pelayanan sebagian besar merasa tidak puas dengan paket pemeliharaan kesehatan karena adanya batasan-batasan dan RS tertentu sebagai PPK seperti ungkapan berikut:

**“.....keinginan kita sebagai masyarakat kecil bu,.....JPKM Siteda itu kan segala apa saja penyakit. Harapan kita itu dibantu dengan JPKM kesehatan. Ah sementara di sini seperti ada perbedaan, batasan-batasan penyakit seperti yang terjadi macam operasi tidak dibiayai, ini pas seperti kita masyarakat kecil dilayani keseluruhan.....”.**

**DKT Klip Berhenti II, Responden 1**

**“.....tapi maunya kalau dirujuk ke rumah sakit jangan rumah sakit propinsi saja, maunya bisa semua rumah sakit seperti Santa Anna.....karena biasa kita berkunjung ke keluarga kita trus kita sakit misalnya di Wawotobi, tidak mungkin misalnya kita sakit di luar kota kita kembali dulu baru berobat. Maunya kartunya bebas.....”.**

**DKT Klip Berhenti II, Responden 2**

Terhadap paket pemeliharaan kesehatan, peserta aktif merasa cukup atau puas dan sudah sesuai dengan premi yang dibayarkan seperti ungkapan-ungkapan responden sebagai berikut:

**“.....itu mi kita nekat ikut karena maksudnya semua penyakit begitu toh bisa kita pake berobat, tinggal yang disengaja saja yang tidak bisa.....”.**

**DKT Peserta Aktif, Responden 4**

**“.....saya kira kalau menurut saya sesuai dengan apa yang ada dikontrak itu sudah cukup sesuai dengan dana yang kita keluarkan, karena tidak mungkin juga kita keluarkan dana sedikit kita menuntut yang lebih besar. Saya pikir sudah pantas dengan apa yang tercantum dalam kontrak itu.....”.**

**Wawancara Peserta Aktif, Responden 1**

Hasil penelitian Widwiono<sup>12</sup> juga menyimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan paket JPKM dengan minat responden terhadap kepesertaan JPKM.

Seperti dikatakan Azwar<sup>9</sup> sekalipun pelayanan kesehatan paripurna, berkesinambungan yang dilaksanakan secara berjenjang menjanjikan banyak manfaat, terutama dapat lebih meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan. Namun hal tersebut juga memiliki pelbagai kelemahan. Kelemahan yang terpenting adalah menyangkut kepuasan peserta (*client satisfaction*). Para pemakai jasa pelayanan sering merasa dipersulit karena untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, harus memperoleh surat rujukan dari sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama.

## 6. Pelayanan Kesehatan di PPK

Ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan di PPK baik Puskesmas maupun rumah sakit tidak hanya diungkapkan oleh peserta yang telah berhenti tetapi juga oleh peserta yang masih aktif. Bagi responden yang sudah pernah menggunakan kartu JPKM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tanggapan responden umumnya positif dengan pelayanan kesehatan umum. Tetapi tidak demikian dengan pelayanan kesehatan gigi, KB dan persalinan karena walaupun ketiga pelayanan ini termasuk dalam kontrak tetapi petugas di PPK mengharuskan peserta untuk membayar seperti ungkapan berikut:

**“.....disuruh bayar dulu bu, hanya kalau umum ndak, hanya kalau gigi biasa kadang kita....ada juga yang itu apa namanya....orangnya di situ apa namanya....petugasnya sekke (kikir) apa namanya begitu.....”.**

**Wawancara Peserta Berhenti, Responden 4**

**“.....waktu melahirkan di Abunawas di suruh bayar. Saya kasihkan kartu begini toh ndak berlaku di sini bu kartu begini. Ini bukan kartu gratis, kita bayar tiap bulan, pertahun juga bisa. Iya memang tapi kita tidak baku pegang dengan JPKM. Akhirnya saya keluar dari Rumah Sakit saya bayar dulu baru saya datang melapor di kantornya.....”.**

**DKT Klip Aktif, Responden 2**

Perasaan tidak puas responden terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas juga diungkapkan oleh responden berhenti maupun responden aktif yang merasa dibedakan dengan pasien umum seperti ungkapan berikut:

**“.....iya, kayaknya dibedakan begitu karena kalau kita pakai kartu JPKM tidak terlalu diperhatikan begitu, karena memang waktu saya hamil.... lama dianu dulu yang membayar dulu, yang ambil kartu dulu.....”.**

**Wawancara Peserta Aktif, Responden 2**

**“.....tapi kan saya pernah dilayani kayak....terlambat begitu dilayani. Ada yang baru datang toh dia tiba-tiba duluan masuk daripada saya.....perasaan sama-sama ji ndak terlalu mendesak tapi dia didulukan.....”.**

**Wawancara Peserta Berhenti, Responden 3**

Faktor ketidaktahuan petugas di PPK tentang keberadaan JPKM Bapel Sintesa ini juga merupakan salah satu penyebab ketidakpuasan responden atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK karena responden disuruh bolak-balik seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

**“.....dia kasihkan rujukan ke propinsi trus di propinsi saya berobat ah saya di ping pong lagi. Katanya dokter siapakah itu dokter bedah di sana. Dia bilang oh ini tidak berlaku mi, jadi saya kembali lagi. ....coba bu melapor dibagian sana, tata usahanya toh, saya pergi sana dia bilang**

**pergi saja bu masih berlaku ini JPKM Sintesa.....”.**

**DKT Klip Aktif, Responden 1**

Penanggung jawab JPKM Bapel Sintesa ketika dimintai pendapat tentang hal ini mengatakan bahwa beberapa kali peserta JPKM ini diharuskan membayar oleh PPK, seperti ungkapan berikut:

**“..... sebenarnya di rumah sakit memang kan awal-awalnya juga sudah sering terjadi begitu utamanya yang rawat jalan waktu itu. Itu yang sering masuk dirujuk itu sering disuruh bayar dan itu berapa kali kita harus ganti artinya setelah teman-teman ke sana dapat keluhan.....”.**

**Wawancara Pengelola Bapel**

Kusumo<sup>13</sup> dalam penelitiannya juga menyimpulkan bahwa pelayanan kesehatan berhubungan secara bermakna dengan kepesertaan JPKM.

Sikap tidak puas responden terhadap keharusan membayar pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kontrak juga dapat menjadi penyebab berhentinya responden dari kepesertaan JPKM. Dalam Pasal 27 Permenkes Nomor 571/Menkes/Per/VII/1993 disebutkan bahwa PPK dilarang menarik pembayaran dari peserta sepanjang pelayanan yang diberikan sesuai dengan paket kesehatan yang telah disepakati.<sup>3</sup>

Ketidaksiapan sistem pembayaran kapitasi mungkin juga merupakan penyebab beberapa petugas kesehatan di PPK I mengharuskan peserta JPKM untuk membayar biaya pelayanan kesehatan walaupun sebenarnya pelayanan tersebut masuk dalam paket pemeliharaan kesehatan seperti yang tercantum dalam kontrak. Hendrartini<sup>2</sup> mengatakan dari pengamatan di lapangan dijumpai permasalahan-permasalahan yang menunjukkan ketidakberhasilan program JPKM ini antara lain yaitu PPK belum siap dengan konsep pembayaran kapitasi. Perubahan ini tidak mudah dilakukan mengingat sistem *fee for service* sudah membudaya di kalangan tenaga medis, sehingga banyak muncul kritik dan keluhan dari PPK menyangkut pembayaran kapitasi ini. Malik<sup>5</sup> juga mengatakan lambannya perkembangan JPKM antara lain juga karena PPK kurang profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan selain dari pemahaman JPKM yang kurang.

## **7. Profesionalisme Bapel**

Profesionalisme dalam memberikan pelayanan merupakan salah satu faktor yang penting seperti dalam pelayanan kesehatan. Profesionalisme pengelola Bapel menunjukkan kecakapan kerja dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada setiap anggotanya sesuai dengan aturan yang telah dibuat.

Tanggapan responden terhadap profesionalisme Bapel dapat dikelompokkan menjadi tanggapan terhadap kelengkapan administrasi peserta, penyuluhan dan pembinaan oleh Bapel, cara pengumpulan premi, cara memperoleh kartu pelayanan kesehatan, penampungan dan penyelesaian keluhan, penggantian biaya pelayanan kesehatan, dan kepercayaan terhadap Bapel.

Tanggapan responden tentang kelengkapan administrasi peserta antara peserta berhenti dan peserta aktif hampir sama. Hampir semua responden baik peserta aktif maupun berhenti mengatakan hanya menandatangani formulir atau kuitansi dan ada pula yang hanya menerima brosur atau kartu sebagai ikatan antara peserta dengan Bapel seperti ungkapan:

**“Kayaknya hanya formulir yang pertama masuk”.**

Bahwa responden tidak menandatangani kontrak sebagai kelengkapan administrasi peserta terlihat dari jawaban responden:

**“..... coba seandainya pada saat kita masuk kemudian lembaran kontrak itu kita dikasih itu sesuai dengan aturan di dalam itu akan kita tahu persis hak dan kewajiban kita itu memang kelihatan bu....”.**

**DKT Klip Berhenti II, Responden 1**

Berkaitan dengan hal ini ketika ditanyakan kepada pengelola JPKM Bapel Sintesa, penanggung jawab JPKM ini mengatakan:

**“.....seperti yang saya bicarakan dulu itu bahwa mereka kan mengisi formulir dulu setelah itu menandatangani kontrak....ini kan formulirnya dan dibelakangnya ini kontrak. Jadi saya tidak tahu apakah mereka....bagaimana sosialisasinya teman-teman tetapi yang jelas setiap isi formulir dengan kontraknya sekaligus...”.**

**Wawancara Pengelola Bapel**

Responden yang telah berhenti maupun yang masih aktif mempunyai pendapat yang hampir sama tentang penyuluhan dan pembinaan yang diberikan oleh Bapel. Bapel tidak pernah memberi penyuluhan diungkapkan responden sebagai berikut:

**“...belum pernah. Hanya itu dia datang menagih setelah itu dia catat, dia kasih....dirinya, pulang mi....”.**

**DKT Klip Aktif, Responden 1**

**“....tidak pernah, cuma datang saja menagih begitu....”.**

**Wawancara Peserta Berhenti, Responden 1**

Bapel juga tidak memberi pengarahan sehingga responden ragu ke PPK untuk mendapatkan pelayanan kesehatan seperti ungkapan berikut:

“.....baru ini kan biasanya ada itu.... berhenti di tengah jalan, *dorang* (mereka) tidak anu lagi jadi kita biasa ragu-ragu kalau kita mau pergi berobat baru tidak pernah datang, seperti tahun ini kita membayar bu tidak pernah mi dia datang karena dia pikir mungkin sudah dibayar.....”.

DKT Klip Aktif, Responden 1

Cara pengumpulan premi menurut peserta yang telah berhenti maupun yang masih aktif tidak sulit karena kolektor datang menagih ke rumah peserta seperti ungkapan berikut:

“Iya tidak sulit, ada yang datang menagih ke rumah”.

Tetapi menurut responden yang terjadi justru kolektor yang tidak datang menagih iuran lagi seperti ungkapan-ungkapan responden sebagai berikut:

“.....tidak ditagih bu, sudah 40 uang yang masuk saya membayar....”.

DKT Klip Berhenti I, Responden 2

“.....karena anu....dia kan tidak pernah lagi datang menagih.....”.

Wawancara Peserta Berhenti, Responden 1

“.....artinya sudah tidak ada yang datang menagih. Jadi kita ini bu mau bayar sama siapa. Pusing mau bayar dengan siapa.....”.

DKT Klip Berhenti II, Responden 2

Keterbatasan tenaga merupakan faktor terhambatnya perkembangan JPKM Sintesa ini selain dari faktor peserta sendiri seperti yang diungkapkan pengelola Bapel sebagai berikut:

“.....karena selama ini salah satu faktor mandeknya JPKM ini karena pengumpulan premi itu tidak bisa kita optimalkan. Jadi ada dua sisi yang saya lihat, pertama dari kita sendiri keterbatasan tenaga yang kedua dari sisi peserta sendiri.....”.

Wawancara Pengelola Bapel

“.....tapi disisi lain berdasarkan laporan teman-teman bahwa mereka itu kadang sudah 2 kali, 3 kali datang tidak terbayar....dan bahkan ada yang menyatakan setelah datang, berhenti karena tidak pernah sakit. Jadi dia minta mundur karena dia bilang saya rugi ini karena tidak pernah juga sakit”.

Wawancara Pengelola Bapel

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Bapel Sintesa merupakan salah satu program yang dijalankan oleh LSM Sintesa Kendari. Penanggung jawab JPKM Bapel Sintesa juga menangani beberapa program lain seperti yang dikatakan oleh penanggung jawab JPKM Bapel Sintesa sebagai berikut:

“.....untuk divisi program sendiri yang di sini, jadi yang pertama sarana air bersih dan sanitasi, terus yang kedua JPKM sendiri,.....pembinaan

kegiatan home industri.....program HIV AIDS.....terus yang lain ada program Askesos.....terus banyak tetapi ya....mungkin sudah cukup.....”.

Wawancara Pengelola Bapel

Banyaknya program yang ditangani penanggung jawab JPKM Bapel Sintesa juga menyebabkan kurangnya perhatian dalam menjalankan program JPKM ini. Penanggung jawab JPKM sudah tidak terlalu memperhatikan berapa Puskesmas yang masih menjadi PPK dalam program JPKM ini seperti ungkapan penanggung jawab Bapel sebagai berikut:

“.....jadi kan sekarang yang sisa jalan itu, sisa....kalau ndak salah sisa 3 atau 4 Puskesmas. Kan dulu cuma 5 atau 6 Puskesmas. Kalau yang lalu sudah berhenti karena pesertanya habis, itu ada penyampaian ke Puskesmas....hanya memang yang belakangan ini ya terus terang saya sudah tidak terlalu perhatikan.....”.

Wawancara Pengelola Bapel

Dalam hal mendapatkan kartu pelayanan kesehatan semua responden mengatakan mudah mendapatkan karena peserta mendapatkannya 1 hari atau 2 hari setelah didaftar menjadi peserta seperti ungkapan-ungkapan berikut:

“.....saya rasa semua satu kali diantar itu hari bu karena saya yang mengedarkan dengan pak....Angsuran pertama itu langsung keluar kartunya....”.

DKT Klip Berhenti, Responden 8

“.....ndak, kayaknya 2 hari begitu langsung dibawakan ke sini.....”.

