

**LAPORAN AKHIR TAHUN II
PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
(PDUPT)**



**RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK MENINGKATKAN
PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS**

TAHUN KE 2 DARI RENCANA 3 TAHUN

**Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN / 0006047305
Prof. Dr. L. Budi Kagramanto, SH., MH., MM/0006016004
Dr. Urip Santoso, S.H., MH/0006026404**

**DIBIAYAI OLEH:
DIREKTORAT RISET DAN PENGABDIAN MASYARAKAT
DIREKTORAT JENDERAL PENGUATAN RISET DAN PENGEMBANGAN
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
SESUAI DENGAN PERJANJIAN PENDANAAN PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT
NOMOR: 122/SP2H/PTNBH/DRPM/2018**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
NOVEMBER 2018**

LAPORAN AKHIR TAHUN II
PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
(PDUPT)



KFB
KK-2
LP.08/19
Shu
r

RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS
KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK MENINGKATKAN
PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS

TAHUN KE 2 DARI RENCANA 3 TAHUN

Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN / 0006047305
Prof. Dr. L. Budi Kagramanto, SH., MH., MM/0006016004
Dr. Urip Santoso, S.H., MH/0006026404

DIBIYAI OLEH:
DIREKTORAT RISET DAN PENGABDIAN MASYARAKAT
DIREKTORAT JENDERAL PENGUATAN RISET DAN PENGEMBANGAN
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
SESUAI DENGAN PERJANJIAN PENDANAAN PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT
NOMOR: 122/SP2H/PTNBH/DRPM/2018

UNIVERSITAS AIRLANGGA
NOVEMBER 2018

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
URABAYA

HALAMAN PENGESAHAN

Judul	: Rancangan Model Optimalisasi Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS
Peneliti/Pelaksana	
Nama Lengkap	: Dr MUHAMMAD HADI SHUBHAN, S.H.
Perguruan Tinggi	: Universitas Airlangga
NIDN	: 0006047305
Jabatan Fungsional	: Lektor Kepala
Program Studi	: Ilmu Hukum
Nomor HP	: 081-33063-3000
Alamat surel (e-mail)	: hadi@fh.unair.ac.id
Anggota (1)	
Nama Lengkap	: Dr LUCIANUS BUDI KAGRAMANTO S.H., M.H
NIDN	: 0006016004
Perguruan Tinggi	: Universitas Airlangga
Anggota (2)	
Nama Lengkap	: Dr URIP SANTOSO S.H., M.H
NIDN	: 0006026404
Perguruan Tinggi	: Universitas Airlangga
Institusi Mitra (jika ada)	
Nama Institusi Mitra	: -
Alamat	: -
Penanggung Jawab	: -
Tahun Pelaksanaan	: Tahun ke 2 dari rencana 3 tahun
Biaya Tahun Berjalan	: Rp 180,000,000
Biaya Keseluruhan	: Rp 560,000,000

Mengetahui,
Dekan Fak. Hukum



(Prof. Dr. Drs. A.D. SHOMAD, SH, MH)
NIP/NIK 196705201992031002

Kota Surabaya, 2 - 11 - 2018
Ketua,



(Dr MUHAMMAD HADI SHUBHAN, S.H.)
NIP/NIK 197304062003121002

Menyetujui,
Ketua LPI Unair



(Prof. H. Hery Purnobasuki, Drs., M.Si., PhD)
NIP/NIK 196705071991021001



RINGKASAN

Pada tahun 2012 ada 200 kasus sengketa pelayanan public akan di-pidanakan di Jawa Timur. Sengketa pelayanan public ini terjadi sebagai konsekuensi logis adanya Undang Undang Nomor 14 Tahun 2008 yang mempunyai konsekuensi bahwa pelayanan publik dituntut untuk dapat memberikan kepuasan kepada masyarakat. Terkait dengan pelayanan kesehatan untuk dapat menuju Indonesia Sehat adalah merupakan visi dari Departemen Kesehatan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan; maka pengembangan pelayanan kesehatan di Indonesia mulai beralih dan berorientasi kepada Paradigma Sehat. Ini berarti seluruh kegiatan pelayanan kuratif dan rehabilitatif harus mempunyai daya ungkit yang tinggi bagi peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit bagi orang sehat. Pemenuhan kebutuhan akan pelayanan kesehatan harus didukung oleh berbagai fasilitas, SDM dan kualitas pelayanan lembaga kesehatan. Pengadaan fasilitas kesehatan diselenggarakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan swasta dengan memperhatikan faktor efektivitas dan ketercapaian bagi terjaminnya kesehatan masyarakat. Permasalahan pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari rendahnya kompetensi tenaga medis, prasarana dan peralatan medis, SDM, serta peraturan perundangan yang kompleks sehingga tidak mudah untuk diimplementasikannya. Karena itulah perlu dilakukan penelitian yang memfokuskan pada kebijakan yang dapat meningkatkan *capacity building* dengan optimalisasi peran Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terutama bagi pasien peserta BPJS. Hal ini sesuai dengan roadmap JKN 2012-2019, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan ada tiga dimensi yang mutlak diperhatikan, yaitu (1) seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, (2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin, dan (3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung penduduk. Untuk mencapai tujuan tersebut maka dalam penelitian ini ingin mengkaji secara komprehensif maka dalam penelitian ini akan digunakan pendekatan kualitatif *Socio Legal* Pendekatan ini mengkaji masalah penelitian selain dari aspek normatif juga dari akan dilakukan penelitian lapangan..

Dalam penelitian disimpulkan (1) . Peran dan Fungsi Puskesmas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. BPJS sendiri terbagi menjadi dua jenis yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Mutu pelayanan khususnya pelayanan kesehatan primer sering dikaitkan dengan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan salah satu sasaran utama yang dicapai dalam pengembangan JKN. Kepuasan pasien merupakan tanggapan pasien terhadap kesesuaian kebutuhan (ekspektasi) pasien sebelum dan sesudah menerima pelayanan, maka pasien yang merasakan kepuasan terhadap layanan kesehatan memiliki kecenderungan untuk patuh, taat terhadap kegiatan pengobatan dan menjadi pelanggan setia. Lima dimensi untuk mengevaluasi mutu layanan kesehatan meliputi bukti fisik, daya tanggap, kehandalan, empati dan jaminan. Fungsi Puskesmas (2) Faktor Faktor Yang Berpengaruh Puskesmas dalam Memberikan Pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (a) Sumber Daya Manusia (b) Fasilitas, Fasilitas (c) Rujukan. (d) Informasi. (e) Pengawasan. (f) Masyarakat (3) Untuk menunjang pelayanan kesehatan masyarakat, pemerintah Sidoarjo mengubah status Puskesmas menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). **Kesimpulan** (4) Pelayanan Puskesmas terhadap peserta BPJS diatur : **Undang-Undang** UU 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional UU 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial **Peraturan Presiden**

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, yang telah dirubah beberapa kali, yaitu: Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Perubahan 1) Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 (Perubahan 2) Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 (Perubahan 3) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 (Perubahan 4) **Penjaminan Manfaat Pelayanan** Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional yang telah diubah menjadi Permenkes Nomor 99 Tahun 2016, Permenkes 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/659/2017 tentang Formularium Nasional, Kepmenkes Nomor HK.02.02/Menkes/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, Kepmenkes Nomor HK.02.02/Menkes/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di FKTP, Kepmenkes No HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Gigi, Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Thn 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Permenkes Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, Permenkes Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama, Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat praktik Mandiri Dokter dan Tempat Mandiri Dokter Gigi, Pemenkes Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek **Tarif Pelayanan Kesehatan** , Pemenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan , Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dengan Direktur BPJS Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 dan Nomor 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada FKTP, Perpres 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, Permenkes Nomor 88/PMK.02/2016 tentang Tata cara Pengelolaan Penerimaan Negara Bukan Pajak dari Dana Kapitasi Pada FKTP Pemerintah Pusat (5) Berbagai peraturan Perundangan yang mengatur Akreditasi yaitu : Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 49 bahwa setiap dokter/dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu . Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 54 ayat (1) menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggungjawab, aman, bermutu serta merata dan non diskriminatif . Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang JKN Pasal 11 ayat (e) BPJS berwenang membuat atau memutuskan kontrak kerja dengan Fasyankes. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang JKN Pasal 42; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan,... dst, Penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan. Permenkes 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN Pasal 6 (2) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi . Permenkes 46/2015 tentang Akreditasi FKTP

Kata Kunci :Puskesmas, Kesehatan, PBJS, Pelayanan

SUMMARY

In 2012 there were 200 cases of public service disputes in East Java. This public service dispute occurs as a logical consequence of Law No. 14 of 2008 which has consequences that public services are required to be able to provide satisfaction to the public. Related to health services to be able to go to Healthy Indonesia is a vision of the Ministry of Health in implementing health development; then the development of health services in Indonesia began to shift and be oriented towards the Healthy Paradigm. This means that all curative and rehabilitative service activities must have a high leverage for health improvement and disease prevention for healthy people. Fulfillment of the need for health services must be supported by various facilities, human resources and the quality of health care services. Procurement of health facilities is held jointly by the government and the private sector by taking into account the factors of effectiveness and achievement for ensuring public health. The problem of health services in Indonesia is inseparable from the low competency of medical personnel, infrastructure and medical equipment, human resources, and complex regulation of regulations that are not easy to implement. That's why research needs to be focused on policies that can increase capacity building by optimizing the role of Puskesmas as First Level Health Facilities (FKTP), especially for BPJS participants. This is in accordance with the 2012-2019 JKN roadmap, the World Health Organization (WHO) states that there are three dimensions that are absolutely considered, namely (1) how much percentage of the population is guaranteed, (2) how complete the services are guaranteed, and (3) how much proportion of direct costs that are still borne by the population. In order to achieve these objectives, this study wants to study comprehensively so that in this study a Socio Legal qualitative approach will be used. This approach recognizes research problems aside from the normative aspects as well as from field research.

In the study concluded (1). The Role and Function of the First Level Health Facilities Health Center (FKTP) The Social Security Organizing Agency, hereinafter abbreviated as BPJS, is a legal entity established to organize social security programs. Social Security is a form of social protection to guarantee that all people can fulfill the basic needs of a decent life. BPJS itself is divided into two types, namely Health BPJS and Employment BPJS. The quality of services, especially primary health care, is often associated with patient satisfaction. Patient satisfaction is one of the main targets achieved in JKN development. Patient satisfaction is the patient's response to the suitability of the patient's needs (expectations) before and after receiving the service, so patients who feel satisfaction with health services have a tendency to be obedient, obey treatment activities and become loyal customers. Five dimensions for evaluating the quality of health services include physical evidence, responsiveness, reliability, empathy and assurance. Function of Puskesmas (2) Influential Factors of Puskesmas in Providing Services as First-Level Health Facilities (FKTP) (a) Human Resources (b) Facilities, Facilities (c) Reference. (d) Information. (e) Supervision. (f) Community (3) To support public health services, the Sidoarjo government changes the status of the Puskesmas to the Regional Public Service Agency (BLUD). Conclusions (4) Puskesmas services to BPJS participants are regulated: Law 40/2004 concerning National Social Security System Law 24 of 2011 concerning Social Security Organizing Agency Presidential Regulation Presidential Regulation No. 12 of 2013 concerning Health Insurance, which has been amended several times, namely: Presidential Regulation Number 111 of 2013 (Amendment 1) Presidential Regulation Number 19 of 2016 (Amendment 2) Presidential Regulation Number 28 of 2016 (Amendment 3) Presidential Regulation Number 82 of 2018 (Amendment 4) Guarantee of Benefits of Minister of Health Regulation Number 71 of 2013 about Health Services at the National Health Insurance which has been changed to Minister of Health Regulation No. 99 of 2016, Minister of Health Regulation 28 of 2014 concerning Guidelines for Implementation of National Health

Insurance Program, Kepmenkes Number HK.01.07 / Menkes / 659/2017 concerning National Formulary, Kepmenkes Number HK.02.02 / Minister of Health / 252/2016 concerning Association of Health Facilities, Kepmenkes Number HK.02.02 / Menkes / 514/2015 t Guidelines for Clinical Practice For Doctors in FKTP, Kepmenkes No. HK.02.02 / MENKES / 62/2015 concerning Clinical Practice Guidelines for Dentists, BPJS Health Regulation No. 1 Yr 2014 concerning the Implementation of Health Insurance Minister of Health Number 9 of 2014 concerning Clinics, Minister of Health Regulation Number 75 of 2014 concerning Health Centers, Minister of Health Regulation Number 24 of 2014 concerning Houses Primary Class D Illness, Minister of Health Regulation Number 46 Year 2015 concerning Health Center Accreditation, Primary Clinic, Independent Practices for Doctors and Independent Places for Dentists, Health Minister Number 9 of 2017 concerning Pharmacy Rates for Health Services, Minister of Health Number 52 of 2016 concerning Standard Health Service Rates in Organizing Health Insurance Program, Joint Regulation of the Secretary General of the Ministry of Health with Director of Health BPJS Number HK.01.08 / III / 980/2017 and Number 2 of 2017 concerning Technical Guidelines for Implementation of Capitation Payments based on Fulfillment of Service Commitments to FKTP, Presidential Regulation 32 of 2014 concerning Management and Utilization JKN Capitation Funds in Local Government-Owned FKTPs, Minister of Health Regulation Number 21 of 2016 concerning Use of JKN Capitation Funds for Health Services and Support for Operational Costs in Local Government-Owned FKTPs, Minister of Health Regulation Number 88 / PMK.02 / 2016 concerning Procedures for Management of Non-Tax State Revenues from Capitation Funds at the Medical Faculty FKTP Central Office (5) Various laws and regulations governing Accreditation, namely: Law of the Republic of Indonesia Number 29 of 2004 concerning Medical Practice, Article 49 that every doctor / dentist in carrying out medical or dental practice must carry out quality control. Law of the Republic of Indonesia Number 36 of 2009 concerning Health, Article 54 paragraph (1) states that the implementation of health services is carried out in a responsible, safe, quality and evenly and non-discriminatory manner. Law of the Republic of Indonesia Number 24 of 2011 concerning JKN Article 11 paragraph (e) BPJS has the authority to make or break work contracts with Health Facilities. Presidential Regulation of the Republic of Indonesia Number 72 of 2012 concerning National Health System, State Gazette of the Republic of Indonesia Year 2012 Number 193; Health services to Health Insurance Participants must pay attention to service quality, oriented to aspects of patient safety, effectiveness of actions, suitability to patient needs, and cost efficiency. Regulation of the President of the Republic of Indonesia Number 12 of 2013 concerning JKN Article 42; Health services to Health Insurance Participants must pay attention to service quality, etc., Implementation of a system of quality control of Health Insurance services is carried out in a comprehensive manner including the fulfillment of quality standards for Health Facilities. Permenkes 71/2013 concerning Health Services at JKN Article 6 (2) In addition to the requirements as referred to in paragraph (1), first-level Health Facilities must also be accredited. Permenkes 46/2015 concerning FKTP Accreditation

Keywords: Puskesmas, Health, PBJS, Services

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah kehadiran Alloh Swt yang telah memberikan Ridho dan Rahmatnya sehingga penelitian dapat dilakukan dengan lancar.

Dalam kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada Kemnristekdikti yang telah memberikan bantuan dalam penelitian ini terima kasih pula kami ucapkan terima kasih kepada Rektor dan Dekan Fakultas hukum serta semua pihak yang telah memberikan kesempatan kepada kami sehingga penelitian ini dapat dilakukan dengan lancar

Peneliti sudah berusaha seoptimal mungkin agar penelitian dapat dilakukan secepat dan sebaik mungkin namun peneliti menyadari bahwa masih ada kekurangan dalam melaksanakan penelitian ini, oleh karena itu maka dengan adanya laporan kemajuan ini mudah-mudahan dapat memberikan informasi agar dapat dievaluasi sehingga penelitian selanjutnya dapat dilakukan lebih baik. Oleh sebab itu diharapkan peneliti dapat memperoleh masukan yang positif dan konstruktif guna meraih hasil yang jauh lebih optimal.

Surabaya, Nopember 2018

Hormat kami

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL PENELITIAN	
HALAMAN PENGESAHAN	ii
RINGKASAN	iii
PRAKATA	v
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I. PENDAHULUAN	1
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	3
BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT	12
BAB IV METODE PENELITIAN.....	15
BAB V. HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI.....	19
BAB VI. RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA.....	61
BAB VII . KESIMPULAN DAN SARAN.....	62
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN –LAMPIRAN	
Lampiran 1. Draf Artikel Ilmiah	
Lampiran 2. Rancangan Model	
Lampiran 3. Dokumentasi	
Lampiran 4 Mou	
Lampiran 5. Biodata Ketua dan Anggota Tim Peneliti	



BAB I PENDAHULUAN



1.1. Latar Belakang

Peningkatan kualitas Fasilitas Kesehatan Primer (Puskesmas, Klinik Pratama) sangat penting di era JKN (Jaminan Kesehatan Nasional); karena lebih dari 80 % masalah kesehatan harus dapat dikelola dengan baik di tingkat primer. (<https://www.facebook.com/UGM>). Cakupan pasien Puskesmas yang dirujuk ke rumah sakit sebanyak 21%. kasus rujukan karena tidak mampu ditangani Puskesmas seperti penyakit yang agak parah dan pemeriksaan laboratorium dimana Puskesmas tidak mempunyai fasilitas laboratorium. (Lasudi 2015 : 108)

Berdasar standar layanan kesehatan, satu Puskesmas melayani 30 ribu warga. Jumlah tenaga medis di Puskesmas pun belum memadai. masih ada beberapa fasilitas kesehatan yang tidak punya apoteker, jumlah dokter dan perawat tidak sesuai standar. Padahal, keberadaan layanan kesehatan non-RSUD sangat vital, terutama sejak bergulirnya program BPJS kesehatan apalagi mengingat status Puskesmas yang menjadi fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama layanan BPJS, (Jawa pos-selasa 09 februari 2016:33) Puskesmas merupakan salah satu pelayanan sektor publik yang mengutamakan pemenuhan kepuasan masyarakat melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas. (Natalya S 2014 :5)

Sesuai dengan roadmap JKN 2012-2019, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan ada tiga dimensi yang mutlak diperhatikan, yaitu (1) seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, (2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin, dan (3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung penduduk. (Amri Yusuf , 2016) Karena itu maka sangat penting dan strategis untuk dapat melakukan upaya-upaya yang dapat meningkatkan optimalisasi peran Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) bagi peserta BPJS. Peran puskesmas sangat penting dalam upaya menuju Indonesia Sehat, maka diperlukan pengembangan pelayanan kesehatan di Indonesia mulai beralih dan berorientasi kepada Paradigma Sehat. Pelayanan kuratif dan rehabilitatif harus mempunyai daya ungkit yang tinggi bagi peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit bagi orang sehat. Pemenuhan kebutuhan akan pelayanan kesehatan harus didukung oleh berbagai fasilitas dan lembaga kesehatan. Pengadaan fasilitas kesehatan diselenggarakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan swasta dengan memperhatikan faktor efektivitas dan ketercapaian bagi penduduk miskin dan kelompok khusus seperti bayi, balita dan ibu hamil (Anoname, 2013)

Dalam penelitian ini bertujuan untuk Menemukan dasar Hukum yang mengatur peran Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Menemukan Faktor-faktor yang menjadi hambatan Puskesmas dalam mengoptimalkan perannya dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Peserta Bpjs Dan Menemukan Rancangan Model yang idcal agar Puskesmas dapat optimal dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Untuk mengkaji masalah dan mencapai tujuan tersebut maka dalam penelitian ini ingin mengkaji secara komprehensif dan holistik sehingga dalam penelitian ini akan digunakan pendekatan kualitatif *Socio Legal* (Afdol,2008:11) Pendekatan ini mengkaji masalah penelitian selain dari aspek normatif juga dari akan dilakukan penelitian lapangan.

1.2. Permasalahan Yang Akan Diteliti

Kewenangan yang besar di daerah dalam era otonomi daerah diharapkan dapat mempercepat reformasi birokrasi yang dapat mendorong dan mempercepat terwujudnya Puskesmas yang handal sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Agar dapat memberikan pelayanan yang memuaskan kepada masyarakat diperlukan berbagai upaya yang sistematis dan komprehensif yang cukup memadai dengan perkembangan penyakit masyarakat dan perkembangan teknologi di bidang kesehatan. Mengingat begitu urgennya pengembangan kapasitas Puskesmas sehingga dapat melayani segala permasalahan kesehatan masyarakat menengah kebawah yang dalam pembiayaan kesehatannya ditanggung oleh BPJS maka dalam penelitian ini dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

- a. Bagaimana peraturan perundangan mengatur Peran Puskesmas Dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) agar dapat meningkatkan pelayanan kesehatan peserta BPJS ?
- b. Faktor-faktor apa yang menjadi hambatan Puskesmas dalam mengoptimalkan perannya dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta BPJS?
- c. Bagaimana RANCANGAN MODEL yang tepat agar Puskesmas dapat optimal dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta BPJS?



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penelitian Terdahulu

Salah satu tujuan dari pembangunan kesehatan di Indonesia adalah upaya untuk memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan. Pelayanan yang berkualitas ini harus dapat dilaksanakan di seluruh sarana pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Dengan pelayanan kesehatan yang bermutu ini diharapkan masyarakat akan lebih berminat untuk memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan mulai dari tingkat Puskesmas, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain (Pohan I S , 2002)

Puskesmas merupakan salah satu pelayanan sektor publik yang mengutamakan pemenuhan kepuasan masyarakat melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas. Indonesia masih menghadapi permasalahan pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, dimana diperkirakan hanya sekitar 30% penduduk yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas. (S. Rondonuwu. 2014 :5)

Jenis FKTP merupakan faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien (Jaminan Kesehatan Nasional) JKN maka semua jenis FKTP diharapkan dapat meningkatkan kualitas layanan terutama pada dimensi fisik (*tangible*), dimensi kehandalan (*reliability*), begitu pula pada dimensi perhatian (*empathy*) (Ni Made Widiastuti. 2015:73)

Banyak aspek yang berpengaruh terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan 1. Reliabilitas (keandalan) , Ketepatan pelayanan sesuai dengan prosedur, . Pelayanan pemeriksaan sesuai dengan prosedur, c. Jadwal pelayanan tepat waktu, Prosedur pelayanan tidak berbelit-belit. 2. Daya Tanggap (*responsiveness*), 3. Jaminan (*assurance*), Pengetahuan petugas kesehatan tentang penyakit baik, Petugas trampil dalam menangani keluhan klien 4. Empati (*emphaty*); Petugas memberikan perhatian khusus pada klien 5. Bukti Fisik (*tangibles*), Kebersihan ruangan, Penataan eksterior PPK., Kerapian dan kebersihan petugas, Kebersihan dan kesiapan alat-alat yang dipakai . (Nizwardi Azkha, 2007:71)

Salah satu dimensi yang mendapatkan skor minus tertinggi yaitu dimensi daya tanggap (*responsiveness*), dimana pada dimensi ini pasien banyak mengeluhkan tentang kesediaan petugas dalam melayani pasien dengan cepat khususnya kepada peserta jamkesmas. (Retno Eka Pratiwi, 2013)

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan Pemerintah dapat memanfaatkan model *contracting out*, mengontrakkan penyediaan jenis pelayanan tertentu, misalnya pelayanan nonklinis (Bhisma Murti . 2006 :116)

Mekanisme pelayanan BPJS secara umum terbagi menjadi dua (1) Pelayanan pasien gawat darurat; (2) Pelayanan pasien biasa (Filu Marwati Santoso Putri, 2014) Untuk menghindari penumpukan pasien pelayanan petugas di Puskesmas bisa dilakukan dengan beberapa metode sebagai berikut : (a). Antrian pada Puskesmas, (b). Dokter praktek, dalam jajaran pelayanan kesehatan primer bagi pasien untuk mengurangi fokus pelayanan primer di Puskesmas, (SYAHDAT NURKHOLIQ, 2011)

Pengelolaan sarana dan SDM di Puskesmas dan rumah sakit masih belum mampu memenuhi kebutuhan masyarakat akan layanan rujukan kesehatan. *Networking* dalam proses rujukan masih dilakukan secara parsial dan belum ada sistem jejaring komunikasi yang terintegrasi untuk seluruh Puskesmas dan rumah sakit . (Ignasius Luti, dkk, Maret 2012:33)

Ketidakpuasan pelayanan kesehatan BPJS terjadi pada a. Pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien BPJS pada fasilitas pelayanan kesehatan primer b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien BPJS pada fasilitas pelayanan kesehatan skunder c. Pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien BPJS pada kasus gawat darurat d. Sengketa pelayanan kesehatan BPJS di pelayanan kesehatan primer (Filu Marwati Santoso putri. 2014; 17)

Hal yang menghambat Pelayanan di Puskesmas a)banyaknya antrian yang terjadi di ruang tunggu pelayanan Puskesmas, di harapkan Puskesmas mampu menangani hal tersebut dengan menyediakan tenaga administrasi agar registrasi ataupun kegiatan lainnya menjadi lebih bagus lagi. b) Pasien mengharapkan di intalasi rawat inap maupun UGD Puskesmas selalu ada dokter jaga agar standbay di sana untuk memberikan pelayanan sewaktu-waktu c) Selain itu untuk jam operasional penerimaan pasien rawat inap di buka lebih pagi. (Ahmad Rizkita Fajaruddin 2015)

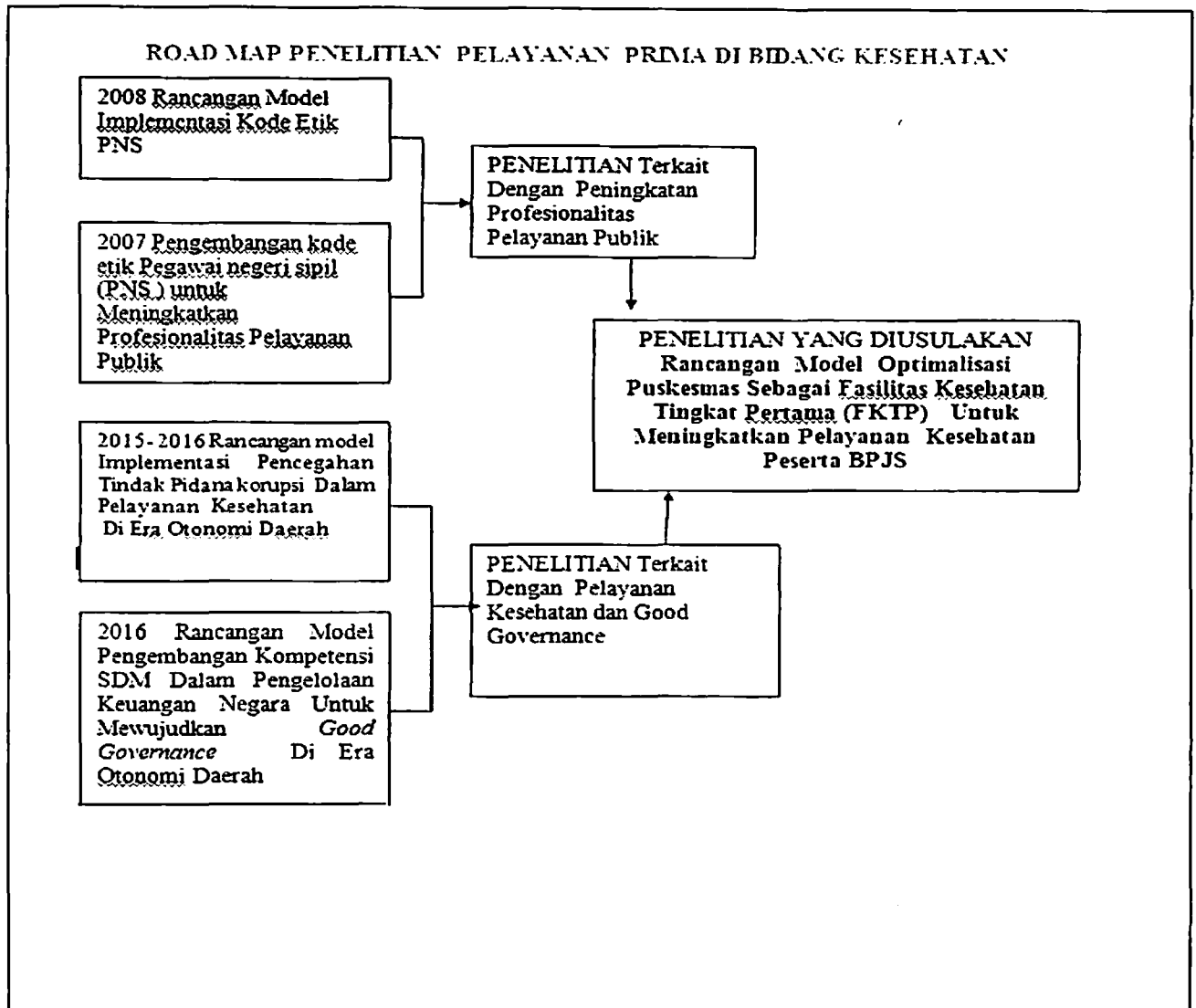
Sedangkan Penelitian (Hadi , 2015) menyarankan. untuk dapat meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin maka diperlukan adanya sinergisitas semua pihak yang terlibat dalam pelayanan kesehatan terutama terkait antara hubungan pusat dan daerah , hubungan antar instansi di daerah, peningkatan kompetensi aparatur secara kuantitas maupun kualitas baik hard skill maupun soft skill terutama pada pelayanan kesehatan pada tingkat primer.

2.2. Rencana Induk Penelitian (RIP) Unair

Dalam Rencana Induk Penelitian (RIP) Universitas Airlangga Tema Riset 7: Sistem Pengelolaan Layanan Kesehatan Penduduk Miskin yang menjadi acuan dalam penelitian ini sebagaimana dapat dilihat dalam bagan berikut.

Isu Strategis	Konsep Pemikiran	Pemecahan Masalah	Topik Penelitian Fakultas	Judul Penelitian Yang Akan Dilakukan
Sistem Pengelolaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin	Kapabilitas Institusi Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan	Perlu adanya pembinaan dan penguatan dalam sistem Pengelolaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin	Model Pengembangan Kapasitas Institusi Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan	Rancangan Model Optimalisasi Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Untuk Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Miskin
		Perlu adanya Peningkatan Sistem Pengelolaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin	Reformasi Birokrasi Pelayanan Kesehatan di RSUD	
			Model Kemitraan Penyediaan Pelayanan Kesehatan	
			Excelence Services Di Institusi Layanan Kesehatan	

2.3. Roadmap Penelitian



2.4. Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat Pasal 2 (1) Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang: a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; b. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu c. hidup dalam lingkungan sehat; dan d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat Pasal 3 (1) Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi: a. paradigma sehat; b. pertanggungjawaban b. pertanggungjawaban wilayah; c.

kemandirian masyarakat; d. pemerataan; e. teknologi tepat guna; dan f. keterpaduan dan kesinambungan. Pasal 7 Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b, Puskesmas berwenang untuk: a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu; b. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif; c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat; d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung; e. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi; f. melaksanakan rekam medis; g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan; h. melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan; i. mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan j. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah Pasal 11 (1) Urusan pemerintahan konkuren sebagaimana di maksud dalam Pasal 9 ayat (3) yang menjadi kewenangan Daerah terdiri atas Urusan Pemerintahan Wajib dan Urusan Pemerintahan Pilihan. (2) Urusan Pemerintahan Wajib sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas Urusan Pemerintahan yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar dan Urusan Pemerintahan yang tidak berkaitan dengan Pelayanan Dasar. (3) Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah Urusan Pemerintahan Wajib yang sebagian substansinya merupakan Pelayanan Dasar. Pasal 12 (1) Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (2) meliputi: a. pendidikan; b. kesehatan;.. Pasal 36 ayat (8) Parameter kemampuan penyelenggaraan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g meliputi: a. aksesibilitas pelayanan dasar pendidikan; b. aksesibilitas pelayanan dasar kesehatan.

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang sistem Kesehatan Nasional. Pasal 1 angka 2. Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang

setinggi-tingginya. Pasal 4 (1) SKN dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (2) SKN dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan dengan menjaga kemajuan, kesatuan dan ketahanan nasional. Pasal 6 (1) Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. (2) Profesionalisme sumber daya manusia kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dibina oleh Menteri hanya bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. (3) Pelaksanaan SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhatikan: a. cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; b. pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat; c. kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat; d. kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan; e. inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan; f. pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak; g. dinamika keluarga dan kependudukan; h. keinginan masyarakat; i. epidemiologi penyakit; j. perubahan ekologi dan lingkungan; dan k. globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sector. Persoalan yang kerap muncul dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan, antara lain, Pertama tidak adanya transparansi manajemen rumah sakit dalam pembagian paket dari BPJS yang didistribusikan kepada tenaga kesehatan (dokter) maupun untuk obat. Kedua, pemerintah semestinya juga memberikan insentif kepada RS swasta terkait dengan layanan BPJS Ketiga, BPJS Kesehatan semestinya melakukan pemetaan daerah yang padat penduduk dan tidak padat penduduk..(Okky Asokawati, 2016 : 4)

2.5. Rancangan Model

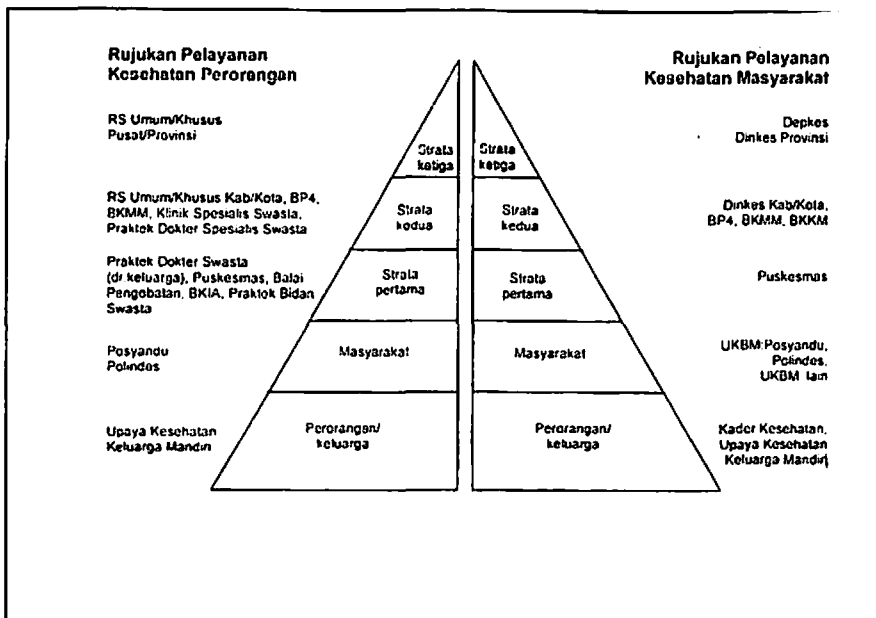
Puskesmas (Health Centre) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam satu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok.. Puskesmas sebagai ujung tombak dalam mewujudkan kesehatan nasional secara komprehensif, tidak sebatas aspek kuratif dan rehabilitatif saja seperti di Rumah Sakit. (Maulidia Kawedar,2014: 3-4) Fungsi Puskesmas, Dalam KEPMENKES RI No. 128 tahun 2004 dibagi menjadi tiga fungsi utama: Pertama, sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) primer ditingkat pertama di wilayahnya; Kedua, sebagai pusat penyedia data dan informasi kesehatan di wilayah kerjanya sekaligus dikaitkan dengan perannya sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di wilayahnya, dan; Ketiga, sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) primer/tingkat pertama yang berkualitas dan berorientasi pada pengguna layanannya.(
<http://aiphss.org/id/restoring-the-function-of-Puskesmas/>)

Dalam Pendahuluan Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/Sk/Ii/2004 Tanggal 10 Februari 2004 Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) menyebutkan bahwa Sekalipun berbagai hasil telah banyak dicapai, namun dalam pelaksanaannya Puskesmas masih menghadapi masalah, antara lain: (1) Visi, misi dan fungsi Puskesmas belum dirumuskan secara jelas, sehingga pelaksanaan program Puskesmas dan keterkaitannya dengan program pembangunan kesehatan secara keseluruhan belum optimal. (2) Beban kerja Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terlalu berat. Pertama, karena rujukan kesehatan ke dan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kurang berjalan. Kedua, karena Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang sebenarnya bertanggungjawab penuh terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan secara menyeluruh di wilayah Kabupaten/Kota lebih banyak melaksanakan tugas-tugas administratif. (3) Sistem manajemen Puskesmas yakni perencanaan (P1) yang diselenggarakan melalui mekanisme perencanaan mikro (*micro planning*) yang kemudian menjadi perencanaan tingkat Puskesmas, penggerakkan pelaksanaan (P2) yang diselenggarakan melalui mekanisme lokakarya mini (*mini workshop*) serta pengawasan, pengendalian dan penilaian (P3) yang diselenggarakan melalui mekanisme stratifikasi Puskesmas yang kemudian menjadi penilaian kinerja Puskesmas, dengan berlakunya prinsip otonomi perlu disesuaikan. (4) Pengelolaan

kegiatan Puskesmas, meskipun telah ditetapkan merupakan aparat daerah tetapi masih terlalu sentralistik. Puskesmas dan daerah tidak memiliki keleluasaan menetapkan kebijakan program yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat, yang tentu saja dinilai tidak sesuai lagi dengan era desentralisasi. (5) Kegiatan yang dilaksanakan Puskesmas kurang berorientasi pada masalah dan kebutuhan kesehatan masyarakat setempat. Selama ini setiap Puskesmas dimanapun berada menyelenggarakan upaya kesehatan yang sama. (6) Keterlibatan masyarakat yang merupakan andalan penyelenggaraan pelayanan kesehatan tingkat pertama, belum dikembangkan secara positif. Sampai saat ini, Puskesmas kurang berhasil menumbuhkan inisiatif dan rasa memiliki serta belum mampu mendorong kontribusi sumber daya dari masyarakat dalam penyelenggaraan upaya Puskesmas. (7) Sistem pembiayaan Puskesmas belum mengantisipasi perkembangan masa depan, yakni sistem pembiayaan pra-upaya untuk pelayanan kesehatan perorangan.