Wawancara Peserta Aktif, Responden 2

Ada berbagai pendapat responden tentang penampungan keluhan dan penyelesaiannya oleh Bapel. Baik responden aktif maupun berhenti kedua kelompok ini mengatakan keluhannya segera ditanggapi dan diselesaikan tetapi ada juga yang tidak. Beberapa responden mengatakan keluhannya segera ditanggapi karena mendapat penggantian biaya pelayanan yang telah mereka keluarkan lebih dahulu seperti ungkapan responden:

“.....ah ditanggapi tawa. Langsung dia urus, malahan dimarahi itu bidan-bidan. Dikembalikan itu kita punya uang.....”.

DKT Klip Aktif I, Responden 1

“.....waktu saya melahirkan saya bayar Rp325.000,00 trus dikasih kuitansi pembayaran dari RS....baru saya bawa ke kantor Bapel baru digantikan.....”.

DKT Klip Aktif I, Responden 2

Keluhan peserta yang tidak ditanggapi oleh Bapel juga menyebabkan responden berhenti dari kepesertaan JPKM seperti yang diungkapkan responden sebagai berikut:

“.....hanya itu bu kenapa saya berhenti bu, hanya itu saja kendalanya saya kenapa saya berhenti bu karena itu dia ambil saya punya kartu saya suruh perbaiki tidak dikasih kembalikan.....”.

Wawancara Peserta Berhenti, Responden 4

Walaupun beberapa responden merasa puas karena keluhannya kepada Bapel untuk mendapat penggantian biaya terpenuhi tetapi ada juga responden yang tidak setuju dengan cara membayar biaya pelayanan kesehatan lebih dulu kemudian digantikan oleh Bapel seperti ungkapan responden berikut:

“....seperti kita tiba-tiba sakit ya bu....syukurlah kalau ada uang. Itu susahny kalau nanti kita mau bayar nah tidak ada uang.....Ini susahny kalau kita mau bayar sendiri sementara kita sudah masuk JPKM ternyata kita tidak dibantu duluan.....”.

DKT Klip Berhenti II, Responden 1

Dalam hal kepercayaan terhadap Bapel dalam pengelolaan premi, peserta aktif cenderung lebih percaya kepada Bapel sehingga responden tetap menjadi peserta JPKM selain karena responden tidak mempunyai asuransi kesehatan yang lain seperti ungkapan responden berikut:

“.....kita percaya kasian jadi kita tidak ragu-ragu turun...makanya kita masuk kita masuk JPKM ini bu karena kita tidak punya asuransi kesehatan yang lain.....”.

DKT Klip Aktif, Responden 4

Juga responden aktif tetap percaya karena kolektor yang bermasalah telah berhenti seperti ungkapan:

“.....Oh iyo...iyo, percaya kan dia sudah tidak mi, keluar mi.....”.

DKT Klip Aktif, Responden 5

Ketidakpercayaan terhadap pengelolaan premi oleh Bapel lebih banyak diungkapkan oleh peserta yang telah berhenti dan khususnya yang belum pernah memakai kartu JPKM untuk mendapat pelayanan kesehatan seperti yang diungkapkan responden berikut:

“.....nanti pikir-pikir dulu lagi, sudah pengalaman beginikan selama satu tahun kita membayar Rp21.000,00 per bulan ndak tau uangnya dikemanakan juga.....”.

Wawancara Peserta Berhenti, Responden 2

Ketidakpercayaan responden juga disebabkan karena Bapel tidak memberi tahu atau menjelaskan alasan berhenti sementara seperti ungkapan-ungkapan responden berikut:

“.....masalahnya begini, mestinya ada penjelasan, sekarang kan tidak ada penjelasan bu jadi kita tidak tahu persis kenapa macet

sementara kalau bilang mau tarik kembali itu tidak ada masalah bu tapi ada penjelasan kenapa tiba-tiba berhenti.....”.

DKT Klip Berhenti II, Responden 1

“.....bukan saya yang berhenti bu. Di sana yang stopkan di Sintesa itu. Bagian penagihan katanya distopkan dulu untuk sementara ndak tau apa alasannya nanti bulan depannya baru dia datang kembali kasih informasi. Sampai sekarang juga sudah hampir satu tahun lagi.....”.

Wawancara Peserta Berhenti, Responden 2

Bahkan karena tidak transparan dalam pengelolaan premi sehingga responden menyuruh istri berhenti dari kepesertaan JPKM:

“.....reperiti kemarin bu istri saya kan sudah bayar 5 bulan premi walaupun hanya Rp7.500,00 per bulan uang itu telah disetor ke sana entah kembali atau tidak tapi ke mana uangnya.....”.

DKT Klip Berhenti II, Responden 1

Menurut pengelola Bapel konsep JPKM awal yang dikembangkan Bapel akan dihentikan dulu dan akan diintegrasikan pada program lain seperti ungkapan berikut:

“.....saya rencana setelah peserta habis ini, konsep JPKM awal yang coba kita kembangkan itu kita hentikan, selanjutnya nanti JPKM yang ke depan itu kita coba semacam integrasikan ke dalam program.....Askesos (Asuransi Kesejahteraan Sosial) yang sekarang ini. Makanya untuk sementara saya habiskan dulu masa kepesertaannya”.

Wawancara Pengelola Bapel

Ketidakpercayaan terhadap Bapel ini juga karena responden menganggap Bapel mengelola JPKM ini sebagai bisnis dan mencari keuntungan:

“.....salah satu penyelenggara apa saja pasti menyangkut masalah keuntungan....bagi badan yang menyelenggarakan itu bisnis, dia membantu tapi.....jelas dia dapat keuntungan.....”.

DKT Klip Berhenti II, Responden 1

Tidak siapnya aparat yang menangani program JPKM menurut Hendartini<sup>2</sup> merupakan salah satu penyebab ketidakberhasilan program JPKM di lapangan. Pada umumnya pengelola Bapel masih belum mengetahui manajemen pengelolaan Bapel JPKM yang baik khususnya manajemen pemasaran, manajemen keuangan dan perencanaan sebagai organisasi bisnis. Sebagai organisasi bisnis JPKM Bapel Sintesa belum dapat melakukan manajemen pemasaran, keuangan dan perencanaan dengan baik. Dalam melakukan pemasaran JPKM ini Bapel lebih banyak melakukan secara *door to door*, sehingga JPKM ini hanya bertambah anggotanya pada awal-awal berdirinya. Menurut pengelola Bapel kekurangan

tenaga juga menjadi penyebab tidak berkembangnya JPKM ini yang menyebabkan pengumpulan premi tidak dapat dioptimalkan selain dari faktor peserta sendiri yang kurang sadar manfaat JPKM seperti diungkapkan oleh pengelola Bapel sebagai berikut:

**“...Sebenarnya memang ada dua faktor juga memang anu...., pertama strategi yang kita kembangkan dulu dengan *door to door* penagihan premi rupanya sangat tidak efektif trus kedua kita mencoba apa namanya keterbatasan tenaga dan ketiga memang ditingkat masyarakat tingkat kesadarannya terhadap JPKM itu masih sangat....katakanlah masih sangat rendah....”.**

#### **Wawancara Pengelola Bapel**

Penyuluhan dan pembinaan yang tidak diberikan kepada peserta dikatakan oleh pengelola Bapel JPKM Sintesa, karena faktor tenaga lapangan yang kurang dan lokasi tempat tinggal peserta yang umumnya berjauhan sehingga sulit melakukan mobilisasi untuk bertemu.

Seperti pendapat Thabrany<sup>7</sup> yang mengatakan bahwa salah satu hal penyebab lambatnya pertumbuhan Bapel dan peserta JPKM antara lain belum memadainya sumber daya manusia yang mampu mengelola asuransi kesehatan apalagi JPKM yang manajemennya lebih kompleks dari pengelolaan asuransi kesehatan tradisional.

Sumber daya manusia di Bapel JPKM berijin umumnya masih belum sesuai dengan kualifikasi yang diperlukan. Departemen Kesehatan tidak mensyaratkan kualifikasi tenaga untuk Bapel. Berbeda dengan perundang-undangan asuransi yang mensyaratkan paling sedikit separuh dari pimpinan perusahaan harus memiliki gelar profesional tertentu. Ketiadaan persyaratan spesifik ini, khususnya dalam penghimpunan dana akan sangat besar risikonya bagi perkembangan JPKM itu sendiri. Dalam kegiatan operasionalnya Bapel baru dapat menerapkan tiga jurus, yaitu ikatan kontrak, penyediaan pelayanan paripurna dan manajemen keluhan peserta. Bapel dalam kegiatannya beroperasi sebagai asuransi pertanggungan kerugian (*indemnity insurance*) yang kurang sesuai dengan konsep *managed care* atau JPKM.<sup>4</sup>

Kontrak yang tidak diberikan kepada peserta juga menjadi hambatan dalam pelaksanaan JPKM ini. Sebagian besar responden mengatakan hanya menerima formulir atau kuitansi sebagai ikatan antara peserta dengan Bapel. Dalam Pasal 50 Permenkes Nomor 571/Menkes/Per/VII/1993 disebutkan bahwa Bapel dalam menyelenggarakan program JPKM harus membuat ketentuan-

ketentuan secara tertulis yang mencakup pemberian informasi bagi peserta dan PPK, paket pemeliharaan kesehatan, dan tata cara memperoleh pelayanan.

Banyaknya program yang ditangani oleh penanggung jawab Bapel juga berpengaruh pada perkembangan JPKM ini, karena penanggung jawab menjadi kurang memperhatikan program JPKM.

Terhambatnya program JPKM ini seperti dikatakan Hendrartini<sup>2</sup> adalah karena pada umumnya Bapel belum mengetahui pengelolaan manajemen JPKM yang baik. Pasal 41 Permenkes Nomor 571/Menkes/Per/VII/1993 menyebutkan penyelenggaraan program JPKM harus dilakukan secara terpisah dari kegiatan lain yang dilakukan oleh Bapel dan pemisahan tersebut meliputi pemisahan organisasi, pengelolaan, tenaga, sarana, dan dana. Selain faktor tenaga, faktor dana juga menjadi hambatan dalam pelaksanaan JPKM Bapel Sintesa ini. Dalam menjalankan program ini pengelola hanya bergantung pada dana dari donatur yang besarnya hanya untuk biaya operasional Bapel selama satu tahun sehingga ketika pengumpulan premi peserta tidak dapat dioptimalkan Bapel menjadi kesulitan dana dan dikatakan oleh pengelola Bapel bahwa Bapel sebelumnya tidak melakukan analisis kecukupan dana untuk pelaksanaan JPKM ini dan hanya berdasarkan ketersediaan dana operasional selama satu tahun seperti ungkapan berikut:

**“.....ndak ada-ndak ada analisa sampai ke situ. Yang jelas waktu itu kan kita memang sanggup biaya operasionalnya selama satu tahun....”.**

#### **Wawancara Pengelola Bapel**

Bapel Sintesa dalam mengelola JPKM ini belum memperhatikan rencana operasional penyelenggaraan JPKM seperti bunyi Pasal 38 Permenkes Nomor 571/Menkes/Per/VII/1993 yang menyebutkan bahwa rencana operasional penyelenggaraan JPKM harus dibuat setiap tahun yang salah satunya adalah modal, cadangan, dan investasi.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

Premi yang terlalu tinggi, pelayanan kesehatan di PPK dan paket pemeliharaan kesehatan yang belum memuaskan serta profesionalisme Bapel yang belum baik merupakan faktor yang menyebabkan peserta JPKM berhenti sehingga terjadi penurunan jumlah peserta JPKM pada Bapel Sintesa.

### **Saran**

Untuk pelaksanaan JPKM di waktu mendatang disarankan agar Bapel mempertimbangkan dengan baik kebutuhan tenaga, dana, penetapan tingkat premi, paket pemeliharaan kesehatan dan kontrak dengan PPK sehubungan dengan telah ditetapkannya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang di dalamnya termasuk Jaminan Kesehatan. Kepada pihak terkait khususnya Dinas Kesehatan untuk melakukan pemantauan dan pembinaan secara rutin terhadap Bapel dan PPK.

### **KEPUSTAKAAN**

1. Departemen Kesehatan RI. Pembinaan, Pengembangan dan Pendorongan JPKM. Jakarta. 2000.
2. Hendrartini, J. Hambatan Dalam Implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta. 2000;03(01):1-2.
3. Departemen Kesehatan RI. Pedoman dan Penetapan Koleksi Premi JPKM. Jakarta, 2001.
4. Mukti, A. G., Thabrany, H., Trisnantoro, L. Telaah Kritis Terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta. 2001;04 (03):159-71.
5. Malik, A.R., Evaluasi Pelaksanaan Program JPKM di Indonesia (Studi Evaluasi), *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta. 2002;05(03):157-68.
6. Mukti, A. G., Berbagai Model Alternatif Sistem Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Indonesia, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta. 2000;03(01):3-7.
7. Thabrany, H. Asuransi Kesehatan di Indonesia, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Universitas Indonesia. Depok. 2001.
8. Departemen Kesehatan RI. Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM. Jakarta. 2001.
9. Azwar, A. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2002.
10. Mukti, A. G., Kemampuan dan Kemauan Membayar Premi Asuransi Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2001;04(02):75-82.
11. Husniah. Faktor-faktor yang Menentukan Kepesertaan JPKM pada Bapel Jasma Angsana Singkawang. Tesis. Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 2004.
12. Widwiono. Determinan Kepesertaan Dana Sehat-JPKM di Yayasan Dana Sehat-Karya Husada Kota Madiun. Tesis. Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 2001.
13. Kusumo, E. Determinan Kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Klaten. Tesis. Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 1998.
14. Iriani, R. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kemauan Membayar Iuran Dana Sehat Secara Teratur di Desa Tertinggal di Kecamatan Sukaraja Kabupaten Dati II Bogor Tahun 1997/1998. Tesis. Program Studi IKM, Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Depok. 1998.

# OTONOMI DAERAH DAN AKUNTABILITAS KINERJA DINAS KESEHATAN KABUPATEN KULONPROGO DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

## ACCOUNTABILITY OF KULONPROGO DISTRICT HEALTH OFFICE IN THE CONTEXT OF DISTRICT AUTONOMY

Dwi Ciptorini<sup>1</sup> dan Mubasysyir Hasanbasri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Kulonprogo, Daerah Isrimewa Yogyakarta

<sup>2</sup>Magister Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan,  
UGM, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** The shifting of the responsibility of the district health office from the ministry health to local government during decetralization policy could mean a positive impact on health status. Since they experience public financed programs and have the capacity to note the difference between what happen in the field what stated in the official report, DPRD and community could have an opportunity to oversee the performance of DOH. If this assumption is true, LAKIP in decentralization era would be more commonsensical and accountable to the program mission and reality. This study evaluates if the practice of performance accountability reporting (LAKIP) in District Health Office has improved after the implementation of district autonomy act. It looks at the evidence for a new vision and mission of the DOH during the decentralization policy, organizational changes in response to them, and local stakeholder participation in local health planning.

**Method:** Main source of information is 2002 and 2003 performance accountability report and relevant government documents. During the field work in November to December 2004, respondents from DOH, DPRD, and community organizations were interviewed.

**Result:** LAKIP reflects more about administrative accountability. No description on the effectiveness of the program available in the report. Several issues related to this matter include time uncertainty of money for program implementation program organization. Importantly, the shift in financial responsibility of local government has no effect on the increase in local resources available for health. The organization vision and mission lack of clarity and district specific intention. Although it is reasonable to share the global and national scope of the Health Department's vision, it is important that local government express its own vision so that create the local driving force to achieve them differently from other district or the national standard. Local stakeholders do not seem to have a room to express their own vision. DPRD and local NGOs have shown a degree of participation health program and planning, however they involved in a few limited events and in an ad hoc basis. Part of this problem is due to the limited personal background of the DPRD member in local health problems, program interventions, and the DOH work practices.

**Conclusion:** LAKIP still reflects administrative procedure in one form of finance public responsibility. Program effectiveness and efficiency remains unnoticed. While it is difficult to judge the performance of DOH for health merely on the basis of LAKIP, it is necessary to open public access to the LAKIP so that local stakeholders could verify the gap between the contents and the public experience.

**Keywords:** Government Performance Report, LAKIP, district autonomy, performance accountability, district health programs, DIY

## PENGANTAR

Sesuai dengan instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, semua instansi pemerintah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan negara untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi, serta kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan suatu perencanaan strategis yang ditetapkan oleh masing-masing instansi. Kinerja instansi pemerintah dipertanggungjawabkan melalui Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo telah melaksanakan pertanggungjawaban dari tugas pokok dan fungsi yang baru setelah implementasi otonomi daerah.

Akuntabilitas kinerja didefinisikan sebagai perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan melalui sistem pertanggungjawaban secara periodik. Pengukuran kinerja dilakukan untuk mengetahui capaian kinerja kegiatan, capaian kinerja program dan capaian kinerja kebijakan.<sup>1</sup> Penelitian ini mempelajari akuntabilitas kinerja yang dikaitkan dengan kewenangan otonomi daerah, partisipasi *stakeholder* setelah otonomi daerah, serta perubahan organisasi setelah otonomi daerah dalam hal visi, misi, tujuan organisasi, serta struktur organisasi.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan analisis data capaian kinerja dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo tahun 2002 dan 2003, data kewenangan bidang kesehatan Kabupaten Kulonprogo, data visi, misi, dan tujuan organisasi yang tertuang dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo, serta data tentang pembentukan organisasi dan tata kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo. Selain itu, penelitian menggunakan wawancara mendalam dengan responden pejabat struktural di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo, DPRD Komisi E dan Lembaga Swadaya Masyarakat yang bergerak dibidang kesehatan. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah akuntabilitas kinerja, yang ingin dijelaskan oleh variabel otonomi daerah. Adapun variabel otonomi di sini mencakup perubahan kewenangan, partisipasi *stakeholder*, dan perubahan visi, misi, tujuan organisasi, serta struktur organisasi.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo dilaksanakan mulai dari penyusunan perencanaan strategis, pelaksanaan kegiatan, pengukuran kinerja dan pelaporan kinerja melalui LAKIP. Data hasil capaian kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo tahun 2002 dan tahun 2003 menunjukkan kategori sangat berhasil (Tabel 1). Namun, bila melihat angka pencapaian terdapat pada pencapaian kinerja kebijakan tahun 2003 terdapat penurunan.

Tabel 1. Kinerja Dinas Kesehatan Kulonprogo

Aspek Kinerja	Capaian Kinerja Bersumber LAKIP	
	2002	2003
Kegiatan	91,4% (sangat berhasil)	94,3% (sangat berhasil)
Program	91,6% (sangat berhasil)	94,3% (sangat berhasil)
Kebijakan	91,1% (sangat berhasil)	87,7% (sangat berhasil)

Meskipun penurunan capaian kinerja kegiatan sangat sedikit tetapi sangat mempengaruhi nilai akhir capaian kinerja kebijakan (Tabel 2). Karena pengukuran ini menggunakan sistem pembobotan, nilai capaian tidak berimbang. Pada kebijakan pertama diukur dari 1 program, sedang kebijakan kedua diukur dari 5 program. Karena penilaian dilakukan dengan sistem pembobotan pada jumlah program yang tidak seimbang, maka evaluasi kinerja menjadi bias karena capaian kinerja tidak bisa menggambarkan keberhasilan atau kegagalan misi organisasi.

Pengukuran kinerja sebagai wujud dari pertanggungjawaban ini masih terpusat pada administrasi. Ini terbukti dari penyusunan laporan yang terlambat sehingga pemanfaatan tidak optimal. Meskipun hasil kerja dinas masuk dalam kategori sangat berhasil, semua pihak merasakan masih banyak kekurangan di lapangan. Kewenangan bidang kesehatan yang ditetapkan dalam SK Bupati Kabupaten Kulonprogo No 839 Tahun 2000 menunjukkan bahwa tanggung jawab yang diberikan masih 33% yang tidak dimiliki secara penuh oleh Dinas Kesehatan Kulonprogo (Tabel 3).

Pemberian wewenang pelayanan kesehatan pada pemerintah daerah akan menimbulkan permintaan anggaran belanja yang tinggi dan berkecenderungan terlalu mahal untuk ditangani oleh pemerintah daerah. Dalam waktu bersamaan, pemerintah daerah sering mempunyai sumber

pajak yang terbatas.<sup>2</sup> Hal ini terjadi pula di Kabupaten Kulonprogo bahwa pembiayaan kesehatan tidak seiring dengan luas kewenangan yang diberikan. Pembiayaan cenderung menurun dan proporsi belum sesuai dengan standar WHO yaitu minimal 15% APBD (Tabel 4).

Karena pembiayaan yang terbatas, tidak sesuai dengan besar kewenangan yang harus dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan, maka kinerja yang dihasilkan tidak optimal. Masih ada beberapa kewenangan yang tidak muncul dan tidak terukur dalam pertanggungjawaban kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo (Tabel 5).

**Tabel 2. Perbandingan Dua Kebijakan dan Program yang Berkaitan**

No	Kebijakan	Program	2002	2003	Keterangan
1	Meningkatkan pemberantasan malaria	Pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria	92%	83%	Menurun 9%
2	Meningkatkan upaya kesehatan dan perilaku sehat, perbaikan gizi masyarakat serta pemberantasan penyakit	Penyuluhan kesehatan masyarakat menuju hidup sehat	93%	97%	Meningkat 4%
		Penyehatan lingkungan	91%	99%	Meningkat 8%
		Peningkatan pelayanan kesehatan	86%	95%	Meningkat 9%
		Perbaikan gizi	84%	97%	Meningkat 13%
		Pengendalian obat, makanan, kosmetika, alat kesehatan dan bahan berbahaya	98%	95%	Menurun 3%

**Tabel 3. Status Tanggung Jawab Berdasarkan Jenis Kewenangan**

Tanggung Jawab	Jenis Kewenangan (Sesuai SK Bupati Kulonprogo No. 839 Tahun 2000)	%
Sepenuhnya	Ijin praktik tenaga kesehatan	14 (67%)
	Ijin sarana kesehatan	
	Ijin distribusi pelayanan obat	
	Penyelenggaraan sarana kesehatan	
	Penyelenggaraan promosi kesehatan	
	Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan dan pemantauan dampak pembangunan	
	Pencegahan dan penanggulangan narkoba	
	Pengendalian pengobat tradisional	
	Penetapan tarif pelayanan kesehatan	
	Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi	
	Penelitian dan pengembangan	
	Penyelenggaraan kerjasama kesehatan	
	Penyehatan perilaku masyarakat	
Pelayanan kesehatan masyarakat		
Sebagian	Pelaksanaan standar pelayanan minimal	4 (19%)
	Perencanaan pembangunan kesehatan	
	Pencegahan dan pemberantasan penyakit	
	Perencanaan dan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar essensial	
Terbatas	Penetapan kebijakan bidang kesehatan	3 (14%)
	Pengaturan dan pengorganisasian sistem kesehatan	
	Pengimplementasian sistem pembiayaan kesehatan melalui JPKM atau sistem lain	
	Total	21 (100%)

Keberhasilan penyelenggaraan otonomi daerah tidak terlepas dari partisipasi *stakeholder* yang masing-masing memiliki fungsi yang berbeda tetapi saling berkaitan satu.<sup>3</sup> Hasil wawancara dengan LSM dan DPRD Komisi E (Tabel 6) menunjukkan bahwa partisipasi LSM terbatas pada pelaksanaan dan Komisi E DPRD sebatas pada proses pembuatan keputusan dan evaluasi. Keterbatasan dalam partisipasi ini menunjukkan bahwa kontrol *stakeholder* belum optimal.

Untuk melakukan kontrol memerlukan kejelasan visi, misi, dan tujuan dan sasaran serta kebijakan yang harus dilakukan yang dituangkan dalam perencanaan strategis.<sup>4</sup> Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo masih mengacu pada pusat, tetapi misi sudah menggambarkan tujuan organisasi dan sasaran yang ingin dicapai. Tujuan organisasi sudah jelas dan selaras dengan visi dan misi organisasi. Visi, misi, dan tujuan organisasi sudah tercermin dalam program-program yang dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo.

Agar pelaksanaan otonomi dapat berjalan dengan baik maka diperlukan organisasi dan manajemen yang baik pula.<sup>5</sup> Perbedaan organisasi kesehatan sebelum dan sesudah otonomi daerah (Tabel 7) menunjukkan tugas pokok dan fungsi yang baru telah ditetapkan oleh daerah melalui Perda Kabupaten Kulonprogo Nomor 11 Tahun 2000. Tugas dan fungsi tersebut harus dipertanggungjawabkan kepada Bupati melalui Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

Meskipun telah mencerminkan tugas dan fungsi yang harus dijalankan, susunan struktur organisasi yang baru tidak banyak berbeda dari apa yang ada pada organisasi kesehatan yang lama (Tabel 8). Tugas pokok dan fungsi yang tercermin dalam struktur organisasi dapat memperjelas kinerja apa yang harus dan dipertanggungjawabkan melalui Akuntabilitas Kinerja Instansi (AKIP).

**Tabel 4. Proporsi Alokasi Pembiayaan Kesehatan terhadap total APBD Kabupaten Kulonprogo Tahun 2002-2003**

	2002	2003
Persentase pembiayaan kesehatan APBD Kabupaten per total pembiayaan kesehatan	53,38	47,30
Persentase pembiayaan kesehatan APBD Kabupaten per total APBD	8,4	7,51

**Tabel 5. Capaian Kinerja Program dan Kewenangan Dinas Kesehatan Kulonprogo Tahun 2003**

Capaian	Kewenangan	%
Sangat berhasil	Pelayanan kesehatan masyarakat	9
	Penetapan kebijakan bidang kesehatan	(43,0%)
	Pengaturan dan pengorganisasian sistem kesehatan	
	Penyelenggaraan sistim kewaspadaan pangan dan gizi	
	Penyelenggaraan bimdal pengobatan tradisioanl	
	Penyelenggaraan penanggulangan narkoba	
	Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan	
	Perencanaan dan pengadaan obat	
Berhasil	Perencanaan pembangunan kesehatan	
	Perijinan distribusi obat	6
	Perijinan praktek tenaga kesehatan	(28,5%)
	Perijinan sarana kesehatan	
	Pencegahan dan pemberantasan penyakit	
Tidak muncul dalam laporan pertanggungjawaban	Penyehatan perilaku masyarakat	
	Penyelenggaraan promosi kesehatan	
	Pelaksanaan standar pelayanan minimal	6
	Penelitian dan pengembangan kesehatan	(28,5%)
	Penetapan tarif pelayanan kesehatan	
	Pengimplementasian sistem pembiayaan JPKM	
	Penyelenggaraan kerjasama kesehatan	
	Penyelenggaraan upaya kesehatan	

Tabel 6. Partisipasi Stakeholder Keterlibatan Stakeholder

Partisipasi	Keterlibatan Stakeholder
Pembuatan keputusan	DPRD aktif dan mendukung anggaran program kesehatan dan karena itu relatif mulus. Tetapi biaya yang keluar tidak seperti yang diharapkan
Pelaksanaan	LSM Bina Sehat Masyarakat yang terbentuk setelah otonomi daerah terlibat dalam proses pelaksanaan kegiatan malaria dalam bentuk koordinasi penyemprotan malaria dan kelambunisasi LSM Bina Insan Mandiri terlibat dalam penyuluhan malaria dan program kewaspadaan pangan dan gizi LSM Budi Mulia aktif dalam penyuluhan PHBS dan pemberian makanan tambahan bagi anak usia sekolah
Evaluasi	Komisi E melakukan kunjungan lapangan tetapi bersifat informal dan tidak melakukan pengamatan yang mendalam. Mereka menanggapi AKIP dalam pertanggungjawaban Bupati. Masalah kesehatan yang menjadi perhatian adalah program pemberantasan malaria

Tabel 7. Perbedaan Organisasi Kesehatan Kabupaten Kulonprogo Sebelum dan Sesudah Otonomi Daerah

	Sebelum Otonomi	Sesudah Otonomi
Landasan hukum	<b>Kantor Departemen Kesehatan</b> SK Menkes No. 275/MENKES/SK/VII/79 295/MENKES/SK/IV/1992  <b>Dinas Kesehatan</b> SK Mendagri Nomor 21 Tahun 1994	<b>Dinas Kesehatan</b>  Perda Kabupaten Kulonprogo Nomor 11 Tahun 2000
Tugas pokok	<b>Kantor Departemen Kesehatan</b> Melaksanakan sebagian tugas pokok kantor Wilayah dalam pembinaan, pengembangan, pengawasan dan penertiban usaha kesehatan di Kabupaten  <b>Dinas Kesehatan</b> Menyelenggarakan sebagian urusan rumah tangga daerah dalam bidang kesehatan	<b>Dinas Kesehatan</b>  Melaksanakan kewenangan otonomi daerah dalam rangka pelaksanaan tugas desentralisasi di bidang kesehatan.
Fungsi	<b>Kantor Departemen Kesehatan</b> Bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan masyarakat  Bimbingan dan pengendalian pemberantasan penyakit menular  Bimbingan penggunaan obat dan makanan  Pengendalian dan penertiban di bidang kesehatan  <b>Dinas Kesehatan</b> Pembinaan umum di bidang kesehatan  Pembinaan teknis di bidang upaya pelayanan kesehatan dasar dan rujukan  Pembinaan operasional sesuai kebijakan yang ditetapkan oleh Bupati	<b>Dinas Kesehatan</b>  Penyelenggaraan registrasi, akreditasi perijinan dan pengawasan serta peraturan di bidang kesehatan.  Penyelenggaraan pengembangan kesehatan  Penyelenggaraan dan pelayanan kesehatan  Bimbingan dan pengendalian perbekalan dan farmasi  Pelaksanaan urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaan

Meskipun susunan organisasi kesehatan tidak banyak berbeda tetapi ada perbedaan yang cukup berarti dalam hal desain organisasi kesehatan sebelum dan sesudah otonomi daerah. Berikut ini

menjelaskan bahwa ada perbedaan desain organisasi sebelum dan sesudah otonomi daerah bila dikaji dengan Henry Mintzberg.<sup>6</sup> (Tabel 9).