Prasetyo mengatakan, JKN identik dengan penataan sistem rujukan. Idealnya 80 % kasus penyakit selesai di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 20 persen diselesaikan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Biaya kesehatan yang dihabiskan di FKTP dan FKRTL idealnya seimbang, masing-masing 50 persen. Namun, fakta menunjukkan bahwa angka rujukan tinggi. Ini diperlihatkan oleh tingginya biaya kesehatan di FKRTL 80 % dibandingkan di FKTP 20 %. (Adhitya Ramadhan. 2016, Banyak Faktor Penyebab Tingginya Kasus Rujukan KOMPAS, JAKARTA, 26 Februari 2016) Fungsi Puskesmas sebagai penyedia fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan: Puskesmas Sebagai Penyelenggara dan Fasilitas Alat Kesehatan. a. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) primer/tingkat pertama di setiap wilayah kerjanya , b. Sebagai penyedia informasi dan data kesehatan di wilayah kerjanya dan sekaligus dikaitkan dengan perannya itu sebagai penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan di wilayahnya masing-masing. c. Upaya Kesehatan Perseorangan tingkat pertama/primer, yang dan berorientasi pada penggunaannya secara berkualitas (<http://kitefest.jimdo>) Berdasarkan Permenkes RI Nomor 71 Tahun 2013, penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL). Dalam Kepmenkes RI Nomor 128/Menkes/Sk/Ii/2004 ; Azas penyelenggaraan, Azas pertanggungjawaban wilayah,

Azas pemberdayaan masyarakat, Azas keterpaduan, Azas rujukan . Secara Skematis pelaksanaan azas rujukan dapat digambarkan sebagai berikut:



Sedangkan indikator optimal tidaknya pelayanan puskesmas tergambar dalam bagan berikut:

SASARAN	INDIKATOR
Optimalisasi Manajemen Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya Tim Manajemen Puskesmas • Surat Keputusan (SK) Kepala Puskesmas • Berfungsinya Tim Manajemen Puskesmas
Optimalisasi Mutu Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetensi Sumber Daya Manusia Bersertifikat • Standar Operasional Prosedur (SOP). • Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) atau tersedia Kotak Saran. • Kelengkapan Sarana, • Keterseiaan Obat
Optimalisasi Program Kreatif dan Inovatif	<ul style="list-style-type: none"> • Ada program/kegiatan atau pelayanan yang menjadi unggulan
Optimalisasi Pemberdayaan Masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Terbentuknya Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) • Berfungsinya UKBM
Optimalisasi Kerjasama Lintas Sektor	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan Sektor Lain dalam setiap Pelayanan Yang Diberikan Puskkesmas

(<https://raranatasha.wordpress.com/2013/>)



BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT

3.1. Tujuan Penelitian

Berdasarkan Latar belakang dan permasalahan dalam penelitian ini maka tujuan penelitian adalah untuk mengkaji secara komprehensif dan holistik berbagai aspek untuk meningkatkan peran Puskesmas agar dapat optimal dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta BPJS dengan menggunakan pendekatan dari ilmu Hukum Administrasi dan Hukum Kesehatan yang secara terperinci terdeskripsi dalam bagan berikut ini:

Tujuan Penelitian	Luaran Penelitian
Tahun I 1. Menemukan dasar Hukum yang mengatur peran Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) 2. Menemukan Faktor-faktor yang menjadi hambatan Puskesmas dalam mengoptimalkan perannya dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta BPJS. 3. Menemukan RANCANGAN MODEL Yang Tepat agar Puskesmas dapat optimal dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta BPJS	<ul style="list-style-type: none"> • Rancangan Model • Artikel Ilmiah di Jurnal Terakreditasi/Internasional Terindex Scopus
Tahun II Melakukan Uji Coba Terhadap Rancangan Yang Ditemukan Pada Penelitian Th.I	<ul style="list-style-type: none"> • Rancangan Model Yang telah diuji • Artikel Ilmiah di muat di Jurnal internasional Terindex Scopus
Tahun III Melakukan Diseminasi Rancangan Model agar Rancangan Model benar-benar dapat diterapkan dalam mengoptimalkan peran Puskesmas dapat optimal dalam memberikan pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta BPJS	<ul style="list-style-type: none"> • Rancangan Model dapat dijadikan Prototpye dalam optimlaisasi Puskesmas di Indonesia khususnya pasien eserta BPJS . • Artikel Ilmiah di muat di Jurnal internasional

3.2. Manfaat Penelitian

1. Untuk Pengembangan Kapasitas Institusi

Hasil penelitian dapat diaplikasikan untuk mendorong dan memperluas pelaksanaan *reformasi birokrasi* di berbagai instansi pemerintah di daerah khususnya pelayanan Puskesmas bagi pasien peserta BPJS. Karena pelayanan Puskesmas merupakan garis depan bagi pemerintah untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat yang dapat dinikmati secara langsung sehingga diharapkan secara simultan akan dapat meningkatkan kesehatan masyarakat. Kesiapan Puskesmas sangat diharapkan oleh masyarakat terutama masyarakat miskin yang tidak tahu akan berobat kemana kecuali ke Puskesmas ketika datangnya sakit yang tidak akan tahu kapan dan dimana itu akan terjadi. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin Puskesmas merupakan pintu gerbang utama sehingga dapat menjadi kunci utama pula dalam upaya meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat. Puskesmas sebagai FKTP dapat menjadi entry point untuk mengurai segala permasalahan kesehatan yang muncul di masyarakat, Dengan adanya penelitian ini diharapkan akan dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Jika pelayanan di Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat optimal maka diharapkan pelayanan kesehatan selanjutnya hanya ada jika memang benar-benar diperlukan. Puskesmas juga dapat meningkatkan perannya dalam melakukan tindakan preventif yang dapat mendorong terciptanya peningkatan kesehatan masyarakat dan dapat mendorong setiap individu mampu mengambil peran agar dirinya dapat berkontribusi dalam melakukan pencegahan sehingga masyarakat tidak perlu lagi pergi ke Puskesmas untuk berobat. Output dari penelitian ini diharapkan dapat diaplikasikan untuk mendorong peningkatan peran mas dalam melakukan edukasi kepada masyarakat. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan sinergisitas antar insititusi sehingga derajat kesehatan masyarakat semakin meningkat.

2. Untuk Penyelesaian Masalah Pembangunan

Adanya pelayanan kesehatan yang semakin membaik maka diharapkan akan berdampak positif pula pada sektor-sektor lainnya seperti pendidikan, Sumber Daya Manusia, sektor ekonomi dan sektor lainnya. Karena itulah diperlukan adanya peningkatan kesehatan baik secara makro maupun mikro. Karena dengan tingkat kesehatan yang tinggi pada masyarakat maka akan dapat dilakukan pembangunan

pada sektor-sektor lainnya secara optimal. Dalam suatu negara jika tingkat kesehatan masyarakat rendah maka pembangunan akan lambat bahkan bisa dikatakan beban negara akan semakin tinggi sehingga dapat menghambat pembangunan. Dengan adanya penelitian ini maka diharapkan dapat dilakukan optimalisasi Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melalui penataan kembali pelayanan agar lebih tanggap terhadap tuntutan dan perubahan peraturan perundangan sesuai dengan perubahan dan perkembangan permasalahan permasalahan kesehatan yang kepentingan masyarakat. Optimalisasi juga dapat dilakukan melalui pengembangan profesionalitas dan penguatan etos kerja serta perilaku masyarakat dalam berobat dan menjaga kesehatan dirinya.. Hal ini harus dilakukan secara terencana oleh Pemerintah, Reformasi birokrasi menjadi bagian penting dalam mewujudkan pemerintahan yang baik. Titik berat dari pemerintahan yang baik adalah pada upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang dapat menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat.dapat memberikan kepuasan.

4. Manfaat Untuk Pengembangan Ipteks

Hasil riset ini juga bermanfaat untuk pengembangan Ipteks khususnya pada bidang Hukum Administrasi dan di bidang kesehatan karena hasil penelitian ini akan dipublikasikan ke jurnal internasional sehingga akan menjadi bahan kajian selanjutnya bagi para ahli yang berkompeten dalam bidang hukum administrasi, pelayanan public, maupun bidang lainnya serta bagi pembaca lainnya terutama bagi para praktisi untuk meningkatkan pengetahuannya. Dengan adanya penelitian ini maka diharapkan akan dapat menambah khasanah ilmu yang mengkaji permasalahan yang terkait dengan kebijakan kesehatan. Hasil riset ini juga bermanfaat untuk pengembangan Ipteks khususnya terkait dengan masalah dalam upayanya untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas publik. Di samping itu output penelitian ini juga akan dijadikan sebagai bahan pengayaan/pengembangan materi perkuliahan, publikasi jurnal ilmiah dan sebagai lahan kegiatan pengabdian masyarakat. Dengan demikian hasil penelitian ini diharapkan akan dapat memberikan kontribusi yang nyata dalam perkembangan ilmu yang kedalamannya tak dapat diduga sehingga diperlukan upaya yang sungguh-sungguh dan terus menerus. Pada masa reformasi dan demokrasi di Indonesia kajian-kajian yang terkait dengan ilmu hukum, sangat

BAB. IV

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan pendekatan ini diharapkan akan dapat dikaji secara komprehensif dan mendalam. Penelitian akan diawali dengan melakukan *needasiment* terhadap kapasitas Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada pasien peserta BPJS. Setelah itu penelitian akan dilakukan *asiment* terhadap berbagai faktor dan permasalahan yang berpengaruh terhadap pelayanan pasien peserta BPJS.

Bagan Alur Penelitian

Input	Output	Outcome	Indikator Capaian
Peraturan Perundangan Yang terkait Dengan Pelayanan Kesehatan	Data tentang peraturan perundangan untuk dapat mengambil kebijakan tentang pengembangan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) pasien peserta BPJS	Diharapkan Pemerintah dapat membuat kebijakan untuk meningkatkan kapasitas Puskesmas untuk dapat meningkatkan perannya sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) bagi Pasien Peserta BPJS	Adanya kebijakan yang bersifat strategis untuk meningkatkan kapasitas Puskesmas untuk dapat meningkatkan perannya sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) bagi Pasien Peserta BPJS
Variabel-variabel yang menjadi hambatan Puskesmas Dalam Memberikan Pelayanan pada Pasien Peserta BPJS	Data tentang hambatan-hambatan Puskesmas Dalam Memberikan Pelayanan pada Pasien Peserta BPJS	Diharapkan dapat dilakukan Upaya mengatasi Variabel-variabel yang menjadi hambatan dalam meningkatkan pelayanan Puskesmas Dalam Memberikan Pelayanan pada Pasien Peserta BPJS	Adanya penyelesaian masalah-masalah yang menghambat Puskesmas Dalam Memberikan Pelayanan pada Pasien Peserta BPJS
Variabel-variabel yang dapat Mengoptimalkan Puskesmas Dalam Memberikan Pelayanan pada Pasien Peserta BPJS	Data tentang faktor-faktor yang dapat mengoptimalkan Fungsi Puskesmas Dalam Memberikan Pelayanan pada Pasien Peserta BPJS	Diharapkan dapat dilakukan reformasi birokrasi yang mendorong adanya optimisasi peran puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) bagi Pasien Peserta BPJS as	Adanya optimalisasi / Program inovatif Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) bagi Pasien Peserta BPJS

4.2. Metode Penelitian

4.2.1.Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokasi di Kab. Sidoarjo Jawa Timur. Kabupaten Sidoarjo merupakan kabupaten sebagai daerah penyangga Kota Surabaya. Sehingga dengan memilih lokasi penelitian berkaitan dengan pelayanan Puskesmas di Sidoarjo sebagai lokasi penelitian merupakan hal yang sangat tepat. Dengan menjadikan Kabupaten Sidoarjo sebagai lokasi penelitian maka diharapkan hasil dari penelitian ini dapat juga dipakai sebagai Prototype daerah-daerah lainnya. Kota Kabupaten Sidoarjo merupakan kota kabupaten yang dekat dengan ibu kota Propinsi Jawa Timur sehingga dengan demikian diharapkan akan diperoleh informasi yang lebih faktual terhadap proses pelayanan kesehatan di kota kecil yang relatif jauh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang tuntas dan memadai.

4.2.2. Sumber informasi

Yang menjadi sumber informasi utama dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten, Manajer Puskesmas, Tenaga Medis maupun administrasi Puskesmas, peserta BPJS yang menjadi pasien Puskesmas, serta BPJS sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan masyarakat. Sumber informasi akan ditentukan dengan teknik bola salju; dengan demikian diharapkan akan diperoleh informasi yang lengkap, mendalam dan komprehensif.

4.2.3. Teknik Pengumpulan Data :

4.2.3.1. Bahan Hukum

Menghimpun bahan-bahan hukum baik bahan hukum primer maupun bahan hukum sekunder yang berkaitan dengan topik penelitian. Bahan-bahan hukum tersebut diperoleh melalui studi kepustakaan, buku-buku, artikel, jurnal hukum, internet, hasil seminar dan lain-lain. Selanjutnya bahan hukum primer tersebut digunakan untuk menjelaskan isu hukum yang menjadi obyek pembahasan dengan bertitik tolak dari teori-teori, konsep dan asas-asas hukum yang menjadi dasar penelitian. Bahan-bahan penelitian yang telah dihimpun tersebut dipelajari dengan seksama sehingga dapat diperoleh intisari yang terkandung di dalamnya, baik berupa ide, usul dan argumentasi, maupun ketentuan-ketentuan terkait.

4.2.3.2. Wawancara Mendalam

Wawancara dilakukan terhadap para sumber informasi ditentukan secara Purposive. Teknik wawancara mendalam dipakai untuk memperoleh data karena teknik ini sangat tepat untuk memperoleh data yang berkaitan dengan kegiatan

organisasi, motivasi, perasaan, sikap dan sebagainya (Hcru Irianto,2001). Dalam penelitian ini wawancara mendalam dilakukan dengan maksud untuk menggali informasi secara mendalam dan komprehenship data yang berkaitan dengan: Faktor-faktor yang menjadi kendala Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada pasien peserta BPJS, Pengelolaan Puskesmas serta respon pasien peserta BPJS terhadap pelayanan Puskesmas di mana dirinya berobat. Sehingga dengan demikian akan dapat diperoleh data yang berkaitan dengan kapasitas dan kinerja Puskkesmas dalam memberikan pelayanan kepada pasien peserta BPJS.

4.2.3..3. Focus Group Discussion (FGD)

Setelah dilakukan wawancara mendalam maka hasil dari wawancara akan didiskusikan dengan teknik Focus Group Discussion (Bungin, 2001:172) Teknik ini cocok untuk menggali data lebih mendalam dan komprehenship dari berbagai sudut pandang serta pemikiran-pemikiran yang saling melengkapi serta saling koreksi. Dalam penelitian ini FGD digunakan untuk menjaring informasi dari berbagai pihak yang terlibat langsung dengan peran Puskesmas. Dengan FGD maka diharapkan akan dapat diperoleh informasi dari berbagai pihak yang berkaitan dengan berbagai peraturan perundangan, masalah-masalah yang dihadapi masing-masing pihak serta untuk mencari solusi-solusi secara bersama-sama sehingga dapat disusun Rancangan Model yang lebih komprehenship dan holistik.

4.2.3.. Editing dan Koding Data Analisis Data

Setelah diperoleh data maka dilakukan editing dan pengkodean data. Hal ini diperlukan untuk mengklasifikasi dan meverifikasi data yang diperlukan sesuai dengan permasalahan penelitian. Selain itu hal ini dilakukan untuk memudahkan peneliti menelusuri keterkaitan antara data yang tersedia dan mencari benang merahnya. Dengan adanya editing dan koding maka akan diketahui sedini mungkin apabila ada kekurangan data yang sangat diperlukan untuk menjawab permasalahan penelitian. Analisis Data, Semua hasil penelitian yang diperoleh dari bahan-bahan hukum serta data lapangan ditarik benang meranya antara satu dengan lainnya dengan menggunakan penaran deduktif dan induktif untuk menghasilkan proposisi dan konsep baik berupa definisi, deskripsi maupun kategorisasi sebagai hasil penelitian dengan berbagai pendekatan disiplin ilmu. Model yang dipakai dalam menganalisis data didasarkan pada kerangka pikir dari Mardiasmo (modifikasi) yang mendeskripsikan bahwa dalam mengoptimalkan peran Puskesmas maka diperlukan adanya target-target

yang terkonstruksi sehingga akan dengan lebih gampang untuk menganalisis celah-celah permasalahan yang ada dan bagaimana solusinya (Mardiasmo, 2013)

4.2.4. Lokakarya

Setelah melakukan kajian hukum dan penelitian lapangan serta dilakukan analisis data serta draf laporan maka sebelum dibuat analisis yang lebih mendalam dan lebih komprehensif maka dilakukan Lokakarya. Lokakarya dilakukan untuk mendiskusikan hasil temuan penelitian yang masih sementara untuk memperoleh masukan dari berbagai pandangan disiplin ilmu serta para praktisi, serta para ahli dibadangnya yang terkait dengan pelayanan kesehatan di Indonesia bagi peserta BPJS.

4.2.5. Pelaporan dan Publikasi

Setelah dilakukan analisis dan ditemukan adanya pola-pola maka dilakukan pengategorian data, serta disusunlah berbagai alternatif pemecahan masalah penelitian dari alternatif-alternatif tersebut kemudian dibuat draf laporan dan dikaji kembali untuk dilokakaryakan. Dari hasil lokakarya inilah draf laporan direvisi dan disusun untuk dapat dianalisis yang lebih mendalam dan luas sehingga dengan demikian diharapkan akan diperoleh hasil penelitian yang benar-benar telah dianalisis dengan baik dan melibatkan berbagai pihak yang berkompeten. Dari hasil lokakarya maka dibuat Rancangan Model Optimalisasi Puskesmas yang tepat kemudian disusunlah laporan lebih komprehensif dan mendalam. Setelah laporan dibuat maka dilakukan editing dan analisis yang lebih dalam dan komprehensif untuk menyusun laporan akhir an artikel ilmiah untuk dipublikasikan.



BAB V

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan BPJS

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional. Pasal 1 angka 2. Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pasal 4 (1) SKN dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (2) SKN dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan dengan menjaga kemajuan, kesatuan dan ketahanan nasional. Pasal 6 (1) Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. (2) Profesionalisme sumber daya manusia kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dibina oleh Menteri hanya bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. (3) Pelaksanaan SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhatikan: a. cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; b. pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat; c. kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat; d. kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan; e. inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan; f. pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak; g. dinamika keluarga dan kependudukan; h. keinginan masyarakat; i. epidemiologi penyakit; j. perubahan ekologi dan lingkungan; dan k. globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sector.

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 1 yang dimaksud dengan Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat

pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. 2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. 3. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. 4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. 5. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam ayat 14. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.

Dalam Pasal 29 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 menyebutkan : (1) Untuk pertama kali setiap Peserta didaftarkan oleh BPJS Kesehatan pada satu Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dinas kesehatan kabupaten/kota setempat. (2) Dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan selanjutnya Peserta berhak memilih Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang diinginkan. (3) Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar. (4) Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi Peserta yang: a. berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau b. dalam keadaan kegawatdaruratan medis. (5) Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang undangan. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan diatur dengan Peraturan Menteri.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 1 Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan: 1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan

kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. 2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. 3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. 4. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya. 5. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat. 6. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. 7. Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. 8. Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis dan dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, dan/atau pelayanan medis lainnya, dimana peserta dan/atau anggota keluarganya dirawat inap paling singkat 1 (satu) hari. 9. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialis atau sub spesialis yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

Dalam Pasal 35 Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan. (2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Pasal 36 (1) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. (2) Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. (3) Fasilitas

Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. (4) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis. (5) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

5.2. Peran dan Fungsi Puskesmas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. BPJS sendiri terbagi menjadi dua jenis yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Sedangkan Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. (Rahmat Hidayatullah, 2016 , 5040- 5041)

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah faskes yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan individu yang bersifat umum untuk keperluan pengamatan, promotif, preventif, mendiagnosis, perawatan atau pelayanan kesehatan lainnya (Kemenkes RI, 2014b). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di era JKN meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), dimana FKTP berupa Puskesmas atau yang setara, dokter, praktek dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit kelas D Pratama atau yang setara, yang harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif (Kemenkes RI, 2013). Pelayanan kesehatan sebelum era JKN mencakup fasilitas kesehatan yang berbeda-beda. Fasilitas kesehatan (faskes) yang dicakup dalam Program Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), Jaminan sosial bagi tenaga kerja (Jamsostek), Asuransi kesehatan (Askes) bagi PNS,

penerima pensiun, veteran, printis kemerdekaan peserta keluarga dan Program Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) yang berbeda antara satu penyelenggara dengan penyelenggara lainnya. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) I Jamkesmas menggunakan Puskesmas dan jaringannya, PPK I Jamsostek menggunakan praktek dokter swasta, PPK I Askes menggunakan Puskesmas, dokter praktek swasta dan Jamkesda hanya menggunakan PPK milik pemerintah (Situmorang, 2013). Pada masa peralihan pelaksanaan JKN, seluruh FKTP milik TNI/ POLRI dinyatakan sebagai klinik pratama dan menyesuaikan perizinan sebagai klinik pratama dalam waktu dua tahun sejak Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 berlaku serta FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dikecualikan dari kewajiban terakreditasi dan harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam jangka waktu lima tahun (Kemenkes RI, 2013). Beragamnya jenis faskes dan perbedaan standar penilaian FKTP dalam masa peralihan ini tentu berisiko dapat menyebabkan adanya perbedaan mutu layanan yang diterima oleh pasien JKN dan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Disisi lain pemerintah melalui BPJS Kesehatan sedang giat-giatnya melaksanakan program optimalisasi pelayanan primer sehingga FKTP dituntut memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pasien. Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat (Kemenkes RI, 2013). Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi pengguna JKN terdiri atas FKTP dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Prosedur layanan kesehatan dalam JKN yaitu pelayanan bagi pasien dilaksanakan secara berjenjang yang dimulai dari FKTP yang diselenggarakan oleh FKTP tempat peserta terdaftar. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) peserta JKN terdiri dari Puskesmas, dokter, dokter gigi, klinik pratama dan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2014b). Dokter praktek baik dokter umum maupun dokter gigi termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program JKN dengan melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas merupakan faskes yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014c).

Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan namun dalam kondisi tertentu pada satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu Puskesmas berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diberikan oleh Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem. Klinik merupakan faskes yang melaksanakan layanan kesehatan perorangan dengan melayani pelayanan medis dasar dan atau spesialisik (Kemenkes RI, 2014d). Berdasarkan jenis pelayanan, klinik terdiri dari klinik pratama dan utama. Klinik pratama merupakan klinik yang melaksanakan pelayanan medis dasar baik umum maupun khusus. Klinik dapat diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat. BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing dengan kriteria teknis yang meliputi sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan serta komitmen pelayanan (Kemenkes RI, 2013).

Kriteria teknis digunakan untuk penetapan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, besaran kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani. Seluruh FKTP milik TNI/POLRI yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, pada masa peralihan dinyatakan sebagai klinik pratama dan dalam jangka waktu dua tahun harus memenuhi persyaratan sebagai klinik pratama sejak Permenkes No. 71 Tahun 2013 berlaku, serta FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dikecualikan dari kewajiban terakreditasi dan harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam jangka waktu lima tahun (Kemenkes RI, 2013). Status Kepesertaan dalam JKN Peserta program JKN merupakan setiap orang termasuk orang asing yang bekerja minimal selama enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (Kemenkes RI, 2014b). Peserta program JKN terdiri dari atas dua kelompok yaitu: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan peserta bukan PBI jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan adalah pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya (Kemenkes RI, 2014b). Iuran Jaminan kesehatan untuk peserta pekerja penerima upah dibayarkan oleh pemberi kerja dan pekerja sendiri sedangkan iuran peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja) dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai kelas perawatannya (Kemenkes RI, 2014b). Pelaksanaan JKN membuat paradigma pelayanan kesehatan bergeser ke arah

mutu pelayanan. Masyarakat yang dapat mengakses layanan kesehatan baik primer maupun sekunder mulai memperhitungkan mutu layanan yang diterimanya. BPJS sebagai badan penyelenggara di era JKN melakukan berbagai upaya dalam mengoptimalkan mutu layanan primer dan menegaskan fungsi *gate keeper* dari FKTP. FKTP dalam pelaksanaan JKN berupa Puskesmas, dokter praktek perorangan, klinik pratama dan rumah sakit kelas D Pratama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif. Mutu pelayanan khususnya pelayanan kesehatan primer sering dikaitkan dengan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan salah satu sasaran utama yang dicapai dalam pengembangan JKN. Kepuasan pasien merupakan tanggapan pasien terhadap kesesuaian kebutuhan (ekspektasi) pasien sebelum dan sesudah menerima pelayanan, maka pasien yang merasakan kepuasan terhadap layanan kesehatan memiliki kecenderungan untuk patuh, taat terhadap kegiatan pengobatan dan menjadi pelanggan setia. Lima dimensi untuk mengevaluasi mutu layanan kesehatan meliputi bukti fisik, daya tanggap, kehandalan, empati dan jaminan. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak faktor (konsep multi dimensi) meliputi faktor jenis tempat layanan, status kepesertaan dan karakteristik sosiodemografis pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan). Perbedaan mutu layanan kesehatan pada jenis fasilitas kesehatan karena kompetensi pemberi layanan, sistem persepsian obat, sistem rujukan, kemudahan akses ke layanan kesehatan, ketersediaan fasilitas dan kondisi lingkungan fisik. Pasien yang membayar langsung atau mandiri menginginkan mendapatkan kualitas pelayanan tertinggi dibandingkan dengan pasien asuransi dan jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah. Kelompok umur usia produktif cenderung lebih banyak menuntut dan berharap banyak terhadap layanan kesehatan. Pria cenderung lebih banyak mengkritik layanan kesehatan daripada wanita, pasien dengan pendidikan tinggi tidak akan mudah merasa puas bila layanan kesehatan yang diterima tidak sesuai keinginan pasien. BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing dengan kriteria teknis yang meliputi sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan serta komitmen pelayanan (Kemenkes RI, 2013). Kriteria teknis digunakan untuk penetapan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, besaran kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani. Dapat disimpulkan bahwa dimensi mutu terutama *tangible* FKTP merupakan hal yang seharusnya mendapatkan perhatian dari pemilik atau pengelola FKTP karena selain merupakan kriteria teknis yang harus dipenuhi tetapi untuk kepuasan pasien. Sesuai Perpres No. 12 Tahun 2013 disebutkan bahwa dalam

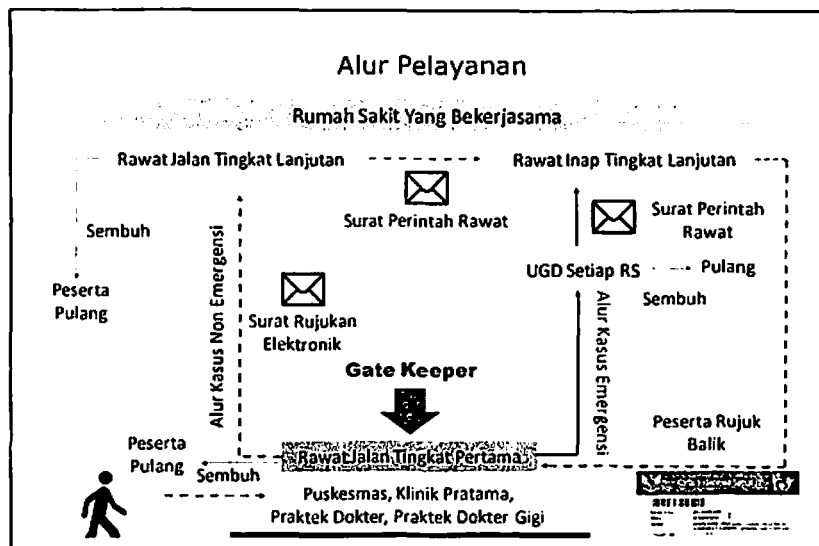
jangka waktu paling sedikit tiga bulan peserta JKN berhak memilih FKTP yang diinginkan (Menkumham RI, 2013). Tentu mutasi peserta JKN karena ketidakpuasan akan membawa dampak bagi FKTP tersebut terkait besaran kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani. (Ni Made Widiastuti , 2015, 19-41)

Dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/Sk/II/2004 Tanggal 10 Februari 2004 Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Dalam Bab I terkait dengan konsep dasar Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Sedangkan Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sebagai Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan Puskesmas bertanggungjawab hanya sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya. Wilayah Kerja Puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Berbagai peraturan perundangan yang mengatur Jaminan Kesehatan adalah (Sri Mugirahayu: 2018.) **Undang-Undang UU 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional**, **UU 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial**. **Peraturan Presiden** Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, yang telah dirubah beberapa kali, yaitu: Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Perubahan 1) Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 (Perubahan 2) Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 (Perubahan 3) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 (Perubahan 4) Terkait dengan **Penjaminan Manfaat Pelayanan di atur dalam** Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional yang telah diubah menjadi

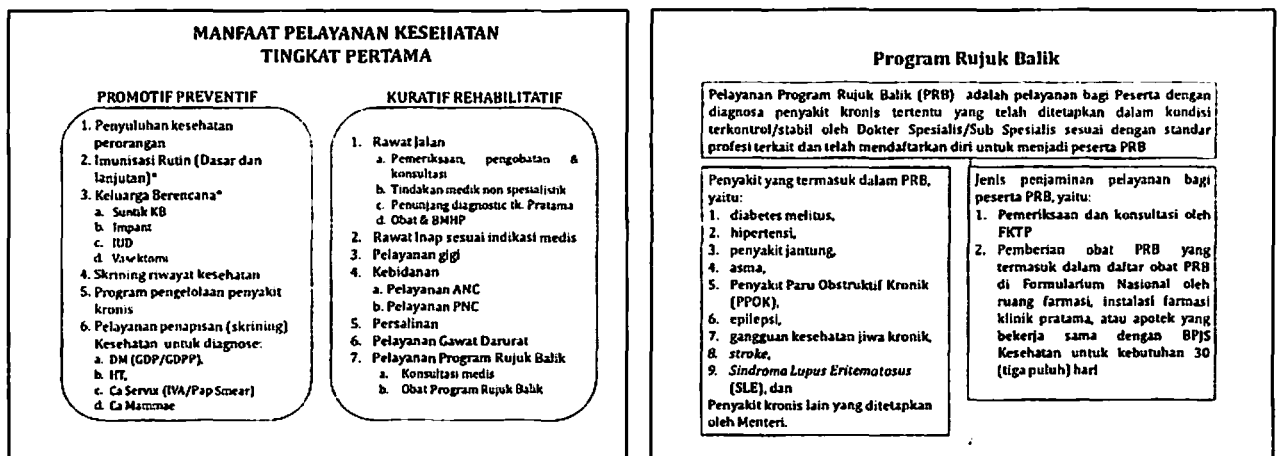
Permenkes Nomor 99 Tahun 2016, Permenkes 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/659/2017 tentang Formularium Nasional, Kepmenkes Nomor HK.02.02/Menkes/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, Kepmenkes Nomor IIK.02.02/Menkes/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di FKTP, Kepmenkes No HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Gigi, Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Thn 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Permenkes Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, Permenkes Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama, Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat praktik Mandiri Dokter dan Tempat Mandiri Dokter Gigi, Pemenkes Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek. Sedangkan **Tarif Pelayanan Kesehatan** diatur dalam Pemenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan , Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dengan Direktur BPJS Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 dan Nomor 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada FKTP. Perpres 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada FKTP Milik Pemerintah Daerah dan Permenkes Nomor 88/PMK.02/2016 tentang Tata cara Pengelolaan PencrimaanNegara Bukan Pajak dari Dana Kapitasi Pada FKTP Pemerintah Pusat.

Cakupan Pelayanan Tingkat Pertama Permenkes 99 Tahun 2015 pasal 16 Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisitik yang meliputi: administrasi pelayanan; pelayanan promotif dan preventif; pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis; tindakan medis non spesialisitik, baik operatif maupun non operatif; pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis. Dalam Pasal 18 Rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; Pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi; Pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONED; dan Pertolongan neonatal dengan komplikasi. Sedangkan Cakupan Pelayanan Tingkat Pertama dalam

Permenkes 99 Tahun 2015 (1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama untuk pelayanan medis mencakup: kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan; kasus medis rujuk balik; pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama; pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan rehabilitasi medik dasar. (2) Pelayanan kesehatan sesuai dengan panduan klinis yang ditetapkan oleh Menteri Kepmenkes 514 Tahun 2015 untuk Dokter Umum Kepmenkes No HK.02.02/MENKES/62/2015 untuk Dokter Gigi. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama tergambar dalam bagan-bagan berikut (Sri Mugirahayu: 2018)



Sumber; BPJS



Sumber; BPJS

Pelayanan Promotif Preventif
SKRINING KESEHATAN

PELAYANAN IVA/ PAPSMEAR

1. Tesdeteksi Kanker Leher Rahim melalui pelayanan IVA/ Papsmear dapat dilakukan selama 3 tahun berturut – turut, (jika hasil pemeriksaan masih negatif) selanjutnya dilakukan per 5 tahun sekali.

2. Pelayanan deteksi Kanker Leher Rahim diperuntukan bagi peserta BPJS Kesehatan berjenis kelamin wanita (Peserta/istri) dan sudah/pernah menikah/pernah berhubungan seks.

Syarat Mendapatkan Pelayanan Pemeriksaan IVA/Papsmear:

1. Peserta JKN

2. Membawa kartu JKN - KIS

3. Status kepesertaan aktif (tidak menunggak iuran)

4. Tidak mendapat pelayanan IVA/Papsmear dalam tempo 1 tahun (365 hari) sebelumnya → pelayanan yang dicover BPJS Kesehatan

5. Mengisi formulir kesediaan pemeriksaan IVA/Papsmear

PELAYANAN SKRINING LANJUTAN DM
(GDP/GDPP)

Pemeriksaan GDP/GDPP dapat diberikan FKTP kepada peserta JKN yang telah melaksanakan Skrining Riwayat Kesehatan, dengan hasil risiko sedang dan tinggi Diabetes Melitus/ Hipertensi.

Program Rujuk Balik

Pelayanan Program Rujuk Balik adalah pelayanan bagi Peserta dengan diagnosa penyakit kronis tertentu yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil oleh Dokter Spesialis/Sub Spesialis sesuai dengan standar profesi terkait dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta PRB

Penyakit yang termasuk dalam PRB, yaitu:

1. diabetes melitus,

2. hipertensi,

3. penyakit jantung,

4. asma,

5. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK),

6. epilepsi,

7. gangguan kesehatan jiwa kronik,

8. stroke,

9. Sindroma Lupus Eritematosus [SLE], dan

Penyakit kronis lain yang ditetapkan oleh Menteri

Jenis penjaminan pelayanan bagi peserta PRB, yaitu:

1. Pemeriksaan dan konsultasi oleh FKTP

2. Pemberian obat PRB yang termasuk dalam daftar obat PRB di Formularium Nasional oleh ruang farmasi, instalasi farmasi klinik pratama, atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk kebutuhan 30 (tiga puluh) hari

Sumber; BPJS

FUNGSI UTAMA PELAYANAN PRIMER

FUNGSI KONTAK PERTAMA

1. FKTP → satu-satunya wadah yang menjadi pilihan utama dan pertama oleh peserta dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya

2. FKTP memiliki rasa tanggung jawab terhadap optimalnya kondisi kesehatan peserta

FUNGSI COORDINATOR PELAYANAN

1. FKTP menjadi sumber daya penunjang kompetensi

2. Dokter mampu menerapkan level kompetensi 4a dalam SKDI

3. FKTP menyelenggarakan pelayanan primer berbasis pedoman Praktik Klinis yang berlaku

4. FKTP bersedia memberikan layanan promotif dan preventif

FUNGSI CONTINUITY

1. FKTP mampu mengelola status kesehatan sekelompok peserta terpeliharaan optimal

2. Peserta mau, mampu, dan sadar menjalankan pola hidup sehat dalam koordinasi FKTP

FUNGSI KOMPREHENSIVITAS

1. Mengkoordinasikan layanan bagi peserta saat terjadi kondisi medis peserta harus ditangani oleh FKTP lain karena suatu kondisi ataupun faaltes tingkat lanjutan untuk penanganan spesialis

2. Mampu mengarahkan rujukan peserta saat perlu penanganan medis spesialis secara efektif

FIRST CONTACT

COORDINATION

PRIMARY CARE

CONTINUITY

COMPREHENSIVENESS

Sumber; BPJS

29

LAPORAN PENELITIAN

RANCANGAN MODEL OPTIMALISAS...

MUHAMMAD HADI SHUBHAN

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Pasal 1 Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan: 1. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas. 2. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya. 3. Fleksibilitas adalah keleluasaan pengelolaan keuangan/barang BLUD pada batasbatas tertentu yang dapat dikecualikan dari ketentuan yang berlaku umum. 4. Peningkatan status BLUD adalah meningkatnya status satuan kerja atau unit kerja yang menerapkan PPK-BLUD bertahap menjadi satuan kerja atau unit kerja yang menerapkan PPK-BLUD penuh. Sedangkan dalam Pada Bab III Persyaratan Dan Penetapan PPK- BLUD Bagian Kesatu Persyaratan Pasal 4 .Penerapan PPK-BLUD pada SKPD atau Unit Kerja, harus memenuhi persyaratan substantif, teknis, dan administratif. Pasal 5 (1) Persyaratan substantif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 terpenuhi apabila tugas dan fungsi SKPD atau Unit Kerja bersifat operasional dalam menyelenggarakan pelayanan umum yang menghasilkan semi barang/jasa publik (*quasipublic goods*). (2) Pelayanan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berhubungan dengan:a. penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan masyarakat; b. pengelolaan wilayah/kawasan tertentu untuk tujuan meningkatkan perekonomian masyarakat atau layanan umum; dan/atau c. pengelolaan dana khusus dalam rangka meningkatkan ekonomi dan/atau pelayanan kepada masyarakat. Pasal 6 (1) Penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2) huruf a, diutamakan untuk pelayanan kesehatan. (2) Penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak berlaku bagi pelayanan umum yang hanya merupakan kewenangan pemerintah daerah karena kewajibannya berdasarkan peraturan perundang-undangan. (3)

Pelayanan umum yang hanya merupakan kewenangan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), antara lain: layanan pungutan pajak daerah, layanan pembuatan Kartu Tanda Penduduk (KTP), layanan pemberian izin mendirikan bangunan (IMB).