**Tabel 8. Perbedaan Susunan Organisasi Kesehatan Kabupaten Kulonprogo Sebelum dan Sesudah Otonomi Daerah**

Sebelum Otonomi	Sesudah Otonomi
<b>Kantor Departemen Kesehatan</b> Terdiri dari:	<b>Dinas Kesehatan</b> Terdiri dari:
Kepala Kantor Departemen Subbagian tata usaha	Kepala Dinas Bagian Tata Usaha
Seksi Bimbingan dan Pengendalian Pelayanan Kesehatan Masyarakat	Subdinas legalisasi Seksi registrasi dan penilaian angka kredit Seksi akreditasi tempat umum dan industri Seksi pengawasan dan perturan kesehatan
Seksi Bimbingan dan Pengendalian Pemberantasan Penyakit Menular, Obat dan Makanan	Subdinas pengembangan kesehatan Seksi informasi kesehatan Seksi perencanaan dan litbang Seksi monitoring dan evaluasi
<b>Dinas Kesehatan</b> Terdiri dari:	
Kepala Dinas Subbagian tata usaha	Subdinas bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan Seksi yankes dasar rujukan dan reproduksi Seksi P2M dan PLP Seksi pemberdayaan masyarakat
Seksi Pelayanan Kesehatan Seksi pencegahan dan pemberantasan penyakit Seksi penyehatan lingkungan Seksi kesehatan keluarga Seksi penyuluhan kesehatan masyarakat	Subdinas bimbingan dan pengendalian sarana dan prasarana Seksi farmasi Seksi perbekalan umum Seksi perbekalan khusus
Unit pelaksana teknis daerah	Unit Pelaksana Daerah
Kelompok jabatan fungsional	Kelompok Jabatan Fungsional

**Tabel 9. Disain Organisasi Sebelum dan Sesudah Otonomi Daerah**

Unsur Organisasi	Sebelum Otonomi	Sesudah Otonomi	Sesudah Otonomi
<b>Strategic Apex</b>	Departemen Kesehatan Pusat	Bupati	Bupati
Manager tertinggi yang mempunyai tanggung jawab	Kantor Departemen Kesehatan Provinsi		
<b>Middle Line</b>	Kepala Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten	Kepala Dinas Kesehatan	Direktur Rumah Sakit
Manager yang menghubungkan antara kelompok profesional dengan manager tertinggi			
<b>Operating core</b>	Rumah Sakit dan Puskesmas	Puskesmas	Rumah Sakit
Kelompok profesional yang menghasilkan produk atau jasa pelayanan kesehatan			
<b>Technostructure</b>	Departemen Kesehatan Pusat dan Bina Program	Subdinas Legalisasi Subdinas Bimbingan dan Pengendalian Pelayanan kesehatan	Departemen Kesehatan Pusat dan Badan Mandiri
Ahli yang membuat standarisasi dalam pelaksanaan program-program kesehatan			
<b>Support Staff</b>	Kepala Dinas Kesehatan	Subdinas Pengembangan Kesehatan Subdinas Bimbingan dan Pengendalian Sarana dan Prasarana	Tata Usaha Rumah Sakit
menyediakan dan memberikan dukungan langsung demi kelancaran kerja organisasi			

Sesudah otonomi daerah dapat dilihat bahwa manajer tertinggi adalah Bupati, yang menunjukkan bahwa pertanggungjawaban ada pada tingkat daerah. Dinas Kesehatan sebelum otonomi menjadi pelaksana, tetapi setelah otonomi daerah Dinas Kesehatan menjadi organisasi yang bertanggung jawab kepada Bupati. Karena dalam otonomi daerah, rumah sakit menjadi unit pelaksana daerah. Direktur bertanggung jawab pada Bupati, membuat pertanggungjawaban kinerja kesehatan secara keseluruhan menjadi lebih sulit karena memerlukan koordinasi yang kuat antara Dinas Kesehatan dan rumah sakit agar target-target program kesehatan bisa dicapai.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Akuntabilitas kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo belum bisa menggambarkan keberhasilan dan kegagalan misi organisasi. Akuntabilitas lebih berfokus pada hal-hal yang bersifat administratif. Kewenangan yang diberikan cukup luas akan tetapi tidak diimbangi dengan kecukupan pembiayaan. Kontrol dari DPRD dan publik masih belum optimal. Perubahan organisasi dalam hal visi, misi dan tujuan organisasi belum mendukung sebagai standar kontrol dalam akuntabilitas kinerja. Struktur organisasi sudah menggambarkan tugas pokok dan fungsi baru yang harus dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan. Kejelasan tugas pokok dan fungsi yang tercermin dalam struktur organisasi memperjelas apa yang harus dipertanggungjawabkan dalam LAKIP.

Agar proses akuntabilitas kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo dapat lebih baik dengan pengukuran kinerja yang dapat menggambarkan keberhasilan dan kegagalan

pelaksanaan misi instansi, disarankan beberapa hal sebagai berikut. Pemerintah Daerah perlu meningkatkan tanggung jawab kewenangan bidang kesehatan menjadi secara penuh dengan meningkatkan pembiayaan bagi program-program kesehatan secara bertahap. Dinas Kesehatan perlu memperbaiki proses akuntabilitas kinerja mulai dari perencanaan, pengukuran kinerja sampai dengan pelaporan pertanggungjawaban. DPRD dan LSM perlu meningkatkan fungsi kontrol di daerah terhadap kinerja Dinas Kesehatan dengan dilibatkan secara dini dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan sampai dengan evaluasi.

### KEPUSTAKAAN

- 1 Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia. Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Jakarta. 2000.
- 2 Mills, A.V., Patrick, Smith, D., Tabibzade, I., Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-konsep, Isu-isu dan Pengalaman di Berbagai Negara, Trisnantoro, L., (alih bahasa), Gadjah Mada university Press, Yogyakarta. 1989.
- 3 Kaho, J. R., Prospek Otonomi Daerah di Negara Republik Indonesia. Identifikasi Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penyelenggaraan Otonomi Daerah, Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2003.
- 4 Widodo, J., Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi dan Otonomi Daerah, Insan Cendekia, Surabaya. 2001.
- 5 Hamid, E., Suandi, Malian, S., Memperkokoh Otonomi Daerah, UII Press, Yogyakarta. 2004.
- 6 Mintzberg, H., The Structuring of Organization, Prentice-Hall, USA. 1979.

## KETERSEDIAAN OBAT PUSKESMAS PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BENGKULU SELATAN PASCAOTONOMI DAERAH

*DRUG AVAILABILITY OF PUBLIC HEALTH CENTRE  
IN REGENCY HEALTH SERVICE OFFICE SOUTH BENGKULU PASCA REGIONAL AUTONOMY*

Dewi Mustika<sup>1</sup> dan Sulanto Saleh Danu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan

<sup>2</sup>Bagian Farmakologi Klinik, FK UGM, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** Community health service is a sector that has become the responsibility of all Indonesian regencies with regards to the implementation of the regional autonomy to enable the community to get better access to health services. Unfortunately, the implementation of health services post regional autonomy in fact is deteriorating due to reduction of drug procurement budget over the years, whereas drug availability is one of success indicators of community health services. In fact, medical treatment in community health services in Indonesia is dominated by curative measures where drug is a very vital component. These facts serve as a basis for carrying out this research to evaluate the effect of regional autonomy to the drug availability in South Bengkulu Regency.

**Objective:** To evaluate the utilization of available drug budget, to evaluate the budget planning and drug procurement process, to evaluate the drug availability for the top 10 diseases, and to evaluate the efficiency and effectiveness in the drug procurement.

**Methods:** Analytical-descriptive method on the analysis unit of South Bengkulu Regency Health Services Office. The data has been gathered based on observations and interviews with Bengkulu Regency Health Services Head of Office, the Pharmaceutical Warehouse Manager and management staff of the Health Services Office.

**Results:** Drug budget fitness decreases from 154,15% to 58,71% and allocation of budget in health sector to drugs decreases from 81,66% to 6,89%. The planning process uses the consumption pattern involving integrated drug planning team, while drug procurement process follows existing regulations. Drug availability drops from 42 months to 14 months with an increase in drug unavailability from 2,56% to 6,68%. The increase in efficiency and effectiveness of drug management is marked by increase in fitness of drug availability to disease pattern to under 90%, reduction of damaged drugs from 10,53% to 1,08% and reduction of expired drugs from 15,31% to 1,62%.

**Conclusions:** The decrease in drug procurement budget has caused the decline in drug availability, but with positive impact on effectiveness and efficiency of drug management. Possible measures to be taken to bring a healthy autonomous society into reality include an increase in drug budget proportion, the use of rational drug in health service units and the promotion of JPKM program.

**Keywords:** regional autonomy, drug availability, regency health services office.

### PENGANTAR

Undang-Undang Nomor 22 dan Nomor 25 Tahun 1999<sup>1</sup> membawa perubahan mendasar pada tatanan pemerintah daerah. Pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan gudang farmasi diserahkan kepada daerah<sup>2</sup>, sehingga diharapkan kualitas hidup masyarakat menjadi lebih baik. Namun, selama 3 tahun awal pelaksanaan otonomi daerah justru diperkirakan terjadi penurunan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan masyarakat di daerah.

Ketersediaan obat sebagai unsur utama dalam pelayanan kesehatan selain keterjangkauan, *safety*, *quality* dan *efficiency*, ketersediaan obat terkait erat dengan pendanaan.<sup>3</sup> Alokasi pendanaan kesehatan sebelum tahun 1999 di Indonesia berkisar US\$ 12 per kapita namun sejak pelaksanaan otonomi turun menjadi US\$ 6.75 per kapita per tahun.<sup>4</sup> Kondisi yang sama juga terjadi pada Kabupaten Bengkulu Selatan, anggaran obat publik turun dari 1,47 milyar

rupiah menjadi 348,25 juta rupiah atau turun 76%. Nilai belanja obat ini hanya 2,48% dari anggaran kesehatan umum tahun 2002 yang besarnya berkisar 12,27 milyar rupiah.<sup>5</sup>

Persentase anggaran obat di atas sangat kecil bila dibandingkan dengan persentase anggaran obat nasional. Belanja obat merupakan bagian terbesar dari anggaran kesehatan baik di negara maju maupun di negara berkembang. Jika di negara maju berkisar antara 10%-15%, maka di negara berkembang lebih tinggi yaitu hingga 35%-66%. Indonesia sendiri sekitar 39% anggaran kesehatan dipergunakan untuk anggaran pembelanjaan obat.<sup>6</sup>

Kecilnya proporsi anggaran pengadaan obat publik tersebut bertolak belakang dengan ide dasar penyelenggaraan otonomi daerah. Lemahnya pelayanan sektor kesehatan akan menjadi kontra produktif terhadap kinerja pemerintah daerah dalam melaksanakan pelayanan publik.<sup>7</sup> Pertanyaannya adalah bagaimana dampak penurunan anggaran dan proporsi penyediaan obat terhadap ketersediaan obat publik?

Perubahan besar terhadap anggaran kesehatan terutama proporsi anggaran pengadaan obat yang cenderung terus mengalami penurunan, mendorong dilakukannya penelitian mengenai pengaruh penurunan anggaran obat tersebut terhadap tingkat ketersediaan obat di Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan. Penelitian ini secara umum bertujuan meneliti ketersediaan obat publik di Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan pascaotonomi daerah. Secara khusus penelitian ini bertujuan mengetahui pemanfaatan anggaran yang tersedia, mengetahui proses perencanaan anggaran dan pengadaan obat, mengetahui tingkat ketersediaan obat terhadap sepuluh pola penyakit terbanyak, dan mengetahui efisiensi serta efektivitas pengadaan obat di Kabupaten Bengkulu Selatan.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif-analitis yang dilakukan di Kabupaten Bengkulu Selatan dengan mengambil unit analisis Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan. Pada prinsipnya memperbandingkan ketersediaan obat publik dikaitkan dengan jumlah anggaran pengadaan obat sebelum dan setelah pelaksanaan otonomi daerah, melalui pemfokusan ketersediaan obat pada sepuluh jenis penyakit terbanyak, diupayakan untuk

memperoleh gambaran tentang tingkat ketersediaan obat publik pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan sebelum dan sesudah otonomi daerah.

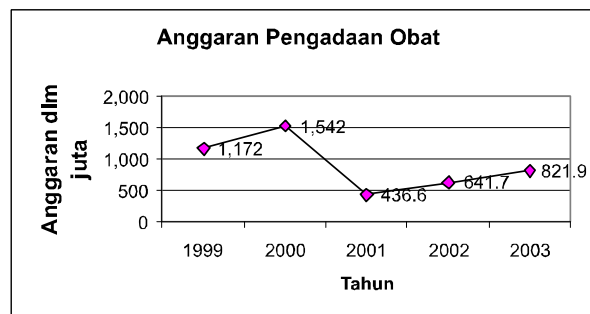
Bahan penelitian berupa peraturan perundang-undangan pelaksanaan otonomi daerah, dokumen anggaran pengadaan obat, pengadaan obat, pola demografi dan pola penyakit, data pemakaian obat, data stok obat, LPLPOP, dan standar pengobatan puskesmas.

Jenis data yang diperlukan untuk penelitian adalah jumlah anggaran dinas kesehatan secara umum, kebutuhan dana pengadaan obat, anggaran obat yang tersedia, kuantum obat yang direncanakan dalam satu tahun, pola penyakit daerah, pemakaian obat seluruh puskesmas, ketersediaan obat di gudang farmasi, obat yang rusak dan kadaluarsa, pendistribusian obat ke puskesmas, dan data tentang kekosongan obat.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### I. Anggaran Pengadaan Obat Publik

Selama kurun waktu lima tahun terakhir, alokasi anggaran pengadaan obat publik di Kabupaten Bengkulu Selatan menunjukkan perubahan yang cukup drastis. Terhadap anggaran kesehatan secara umum, anggaran pengadaan obat mengalami penurunan (Gambar 1 dan Tabel 1).



Gambar 1. Perubahan Anggaran Pengadaan Obat Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Tahun 1999-2003

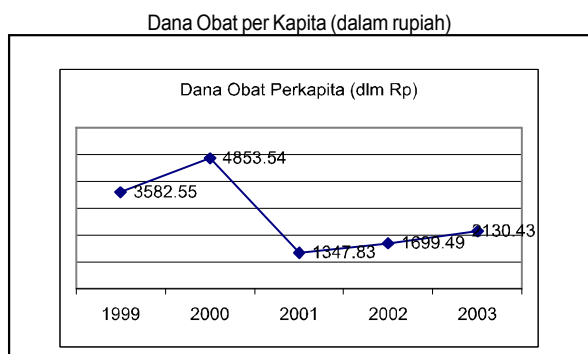
Pengurangan anggaran secara drastis tersebut seharusnya memperoleh perhatian dari pemerintah daerah. Apakah hal ini menunjukkan tidak adanya perhatian yang cukup dari pemerintah daerah terhadap kebutuhan obat masyarakatnya?

**Tabel 1. Perbandingan Dana Sektor Kesehatan dengan Dana Pengadaan Obat Kabupaten Bengkulu Selatan Tahun 1999-2003**

Uraian	TAHUN				
	Sebelum Desentralisasi		Sesudah Desentralisasi		
	1999	2000	2001	2002	2003
Dana kesehatan (jutaan rupiah)	1.615.534	1.887.605	6.837.010	12.270.510	11.932.240
Dana pengadaan obat (jutaan rupiah)	1.172.209	1.541.484	436.633	641.732	821.962
Perbandingan Dana (%)	72,56	81,66	6,39	5,23	6,89

Sumber: Diolah dari Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan

Berdasarkan perhitungan kesesuaian dana pengadaan obat, diperoleh fakta bahwa terjadi pola yang sama antara grafik dana pengadaan obat dengan kesesuaian dana pengadaan obat. Penurunan yang cukup drastis terjadi sejak tahun 1999 hingga tahun 2003. Secara berturut-turut terjadi penurunan persentase kesesuaian dana pengadaan obat dari (146,53%) pada tahun 1999, (154,15%) tahun 2000, (39,69%) tahun 2001, (45,84%) tahun 2002, dan (58,71%) pada tahun 2003. Jika anggaran obat pada tahun anggaran berikutnya tidak mengalami peningkatan maka dapat dipastikan pelayanan kesehatan kepada publik akan menurun secara kualitas maupun kuantitasnya.



Gambar 2. Dana Obat per kapita

Adapun alokasi anggaran obat esensial untuk negara berkembang per kapita per tahunnya paling tidak US\$ 1.<sup>3</sup> Dua tahun sebelum desentralisasi, dana obat per kapita belum mencapai setengah kebutuhan minimum. Pasca pelaksanaan otonomi daerah, dana obat per kapita masyarakat hanya

mencapai 23,67% dari perkiraan minimum kebutuhan pada negara berkembang di tahun 2003.

Ada empat faktor penyebab inefisiensi (*overbudget atau overstock* obat) diawal pelaksanaan desentralisasi yaitu; 1) merupakan periode masa transisi, 2) rutinisasi masih menjadi model pelaksanaan program, 3) persepsi keamanan dalam penyediaan obat tingkat kabupaten, kondisi aman jika ada stok obat, 4) keuntungan. Bagi masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dan bagi pelaksana pengadaan obat mendapat insentif tapi kerugian bagi pelaksana teknis dalam hal penanganan dan pengelolaan obat.<sup>8</sup>

## II. Ketersediaan Obat Publik pada 10 Jenis Penyakit Terbanyak

Beberapa indikator yang digunakan sebagai tolok ukur ketersediaan obat publik pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan adalah:

### A. Kesesuaian Item Obat dengan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN)

Penetapan obat yang masuk dalam DOEN telah mempertimbangkan faktor *drug of choice*, analisis biaya-manfaat dan didukung dengan data ilmiah. Jenis obat yang disediakan harus sesuai dengan pola penyakit dan di seleksi berdasarkan DOEN agar tercapai prinsip rasionalitas dalam pengobatan. Program obat esensial telah dilaksanakan di 140 negara dan berhasil meningkatkan jangkauan, ketersediaan, dan pemerataan pelayanan obat terutama pada unit pelayanan primer seperti puskesmas.<sup>9</sup>

**Tabel 2. Kesesuaian Item Obat dengan DOEN**

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	98,16
	2000	93,01
Sesudah Desentralisasi	2001	99,07
	2002	99,53
	2003	100,00

Berdasarkan data di atas, tingkat ketaatan para pengelola obat publik yang cukup tinggi, baik sebelum maupun setelah otonomi daerah. Kondisi seperti ini sangat mendukung ketersediaan obat publik, khususnya pada sisi efisiensi.

### B. Kesesuaian Ketersediaan Obat dengan Pola Penyakit

Ketersediaan obat harus mendukung kegiatan pengobatan terhadap pola penyakit yang diperkirakan muncul dalam tahun anggaran tersebut.

**Tabel 3. Kesesuaian Ketersediaan Obat dengan Pola Penyakit**

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	68,08
	2000	74,16
Sesudah Desentralisasi	2001	79,03
	2002	89,03
	2003	81,14

Berkurangnya ketersediaan anggaran pengadaan obat publik pascaotonomi daerah ternyata memberikan peningkatan kesesuaian ketersediaan obat dengan pola penyakit yang ada.

### C. Tingkat Ketersediaan Obat

Berdasarkan perhitungan ketersediaan obat yang dominan dipergunakan pada 10 jenis penyakit terbanyak di Kabupaten Bengkulu Selatan diketahui bahwa tingkat ketersediaan obat mengalami penurunan yang cukup tajam, sebagaimana terlihat pada Tabel 4 berikut.

**Tabel 4. Tingkat Ketersediaan Obat**

Uraian	Tahun	Bulan
Sebelum Desentralisasi	1999	42
	2000	36
Sesudah Desentralisasi	2001	30
	2002	20
	2003	14

Tingkat ketersediaan obat terus mengalami penurunan meski hingga tahun 2003 ketersediaan obat masih di atas 12 bulan.

### D. Persentase Obat Kadaluarsa dan Obat Rusak

Memperhatikan data obat kadaluarsa dan obat rusak seperti terlihat pada Tabel 5, terdapat persentase kadaluarsa dan kerusakan yang cukup besar sebelum otonomi daerah.

**Tabel 5. Obat Kadaluarsa dan Obat Rusak**

Uraian	Tahun	Persentase	
		Kadaluarsa	Rusak
Sebelum Desentralisasi	1999	15,31%	10,53%
	2000	13,63%	8,59%
Sesudah Desentralisasi	2001	10,43%	2,37%
	2002	5,21%	1,42%
	2003	1,62%	1,08%

Sumber: diolah dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan

Sisi lain yang bernilai positif dari otonomi daerah berdasarkan Tabel 5 di atas adalah terjadi peningkatan efisiensi yaitu berkurangnya persentase obat rusak dan kadaluarsa.

### E. Ketepatan Distribusi Obat

Ketersediaan obat pada setiap puskesmas juga tergantung pada manajemen pendistribusian obat. Perencanaan yang tepat belum menjamin ketersediaan yang baik apabila distribusi obat tidak berjalan baik. Berapa pun besarnya anggaran obat tersedia namun apabila distribusi buruk, maka ketersediaan obat akan terganggu.

**Tabel 6. Ketepatan Distribusi Obat**

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	70,59%
	2000	94,12%
Sesudah Desentralisasi	2001	88,24%
	2002	91,12%
	2003	94,12%

Secara umum, walaupun tidak terlalu besar telah terjadi perbaikan pada ketepatan distribusi obat. Beberapa faktor yang mempengaruhi ketepatan distribusi obat ini antara lain kurangnya stok obat secara umum di gudang farmasi kabupaten. Akibatnya, apabila salah satu puskesmas lebih dahulu mengalami kekurangan stok obat maka akan mengambil kebutuhan obatnya di gudang farmasi kabupaten, meskipun stok obat tersebut merupakan jatah puskesmas lain. Kondisi seperti ini tidak sepenuhnya merupakan suatu kesalahan karena kecepatan pelayanan pada kebutuhan obat masyarakat tetap merupakan prioritas, dengan asumsi bahwa puskesmas yang

memiliki jatah obat tadi belum membutuhkannya pada saat tersebut.

#### F. Persentase Rata-Rata Waktu Kekosongan Obat

Kekosongan obat merupakan satu kondisi yang menggambarkan ketidaktersediaan obat dalam jangka waktu satu tahun. Rata-rata waktu kekosongan obat dari obat indikator menggambarkan kapasitas sistem pengadaan dan distribusi dalam menjamin kesinambungan suplai obat.

Tabel 7. Rata-rata Waktu Kekosongan Obat

Uraian	Tahun	Persentase
Sebelum Desentralisasi	1999	2,56
	2000	4,09
	2001	6,96
Sesudah Desentralisasi	2002	6,83
	2003	6,68

Kekosongan obat yang terjadi karena keterlambatan pengadaan obat dibiarkan karena masih ada obat lain sebagai pengganti. Di samping itu, puskesmas dapat mengadakan obat yang kosong dengan dana JPS yang tersedia di puskesmas. Kekosongan obat meski terdapat obat pengganti dapat menurunkan mutu pengobatan yang diberikan.

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### Kesimpulan

1. Berdasarkan pemanfaatan anggaran yang tersedia diperoleh hasil bahwa terdapat perbedaan yang tajam untuk anggaran pengadaan obat sebelum dan setelah desentralisasi. Walau terdapat kenaikan anggaran pengadaan obat pascadesentralisasi, besarnya pada tahun 2003 hanya berkisar 58,71% dari kebutuhan dana pengadaan obat. Berdasarkan hasil perhitungan indikator kesesuaian dana pengadaan obat sejak tahun 2001 hingga 2003 terjadi kekurangan kesesuaian kebutuhan dana pengadaan obat berkisar 41%-60%.
2. Proses perencanaan melalui tim perencanaan obat terpadu melibatkan semua unsur terkait dan pengadaan obat di Kabupaten Bengkulu Selatan menggunakan metode konsumsi.
3. Kekurangsesuaian dana pengadaan obat ternyata tidak secara langsung mengakibatkan berkurangnya kesesuaian ketersediaan obat untuk 10 pola penyakit terbanyak. Hal ini dibuktikan dengan relatif membaiknya

persentase kesesuaian antara ketersediaan obat dan pola penyakit, walaupun kesesuaian tersebut masih di bawah 90%. Akan tetapi, tingkat kesesuaian tersebut tidak dapat dijadikan indikator terhadap ketersediaan seluruh kebutuhan obat publik karena terjadi penurunan linear terhadap ketersediaan obat yang cukup tajam. Berdasarkan perhitungan diperoleh hasil bahwa selama lima tahun terakhir terjadi penurunan ketersediaan obat dari angka 42 bulan sebelum otonomi daerah menjadi hanya 14 bulan pada tahun 2003.

4. Berkurangnya anggaran pengadaan obat publik pascaotonomi daerah tidak selalu berdampak negatif terhadap manajemen obat di tingkat Kabupaten Bengkulu Selatan. Berdasarkan indikasi yang ada terdapat perbaikan tingkat efisiensi yang sangat baik dari tahun sebelumnya. Hal ini terlihat jelas dari besarnya penurunan anggaran obat yang tidak terlalu berdampak pada penurunan tingkat ketersediaan obat.

#### Saran

1. Bagi pembuat kebijakan daerah dapat lebih proporsional dalam penganggaran pembiayaan kesehatan guna pemeliharaan kesehatan publik.

Bagi Dinas Kesehatan harus lebih mampu meyakinkan pemerintah daerah dalam merebut porsi anggaran kesehatan sesuai dengan rekomendasi World Health Organization (WHO) sebesar minimal 15%.

2. Untuk memenuhi kebutuhan obat yang tidak terpenuhi, terutama jika terdapat wabah endemis dan bencana alam, dinas kesehatan dapat mengajukan permintaan penambahan obat kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang menyediakan *buffer* stok nasional, tentunya harus didukung dengan data keadaan yang sebenarnya.
3. Efisiensi penggunaan obat di tingkat puskesmas dapat ditingkatkan lagi oleh Dinas Kesehatan dengan mengadakan pelatihan penggunaan obat yang rasional kepada petugas kesehatan secara berkala dan dilakukan pengawasan.

Peningkatan kualitas petugas farmasi kabupaten dengan memberi kesempatan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi atau mengikutsertakan dalam pelatihan-pelatihan secara berkala dan berkesinambungan.

4. Memanfaatkan peluang dana lain yang mungkin tersedia seperti menggalakkan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan

Masyarakat (JPKM) agar masyarakat dapat membiayai sendiri pemeliharaan kesehatannya.

#### **KEPUSTAKAAN**

1. Undang-Undang Otonomi Daerah Nomor 22 dan 25 Nomor Tahun 1999, Sinar Grafika, Jakarta.
2. Annisa, E., dan Suryawati, S. Pengaruh Ketersediaan Dana Kontan Terhadap Pengadaan dan Penggunaan Obat tingkat Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta. 2001;04(01):53-61.
3. Sunarsih. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta. 2002;05(02):67-71.
4. Riyanto, S. Tantangan Pendanaan Kesehatan Pascaotonomi dan Desentralisasi, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta. 2002;05(03):113-16.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan, *Data Anggaran Kesehatan dan Pengadaan Obat Publik*.
6. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*, Jakarta. 2002.
7. Dwiyanto, A., dkk. *Teladan dan Pantangan dalam Penyelenggaraan Pemerintahan dan Otonomi Daerah*, PSKK-UGM, Yogyakarta, 2003.
8. Triyanto. *Desentralisasi dan Penganggaran Obat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Tesis. Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM, Yogyakarta. 2000.
9. Purwaningsih, S., dkk. *Evaluasi Penerapan Perda Kabupaten Gunung Kidul No.14/2000 Terhadap Ketersediaan Obat Di Puskesmas*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2003;06 (01):29-34.