Untuk menunjang pelayanan kesehatan masyarakat Sidoarjo, pemerintah mengubah status Puskesmas menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Dari 26 Puskesmas yang ada di Sidoarjo, meski dirasa kurang kapasitas dokter yang memadai, ada sekitar 16 Puskesmas yang sudah di rubah statusnya. DPRD Sidoarjo, mengapresiasi alih status Puskesmas menjadi BLUD sebagai antisipasi *overload* di RSUD Sidoarjo. Dewan meminta Puskesmas meningkatkan kinerja pelayan terutama terhadap kesehatan masyarakat dan juga dilandasi kesiapan-kesiapan. Harusnya masing-masing Puskesmas yang sudah menjadi BLUD ada 7 dokter, *standby* dan lainnya agar pelayanan menjadi maksimal. Perekrutan dokter akan dilakukan secara bertahap .(<https://www.kabupatenreport.com/Puskesmas>) Puskesmas yang sudah berstatus Badan Layanan Umum (BLU) dapat melakukan perekrutan sendiri untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di tempatnya masing-masing. Langkah itu, sekaligus untuk menyiasati kekurangan tenaga kesehatan di Kabupaten Sidoarjo. Puskesmas sebaiknya merekrut tenaga kesehatan sendiri untuk memenuhi kebutuhannya. Karena Puskesmas sudah berstatus BLU dan memiliki kewenangan untuk melakukan perekrutan tenaga kesehatan sendiri, termasuk mengelola keuangannya sendiri, dijelaskan Kepala Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Sidoarjo saat ini masih butuh sekitar 900 orang tenaga kesehatan. Kebutuhan itu untuk tenaga di RSUD, Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. (<http://www.beritametro.news>)

Telah ditetapkan peraturan presiden No 32 tahun 2014 tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah. Kemudian disusul dengan keluarnya peraturan Menteri kesehatan No 19 tahun 2014 tentang penggunaan dana kapitasi jaminan kesehatan nasional untuk jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pada fasilitas kesehatan tingkat pertama milik pemerintah daerah. Untuk mengelola dana sendiri dibutuhkan kompetensi yang sesuai, misalnya bendahara pemegang keuangan harus mendapatkan pelatihan tertentu yang berkaitan dengan penggunaan dana. Dengan BLUD, Puskesmas akan lebih berkembang karena bisa menggunakan dana sesuai dengan kebutuhan dan tidak tergantung dari dinas kesehatan. Sehingga BLUD Puskesmas lebih fleksibel mengelola keuangan. Peraturan presiden ini diperuntukan untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik pemerintah yang

belum menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD. Untuk penganggaran, kepala FKTP diminta menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan yang mana mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN kepada kepala SKPD dinas kesehatan. Sedangkan, peraturan menteri kesehatan menjelaskan bahwa dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk (1) pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan (2) dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Alokasi untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan ditetapkan sekurang-kurangnya 60% dari penerimaan dana kapitasi. Sedangkan alokasi dana kapitasi untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan dimanfaatkan untuk (1) obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan (2) kegiatan operasional pelayanan kesehatan lainnya. (<http://www.mutupelayanankesehatan.net>)

Beberapa Keuntungan Puskesmas menjadi BLUD, antara lain (<http://syncoreconsulting.com>) (1) Alasan Keamanan dalam bekerja. Pemicu Puskesmas menjadi BLUD adalah kebijakan untuk transfer langsung dana kapitasi ke Puskesmas oleh BPJS. BPJS beranggapan cara ini satu-satunya agar Puskesmas bisa meningkatkan respon dan kualitas pelayanan kepada pasien. Namun hal yang semula tidak disadari adalah Puskesmas merupakan UPTD yang terikat dengan pola pengelolaan keuangan Pemda. Sesuai dengan UU Keuangan Negara no 13/2003 dan UU No 1 / 2004 tentang perbendaharaan negara, semua pendapatan negara bukan pajak, harus disetorkan terlebih dahulu sebelum bisa digunakan langsung. Penggunaan dana tersebut harus mengacu pada pola penggunaan dana APBD. Satu-satunya institusi yang dapat menggunakan dana secara langsung, dan dikecualikan dari ketentuan diatas adalah SKPD atau UPTD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD. Jadi tanpa Puskesmas menjadi BLUD maka ada potensi pelanggaran UU 13/2003 dan UU No 1/2004. Seringkali disampaikan saat ini sudah ada Perpres tentang pengelolaan dana JKN. Kita semua sadar Perpres tersebut merupakan peraturan sementara, karena menurut hierarki undang-undang, aturan turunan setelah undang-undang adalah peraturan pemerintah (PP). Melanggar ketentuan undang-undang berarti potensi pelanggaran hukum, yang bisa dimasalahkan, mungkin bukan saat ini tetapi di masa depan. (2) Kesiapan Pelayanan Setiap Saat. Sebagai pelayanan masyarakat terutama pelayanan di bidang kesehatan maka harus siap setiap saat, apalagi terhadap suatu kejadian yang tidak terduga misalnya kondisi tahunan baru atau libur panjang yang tidak jarang banyak terjadi kecelekaan atau adanya bencana alam. Kejadian kejadian tersebut tidak sedikit menimbulkan korban manusia yang perlu penanganan segera yang tidak jarang

ditangani terlebih dahulu di Puskesmas karena jauh dari rumah sakit. Jika diperlukan alat, bahan, dan biaya maka akan lebih cepat. (3) Antisipasi Keadaan . Apabila ternyata tahun berikutnya jumlah orang yang sakit turun. Biaya-biaya yang kita keluarkan akan lebih efisien dan ini tentu merupakan indikator yang bagus, karena membutuhkan pola pengelolaan dan pengukuran yang lebih sesuai. (4) Antisipasi Biaya Tak terduga Seringkali muncul biaya-biaya yang tidak terduga, seperti genteng bocor, cat sudah mulai mengelupas, ban ambulance bocor dan harus diganti, alat rusak dan harus segera diperbaiki dan hal-hal tidak terduga lainnya. Kita sadar hal-hal tersebut adalah hal yang butuh penanganan segera. (5) Tetap ada subsidi banyak dari pihak Puskesmas khawatir kalau setelah menjadi BLUD, maka subsidi-subsidi akan dicabut. Hal ini tidak beralasan, karena tugas PEMDA adalah memberikan jaminan pelayanan kesehatan. Saat ini yang terjadi adalah ketimpangan dari sisi kebutuhan pelayanan dan ketersediaan tenaga dan fasilitas. Jadi sudah menjadi tugas PEMDA untuk mempersempit kesenjangan tersebut. BLUD adalah pola pengelolaan keuangan untuk memudahkan dan mengamankan, bukan untuk tujuan mencari keuntungan. BLUD bukan BUMD. Fokus utama BLUD adalah peningkatan kualitas pelayanan. Apabila PEMDA memutuskan mengurangi atau mencabut subsidi, yang sebenarnya masih kurang di Puskesmas, maka kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan dipastikan akan turun. Pada akhirnya PEMDA sendiri yang akan kena masalah, seperti di demo warga, warga menjadi tidak puas, dan bisa jadi pemimpin petahana (incumbent) tidak terpilih lagi di periode berikutnya. (6) Pendapatan . Seperti telah dijelaskan di point ke 5, bahwa tujuan utama BLUD adalah peningkatan pelayanan bukan meningkatkan keuntungan. Banyak juga yang berpendapat bahwa Puskesmas harus memiliki rawat inap, atau pendapatan jumlah tertentu untuk menjadi BLUD. Hal-hal tersebut tidak ada dasar peraturannya. Alasan utama menjadikan Puskesmas sebagai BLUD adalah keamanan dalam bekerja, supaya yang dilakukan oleh pengelola Puskesmas tidak melanggar peraturan dan ketentuan-ketentuan yang ada. Alasan kedua adalah supaya kualitas pelayanan kesehatan dapat meningkat. Apabila setelah menjadi BLUD pendapatan Puskesmas tidak naik, tidak masalah. Tetapi apabila setelah menjadi BLUD, kualitas pelayanan Puskesmas tidak meningkat, baru itu jadi masalah. (7) Akreditasi . Ada juga yang berpendapat bahwa sebelum menjadi BLUD, maka harus lulus akreditasi terlebih dahulu. Hal ini juga tidak berdasar, dan yang terjadi sebenarnya adalah sebaliknya. Puskesmas sebaiknya menjadi BLUD dulu baru mempersiapkan akreditasi. Kedua Akreditasi membutuhkan banyak dana, dan tanpa fleksibilitas penggunaan

angggaran, maka Puskesmas akan kesulitan dalam memobilisasi dana yang mereka punya untuk sukses akreditasi. Contoh, apabila ada alat-alat yang perlu segera diadakan, atau ada honor-honor yang perlu disiapkan, dengan menjadi BLUD, maka hal-hal seperti itu tidak jadi kendala. Selain itu dengan menerapkan pola BLUD, maka perencanaan di tingkat Puskesmas dipaksa untuk menjadi baik. Hal ini selanjutnya akan sangat penting untuk menjawab poin-poin elemen penilaian akreditasi di bidang Admen.(8). Komerisiil Ketakutan banyak pihak, ketika Puskesmas menjadi BLUD adalah mereka menjadi mata duitan. Apa-apa di hitung dan harga-harga menjadi naik. Sebenarnya tidak ada yang salah dengan harga-harga yang naik, selama hal tersebut proporsional. Puskesmas ketika dipaksa memberikan tarif jauh dibawah harga pasar, dan disisi lain PEMDA tidak memberikan subsidi yang cukup, maka ada pihak yang dirugikan dalam hal ini. Siapa lagi kalau bukan dokter, perawat dan karyawan Puskesmas. Hal ini secara jangka panjang akan berdampak pada turunnya motivasi (9). Pelaporan Beberapa daerah memiliki kebijakan untuk menjadikan Puskesmas bertahap. Alasan mereka supaya Puskesmas-Puskesmas yang kecil tidak kesulitan. Namun hal ini seringkali berbeda di lapangan. Apabila hal itu dilakukan, maka bagian keuangan di Dinas Kesehatan akan kesulitan, karena harus menangani dua model perencanaan, penatausahaan dan pelaporan yang berbeda.(10). Tantangan Ada kesan menjadi BLUD sulit karena tidak terbiasa. Setelah menjadi BLUD, justru banyak kemudahan-kemudahan atau fleksibilitas seperti bisa menggunakan pendapatan secara langsung, pengadaan bisa lebih fleksibel, pengaturan tarif cukup pakai perbub, bisa rekrut tenaga non PNS, dan lainnya.

5.3. Faktor Faktor Yang Berpengaruh Puskesmas dalam Memberikan Pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat Pasal 2 (1) Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

- a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat;
- b. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu
- c. hidup dalam lingkungan sehat;
- dan d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

Pasal 3 (1) Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

- a. paradigma sehat;
- b. pertanggungjawaban
- b. pertanggungjawaban wilayah;
- c. kemandirian masyarakat;
- d. pemerataan;
- e. teknologi tepat guna;
- dan f. keterpaduan dan kesinambungan.

Pasal 7 Dalam menyelenggarakan fungsi

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b, Puskesmas berwenang untuk: a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu; b. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif; c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat; d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung; e. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi; f. melaksanakan rekam medis; g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan; h. melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan; i. mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan j. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan. Hal-hal yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kepada peserta BPJS antara lain:

a. Sumber Daya Manusia

Dalam Pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 huruf a, Puskesmas berwenang untuk: a. melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan; f. melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas; Sedangkan dalam Pasal 16 (1) Sumber daya manusia Puskesmas terdiri atas Tenaga Kesehatan dan tenaga non kesehatan. (2) Jenis dan jumlah Tenaga Kesehatan dan tenaga non kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja. (3) Jenis Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit terdiri atas: a. dokter atau dokter layanan primer; b. dokter gigi; c. perawat; d. bidan; e. tenaga kesehatan masyarakat; f. tenaga kesehatan lingkungan; g. ahli teknologi laboratorium medik; h. tenaga gizi; dan i. tenaga kefarmasian. (4) Tenaga non kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dapat

mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di Puskesmas.

b. Fasilitas

Dalam peraturan presiden republik indonesia nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan . Pasal 30 (1) Fasilitas Kesehatan wajib menjamin Peserta yang dirawat inap mendapatkan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis. (2) Fasilitas Kesehatan rawat jalan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan Fasilitas Kesehatan penunjang untuk menjamin ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan. Pelayanan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai Pasal 32 (1) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk Peserta Jaminan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan berpedoman pada daftar dan harga obat, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri. (2) Daftar dan harga obat dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditinjau kembali paling lambat 2 (dua) tahun sekali. Pasal 33 (1) Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap Fasilitas Kesehatan. (2) Peserta yang menerima pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, harus segera dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan. Pelayanan Dalam Keadaan Tidak Ada Fasilitas Kesehatan Yang Memenuhi Syarat Pasal 34 (1) Dalam hal di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi. (2) Kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa : a. penggantian uang tunai; b. pengiriman tenaga kesehatan; atau c. penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu. (3) Penggantian uang tunai sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi. (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pemberian kompensasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri. Mayoritas peserta BPJS yang berobat ke Puskesmas adalah masyarakat miskin maka tidaklah mudah untuk dapat memahami bagaimana memanfaatkan fasilitas BPJS, jangankan mayoritas miskin yang kebanyakan berpendidikan rendah bahkan masyarakat yang berpendidikan tinggipun tidak

muah untuk memahami bagaimana memanfaatkan fasilitas BPJS. Karena itulah perlu adanya pemberdayaan masyarakat agar paham bagaimana memanfaatkan fasilitas kesehatan.

c. Rujukan

Dalam lampiran peraturan menteri kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Dalam . Ketentuan umum: a. Puskesmas yang menjadi Puskesmas rawat inap merupakan Puskesmas yang letaknya strategis terhadap Puskesmas non rawat inap dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama disekitarnya, yang dapat dikembangkan menjadi pusat rujukan antara atau pusat rujukan. b. Rawat inap di Puskesmas hanya diperuntukkan untuk kasus-kasus yang lama rawatnya paling lama 5 hari. Pasien yang memerlukan perawatan lebih dari 5 (lima) hari harus dirujuk ke rumah sakit, secara terencana. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Pasal 41 (1) Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan dapat melaksanakan rujukan. (2) Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai sistem rujukan. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasal 45(1) Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota serta fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Puskesmas, sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

Dalam Lampiran Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional. Sistem Kesehatan Nasional disusun dengan memperhatikan inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan. Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antar tingkatan upaya. Upaya kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan Rujukan di bidang upaya kesehatan perorangan

dalam bentuk pengiriman pasien, spesimen, dan pengetahuan tentang penyakit dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya, serta rujukan di bidang upaya kesehatan masyarakat dilaksanakan secara bertanggung jawab oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berwenang serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan yang berlaku. Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder. Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

Apabila pasien memerlukan rujukan maka telah diatur terkait dengan rujukan yaitu azas keempat adalah rujukan. Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas terbatas. Padahal Puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatannya Puskesmas wajib, pengembangan dan inovasi harus ditopang oleh azas rujukan. Apabila pasien memerlukan rujukan maka telah diatur terkait dengan rujukan yaitu azas keempat adalah rujukan. Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas terbatas. Padahal Puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatannya. Untuk membantu Puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi, maka penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) harus ditopang oleh azas rujukan. Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama. Sesuai dengan jenis upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas ada dua macam rujukan yang dikenal, yakni: (a) Rujukan upaya kesehatan perorangan Cakupan rujukan pelayanan kesehatan perorangan adalah kasus penyakit. Apabila suatu Puskesmas tidak mampu menanggulangi satu kasus penyakit tertentu, maka Puskesmas tersebut wajib merujuknya ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu (baik horisontal maupun vertikal).

Sebaliknya pasien paska rawat inap yang hanya memerlukan rawat jalan sederhana, dirujuk ke Puskesmas. Rujukan upaya kesehatan perorangan dibedakan atas tiga macam: 1). Rujukan kasus keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan medik (biasanya operasi) dan lain-lain. 2). Rujukan bahan pemeriksaan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap. 3). Rujukan ilmu pengetahuan antara lain mendatangkan tenaga yang lebih kompeten untuk melakukan bimbingan kepada tenaga Puskesmas dan ataupun menyelenggarakan pelayanan medik di Puskesmas. (b). Rujukan upaya kesehatan masyarakat. Cakupan rujukan pelayanan kesehatan masyarakat adalah masalah kesehatan masyarakat, misalnya kejadian luar biasa, pencemaran lingkungan, dan bencana. Rujukan pelayanan kesehatan masyarakat juga dilakukan apabila satu Puskesmas tidak mampu menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat wajib dan pengembangan, padahal upaya kesehatan masyarakat tersebut telah menjadi kebutuhan masyarakat. Apabila suatu Puskesmas tidak mampu menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, maka Puskesmas tersebut wajib merujuknya ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Rujukan upaya kesehatan masyarakat dibedakan atas tiga macam: 1). Rujukan sarana dan logistik, antara lain peminjaman peralatan fogging, peminjaman alat laboratorium kesehatan, peminjaman alat audio visual, bantuan obat, vaksin, bahan-bahan habis pakai dan bahan makanan. 2). Rujukan tenaga antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyelidikan kejadian luar biasa, bantuan penyelesaian masalah hukum kesehatan, penanggulangan gangguan kesehatan karena bencana alam. 3). Rujukan operasional, yakni menyerahkan sepenuhnya masalah kesehatan masyarakat dan tanggungjawab penyelesaian masalah kesehatan masyarakat dan atau penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Rujukan operasional diselenggarakan apabila Puskesmas tidak mampu.

d. Informasi

Mayoritas peserta BPJS yang berobat ke Puskesmas adalah masyarakat miskin maka tidaklah mudah untuk dapat memahami bagaimana memanfaatkan fasilitas BPJS, jangankan masyarakat yang mayoritas miskin yang kebanyakan berpendidikan rendah bahkan masyarakat yang berpendidikan tinggipun tidak mudah untuk memahami bagaimana memanfaatkan fasilitas BPJS. Sebagai

kebijakan baru yang menyangkut kepentingan masyarakat luas maka wajar apabila terjadi kesimpangsiuran informasi dalam pelayanan BPJS. Terkait dengan itu maka penanganan keluhan diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 45 (1) Dalam hal Peserta tidak puas terhadap pelayanan Jaminan Kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, Peserta dapat menyampaikan pengaduan kepada Fasilitas Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan. (2) Dalam hal Peserta dan/atau Fasilitas Kesehatan tidak mendapatkan pelayanan yang baik dari BPJS Kesehatan, dapat menyampaikan pengaduan kepada Menteri. (3) Penyampaian pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus memperoleh penanganan dan penyelesaian secara memadai dan dalam waktu yang singkat serta diberikan umpan balik ke pihak yang menyampaikan. (4) Penyampaian pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penyelesaian Sengketa Pasal 46 (1) Sengketa antara: a. Peserta dengan Fasilitas Kesehatan; b. Peserta dengan BPJS Kesehatan; c. BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan; atau d. BPJS Kesehatan dengan asosiasi Fasilitas Kesehatan; diselesaikan dengan cara musyawarah oleh para pihak yang bersengketa. (2) Dalam hal sengketa tidak dapat diselesaikan secara musyawarah, sengketa diselesaikan dengan cara mediasi atau melalui pengadilan. (3) Cara penyelesaian sengketa melalui mediasi atau melalui pengadilan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. Pengawasan

Terkait dengan pengawasan maka Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat Bab IX Pembinaan Dan Pengawasan Pasal 45 (1) Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota serta fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Puskesmas, sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. (2) Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat melibatkan organisasi profesi dalam melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Puskesmas. (3)

Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat. (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dalam bentuk fasilitasi, konsultasi, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan. (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sampai dengan ayat (4) tercantum.

Salah satu upaya pengawasan dan peningkatan kualitas pelayanan Puskesmas maka dilakukan akreditasi sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Pasal 18 (1) Menteri, Gubernur, Bupati/Walikota melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Akreditasi sesuai tugas dan wewenang masing-masing. (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menjamin akuntabilitas pelaksanaan Akreditasi dan kesinambungan upaya peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Pasal 19 (1) Dalam hal lembaga independen penyelenggara Akreditasi belum ditetapkan oleh Menteri, survei dan penetapan status Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilaksanakan oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dibentuk oleh Menteri. (2) Selain melaksanakan survei dan penetapan status Akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama bertugas memberikan kajian dan rekomendasi kepada Menteri dalam rangka penetapan lembaga independen penyelenggara Akreditasi. (3) Lembaga independen penyelenggara Akreditasi harus sudah terbentuk paling lambat 4 (empat) tahun sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.

Akreditasi merupakan instrumen yang penting dalam meningkatkan pelayanan Puskesmas karena dalam akreditasi juga dilakukan berbagai upaya untuk mengatasi berbagai masalah yang ada di Puskesmas dengan melakukan pendampingan sebagai mana disebutkan dalam peraturan menteri kesehatan tersebut di muka yaitu pada Pasal 11 (1) Pendampingan praakreditasi merupakan rangkaian kegiatan penyiapan Puskesmas, Klinik

Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi agar memenuhi standar Akreditasi. (2) Penilaian praakreditasi merupakan kegiatan penilaian yang dilakukan setelah selesai pendampingan praakreditasi untuk mengetahui kesiapan Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam melaksanakan survei Akreditasi. (3) Pendampingan dan penilaian praakreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan oleh Tim Pendamping. Pasal 12 (1) Pendampingan pascaakreditasi merupakan kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan pencapaian standar Akreditasi secara berkesinambungan sampai dilakukan penilaian Akreditasi berikutnya. (2) Pendampingan pascaakreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan bagi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, atau tempat praktik mandiri dokter gigi yang telah dinyatakan terakreditasi. (3) Kegiatan pendampingan pascaakreditasi dilakukan setiap 1 (satu) tahun. (4) Pendampingan pascaakreditasi untuk Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dilakukan oleh Tim Pendamping.

f. Masyarakat

Masyarakat sebagai pengguna /penerima pelayanan kesehatan sangat berpengaruh pada baik buruknya pelayanan Puskesmas . Terkait dengan hal ini adalah budaya dalam menjaga kesehatan masyarakat serta budaya dalam berinteraksi dan mengakses dengan upaya-upaya dalam memelihara kesehatannya, opini masyarakat terhadap Puskesmas. Respon masyarakat merupakan hal yang penting terhadap kondisi dan situasi dalam menjaga kesehatannya, respon terhadap sistem pelayanan kesehatan. Masyarakat akan merespon bagaimana pelayanan puskesmas, ketersediaan sarana fasilitas kesehatan, kemudahan akses, dan keterjangkauan masyarakat baik jarak maupun finansial.