## HUBUNGAN ANTARA GAYA KEPEMIMPINAN DAN KOMITMEN KARYAWAN TERHADAP KEPUASAN KERJA DI RSU PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

### *THE RELATIONSHIP BETWEEN LEADERSHIP STYLE AND STAFF COMMITMENT TOWARDS JOB SATISFACTION AT RSU PKU MUHAMMADIYAH, YOGYAKARTA*

Qurratul Aini<sup>1</sup>, Sito Meiyanto<sup>2</sup>, Andreasta Meliala<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Magister Manajemen Rumah Sakit, FK UGM, Yogyakarta

<sup>2</sup>Fakultas Psikologi, UGM, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** This study observes the relationship between leadership style and staff commitment towards job satisfaction at RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta. It was obvious that job satisfaction occurred in PKU Muhammadiyah Yogyakarta. It was indicated by high rate of staff absence which reaches 5%, promotion system which was not yet well-managed, low staff commitment, staff distrust towards their superior, lack of support and encouragement from the superior, absence of transparency between staff and the management indecision making process. The decline of hospital performance in the last two years. High rate of absence and declining performance indicates low productivity as a positive effect of job satisfaction.

**Objectives:** The objective of the study was to raise staff's job satisfaction by examining the relationship between leadership style and staff commitment towards job satisfaction.

**Methods:** The study was a descriptive one with cross sectional survey scheme which used questionnaires distributed to 202 respondents. The subject of the study was staff of RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta by using stratified random sampling technique. Data analysis was conducted using correlation and double regression analysis.

**Results and discussion:** The results of statistical analysis showed the following relationship pattern: perception to leadership style ( $R=0,518$ ), work commitment ( $R=0,667$ ) influenced job satisfaction with 0,000 significance. Effective contribution of staff commitment was 44,4% having greater contribution to job satisfaction than leadership style which had 26,9% effective contribution.

**Conclusion:** Both perception of leadership style and work commitment influenced job satisfaction. In order to increase job satisfaction, personnel policy adopted by the management of RSU PKU Muhammadiyah should be able to motivate staff for work.

**Keywords:** leadership style, commitment, job satisfaction

### PENGANTAR

Rumah Sakit Umum (RSU) PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah rumah sakit swasta dengan tipe C plus. Rumah sakit ini merupakan tempat rujukan juga sebagai rumah sakit untuk program pendidikan klinik seperti: praktik klinik kedokteran, praktik kerja farmasi, praktik klinik kebidanan, praktik klinik keperawatan, praktik klinik fisioterapi, dan tempat magang dan penelitian mahasiswa D3, S1, S2, program profesi dan spesialis kedokteran (*residence*). Selain itu, RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta juga memiliki beberapa program unggulan yang meliputi Pusat Rehabilitasi Cacat Tubuh (PRCT), *Home*

*Care* (Layanan Rumah Sakit Tanpa Dinding), dan Rukti Jenasah Islami.

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki masalah dalam hal kepuasan kerja karyawan. Hal ini terlihat pada rendahnya disiplin kerja karyawan. Pada tahun 2003 tingkat kedisiplinan pegawai dalam bekerja dirasa menurun. Hal ini dapat dilihat berdasarkan data yang diperoleh dari bagian personalia, antara lain dalam hal:

1. Tingkat keterlambatan dan pulang awal pegawai rata-rata per bulannya mencapai 25 orang atau 4,2%.

2. Pegawai yang meninggalkan tugas dan tempat kerja tanpa alasan yang jelas pada saat jam kerja mencapai 10% per bulannya.

Kerugian akibat kemangkiran karyawan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta diperoleh sebesar Rp1.043.047.329,00 dengan tingkat kemangkiran sebesar 5%. Angka ini jauh di atas standar kemangkiran untuk perusahaan menurut *World Class Operator (WCO)* yaitu sebesar <1% per tahunnya. Dari berbagai penelitian yang telah dilakukan oleh para ahli terlihat bahwa terdapat korelasi kuat antara kepuasan kerja dan tingkat kemangkiran. Artinya, karyawan yang tinggi tingkat kepuasan kerjanya akan rendah tingkat kemangkirannya.

Kepuasan kerja merupakan masalah yang penting untuk diperhatikan dalam hubungannya dengan produktivitas kerja karyawan yang tentu sangat besar manfaatnya bagi organisasi. Oleh karena itu, diperlukan perhatian dan upaya yang berkesinambungan untuk mengatasinya. Untuk itu, perumusan masalahnya adalah apakah rendahnya kepuasan kerja karyawan disebabkan gaya kepemimpinan yang kurang sesuai? atau komitmen karyawan yang rendah?

Penelitian ini dilakukan bertujuan untuk menguji hubungan antara gaya kepemimpinan dan komitmen karyawan terhadap kepuasan kerja.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan penelitian *crosssectional survey*. Subjek penelitian ini adalah karyawan RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan pengambilan sampel menggunakan teknik pencuplikan rambang bertingkat (*stratified random sampling*). Pengelompokan dalam strata berdasarkan jenis pekerjaan yaitu tenaga medis, tenaga paramedis perawatan, tenaga paramedis nonperawatan, dan tenaga nonmedis. Kemudian cuplikan rambang sederhana dipilih dari setiap strata jenis pekerjaan. Jumlah populasi pada penelitian ini sebesar 603. Kriteria sampel yang ditetapkan adalah karyawan tetap. Berdasarkan kriteria tersebut diperoleh besar sampel sebesar 202 karyawan.

1. Variabel bebas 1: persepsi gaya kepemimpinan dengan subvariabel gaya direktif, gaya suportif, gaya delegatif, dan gaya partisipatif.
2. Variabel bebas 2: komitmen karyawan dengan subvariabel *affective commitment*, *continuance commitment*, dan *normative commitment*.
3. Variabel terikat: kepuasan kerja karyawan.

Jenis alat ukur yang digunakan dalam rangka memperoleh data penelitian ini berupa kuesioner tertutup yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji asumsi yang meliputi uji normalitas sebaran dan uji linieritas hubungan. Penelitian ini menggunakan analisis korelasi dan regresi berganda sebagai metode analisis datanya. Perhitungan analisis data dilakukan dengan menggunakan alat bantu program *software* statistik.

Beberapa kesulitan yang dialami peneliti dalam penelitian yaitu pengisian angket oleh responden tidak dapat diawasi oleh peneliti. Selain itu, tingginya mobilitas dan kesibukan responden menyebabkan waktu yang dibutuhkan untuk pengumpulan data menjadi lebih lama dari rencana semula.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Responden terbesar dalam penelitian ini terletak pada jenis pekerjaan tenaga nonmedis yaitu sebesar 93 orang atau 47,94%. Hasil statistik menunjukkan bahwa menurut persepsi karyawan, gaya kepemimpinan yang diterapkan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta lebih condong pada gaya kepemimpinan partisipatif. Hasil statistik deskriptif perbandingan rerata empiris = 68,64 yang mendekati dengan rerata hipotesis = 72 pada variabel komitmen kerja menunjukkan bahwa komitmen kerja karyawan RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah cukup baik. Pada kategorisasi interpretasi skor persentase komitmen kerja menunjukkan hasil interpretasi sangat tinggi = 69,07%, tinggi = 23,20%, sedang = 5,67% dan rendah = 2,06%, sedangkan kategorisasi interpretasi skor persentase kepuasan kerja menunjukkan hasil interpretasi sangat tinggi = 26,29%, tinggi = 25,77%, sedang = 34,54% dan rendah = 13,40%.

Berdasar hasil uji analisis regresi antara variabel persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja karyawan terhadap kepuasan kerja di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta secara bersama-sama diperoleh nilai F regresi 76,434, koefisien korelasi sebesar 0,667 dengan tingkat signifikansi 0,000. Hal ini berarti bahwa persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja berperan terhadap kepuasan kerja karyawan RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Soejadi<sup>1</sup>, yang mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dan yang paling penting adalah komitmen, gaji, promosi, rekan sekerja, atasan, dan pekerjaan itu sendiri. Sesuai dengan hasil analisis regresi

tersebut menunjukkan bahwa penerapan gaya kepemimpinan atasan yang sesuai adalah gaya partisipatif. Penerapan gaya ini akan dapat mempengaruhi kepuasan kerja karyawan. Begitu pula apabila terjadi peningkatan komitmen kerja karyawan akan dapat menyebabkan peningkatan kepuasan kerjanya. Oleh karena itu, berdasarkan hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa ada korelasi positif antara persepsi gaya kepemimpinan dan komitmen kerja karyawan terhadap kepuasan kerja karyawan.

Temuan ini mendukung pendapat para ahli bahwa kepuasan karyawan meningkat bila mendapat dukungan dari atasan langsungnya yang penuh pengertian, bersahabat, menyampaikan pujian untuk hasil kerja yang baik, dan mendengarkan pendapatnya.<sup>2</sup> Atasan dengan gaya kepemimpinan demikian tercermin dalam gaya kepemimpinan partisipatif sesuai dengan hasil penelitian bahwa 45,84% tenaga medis, paramedis perawatan sebesar 48,71%, pada karyawan paramedis nonperawatan sebesar 43,33% dan 45,16% karyawan nonmedis mengungkapkan kecondongannya pada gaya kepemimpinan partisipatif yang diterapkan atasannya. Menurut Muchlas<sup>2</sup> gaya kepemimpinan partisipatif adalah gaya kepemimpinan yang dilaksanakan oleh pimpinan kepada bawahan dengan banyak memberikan dukungan, tetapi sedikit memberikan pengarahan. Dalam membuat keputusan dilaksanakan bersama-sama bawahan dan kontrol atas keputusan dilakukan secara bergantian. Proses pengambilan keputusannya disebut sebagai partisipasi karena posisi kontrol atas pengambilan keputusan dipegang secara bersama-sama. Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian yang dilakukan Purwanto<sup>3</sup> yang menyebutkan bahwa perawat yang termasuk dalam kelompok staf manajerial lebih menyukai gaya kepemimpinan partisipatif daripada gaya kepemimpinan direktif walaupun dijalankan dengan penuh kebajikan kepada bawahannya. Dari hasil penelitiannya didapatkan hubungan yang signifikan antara gaya kepemimpinan dengan kepuasan kerja. Hasil ini mendukung pula hasil penelitian Hartawan<sup>4</sup> dengan unit analisisnya karyawan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Penelitian Hartawan<sup>4</sup> mengenai hubungan gaya dan situasi kepemimpinan terhadap kepuasan kerja menyimpulkan bahwa kepuasan kerja karyawan sangat dipengaruhi oleh faktor atasan. Namun, penerapan gaya kepemimpinan partisipatif tidaklah sesuai untuk semua karyawan pada semua bidang pekerjaan. Siagian<sup>5</sup> mengemukakan bahwa pegawai bawahan akan bersedia bekerja keras jika

pemimpinnya menerapkan gaya yang direktif yaitu gaya kepemimpinan yang dilaksanakan oleh pimpinan kepada bawahan dengan banyak memberikan pengarahan dan petunjuk, tetapi sedikit dukungan. Di samping itu, biasanya menggunakan komunikasi satu arah. Inisiatif pemecahan masalah dan keputusan hanya dilakukan oleh pemimpin dan pelaksanaannya diawasi secara ketat oleh pemimpin.

Gambaran gaya kepemimpinan yang diterapkan atasan dapat ditemukan berbeda antara kenyataan dengan gaya kepemimpinan yang dipersepsikan karyawan. Hal ini dapat dijelaskan melalui pendapat yang dikemukakan oleh Muchlas<sup>2</sup> dan Robbins<sup>6</sup> bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu situasi, target, dan pelaku persepsi. Kemudian adanya selektivitas dalam persepsi dipengaruhi oleh faktor perhatian luar yang terdiri dari pengaruh-pengaruh lingkungan luar seperti: intensitas, ukuran, kontras, repetisi, gerakan, keterbaruan, dan keterbiasaan. Faktor perhatian dalam didasarkan pada masalah psikologis individu yang bersifat kompleks seperti proses belajar, motivasi, dan kepribadian. Faktor lingkungan kerja yang memiliki kekuatan terbesar dalam berinteraksi dengan karyawan dan tingkat pendidikan dapat pula menjelaskan adanya perbedaan penilaian antara karyawan baik secara individu maupun kelompok.

Dari analisis regresi mengenai hubungan antara komitmen kerja dan kepuasan kerja diperoleh angka R yaitu koefisien korelasi sebesar 0,667, nilai F regresi 153,597 dengan tingkat signifikansi 0,000. Hal ini menunjukkan makna bahwa ada hubungan positif antara komitmen karyawan dan kepuasan kerja. Hal ini berarti semakin tinggi komitmen maka semakin tinggi pula kepuasan kerjanya. Hasil penelitian ini mendukung pendapat para ahli bahwa komitmen kerja sebagai variabel independen dapat mempengaruhi variabel dependennya yaitu kepuasan kerja. Hal tersebut sebagaimana dituturkan oleh Mathiew dan Zajac<sup>7</sup> yang mengatakan bahwa dengan adanya komitmen yang tinggi akan membuat perusahaan atau organisasi akan mendapatkan dampak positif seperti, meningkatnya produktivitas, kualitas kerja, dan kepuasan kerja karyawan, serta penurunan tingkat keterlambatan, absen dan *tumover* karyawan.

Hasil penelitian ini juga mendukung pernyataan William<sup>8</sup> yang mengemukakan bahwa komitmen merupakan suatu faktor penentu dari kepuasan kerja. Seseorang yang memiliki komitmen yang tinggi menandakan adanya kepuasan pada dirinya yang berkaitan dengan pekerjaan.

Hasil penelitian komitmen kerja ini berdasarkan model komitmen yang dikemukakan oleh Allen dan Meyer<sup>9</sup>. Allen dan Meyer<sup>9</sup> memberikan model komitmen yaitu *Three Component Model of Organizational Commitment* yang merupakan konsep utama komitmen terhadap organisasi. Model komitmen pegawai ini mencakup tiga elemen penting yaitu keinginan (*desire*), kebutuhan (*need*), dan kewajiban (*obligation*) yang mempresentasikan tiga bentuk komponen yaitu *affective*, *continuance*, dan *normative commitment*. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa komitmen karyawan terhadap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta disebabkan oleh: (1) suatu bentuk keterikatan antara pegawai terhadap organisasi. Hal ini tercermin melalui usaha pegawai yang berupa totalitas dalam memberikan yang terbaik untuk organisasi; (2) menerima nilai-nilai dan tujuan organisasi; dan (3) adanya keinginan untuk diakui oleh organisasi tempat individu bekerja.

Hasil statistik pada kategori sikap komitmen karyawan RSUD Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa 74,6% tenaga medis RSUD Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai sikap komitmen yang dikategorikan dalam *affective commitment*. Hal tersebut menunjukkan bahwa aspek *affective commitment* merupakan aspek komitmen yang paling menonjol bagi tenaga medis. Hal ini berarti bahwa mereka terikat untuk tetap berada pada organisasi karena merasa mempunyai satu tujuan dan selera yang sama dengan organisasi tetapi bila organisasi mengganti arah atau tujuan, mereka mungkin akan keluar dari organisasi. Di sisi lain, aspek komitmen yang menonjol pada karyawan tenaga paramedis perawatan dan nonperawatan adalah *continuance commitment*. Sebesar 63,2% tenaga paramedis perawatan dan 56,8% tenaga paramedis nonperawatan tergolong dalam *continuance commitment* yang berarti sikap komitmen karyawan didasarkan karena kebutuhan untuk tetap berada dalam organisasi. Berdasarkan hal tersebut kualitas hidup yang dipandang dari dua sisi, yaitu: (1) dengan bertahan dalam organisasi, individu meningkatkan investasi dalam bentuk senioritas, spesialisasi, tunjangan, ikatan keluarga dalam organisasi yang belum tentu bisa mereka dapatkan dengan bekerja pada organisasi lain, (2) individu merasa harus tetap bekerja dalam organisasi karena mereka tidak memiliki pandangan atau alternatif pekerjaan lain. Tidak adanya investasi (*side-bets*) dan alternatif pekerjaan lain, maka pegawai memiliki komitmen yang tinggi karena mereka harus melakukannya (*have to*). Tenaga nonmedis mempunyai sikap komitmen yang dikategorikan *normative commit-*

*ment* sebanyak 38,4% yang mengandung makna bahwa karyawan dapat setia, tidak keluar dari organisasi disebabkan pengaruh sosial seperti tidak ingin dikatakan sebagai tukang pemberontak, tidak ingin mengecewakan pemimpinnya atau tidak ingin dianggap sebagai karyawan yang kurang baik dan tidak bisa berterima kasih.

Hasil penelitian yang menyatakan ada hubungan antara komitmen sebagai variabel independen dengan kepuasan kerja sebagai variabel dependen ini sekaligus membuktikan ditemukannya fakta bahwa tidak hanya kepuasan kerja sebagai variabel independen yang dapat mempengaruhi komitmen kerja sebagai variabel dependen. Sebagaimana penelitian yang dilakukan Al Rosyid<sup>10</sup> bahwa kepuasan kerja merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan komitmen pegawai. Hal tersebut didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Handoko<sup>11</sup> bahwa timbulnya komitmen kerja dipengaruhi oleh kepuasan kerja yang dirasakan oleh karyawan.

Diketahui pula dari hasil penelitian bahwa interpretasi karyawan mengenai kepuasan kerja di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan kategorisasi sangat tinggi = 26,29%, tinggi = 25,77%, sedang = 34,54% dan rendah = 13,40%. Terlihat dari hasil tersebut bahwa variabel kepuasan kerja yang terdiri dari penghargaan, dukungan kondisi kerja, tanggapan atau penilaian terhadap pekerjaan dan dukungan rekan sekerja sudah diinterpretasikan cukup baik oleh karyawannya. Hasil interpretasi yang rendah pada sebagian karyawan menandakan perlu adanya perhatian dari pihak rumah sakit untuk lebih meningkatkan kepuasan kerja karyawannya. Diketahui bahwa 95 karyawan atau 49% karyawan menyatakan tidak setuju dengan butir pernyataan nomor 2 yaitu

**“Keputusan promosi karyawan ditangani secara adil”**,

sebanyak 86 karyawan atau 44,3% karyawan menyatakan tidak setuju dengan butir pernyataan nomor 3 yaitu

**“Ada cukup kesempatan untuk mengembangkan diri dalam pekerjaan saya”**

dan sebanyak 88 karyawan atau 45,4% karyawan menyatakan tidak setuju dengan butir nomor 8 yaitu

**“promosi untuk pekerjaan saya dilakukan secara teratur”**.

Hal ini menandakan bahwa terdapat masalah pada sistem promosi yang dijalankan sehingga hal tersebut mempengaruhi kepuasan kerja karyawan.

Tingkat pengaruh persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja terhadap kepuasan kerja sebesar 43,9% menunjukkan bahwa masih ada 56,1% variabel lain yang diduga berpengaruh

terhadap kepuasan kerja. Ada beberapa faktor lain yang dapat meningkatkan kepuasan kerja antara lain yaitu umur, komunikasi, pengembangan karir, kondisi psikologis.<sup>11</sup>

Model regresi penelitian ini telah memenuhi asumsi normalitas dan linieritas. Hasil perhitungan statistik menunjukkan adanya arah korelasi positif antara persepsi dengan kepuasan, terlihat dengan angka  $R = 0,667$ . Angka  $R$  square sebesar 0,269 menunjukkan pengaruh persepsi terhadap kepuasan kerja sebesar 26,9%. Dari uji Anova atau F test, diperoleh F hitung sebesar 70,520 dengan tingkat signifikansi 0,000. Untuk korelasi regresi didapat angka R sebesar 0,667 yang menandakan bahwa korelasi atau hubungan komitmen dengan kepuasan adalah kuat. Angka  $R$  square sebesar 0,444 menunjukkan pengaruh komitmen terhadap kepuasan kerja sebesar 44,4%. Dari uji Anova atau F test, didapat F hitung adalah 70,520 dengan tingkat signifikansi 0,000.

**Tabel 1. Korelasi Regresi Persepsi Gaya Kepemimpinan, Komitmen Kerja terhadap Kepuasan Kerja**

Variabel	R	R	F	Signifikansi
	Square			
Persepsi gaya kepemimpinan, komitmen kerja terhadap kepuasan kerja	0,667	0,439	76,434	0,000

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Sesuai dengan hasil analisis regresi tersebut ditunjukkan bahwa penerapan gaya kepemimpinan atasan yang sesuai, berdasarkan hasil penelitian ini, adalah gaya partisipatif. Dengan demikian, gaya tersebut akan dapat mempengaruhi kepuasan kerja karyawan dan dengan semakin meningkatnya komitmen yang tinggi akan mempengaruhi pula kepuasan kerja.

### Saran

Apabila ditinjau dari hasil penelitian, terlihat bahwa sumbangan efektif komitmen karyawan sebesar 44,4% lebih besar peranannya terhadap kepuasan kerja daripada peranan penerapan gaya kepemimpinan yang memiliki sumbangan efektif sebesar 26,9%. Oleh karena itu, RSUD Muhammadiyah Yogyakarta disarankan untuk jangka pendek agar lebih memprioritaskan

langkah-langkah peningkatan komitmen karyawan sehingga dapat lebih meningkatkan kepuasan kerja karyawannya. Hal tersebut tidak dimaksudkan untuk mengecilkan makna dari peranan penerapan gaya kepemimpinan terhadap kepuasan kerja, yang juga menjadi langkah selanjutnya dalam usaha untuk lebih meningkatkan kepuasan kerja karyawannya.

## KEPUSTAKAAN

1. Soejadi, S. P. Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum. Ketiga Bina, Jakarta. 1996.
2. Muclash, M. Perilaku Organisasi 1: Dengan Beberapa Contoh Studi Kasus. Program Pendidikan Pascasarjana Magister Manajemen Rumah sakit, UGM, Yogyakarta. 1999.
3. Purwanto, H. Persepsi Gaya Kepemimpinan dan Kepuasan Kerja Karyawan di Rumah Sakit Umum Daerah Swadana Jombang. Tesis, UGM, Yogyakarta. 1998.
4. Hartawan, A. Hubungan Gaya dan Situasi Kepemimpinan Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Tesis Program Pascasarjana Magister Manajemen Rumah sakit, UGM, Yogyakarta. 2001.
5. Siagian, S. P. Teori dan Praktek Kepemimpinan. Rineka Cipta, Jakarta. 1991.
6. Robbins, S. P. Perilaku Organisasi: Konsep, Kontroversi, Aplikasi (Alih Bahasa). PT. Prenhallindo, Jakarta. 1996.
7. Mathiew, J. E., and Zajac, D. M. A Review and Meta Analysis of the Atendent Correlates, and consequences of Organizational Commitment. Psychological Bulletin. 1990;108: 171-194.
8. William, S. Management and Organization. South-Western Publishing. Co, Ohio. 1984.
9. Allen, N. J., and Meyer, J. P. The Measurement and Antecedent Affective, Continuance, and Normative Commitment to Organization, Journal of Occupational Psychology. 1990; 63:1-18.
10. Al Rosyid, N. H. Hubungan antara Human Relation dan Komitmen Kerja pada Perusahaan. Skripsi. Fakultas Psikologi, UGM, Yogyakarta. 1995.
11. Handoko, T. H. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia (Edisi ketiga). Penerbit BPFT, Yogyakarta. 1997.

## RALAT

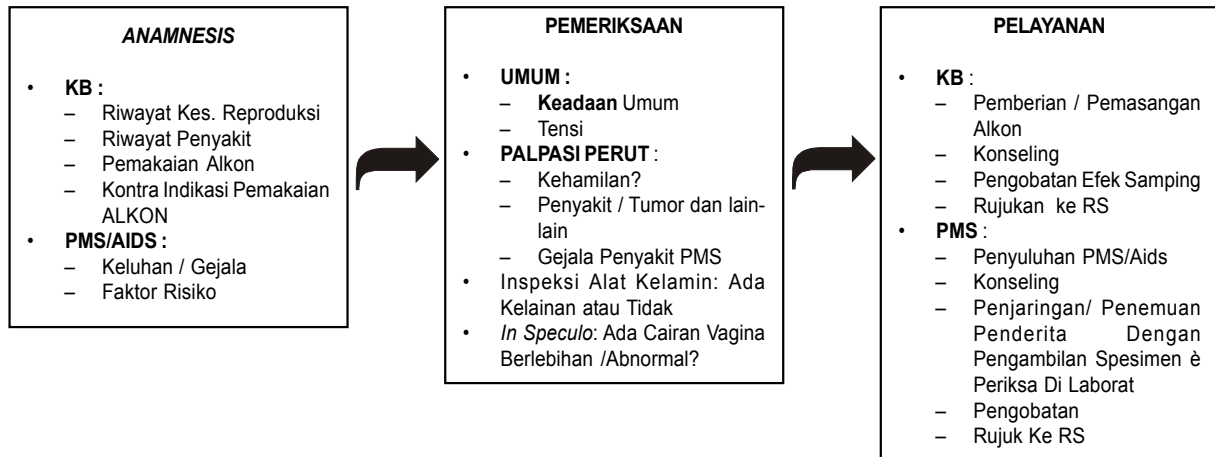
### MAKALAH KEBIJAKAN VOL. 07/NO.03/SEPTEMBER/2004

# INTEGRASI KEGIATAN PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DALAM PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DI PUSKESMAS (KRISTIANI)

Halaman: 113 Pada Bagan 3

Bagian Pemeriksaan *Point* Umum Tertulis **Kendaraan** yang benar adalah **Keadaan**

## LANGKAH-LANGKAH PELAYANAN



Bagan 3. Langkah-langkah Pelayanan

## Resensi Buku

Judul Buku : Reformasi Perumahsakitannya Indonesia  
 Pengarang : Soedarmono Soejitno, Ali Alkatiri, Emil Ibrahim  
 Penerbit : PT Grasindo Gramedia Widiasarana Indonesia  
 Tahun : 2002  
 Tebal : 288 halaman

**B**uku "Reformasi Perumahsakitannya Indonesia" merupakan buku yang berisi analisis mengenai perubahan lingkungan yang akan membimbing organisasi untuk memiliki orientasi ke depan demi kelangsungan hidup dan perkembangannya. Orientasi ini disebut juga orientasi strategis yang akan membentuk pola organisasi dalam beradaptasi terhadap perubahan lingkungannya, dan merupakan kunci dari keberlangsungan serta perkembangan organisasi di masa mendatang. Dalam buku ini yang dimaksud organisasi adalah rumah sakit.

Buku ini berisi sembilan bab. Pada bagian pertama dari buku ini yaitu pendahuluan menerangkan mengenai enam komponen institusional yang membentuk sistem kesehatan yaitu pemerintah, penyedia pelayanan kesehatan (*providers*), institusi penyedia Sumber Daya Manusia dan pengembangannya, institusi pembeli jasa pelayanan kesehatan (*purchasers*), institusi dari sektor lain dan masyarakat. Bab kedua membahas mengenai pendekatan analitik yang lebih berfokus pada perubahan lingkungan eksternal dan keadaan lingkungan internal rumah sakit, sehingga redefinisi yang dihasilkannya adalah sistem perumahsakitannya, berikut dengan sistem pelayanan kesehatannya yang adaptif terhadap perubahan lingkungan yang dapat terjadi kapan saja. Maka, redefinisi rumah sakit tidak dapat dipisahkan dari arus reformasi yang tengah merambah dunia politik, ekonomi, sosial dan kesehatan. Kemampuan menganalisis lingkungan yang kritis memberi masukan yang berguna untuk pembuatan keputusan yang dibutuhkan bagi perkembangan organisasi sesuai dengan tuntutan jaman. Perkembangan faktor lingkungan ini memaksa para manajer harus memeriksa faktor lingkungan yang ternyata menjadi elemen-elemen yang menekan dan sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup rumah sakit sebagai suatu organisasi, sedangkan pada bab ketiga membahas mengenai redefinisi rumah sakit yang tidak dapat dipisahkan dari arus reformasi yang tengah

merambah dunia politik, ekonomi, sosial dan kesehatan. Demikian pula tuntutan reformasi kesehatan yang telah disebut pada bab ketiga ini menghendaki adanya perubahan orientasi strategis departemen kesehatan secara umum dan rumah sakit secara khusus. Pada bab keempat membahas mengenai kompleksitas dari upaya reformasi rumah sakit itu sendiri. Kemudian pada bab lima, enam, dan tujuh membahas mengenai pemberdayaan yang perlu dilakukan terhadap rumah sakit dan sistem pelayanan kesehatannya sendiri, serta wadah dan jaringan yang diperlukan untuk mewujudkan pemberdayaan itu.

Pembahasan mengenai buku ini diakhiri dengan langkah-langkah konkret yang terdapat dalam bab delapan dan indikator kinerja dari sistem pelayanan kesehatan dalam menerapkan reformasi pada bab sembilan. Pada akhir dokumen ini, disajikan beberapa formulir yang dapat digunakan oleh pihak yang berminat untuk membantu menerapkan reformasi/redefinisi fungsi dan peran organisasinya sendiri. Agar memudahkan dalam pemahaman, pada bab-bab buku ini diselipkan konteks untuk lebih menjelaskan substansi yang sedang dibahas. Substansi yang dibahas adalah berbagai model struktur sistem pelayanan kesehatan kabupaten atau kota dan rumah sakitnya, berikut model pengorganisasian dan manajemennya. Adapun konteks tersebut meliputi faktor-faktor politik, ekonomi, budaya, sosial, teknologi dan institusional yang mempengaruhi proses reformasi kesehatan dan rumah sakit. Justru faktor kontekstual, terutama yang institusional inilah yang paling menentukan berhasil atau tidaknya reformasi. Secara umum, buku ini cukup memberikan gambaran mengenai reformasi RS dalam sistem pelayanan kesehatan yang memiliki dua komponen pokok, yaitu substansi dan konteks. Buku ini tepat untuk menjadi pendamping bagi para mahasiswa S1, S2 maupun praktisi yang ingin memperoleh gambaran reformasi RS dalam sistem pelayanan kesehatan.