5.4. Rancangan Model Optimalisasi Puskesmas Dalam Melayani Peserta BPJS

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Pasal 29 (1) Untuk pertama kali setiap Peserta didaftarkan oleh BPJS Kesehatan pada satu Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dinas kesehatan kabupaten/kota setempat. (2) Dalam jangka waktu paling sedikit 3 (tiga) bulan

selanjutnya Peserta berhak memilih Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang diinginkan. (3) Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar. (4) Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku bagi Peserta yang: a. berada di luar wilayah Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau b. dalam keadaan kegawatdaruratan medis. (5) Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundangundangan. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan diatur dengan Peraturan Menteri.

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 1 yang dimaksud dengan Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. 2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. 3. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. 4. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. 5. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak Peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam ayat 14. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat. Dalam Bab 3 Tanggung Jawab Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Pasal 35 (1) Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan. (2) Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Pasal 36 (1) Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua

Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. (2) Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. (3) Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. (4) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis. (5) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Dalam mengatasi berbagai masalah Puskesmas tidak terlepas dari kedudukan dan kewenangan dalam mengambil kebijakan untuk mengoptimalkan semua sumber daya yang dimilikinya. Dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/Sk/I/2004 Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Dalam Bab 2 terkait dengan Konsep Dasar Puskesmas. Fungsi Puskesmas sebagai (1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan. Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu Puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. (2) Pusat pemberdayaan masyarakat. Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat. (3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab Puskesmas meliputi: a. Pelayanan kesehatan perorangan. Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk Puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap. b. Pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya. Sedangkan Kedudukan Puskesmas dibedakan menurut keterkaitannya dengan Sistem Kesehatan Nasional, Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota dan Sistem Pemerintah Daerah: (1) Sistem Kesehatan Nasional. Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. (2) Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota. Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan. Kabupaten /Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan kabupaten/kota di wilayah kerjanya. (3) Sistem Pemerintah Daerah. Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Pemerintah Daerah adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang merupakan unit struktural Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bidang kesehatan di tingkat kecamatan. (4) .Antar Sarana Pelayanan Kesehatan Strata Pertama. Di wilayah kerja Puskesmas terdapat berbagai organisasi pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta seperti praktek dokter, praktek dokter gigi, praktek bidan, poliklinik dan balai kesehatan masyarakat. Kedudukan Puskesmas di antara berbagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama ini adalah sebagai mitra. Di wilayah kerja Puskesmas terdapat pula berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis dan bersumber daya masyarakat seperti posyandu, polindes, pos obat desa dan pos UKK. Dalam mengelola Puskesmas mempunyai tata kerja sebagai berikut: (1) Dengan Kantor Kecamatan Dalam melaksanakan fungsinya, Puskesmas berkoordinasi dengan kantor kecamatan melalui pertemuan berkala yang diselenggarakan di tingkat kecamatan. Koordinasi tersebut mencakup perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian. Dalam hal pelaksanaan fungsi penggalan sumber daya masyarakat oleh Puskesmas, koordinasi dengan kantor kecamatan mencakup pula kegiatan fasilitasi. (2) Dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Puskesmas adalah unit

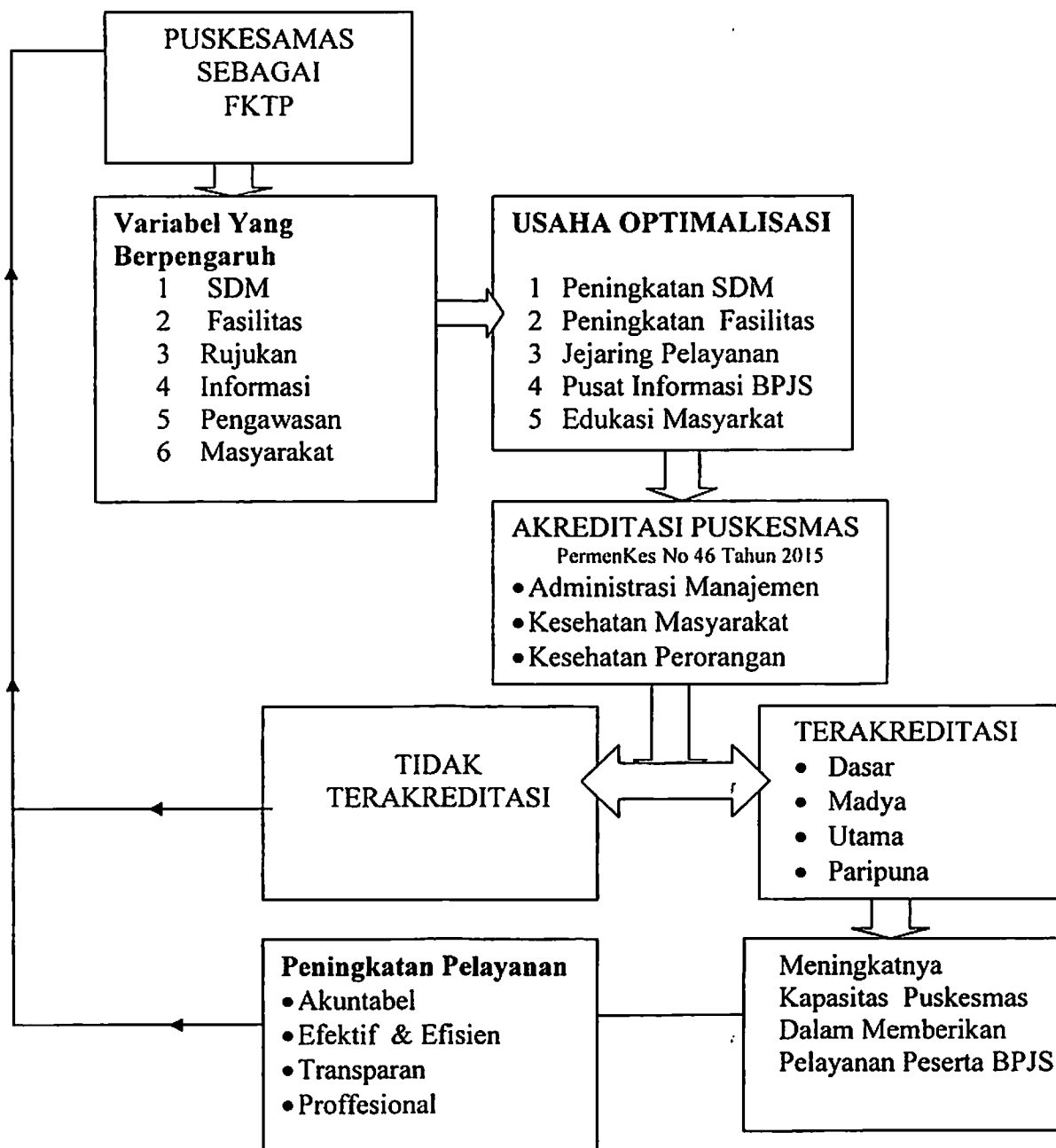
pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan demikian secara teknis dan administratif, Puskesmas bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebaliknya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggungjawab membina serta memberikan bantuan administratif dan teknis kepada Puskesmas. (3) Dengan Jaringan Pelayanan Kesehatan Strata Pertama . Sebagai mitra pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta, Puskesmas menjalin kerjasama termasuk penyelenggaraan rujukan dan memantau kegiatan yang diselenggarakan. Sedangkan sebagai pembina upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, Puskesmas melaksanakan bimbingan teknis, pemberdayaan dan rujukan sesuai kebutuhan. (4) Dengan Jaringan Pelayanan Kesehatan Rujukan . Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, Puskesmas menjalin kerjasama yang erat dengan berbagai pelayanan kesehatan rujukan. Untuk upaya kesehatan perorangan, jalinan kerjasama tersebut diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan perorangan seperti rumah sakit (kabupaten/kota) dan berbagai balai kesehatan masyarakat (balai pengobatan penyakit paru-paru, balai kesehatan mata masyarakat, balai kesehatan kerja masyarakat, balai kesehatan olahraga masyarakat, balai kesehatan jiwa masyarakat, balai kesehatan indra masyarakat). Sedangkan untuk upaya kesehatan masyarakat, jalinan kerjasama diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat rujukan, seperti Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan, Balai Laboratorium Kesehatan serta berbagai balai kesehatan masyarakat. Kerjasama tersebut diselenggarakan melalui penerapan konsep rujukan yang menyeluruh dalam koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. (5) Dengan Lintas Sektor . Tanggungjawab Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis adalah menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Untuk mendapat hasil yang optimal, penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut harus dapat dikoordinasikan dengan berbagai lintas sektor terkait yang ada di tingkat kecamatan. Diharapkan di satu pihak, penyelenggaraan pembangunan kesehatan di kecamatan tersebut mendapat dukungan dari berbagai sektor terkait, sedangkan di pihak lain pembangunan yang diselenggarakan oleh sektor lain di tingkat kecamatan berdampak positif terhadap kesehatan. (6) Dengan Masyarakat Sebagai penanggungjawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, Puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) yang

menghimpun berbagai potensi masyarakat, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, organisasi kemasyarakatan, serta dunia usaha. BPP tersebut berperan sebagai mitra Puskesmas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan.

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang sistem Kesehatan Nasional . Pasal 1 angka 2. Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pasal 4 (1) SKN dilaksanakan oleh pemerintah , pemerintah daerah , dan/atau masyarakat (2) SKN dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis , terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan dengan menjaga kemajuan, kesatuan dan ketahanan nasional. Pasal 6 (1) Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. (2) Profesionalisme sumber daya manusia kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dibina oleh Menteri hanya bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. (3) Pelaksanaan SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhatikan: a. cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; b. pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat; c. kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat; d. kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan; e. inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan; f. pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak; g. dinamika keluarga dan kependudukan; h. keinginan masyarakat; i. epidemiologi penyakit; j. perubahan ekologi dan lingkungan; dan k. globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sector. Persoalan yang kerap muncul dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan, antara lain, Pertama tidak adanya transparansi manajemen rumah sakit dalam pembagian paket dari BPJS yang didistribusikan kepada tenaga kesehatan (dokter) maupun untuk obat. Kedua, pemerintah semestinya juga memberikan insentif kepada RS swasta terkait dengan layanan BPJS Ketiga, BPJS

Kesehatan semestinya melakukan pemetaan daerah yang padat penduduk dan tidak padat penduduk..(Okky Asokawati , 2016 : 4) Dari berbagai permasalahan dan pengembangan Puskesmas maka berikut ini dikemukakan Rancangan Model Optimalisasi Puskesmas sebagaimana gambar berikut.

**RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS
SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK
MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS**



Akreditasi Puskesmas mempunyai peran yang strategis untuk meningkatkan kesiapan Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.. Dasar Hukum Akreditasi

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 49 bahwa setiap dokter/dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 54 ayat (1) menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggungjawab, aman, bermutu serta merata dan non diskriminatif, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang JKN Pasal 11 ayat (e) BPJS berwenang membuat atau memutuskan kontrak kerja dengan Fasyankes, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang JKN Pasal 42; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan,.. dst, Penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan; Permenkes 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN; Pasal 6 (2) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi Permenkes 46/2015 tentang Akreditasi FKTP

Akreditasi Puskesmas : Pelayanan Yang diakreditasi : Administrasi manajemen Puskesmas, Penyelenggaraan Program Puskesmas (UKM) , Pelayanan Klinis (UKP)

Tujuan Akreditasi: Memberikan keunggulan kompetitif , Memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap fasyankes, Menjamin diselenggarakannya pelayanan kesehatan primer kepada pasien dan masyarakat, Meningkatkan pendidikan pada staf fasyankes primer untuk memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat, Meningkatkan pengelolaan risiko baik pada pelayanan pasien baik di puskesmas maupun fasyankes primer lainnya, dan penyelenggaraan upaya puskesmas kepada masyarakat, Membangun dan meningkatkan kerja tim antar staf fasyankes primer, Meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja, Meningkatkan keamanan dalam bekerja.

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 1 Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan: Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk

menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. **Pasal 54** (1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. (2) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1). (3) Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat. **Pasal 55** (1) Pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan. (2) Standar mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran **Pasal 49** (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya. (2) Dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan audit medis. (3) Pembinaan dan pengawasan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan oleh organisasi profesi. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional **Pasal 1** Dalam Peraturan Presiden ini yang dimaksud dengan: 1. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. 2. Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. **Pasal 3** (1) Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dikelompokkan dalam subsistem: a. upaya kesehatan; b. penelitian dan pengembangan kesehatan; c. pembiayaan kesehatan; d. sumber daya manusia kesehatan; e. sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; f. manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan g. pemberdayaan masyarakat. (2) Rincian SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Presiden ini. **Pasal 4** (1) SKN dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. (2) SKN dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan dengan menjaga kemajuan, kesatuan, dan ketahanan nasional. (3) Pelaksanaan SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berdasarkan standar persyaratan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. **Pasal 6** (1) Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya

kuratif dan rehabilitatif. (2) Profesionalisme sumber daya manusia kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dibina oleh Menteri hanya bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. (3) Pelaksanaan SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhatikan: a. cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; b. pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat; c. kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat; d. kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan; e. inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan; f. pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak; g. dinamika keluarga dan kependudukan; h. keinginan masyarakat; i. epidemiologi penyakit j. perubahan ekologi dan lingkungan; dan k. globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sektor. Dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013: Pasal 42: 1. Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektivitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. 2. Penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta. 3. Ketentuan mengenai penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat(2) diatur dengan Peraturan BPJS. Pasal 43 Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri bertanggungjawab untuk: a..Penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*); b.Pertimbangan klinis (*clinical advisory*) dan Manfaat Jaminan Kesehatan; c.Perhitungan standar *tarif*; dan *Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan*; (2) Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, Menteri berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional.

Mengapa Perlu Akreditasi Puskesmas? Isu Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar: (1) Pemberian pelayanan publik yang berkualitas dan mampu memberikan kepuasan bagi masyarakat merupakan kewajiban yang harus dilakukan oleh pemerintah; (2) Puskesmas sebagai ujung tombak dan sekaligus sebagai tolok ukur pelayanan publik di bidang kesehatan, merupakan salah satu pilar dalam memenuhi tuntutan reformasi birokrasi; (3)

Penilaian kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas menunjukkan hasil yang belum memenuhi standar kualitas. Manfaat Akreditasi Puskesmas Memberikan keunggulan kompetitif . Memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap fasyankes . Menjamin diselenggarakannya pelayanan kesehatan primer kepada pasien dan masyarakat., Meningkatkan pendidikan pada staf Fasyankes primer untuk memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat, Meningkatkan pengelolaan risiko baik pada pelayanan pasien baik di Puskesmas maupun fasyankes primer lainnya, dan penyelenggaraan upaya Puskesmas kepada masyarakat, Membangun dan meningkatkan kerja tim antar staf fasyankes primer, Meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja, Meningkatkan keamanan dalam bekerja,

Dalam peraturan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional Pasal 5 (1) Untuk dapat melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 harus memenuhi persyaratan. Sedangkan dalam pasal 6 ayat (2) menyebutkan (2) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi Pasal 9 (1) Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing . Pasal 10 (1) Perpanjangan kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan setelah dilakukan rekredensialing. (2) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menggunakan kriteria teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) dan penilaian kinerja yang disepakati bersama. (3) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat (tiga) bulan sebelum masa perjanjian kerja sama berakhir Pasal 13 (1) Setiap Peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. (2) Pelayanan kesehatan bagi Peserta yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas: a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; b. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, yang terdiri atas: 1. pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialistik); dan 2. pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspesialistik); c. pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri Pasal 15 (1) Dalam hal Peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan Sistem Rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan. (2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. (3)

Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas. (5) Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasal 16 Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisik yang meliputi: a. administrasi pelayanan; b. pelayanan promotif dan preventif; c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif; e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; f. transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis; g. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama; dan h. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis. Pasal 17 (1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 untuk pelayanan medis mencakup: a. kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; b. kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan; c. kasus medis rujuk balik; d. pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama; e. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan f. rehabilitasi medik dasar. (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan panduan klinis. (3) Panduan klinis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri. Pasal 18 Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf h mencakup: a. rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; b. pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi; c. pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONE; d. pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan e. pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis. Pasal 19 (1) Obat dan Alat Kesehatan Program Nasional yang telah ditanggung oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah, tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. (2) Obat dan Alat Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. alat kontrasepsi dasar; b. vaksin untuk imunisasi dasar; dan c. obat program pemerintah. Pasal 23 (1) Peserta berhak mendapat pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis (2) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama

maupun Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. (3) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada Peserta berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri. (4) Daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan. (5) Penambahan dan/atau pengurangan daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Pasal 25 (1) BPJS Kesehatan menjamin kebutuhan obat program rujuk balik melalui Apotek atau depo farmasi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. (2) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar BPJS Kesehatan di luar biaya kapitasi. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan obat program rujuk balik diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan Pasal 38 (1) Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dilakukan melalui: a. pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan; b. pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan; dan c. pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta. Untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019 yang telah direvisi dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/422//2017 tentang Revisi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan melaksanakan program pembinaan pelayanan kesehatan. Sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 tahun, adalah sebagai berikut (LAKIP DirjenYan 2017:18)

Kewajiban Klinik Kesehatan Sesuai dengan PMK No 9 Tahun 2014 Tentang Klinik Setiap Klinik Kesehatan mempunyai kewajiban: a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan yang diberikan; b. memberikan pelayanan yang efektif, aman, bermutu, dan nondiskriminasi dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional; c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya tanpa meminta uang muka terlebih dahulu atau mendahulukan kepentingan finansial; d. memperoleh persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan (informed consent); e. mengadakan rekam medis; f. melaksanakan sistem rujukan dengan tepat; g. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan; h. menghormati dan melindungi hak-hak pasien; i. memberikan

informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien; j. melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan; k. memiliki standar prosedur operasional; l. melakukan pengelolaan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; m. melaksanakan fungsi sosial; n. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan; o. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Klinik Kesehatan; dan p. memberlakukan seluruh lingkungan Klinik Kesehatan sebagai kawasan tanpa rokok.

Permenkes No. 46 tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Pasal 1 Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan: 1. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. 2. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. 3. Klinik Pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus. Dalam Pasal 2 Pengaturan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi bertujuan untuk: a. meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; b. meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi; dan c. meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan/atau kesehatan masyarakat Pasal 3 (1) Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi. (2) Akreditasi Puskesmas dan Klinik Pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap 3 (tiga) tahun. (3) Akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap 5 (lima) tahun. (4) Pemerintah Daerah berkewajiban mendukung, memotivasi, mendorong, dan memperlancar proses pelaksanaan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi.

Dalam lampiran 1 peraturan menteri kesehatan nomor 46 tahun 2015 Tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. **Standar akreditasi puskesmas** Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Indikator kecamatan sehat adalah lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, serta derajat kesehatan penduduk kecamatan. Untuk mendukung kecamatan sehat salah satu upaya yang dikembangkan saat ini adalah dengan adanya Desa Siaga, yang salah satu indikatornya adalah ada Pos Kesehatan Desa sebagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), dengan penggerakan masyarakat wilayah desa/kelurahan, dan sebagai upaya Pertolongan Pertama Pada Penyakit (P3P) dan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K).

Agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik, baik kinerja pelayanan, proses pelayanan, maupun sumber daya yang digunakan. Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta. Penilaian keberhasilan Puskesmas dapat dilakukan oleh internal

organisasi Puskesmas itu sendiri, yaitu dengan "Penilaian Kinerja Puskesmas," yang mencakup manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan, disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS). Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS.

Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi. Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi Puskesmas adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan.

Selain itu, prinsip dan dasar yang ditetapkan dalam Sistem Kesehatan Nasional yang menggarisbawahi soal hak asasi manusia dan responsif gender, juga dipakai dalam standar akreditasi Puskesmas ini untuk menjamin bahwa semua pasien mendapatkan pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien, tanpa memandang golongan sosial, ekonomi, pendidikan, jenis kelamin, ras, maupun suku. Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu: a. Kelompok Administrasi Manajemen, yang diuraikan dalam b. Kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), yang diuraikan dalam c. Kelompok Upaya Kesehatan Perorangan. Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyediakan pelayanan kepada masyarakat. Oleh karena itu perlu ditetapkan jenis-jenis pelayanan yang disediakan bagi masyarakat sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan permasalahan kesehatan yang ada di wilayah kerjanya dengan mendapatkan masukan dari masyarakat melalui proses pemberdayaan masyarakat. Penilaian kebutuhan masyarakat dilakukan dengan melakukan pertemuan dengan tokoh-tokoh masyarakat, sektor terkait, dan kegiatan survei mawas diri, serta memperhatikan data surveilans untuk kemudian dilakukan analisis kesehatan komunitas (*community health analysis*) sebagai bahan penyusunan rencana Puskesmas. Rencana Puskesmas dituangkan dalam bentuk rencana lima tahunan dan

rencana tahunan berupa Rencana Usulan Kegiatan untuk anggaran tahun berikut dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan untuk anggaran tahun berjalan, yang diuraikan lebih lanjut dalam rencana kegiatan bulanan, baik untuk kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam penyusunan rencana usulan kegiatan memperhatikan siklus perencanaan yang ada di daerah melalui mekanisme musrenbang desa, kecamatan, kabupaten, dengan memperhatikan potensi daerah masing-masing dan waktu pelaksanaan musrenbang. Bagi Puskesmas yang ditetapkan sebagai PPK-BLUD harus menyusun rencana strategi bisnis dan rencana bisnis anggaran, sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan tentang PPK-BLUD. Mutu dan kinerja pelayanan perlu diupayakan untuk ditingkatkan secara berkesinambungan, oleh karena itu umpan balik dari masyarakat dan pengguna pelayanan Puskesmas secara aktif diidentifikasi sebagai bahan untuk penyempurnaan pelayanan Puskesmas.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik Pasal 14 Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Klinik harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien. Permenkes No. 75 tahun 2014 ttg Puskesmas Pasal 39 ayat 1: Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2017 Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, menyatakan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama harus terakreditasi dan rumah sakit harus memiliki sertifikat akreditasi. Berdasarkan kondisi di atas, maka tantangan strategis yang dihadapi oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang tertuang di dalam Rencana Aksi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 2015-2019 adalah sebagai berikut: Perlunya penguatan pelayanan kesehatan primer; Perlunya penetapan sistem regionalisasi rujukan di seluruh provinsi; Perlunya penetapan dan pembangunan sistem rujukan nasional; Tidak meratanya jumlah, jenis dan kompetensi SDM Kesehatan; Kapasitas manajemen puskesmas dan rumah sakit yang tidak merata, dan belum berbasiskan sistem manajemen kinerja; Belum tersedianya sarana prasarana dan alkes pada PPK I yang sesuai standar secara merata di seluruh Indonesia; Belum terintegrasinya data dan sistem informasi di pusat, daerah, rumah sakit dan puskesmas; Kebijakan pemerintah daerah yang belum tersinkronisasi dengan kebijakan

pemerintah pusat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2017 telah melaksanakan program dan kegiatan untuk mencapai indikator kinerja program. Uraian pencapaian kinerja dari masing-masing indikator adalah sebagai berikut: Indikator pencapaian sasaran tahun 2017 dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 yang menjadi tanggung jawab Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang tersertifikasi akreditasi
2. Jumlah Kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional.

Di bawah ini akan disampaikan pencapaian program dan kegiatan Ditjen Pelayanan Kesehatan tahun 2017, yaitu:

- a. Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang tersertifikasi akreditasi
- 1) Sasaran strategis Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat.
- 2) Definisi Operasional Yang dimaksud kecamatan yang memiliki satu Puskesmas yang tersertifikasi akreditasi yaitu kecamatan yang memiliki minimal satu Puskesmas yang telah memiliki sertifikat akreditasi yang dikeluarkan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi atau Komisi Akreditasi FKTP sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- 3) Cara Perhitungan Cara perhitungan adalah dengan menjumlahkan seluruh kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang terakreditasi (kumulatif). Sedangkan cara mengukur adalah dengan dibuktikan adanya sertifikat akreditasi untuk Puskesmas yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
- 4) Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target
 - a) Mewujudkan tersedianya regulasi dan NSPK dalam peningkatan mutu melalui pelaksanaan akreditasi Puskesmas
 - b) Mewujudkan penguatan tugas dan fungsi Dinkes Provinsi dan Kabupaten/Kota
 - c) Penguatan Komisi Akreditasi FKTP
 - d) Peningkatan Kompetensi SDM Kesehatan dalam pelaksanaan akreditasi Puskesmas dan FKTP lainnya
 - e) Penguatan dukungan Stakeholder terkait.
- 5) Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target:
 - a) Dukungan pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus Fisik tahun 2017 sebesar Rp. 3.205.121.441.000,-
 - b) Dukungan pelaksanaan Akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk akreditasi Puskesmas Tahun Anggaran 2017 sebesar Rp Rp 475,991,880,000,- untuk 422 Kabupaten/Kota
 - c) Dukungan pelaksanaan Akreditasi Puskesmas melalui Dana Dekonsentrasi tahun 2017 untuk kegiatan Pelatihan Pendamping Akreditasi FKTP dan Workshop Teknis Akreditasi FKTP sebesar Rp 11,967,960,727,- di 34 Provinsi
 - d) Penyediaan minimal 1 (satu) Tim Pelatih Pendamping Akreditasi ditingkat Provinsi. Sampai saat ini sudah tersedia 74 tim pelatih akreditasi FKTP yang tersebar di 34 provinsi.
 - e) Penyediaan minimal 1 (satu) Tim Survei per Provinsi. Sampai saat ini sudah tersedia 612

Surveior (204 Tim) yang tersebar di 34 provinsi. Penyediaan calon surveior tahun 2017 melalui Kegiatan Peningkatan Teknis Calon Surveior FKTP sebanyak 8 angkatan f) Penyediaan minimal 1 (satu) Tim Pendamping Akreditasi di setiap Kab/kota. Saat ini sudah tersedia Tim pendamping Akreditasi sebanyak 1405 Tim yang tersebar di 497 Kab/Kota di 34 provinsi. Bagi Kabupaten/Kota yang belum memiliki Tim Pendamping Akreditasi terlatih akan dipenuhi di 2018. g) Penyusunan pedoman penyelenggaraan akreditasi Puskesmas, seperti : Buku Pedoman Pendampingan Akreditasi FKTP, Buku Pedoman Petunjuk Teknis Survei akreditasi FKTP, Pedoman Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer, Pedoman Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di FKTP, Pedoman Audit Internal dan Rapat Tinjauan Manajemen, Pedoman Bimtek Mutu dan Akreditasi FKTP, Pedoman Pelaksanaan Sistem Informasi Akreditasi FKTP berbasis Internet (website), Bimbingan Teknis oleh Komisi dan Subdit Mutu dan Akreditasi ke Kabupaten/kota dalam rangka persiapan akreditasi Puskesmas. Bimtek ini dimaksudkan untuk membantu daerah dalam mempersiapkan dan mempercepat kesiapan Puskesmas dalam pelaksanaan akreditasi agar tidak terjadi penumpukan pengusul survei di akhir tahun. h) Pengembangan sistem pencatatan pelaporan pelaksanaan akreditasi FKTP yang real time, berbasis internet (website) melalui WebSite SIAF <https://siaf.kemkes.go.id> i) Pelaksanaan Rapat Kerja Komisi Akreditasi FKTP dalam rangka evaluasi teknis penyelenggaraan akreditasi Puskesmas yang dilaksanakan di Bali Tanggal 22-24 Mei 2017 yang menghasilkan kesepakatan untuk perbaikan pelaksanaan akreditasi FKTP. j) Peningkatan Kemampuan Teknis Pelatih Pendamping Akreditasi FKTP (1 angkatan). k) Lomba inovasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Puskesmas dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional (HKN) ke 53 tahun 2017 dan untuk menjamin kesinambungan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas sebagai garda terdepan dalam upaya pelayanan kesehatan tingkat primer. Kegiatan ini merupakan salah satu bentuk penghargaan yang diberikan secara institusi kepada Puskesmas. Berdasarkan hasil verifikasi pada 6 (enam) Puskesmas, maka Puskesmas yang mendapat penghargaan sebagai berikut : 6) Pencapaian Kinerja

BAB VI

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

Sebagai tindak lanjut dari penelitian Th II maka pada penelitian Th III akan dilakukan penelitian untuk mengkaji implementasi Model dengan melakukan evaluasi implementasi Akreditasi untuk optimalisasi Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama bagi pasien peserta BPJS





BAB VII.

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

- 1 Peran dan Fungsi Puskesmas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. BPJS sendiri terbagi menjadi dua jenis yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Sedangkan Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Mutu pelayanan khususnya pelayanan kesehatan primer sering dikaitkan dengan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan salah satu sasaran utama yang dicapai dalam pengembangan JKN. Kepuasan pasien merupakan tanggapan pasien terhadap kesesuaian kebutuhan (ekspektasi) pasien sebelum dan sesudah menerima pelayanan, maka pasien yang merasakan kepuasan terhadap layanan kesehatan memiliki kecenderungan untuk patuh, taat terhadap kegiatan pengobatan dan menjadi pelanggan setia. Lima dimensi untuk mengevaluasi mutu layanan kesehatan meliputi bukti fisik, daya tanggap, kehandalan, empati dan jaminan. Fungsi Puskesmas
- 2 Pelayanan Puskesmas terhadap peserta BPJS diatur : **Undang-Undang** UU 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional UU 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial **Peraturan Presiden** Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, yang telah dirubah beberapa kali, yaitu: Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Perubahan 1) Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 (Perubahan 2) Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016

(Perubahan 3) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 (Perubahan 4) **Penjaminan Manfaat Pelayanan** Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional yang telah diubah menjadi Permenkes Nomor 99 Tahun 2016, Permenkes 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Kepmenkes Nomor HK.01.07/Menkes/659/2017 tentang Formularium Nasional, Kepmenkes Nomor HK.02.02/Menkes/252/2016 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan, Kepmenkes Nomor HK.02.02/Menkes/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di FKTP, Kepmenkes No HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktik Klinik Bagi Dokter Gigi, Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Thn 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Permenkes Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas, Permenkes Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama, Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat praktik Mandiri Dokter dan Tempat Mandiri Dokter Gigi, Pemenkes Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek **Tarif Pelayanan Kesehatan** , Pemenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan , Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dengan Direktur BPJS Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 dan Nomor 2 Tahun 2017 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada FKTP, Perpres 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, Permenkes Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, Permenkes Nomor 88/PMK.02/2016 tentang Tata cara Pengelolaan Penerimaan Negara Bukan Pajak dari Dana Kapitasi Pada FKTP Pemerintah Pusat

- 3 Faktor Faktor Yang Berpengaruh Puskesmas dalam Memberikan Pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (1) Sumber Daya Manusia , kekuarangan SDM merupakan hal yang pokok dalam meningkatkan pelayanan kepada masyarakat (2) Fasilitas , Fasilitas sering kali menjadi ukuran bagi pasien apakah Puskesmas itu berkualitas ataupun tidak, (3) Rujukan. Rujukan yang membingungkan masyarakat kadang menjadi masalah yang besar karena keterbatasan pengetahuan masyarakat maupun sistem rujukan yang memang kadang

membingunkan pasien (4) Informasi . Informasi yang jelas dan tranparan menjadi sangat penting mengingat program BPJS merupakan program baru bagi masyarakat Indonesai yang mem[unyai karakter dan tingkat sosial sangat beragam. (5) Pengawasan . Pengawasan sangat diperlukan agar dalam setiap pelayanan kepada peserta BPJS dapat dilakukan perbaikan apabila terjadi permasalahan-permasalahan sehingga dengan cepat akan dapat dircspon sehingga tidak terjadi masalah yang lebih besar (6) Masyarakat terakit dengan budaya dalam menjaga kesehatannya, persepsi terhadap puskesmas serta respon terhadap pelayanan yang diberikan Puskesmas.

- 4 Untuk meningkatkan peran Puskesmas sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama maka dilakukan akreditasi Puskesmas dengan didukung Peraturan Perundangan yang mengatur Akreditasi yaitu : Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 49 bahwa setiap dokter/dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu . Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 54 ayat (1) menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggungjawab, aman, bermutu serta merata dan non diskriminatif . Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang JKN Pasal 11 ayat (e) BPJS berwenang membuat atau memutuskan kontrak kerja dengan Fasyankes. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang JKN Pasal 42; Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan,.. dst, Penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan. Permenkes 71/2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN Pasal 6 (2) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi . Permenkes 46/2015 tentang Akreditasi FKTP
- 5 Untuk menunjang pelayanan kesehatan masyarakat Sidoarjo, pemerintah mengubah status Puskesmas menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Dengan BLUD, Puskesmas akan lebih berkembang karena bisa menggunakan dana sesuai dengan

kebutuhan dan tidak tergantung dari dinas kesehatan. Sehingga BLUD Puskesmas lebih fleksibel mengelola keuangan. Namun dengan BLUD, tambahan penghasilan yang selama ini diterima semua staf Puskesmas dihapus. Peraturan presiden ini diperuntukan untuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) milik pemerintah yang belum menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD. Untuk penganggaran, kepala FKTP diminta menyampaikan rencana pendapatan dan belanja dana kapitasi JKN tahun berjalan yang mana mengacu pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan besaran kapitasi JKN kepada kepala SKPD dinas kesehatan. Sedangkan, peraturan menteri kesehatan menjelaskan bahwa dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dimanfaatkan seluruhnya untuk (1) pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan (2) dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

7.2. Saran

1. Kebijakan Pemerintah daerah untuk meningkatkan kualitas Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat pada umunya dan pada peserta BPJS pada khususnya maka perlu ditingkatkan sosialisasi dan dorongan kepada masyarakat terutama masyarakat menengah ke atas sehingga mau memanfaatkan Puskesmas sebagai langkah pertama ketika mempunyai masalah dengan kesehatannya.
2. Dengan adanya tuntutan akreditasi maka diperlukan adanya penambahan SDM agar tidak mengganggu pelayanan utama dari Puskesmas yaitu melayani kesehatan masyarakat hal ini mengingat bahwa dalam menyiapkan akreditasi diperlukan tenaga yang ekstra juga menyita cukup waktu yang akan berdampak pada berkurangnya pelayanan kepada masyarakat.

REFERENSI

- Anoname. 2013, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Adhitya Ramadhan. 2016, banyak faktor penyebab tingginya kasus rujukan kompas, jakarta, 26 februari
- Afdol. 2008, pengembangan teori implementasi hukum waris islam di indoensia, *pidato pengukuhan guru besar*, unair, surabaya
- Asokawati Okky. 2016, Meluruskan Khitah Bpjs Kesehatan, Jawa Pos, Senin 28 Maret
- Azkha Nizwardi. 2007, .deni elnovriza, Analisis Tingkat Kepuasan Klien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dalam Wilayah Kota Padang Tahun *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, September
- Bungin Burhan , 2001, *Metodologi Penelitian Sosial* ,: Airlangga University Press, Surabaya
- Fajaruddin Ahmad Rizkita. 2015, Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Pasien Pemegang Kartu Jaminan Bpjs Di Unit Pelayanan Teknis Kesehatan Puskesmas Kecamatan Bungah Kabupaten Gresik Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Surabaya
- Hidayatullah Rahmat eJournal Administrasi Negara, Volume 4 , Nomor 4 , 2016: 5034 – 5048 ISSN 0000-0000, ejournal.an.fisip-unmul.ac.id © Copyright 2016 Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan, 5040-5041)
- Kawedar, Maulidia, . Indah Yuliana Dewi, 2014 Risma Silviana, Iffah Normaetika. Peran Puskesmas Di Dalam Masa Jkn (Bpjs) Dan Peran Puskesmas Dengan Dokter Keluarga Pada Masa Bpjs Ke Depan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember,
- Lasudi. 2015, Efektivitas Pelaksanaan Jkn Oleh Bpjs Di Puskesmas Dari Sudut Pandang Pasien Kota Jayapura Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar
- Mardiasmo, 2013, Peran APIP Daloam Pemberantasan Korupsi , Seminar Pemberdayaan Inspektorat Jenderal Kementrian Dan Lembaga Dalam Pemeberantasan Tindak Pidana Korupsi , Jakarta, 19 Nopember
- Pratiwi Retno Eka, Anwar, Dina Suryawati. 2013, Kualitas Pelayanan Kesehatan Peserta Jamkesmas Bagian Rawat Jalan Di Puskesmas Summersari, Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Jember
- Putri Filu Marwati Santoso P. 2014, Pelaksanakan Pelayanan Kesehatan Bpjs Dalam Perspektif Sistem Jaminan Sosial Nasional (Studi Kasus Pelayanan Bpjs Di

Rumah Sakit Umum Daerah Yogyakarta Magister Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat

Murti Bhisma. 2006, Contracting Out Pelayanan Kesehatan:Sebuah Alternatif Solusi Keterbatasan Kapasitas Sektor Publik Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, vol. 09, no. 3 September

Nurkholiq Syahdat. 2011, Perbandingan Tingkat Kepuasan Pasien Umum Dengan Pengguna Kartu Askes Di Pelayanan Dokter Keluarga PT. Askes, Arikel Ilmiah Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Irianto Heru, edit. Bungin,, 2001, *Metode Penelitian Kulaitatif*, PT RajaGrafindo Persada, Jakarta

Ignasius luti, dkk.: jurnal kebijakan kesehatan indonesia, vol. 01, no. 1 maret 2012

S Pohan I. 2002 2002. *Jaminan mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta: penerbit buku kedokteran Kesehatan

s Natalya, Rondonuwu, ricky c. Sondakh, budi t. Ratag , Hubungan Antara Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Jasa Pelayanan Rawat Jalan Dengan Minat Untuk Memanfaatkan Kembali Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado fakultas kesehatan masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado 2014

Mugirahayu Sri, 2018 **Berbagai Masalah Dan Solusi Optimalisasi Peran Bpjs Kesehatan Dalam Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama Bagi Peserta Bpjs, Makalah Lokakarya Pemda Kab. Sidoarjo, 26 Oktober 2018**

Undang-undang republik indonesia nomor 23 tahun 2014 Peraturan presiden republik indonesia nomor 72 tahun 2012 tentang sistem kesehatan nasional

Widiastuti Ni Made. Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Status Kepesertaan Dan Karakteristik Sosio-Demografis Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di Kota Denpasar, Program Pascasarjana Universitas Udayana Denpasar, 2015\

Yusuf Amri. Mengurangi Akar Kisruh JKN, Kompas, Senin 4 April

<http://aiphss.org/id/restoring-the-function-of-Puskesmas/>

<http://kitefest.jimdo.com/2016/03/26/Puskesmas-sebagai-penyelenggara-dan-fasilitas-alat-kesehatan/>

Kepmenkes ri nomor 128/menkes/sk/ii/2004

<https://www.facebook.com/UGMYogyakarta/posts/10153610476076223>.