Yvonne Dewikarini

# Manajemen Pelayanan Kesehatan

*The Indonesian Journal of Health Service Management*

## INDEKS DAFTAR ISI

Vol. 07 No. 01 2004

### **Tajuk Rencana**

- 1 Badan Layanan Umum (BLU) sebagai Bentuk Hukum Organisasi Rumah Sakit Pemerintah yang Bersifat Lembaga Nonprofit.  
*Laksono Trisnantoro*

### **Makalah Kebijakan**

- 3 Intervensi Pemerintah di Sektor Kesehatan: Regulasi Monopoli-Oligopoli.  
*Bhisma Murti*
- 13 Medical Error di Rumah Sakit dan Upaya untuk Meminimalkan Risiko.  
*Iwan Dwiprahasto*

### **Artikel Penelitian**

- 19 Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai.  
*Akhirani, Laksono Trisnantoro*
- 27 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta.  
*Fita Yulia Kisworini, Julita Hendrartini*
- 35 Analisis Faktor-faktor Penyebab Pengambilan Obat di Luar Apotek Rumah Sakit Bakti Timah Pangkal Pinang.  
*Mohamad Edi, Sulanto Saleh Danu, Riris Andono Ahmad*
- 41 Pengaruh Umpan Balik Dampak Monitoring-Training-Planning (MTP) dalam Pengobatan ISPA di Puskesmas Kabupaten Sleman.  
*Intriati Yudatiningsih, Sri Suryawati*

### **Resensi Buku**

- 51 Health Economics "Fundamental and Flow of Funds" 2<sup>nd</sup> Edition.  
*Upiek Chusniati*

## Vol. 07 No. 02 2004

### **Tajuk Rencana**

- 53 Memahami dan Belajar dari Kegagalan Organisasi.  
*Iwan Dwiprahasto*

### **Makalah Kebijakan**

- 55 Pertimbangan Kebutuhan Bisnis dan Kesiapan Organisasi untuk Berubah sebagai Dasar Pengambilan Keputusan *Re-Engineering* sebagai Strategi Peningkatan Mutu.  
*Tjahjono Kuntjoro.*
- 61 Alternatif Strategi Pelaksanaan Peran Regulasi Pascadesentralisasi di Daerah.  
*Adi Utarini*

### **Artikel Penelitian**

- 69 Penggunaan Indikator WHO untuk Memonitor Implementasi Kebijakan Obat Nasional(Hubungan antara Karakter Negara dan Indikator Latar Belakang, Struktur, Proses, dan Keluaran).  
*Dripta Sjabana, Sri Suryawati*
- 75 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peresepan Obat Generik di Instalasi Rawat Jalan RSUP Dr. Sardjito.  
*Nunuk Maria Ulfah, Soenarto Sastrowijoto, Sulanto Saleh Danu.*
- 81 Tingkat Kepuasan Dokter Keluarga Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi PT Askes di Kota Medan.  
*Mega Karyati, Ali Ghufroon Mukti, M. Syafril Nusyirwan*
- 89 Evaluasi Kegiatan Perawatan Kesehatan Keluarga Rawan di Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Kota Yogyakarta.  
*Wahyu Ratna, Suharyanto Supardi, Kristiani*

### **Resensi Buku**

- 99 Optimizing the Power of Action Learning: Solving Problems and Building Leaders in Real Time.  
*Hari Kusnanto*

## Vol. 07 No. 03 2004

### **Tajuk Rencana**

- 103 Tantangan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Era Global.  
*Sunartini Hapsara*

### **Makalah Kebijakan**

- 105 Kepimpinan Klinik-Peran dan Tantangan Manajer Rumah Sakit dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan  
*Iwan Dwiprahasto*

- 109 Integrasi Kegiatan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual dalam Pelayanan Keluarga Berencana di Puskesmas.  
*Kristiani*

#### **Artikel Penelitian**

- 115 Survey Kepuasan Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan Perjan Rumah Sakit Sanglah Denpasar.  
*Muninjaya*
- 125 Upaya Perbaikan Perencanaan dan Distribusi Obat Puskesmas melalui Monitoring-Training-Planning di Kabupaten Kolaka.  
*Harun Masirri, Sri Suryawati, Siti Munawaroh*
- 135 Evaluasi Distribusi Antituberkulosis di Kabupaten Kota Provinsi Sumatera Utara.  
*Ismedyah, Sulanto Saleh Danu, I.M. Sunarsih*
- 141 Hubungan Besaran Iur Biaya dengan Kepuasan Peserta Askes di Rumah Sakit Umum Wangaya.  
*Ida Ayu Kade Widhjani, Ali Ghufron Mukti, Julita Hendrartini*
- 147 Studi tentang Pembiayaan, Kepuasan Kerja dan Perilaku Pelanggan Polindes di Daerah Terpencil: Analisis Situasi dalam rangka Making Pregnancy Safer (MPS).  
*Ristrini, Wasis Budiarto*
- 157 Efek Himbauan Pelatihan terhadap Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado.  
*Maria R.I Koagouw, Hari Kusnanto, Andreasta Meliala*
- 163 Telaah Rekam Medis Pendidikan Dokter Spesialis sebelum dan sesudah Pelatihan di IRNA II, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.  
*Meliala, Sunartini*

#### **Resensi Buku**

- 173 Health Economics for Developing Countries: a Practical Guide.  
*Ari Probandari*

### **Vol. 07 No. 04 2004**

#### **Tajuk Rencana**

- 177 Kartu Deteksi Dini Kanker untuk Keluarga. Sebuah Model Kartu Diteksi Dini Penyakit.  
*IM Sunarsih*

#### **Makalah Kebijakan**

- 181 Pendekatan Politik sebagai Strategi dalam Advokasi Pembangunan Kesehatan.  
*Siswanto*
- 189 Kepuasan Pasien Rumah Sakit (Tinjauan Teoritis dan Penerapannya pada Penelitian)  
*Chriswardani Suryawati*

**Artikel Penelitian**

- 195 Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Koasisten tentang Kebijakan Dokter Pegawai Tidak Tetap (Dokter PTT) di Tiga Fakultas Kedokteran di Jawa Barat.  
*Nugraha Wendy Freely, Arisanti Nita*
- 201 Analisis Penurunan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Bapel Sintesa Kendari.  
*Amelia, Ali Gufron Mukti*
- 211 Otonomi Daerah dan Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo di Daerah Istimewa Yogyakarta  
*Dwi Ciptorini, Mubasysyr Hasanbasri*
- 219 Ketersediaan Obat Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Pasca Otonomi Daerah  
*Dewi Mustika, Sulanto Saleh Danu*
- 225 Hubungan antara Gaya Kepemimpinan dan Komitmen Karyawan terhadap Kepuasan Kerja di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta  
*Quratul Aini, Sito Meiyanto, Andreasta Meliala*

**Resensi Buku**

- 231 Reformasi Perumasakitan Indonesia  
*Yvonne Dewikarini*

## INDEKS PENULIS

**Akhirani**

Analisis Pembiayaan Kesehatan yang Bersumber dari Pemerintah melalui District Health Account di Kabupaten Sinjai, 07(01):19-ap.

**Ahmad, R. A.**

Lihat, Edi, M.

**Aini, Q**

Hubungan antara Gaya Kepemimpinan dan Komitmen Karyawan terhadap Kepuasan Kerja di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, 07(04): 225-ap.

**Amelia**

Analisis Penurunan Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Bapel Sintesa Kendari, 07(04): 201-ap.

**Budiarto, W.**

Lihat, Ristrini.

**Chusniati, U.**

Health Economics "Fundamental and Flow of Funds" 2<sup>nd</sup> Edition, 07(01): 51-rb.

**Ciptorini, D.**

Otonomi Daerah dan Akuntabilitas Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulonprogo di Daerah Istimewa Yogyakarta, 07(04): 211-ap.

**Danu, S. S.**

Lihat, Edi, M.

Lihat, Mustika, D.

Lihat, Ismedsyah.

Lihat, Ulfah, N. M.

**Dewikarini, Y**

Reformasi Perumasakitan Indonesia, 07(04): 231-rb.

**Dwiprahasto, I.**

Medical Error di Rumah Sakit dan Upaya untuk Meminimalkan Risiko, 07(01):13-mk.

Memahami dan Belajar dari Kegagalan Organisasi, 07(02):53-tr.

Kepimpinan Klinik-Peran dan Tantangan Manajer Rumah Sakit dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan, 07(03):105-mk.

**Edi, M.**

Analisis Faktor-faktor Penyebab Pengambilan Obat di Luar Apotek Rumah Sakit Bakti Timah Pangkal Pinang, 07(01):35-ap.

**Freely, N. W**

Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Koasisten tentang Kebijakan Dokter Pegawai Tidak Tetap (Dokter PTT) di Tiga Fakultas Kedokteran di Jawa Barat, 07(04): 195-ap.

**Hapsara, S.**

Tantangan Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Era Global, 07(03):103-tr.

**Hasanbasri, M**

Lihat, Ciptorini, D.

**Hendrartini, J.**

Lihat, Kisworini, F. Y.

Lihat, Widnjani, I. A. K.

**Ismedsyah**

Evaluasi Distribusi Antituberkulosis di Kabupaten Kota Provinsi Sumatera Utara, 07(03):135-ap.

**Karyati, M.**

Tingkat Kepuasan Dokter Keluarga Terhadap Sistem Pembayaran Kapitasi PT Askes di Kota Medan, 07(02):81-ap.

**Kisworini, F. Y.**

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Kesehatan Peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta, 07(01):27-ap.

**Koagouw, M. R. I**

Efek Himbauan Pelatihan terhadap Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD Pancaran Kasih GMOM Manado, 07(03): 157-ap.

**Kristiani**

Integrasi Kegiatan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual dalam Pelayanan Keluarga Berencana di Puskesmas, 07(03):109-mk.

Lihat, Ratna, W.

**Kuntjoro, T.**

Pertimbangan Kebutuhan Bisnis dan Kesiapan Organisasi untuk Berubah sebagai Dasar Pengambilan Keputusan *Re-Engineering* sebagai Strategi Peningkatan Mutu, 07(02): 55-mk.

**Kusnanto, H.**

Optimizing the Power of Action Learning: Solving Problems and Building Leaders in Real Time, 07(02):99-rb.

Lihat, Koagouw, M. R. I.

**Masirri, H.**

Upaya Perbaikan Perencanaan dan Distribusi Obat Puskesmas melalui Monitoring-Training-Planning di Kabupaten Kolaka, 07(03):125-ap.

**Meiyanto, S**

Lihat, Aini, Q.

**Meliala, A**

Telaah Rekam Medis Pendidikan Dokter Spesialis sebelum dan sesudah Pelatihan di IRNA II, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, 07(03): 163-ap.

Lihat, Aini, Q

Lihat, Koagouw, M. R. I.

**Mukti, A. G**

Lihat, Amelia.  
Lihat, Karyati, M.  
Lihat, Widjani, I. A. K.

**Munawaroh, S.**

Lihat, Masirri, H.

**Muninjaya**

Survey Kepuasan Pengguna Jasa Pelayanan Kesehatan Perjan Rumah Sakit Sanglah Denpasar, 07(03):115-ap.

**Murti, B.**

Intervensi Pemerintah di sektor kesehatan: Regulasi Monopoli-Oligopoli, 07(01):3-mk.

**Mustika, D.**

Ketersediaan Obat Puskesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Pasca Otonomi Daerah, 07(04): 219-ap

**Nita, A.**

Lihat, Freely, N.W

**Nusyirwan, M. S.**

Lihat, Karyati, M.

**Probandari, A.**

Health Economics for Developing Countries: a Practical Guide, 07(03): 173-tr.

**Ratna, W.**

Evaluasi Kegiatan Perawatan Kesehatan Keluarga Rawan di Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Kota Yogyakarta, 07(02):89-ap.

**Ristrini**

Studi tentang Pembiayaan, Kepuasan Kerja dan Perilaku Pelanggan Polindes di Daerah Terpencil: Analisis Situasi dalam rangka Making Pregnancy Safer (MPS), 07(03):147-ap.

**Sastrowijoto, S.**

Lihat, Ulfah, N.M.

**Siswanto**

Pendekatan Politik sebagai Strategi dalam Advokasi Pembangunan Kesehatan, 07(04): 181-mk.

**Sjabana, D.**

Penggunaan Indikator WHO untuk Memonitor Implementasi Kebijakan Obat Nasional (Hubungan antara Karakter Negara dan Indikator Latar Belakang, Struktur, Proses, dan Keluaran), 07(02): 69-ap.

**Sunarsih, I.M.**

Kartu Diteksi Dini Kanker untuk Keluarga. Sebuah Model Kartu Diteksi Dini Penyakit, 07(04):177-tr.  
Lihat, Ismedsyah.

**Sunartini**

Lihat, Meliala.

**Supardi, S.**

Lihat, Ratna, W.

**Suryawati, C.**

Kepuasan Pasien Rumah Sakit (Tinjauan Teoritis dan Penerapannya pada Penelitian, 07(04): 189-mk.

**Suryawati, S.**

Lihat, Masirri, H.

Lihat, Sjabana, D.

Lihat, Yudatiningsih, I.

**Trisnantoro, L.**

Badan Layanan Umum (BLU) sebagai Bentuk Hukum Organisasi Rumah Sakit Pemerintah yang Bersifat Lembaga Nonprofit, 07(01):1-tr.

Lihat, Akhirani

**Ulfah, N.M.**

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peresepan Obat Generik di Instalasi Rawat Jalan RSUP Dr. Sardjito, 07(02):75-ap.

**Utarini, A.**

Alternatif Strategi Pelaksanaan Peran Regulasi pascaDesentralisasi di Daerah, 07(02):61-mk.

**Widnjani, I. A. K**

Hubungan Besaran IUR Biaya dengan Kepuasan Peserta Askes di Rumah Sakit Umum Wangaya, 07(03):141-ap.

**Yudatiningsih, I.**

Pengaruh Umpan Balik Dampak Monitoring-Training-Planning (MTP) dalam Pengobatan ISPA di Puskesmas Kabupaten Sleman, 07(01):41-ap.