<http://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/sample-levels/22-editorial/1352-kepala-Puskesmas-galau-dampak-perpres-permenkes-terkait-dana-kapitasi-jkn-di-fasilitas-kesehatan-tingkat-pertama>

<http://www.beritametro.news/epaper/sidoarjo/Puskesmas-diminta-merekrut-tenaga-kesehatan-sendiri> Puskesmas Diminta Merekrut Tenaga Kesehatan Sendiri
Rabu, 07 Juni 2017 19:44)

<https://www.kabupatenreport.com/Puskesmas-sidoarjo-berubah-jadi-blud/>

<http://syncoreconsulting.com/10-alasan-Puskesmas-harus-menjadi-blud/>
PUSKESMAS Harus Menjadi BLUD

Alasan

<http://www.mutupelayanankesehatan.net> Kepala Puskesmas Galau, Dampak PerPres & Permenkes Terkait Dana Kapitasi JKN Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Lampiran 1. Draf Artikel

AKREDITASI PUSKESMAS SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA

Hadi Shubhan, Budi Kagramanto, Urip Santoso
Universitas Airlangga Surabaya Indonesia
Hadi_unair@yahoo.com

Abstrak

Permasalahan pelayanan kesehatan di Indonesia tidak lepas dari kualitas pelayanan kesehatan pada tingkat pertama karena dengan kualitas pelayanan kesehatan tingkat pertama maka akan sangat berpengaruh pada pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Puskesmas mempunyai peran yang strategis dan penting untuk dapat mewujudkan masyarakat yang sehat. Untuk meningkatkan kemampuan puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat maka sangat penting untuk dilakukan akreditasi

Dalam penelitian disimpulkan akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh menteri setelah memenuhi standar akreditasi. Tujuan akreditasi adalah meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya.

Kata Kunci : Puskesmas, Akreditasi, Kesehatan, PBJS, Pelayanan

Latar Belakang

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah faskes yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan individu yang bersifat umum untuk keperluan pengamatan, promotif, preventif, mendiagnosis, perawatan atau pelayanan kesehatan lainnya (Kemenkes RI, 2014b). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), dimana FKTP berupa Puskesmas atau yang setara, dokter, praktek dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit kelas D Pratama atau yang setara, yang harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif (Kemenkes RI, 2013). Pelayanan kesehatan sebelum era JKN mencakup fasilitas kesehatan yang berbeda-beda dan beragam jenisnya. (Situmorang, 2013). Pada masa peralihan pelaksanaan JKN, seluruh FKTP milik institusi militer dinyatakan sebagai klinik pratama dan menyesuaikan perizinan sebagai klinik pratama dalam waktu dua tahun sejak Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 berlaku serta FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

dikecualikan dari kewajiban terakreditasi dan harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam jangka waktu lima tahun (Kemenkes RI, 2013).

Beragamnya jenis faskes dan perbedaan standar penilaian FKTP dalam masa peralihan ini tentu berisiko dapat menyebabkan adanya perbedaan mutu layanan yang diterima oleh pasien JKN dan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Disisi lain pemerintah melalui BPJS Kesehatan sedang giat-giatnya melaksanakan program optimalisasi pelayanan primer sehingga FKTP dituntut memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pasien. Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk melaksanakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat (Kemenkes RI, 2013).

Prosedur layanan kesehatan dalam JKN yaitu pelayanan bagi pasien dilaksanakan secara berjenjang yang dimulai dari FKTP yang diselenggarakan oleh FKTP tempat peserta terdaftar. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) peserta JKN terdiri dari Puskesmas, dokter, dokter gigi, klinik pratama dan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2014b).

Tinjauan Pustaka

Peran dan Fungsi Puskesmas Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Berdasarkan jenis pelayanan, klinik terdiri dari klinik pratama dan utama. Klinik pratama merupakan klinik yang melaksanakan pelayanan medis dasar baik umum maupun khusus. Klinik dapat diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat. BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing dengan kriteria teknis yang meliputi sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan serta komitmen pelayanan (Kemenkes RI, 2013). Dokter praktek baik dokter umum maupun dokter gigi termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program JKN dengan melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas merupakan faskes yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014c). Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan namun dalam kondisi tertentu pada satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu Puskesmas berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diberikan oleh

Puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem. Klinik merupakan faskes yang melaksanakan layanan kesehatan perorangan dengan melayani pelayanan medis dasar dan atau spesialisasi (Kemenkes RI, 2014d).

Akreditasi Puskesmas

Dalam Peraturan menteri kesehatan republik indonesia Nomor 71 tahun 2013 Pasal 5 (1) Untuk dapat melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 harus memenuhi persyaratan. Sedangkan dalam pasal 6 ayat (2) menyebutkan (2) Selain persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Fasilitas Kesehatan tingkat pertama juga harus telah terakreditasi Pasal 9 (1) Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing Pasal 10 (1) Perpanjangan kerja sama antara Fasilitas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan setelah dilakukan rekredensialing. (2) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menggunakan kriteria teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) dan penilaian kinerja yang disepakati bersama. (3) Rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat (tiga) bulan sebelum masa perjanjian kerja sama berakhir Pasal 13 (1) Setiap Peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. (2) Pelayanan kesehatan bagi Peserta yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri atas: a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; b. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, yang terdiri atas: 1. pelayanan kesehatan tingkat kedua (spesialisasi); dan 2. pelayanan kesehatan tingkat ketiga (subspesialisasi); c. pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri. Pasal 15 (1) Dalam hal Peserta memerlukan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan Sistem Rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan. (2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. (3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas. (5) Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasal 16 Pelayanan Kesehatan

Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisik yang meliputi: a. administrasi pelayanan; b. pelayanan promotif dan preventif; c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis d. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif; e. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; f. transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis; g. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan h. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis. Pasal 17 (1) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 untuk pelayanan medis mencakup: a. kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; b. kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan; c. kasus medis rujuk balik; d. pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama; e. pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter; dan f. rehabilitasi medik dasar. (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan panduan klinis. (3) Panduan klinis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Menteri. Pasal 18 Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 huruf h mencakup: a. rawat inap pada pengobatan/perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama; b. pertolongan persalinan pervaginam bukan risiko tinggi; c. pertolongan persalinan dengan komplikasi dan/atau penyulit pervaginam bagi Puskesmas PONE; d. pertolongan neonatal dengan komplikasi; dan e. pelayanan transfusi darah sesuai kompetensi Fasilitas Kesehatan dan/atau kebutuhan medis. Pasal 19 (1) Obat dan Alat Kesehatan Program Nasional yang telah ditanggung oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah, tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan. (2) Obat dan Alat Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. alat kontrasepsi dasar; b. vaksin untuk imunisasi dasar; dan c. obat program pemerintah. Pasal 23 (1) Peserta berhak mendapat pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis (2) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan pada pelayanan kesehatan rawat jalan dan/atau rawat inap baik di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama maupun Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. (3) Pelayanan obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang diberikan kepada Peserta berpedoman pada daftar obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri. (4) Daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkan dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan. (5) Penambahan dan/atau pengurangan daftar obat, Alat Kesehatan, dan bahan

medis habis pakai dalam Formularium Nasional dan Kompendium Alat Kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Pasal 25 (1) BPJS Kesehatan menjamin kebutuhan obat program rujuk balik melalui Apotek atau depo farmasi Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. (2) Obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibayar BPJS Kesehatan di luar biaya kapitasi. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai prosedur pelayanan obat program rujuk balik diatur dengan Peraturan BPJS Kesehatan Pasal 38 (1) Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dilakukan melalui: a. pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan; b. pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan; dan c. pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta. Untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019 yang telah direvisi dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/422//2017 tentang Revisi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2015-2019, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan melaksanakan program pembinaan pelayanan kesehatan. Sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 tahun, adalah sebagai berikut (LAKIP DirjenYan 2017:18) Kriteria teknis digunakan untuk penetapan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, besaran kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani. Seluruh FKTP milik TNI/ POLRI yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, pada masa peralihan dinyatakan sebagai klinik pratama dan dalam jangka waktu dua tahun harus memenuhi persyaratan sebagai klinik pratama sejak Permenkes No. 71 Tahun 2013 berlaku, serta FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dikecualikan dari kewajiban terakreditasi dan harus menyesuaikan dengan ketentuan dalam jangka waktu lima tahun (Kemenkes RI, 2013). Status Kepesertaan dalam JKN Peserta program JKN merupakan setiap orang termasuk orang asing yang bekerja minimal selama enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (Kemenkes RI, 2014b). Peserta program JKN terdiri dari atas dua kelompok yaitu: Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan peserta bukan PBI jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI jaminan kesehatan adalah pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya (Kemenkes RI, 2014b). Iuran Jaminan kesehatan untuk peserta pekerja penerima upah dibayarkan oleh pemberi kerja dan pekerja sendiri sedangkan iuran peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja) dibayarkan oleh peserta sendiri kepada BPJS Kesehatan sesuai kelas perawatannya (Kemenkes RI, 2014b).

Pelaksanaan JKN membuat paradigma pelayanan kesehatan bergeser ke arah mutu pelayanan. Masyarakat yang dapat mengakses layanan kesehatan baik primer maupun sekunder mulai memperhitungkan mutu layanan yang diterimanya. BPJS sebagai badan penyelenggara di era JKN melakukan berbagai upaya dalam mengoptimalkan mutu layanan primer dan menegaskan fungsi *gate keeper* dari FKTP. FKTP dalam pelaksanaan JKN berupa Puskesmas, dokter praktek perorangan, klinik pratama dan rumah sakit kelas D Pratama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif. Mutu pelayanan khususnya pelayanan kesehatan primer sering dikaitkan dengan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan salah satu sasaran utama yang dicapai dalam pengembangan JKN. Kepuasan pasien merupakan tanggapan pasien terhadap kesesuaian kebutuhan (ekspektasi) pasien sebelum dan sesudah menerima pelayanan, maka pasien yang merasakan kepuasan terhadap layanan kesehatan memiliki kecenderungan untuk patuh, taat terhadap kegiatan pengobatan dan menjadi pelanggan setia. Lima dimensi untuk mengevaluasi mutu layanan kesehatan meliputi bukti fisik, daya tanggap, kehandalan, empati dan jaminan. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh banyak faktor (konsep multi dimensi) meliputi faktor jenis tempat layanan, status kepesertaan dan karakteristik sosiodemografis pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan). Perbedaan mutu layanan kesehatan pada jenis fasilitas kesehatan karena kompetensi pemberi layanan, sistem persepsian obat, sistem rujukan, kemudahan akses ke layanan kesehatan, ketersediaan fasilitas dan kondisi lingkungan fisik. Pasien yang membayar langsung atau mandiri menginginkan mendapatkan kualitas pelayanan tertinggi dibandingkan dengan pasien asuransi dan jaminan kesehatan yang disubsidi pemerintah. Kelompok umur usia produktif cenderung lebih banyak menuntut dan berharap banyak terhadap layanan kesehatan. Pria cenderung lebih banyak mengkritik layanan kesehatan daripada wanita, pasien dengan pendidikan tinggi tidak akan mudah merasa puas bila layanan kesehatan yang diterima tidak sesuai keinginan pasien. BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing dengan kriteria teknis yang meliputi sumber daya manusia, kelengkapan sarana dan prasarana, lingkup pelayanan serta komitmen pelayanan (Kemenkes RI, 2013).

Metode Penelitian

Untuk mengkaji masalah dan mencapai tujuan tersebut maka dalam penelitian ini ingin mengkaji secara komprehensif dan holistik sehingga dalam penelitian ini akan digunakan pendekatan kualitatif *Socio Legal* (Afdol, 2008:11) Pendekatan ini mengkaji

masalah penelitian selain dari aspek normatif juga dari akan dilakukan penelitian lapangan. Penelitian ini mengambil lokasi di Kab. Sidoarjo Kabupaten Sidoarjo merupakan kabupaten sebagai daerah penyangga Kota Surabaya yang merupakan ibu kota provinsi. Sehingga dengan memilih lokasi penelitian berkaitan dengan pelayanan Puskesmas di Sidoarjo sebagai lokasi penelitian diharapkan hasil dari penelitian ini dapat juga dipakai sebagai Prototype daerah-daerah lainnya.

Yang menjadi sumber informasi utama dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten, Manajer Puskesmas, Tenaga Medis maupun administrasi Puskesmas, peserta BPJS yang menjadi pasien Puskesmas, serta BPJS sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan masyarakat. Sumber informasi akan ditentukan secara Purposive dengan didasarkan pada Golongan Kepangkatan dari golongan untuk pegawai puskesmas sedangkan untuk pasien didasarkan pada golongan kepesertaan BPJS, untuk mendapatkan sumber informasi akan ditentukan dengan teknik bola salju; dengan demikian diharapkan akan diperoleh informasi yang lengkap, mendalam dan komprehensif.

Bahan Hukum. Menghimpun bahan-bahan hukum baik bahan hukum primer maupun bahan hukum sekunder yang berkaitan dengan topik penelitian. Bahan-bahan hukum tersebut diperoleh melalui studi kepustakaan, buku-buku, artikel, jurnal hukum, internet, hasil seminar dan lain-lain. Selanjutnya bahan hukum primer tersebut digunakan untuk menjelaskan isu hukum yang menjadi obyek pembahasan dengan bertitik tolak dari teori-teori, konsep dan asas hukum yang menjadi dasar penelitian. Bahan-bahan penelitian yang telah dihimpun tersebut dipelajari dengan seksama sehingga dapat diperoleh intisari yang terkandung di dalamnya, baik berupa ide, usul dan argumentasi, maupun ketentuan-ketentuan terkait.

Untuk mengumpulkan data maka dipakai teknik wawancara mendalam (Heru Irianto, 2001), dengan maksud untuk menggali informasi secara mendalam dan komprehensif data yang berkaitan dengan. Setelah dilakukan wawancara mendalam maka hasil dari wawancara akan didiskusikan dengan teknik Focus Group Discussion (Bungin, 2001:172) Dalam penelitian ini FGD digunakan untuk menjangkau informasi dari berbagai pihak yang terlibat langsung dengan peran puskesmas. Dengan FGD maka diharapkan akan dapat diperoleh informasi dari berbagai pihak yang berkaitan dengan berbagai peraturan perundangan, masalah-masalah yang dihadapi masing-masing pihak serta untuk mencari solusi-solusi secara bersama-sama sehingga dapat disusun Rancangan Model yang lebih komprehensif dan holistik.

Hasil dan Pembahasan

Agar Puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal perlu dikelola dengan baik, baik kinerja pelayanan, proses pelayanan, maupun sumber daya yang digunakan. Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat melalui upaya pemberdayaan masyarakat dan swasta. Penilaian keberhasilan Puskesmas dapat dilakukan oleh internal organisasi Puskesmas itu sendiri, yaitu dengan "Penilaian Kinerja Puskesmas," yang mencakup manajemen sumber daya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan, disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS). Untuk menjamin bahwa perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan di Puskesmas, maka perlu dilakukan penilaian oleh pihak eksternal dengan menggunakan standar yang ditetapkan yaitu melalui mekanisme akreditasi. Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali, demikian juga akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS. Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi. Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi Puskesmas adalah keselamatan dan hak pasien dan keluarga, dengan tetap memperhatikan hak petugas. Prinsip ini ditegakkan sebagai upaya meningkatkan kualitas dan keselamatan pelayanan.

Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

Implementasi Akreditasi Puskesmas

Permenkes No. 75 tahun 2014 ttg Puskesmas Pasal 39 ayat 1: Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat Pasal 2 (1) Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang: a. memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat; b. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu c. hidup dalam lingkungan sehat; dan d. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

Pasal 3 (1) Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi: a. paradigma sehat; b. pertanggungjawaban b. pertanggungjawaban wilayah; c. kemandirian masyarakat; d. pemerataan; e. teknologi tepat guna; dan f. keterpaduan dan kesinambungan. Pasal 7 Dalam menyelenggarakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b, Puskesmas berwenang untuk: a. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu; b. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif; c. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat; d. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung; e. menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi; f. melaksanakan rekam medis; g. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan; h. melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan; i. mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan j. melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

Dasar Hukum Akreditasi Puskesmas Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 1 Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan: Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Pasal 54 (1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman,bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. (2) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1). (3) Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat. Pasal 55 (1) Pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan. (2) Standar mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Pasal 49 (1) Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya. (2) Dalam rangka pelaksanaan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan audit medis. (3) Pembinaan dan pengawasan

ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan oleh organisasi profesi. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional Pasal 1 Dalam Peraturan Presiden ini yang dimaksud dengan: 1. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. 2. Sistem Kesehatan Nasional, yang selanjutnya disingkat SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. **Pasal 3** (1) Komponen pengelolaan kesehatan yang disusun dalam SKN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dikelompokkan dalam subsistem: a. upaya kesehatan; b. penelitian dan pengembangan kesehatan; c. pembiayaan kesehatan; d. sumber daya manusia kesehatan; e. sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan; f. manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan; dan g. pemberdayaan masyarakat. (2) Rincian SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Presiden ini. **Pasal 4** (1) SKN dilaksanakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. (2) SKN dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh, dan tanggap terhadap perubahan dengan menjaga kemajuan, kesatuan, dan ketahanan nasional. (3) Pelaksanaan SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berdasarkan standar persyaratan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. **Pasal 6** (1) Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. (2) Profesionalisme sumber daya manusia kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang dibina oleh Menteri hanya bagi tenaga kesehatan dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. (3) Pelaksanaan SKN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhatikan: a. cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; b. pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat; c. kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat; d. kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan; e. inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan; f. pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak; g. dinamika keluarga dan

kependudukan; h. keinginan masyarakat; i. epidemiologi penyakit j. perubahan ekologi dan lingkungan; dan k. globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sektor. Dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013: Pasal 42: 1. Pelayanan kesehatan kepada Peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektivitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya. 2. Penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta. 3 Ketentuan mengenai penerapan sistem kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat(2) diatur dengan Peraturan BPJS. Pasal 43 Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya, Menteri bertanggungjawab untuk: a..Penilaian teknologi kesehatan (health technology assessment); b.Pertimbangan klinis (clinical advisory) dan Manfaat Jaminan Kesehatan; c.Perhitungan standar tarif; dan Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan; (2) Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, Menteri berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional.

Mengapa Perlu Akreditasi Puskesmas? Isu Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar: (1) Pemberian pelayanan publik yang berkualitas dan mampu memberikan kepuasan bagi masyarakat merupakan kewajiban yang harus dilakukan oleh pemerintah; (2) Puskesmas sebagai ujung tombak dan sekaligus sebagai tolok ukur pelayanan publik di bidang kesehatan, merupakan salah satu pilar dalam memenuhi tuntutan reformasi birokrasi; (3) Penilaian kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas menunjukkan hasil yang belum memenuhi standar kualitas. Manfaat Akreditasi Puskesmas Memberikan keunggulan kompetitif . Memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap fasyankes . Menjamin diselenggarakannya pelayanan kesehatan primer kepada pasien dan masyarakat., Meningkatkan pendidikan pada staf Fasyankes primer untuk memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat, Meningkatkan pengelolaan risiko baik pada pelayanan pasien baik di Puskesmas maupun fasyankes primer lainnya, dan penyelenggaraan upaya Puskesmas kepada masyarakat, Membangun dan meningkatkan kerja tim antar staf fasyankes primer, Meningkatkan reliabilitas dalam pelayanan, ketertiban pendokumentasian, dan konsistensi dalam bekerja, Meningkatkan keamanan dalam bekerja. Tim Pendamping Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Tim yang telah dilatih dan ditugaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk mendampingi Puskesmas dalam penyelenggaraan akreditasi, Tim

yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan anggota yang berasal dari pejabat fungsional atau struktural Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau pihak ketiga atau lembaga lain; Telah mengikuti dan dinyatakan lulus Pelatihan Pendamping Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Ditetapkan dengan SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kriteria teknis digunakan untuk penetapan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, besaran kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani. Dapat disimpulkan bahwa dimensi mutu terutama *tangible* FKTP merupakan hal yang seharusnya mendapatkan perhatian dari pemilik atau pengelola FKTP karena selain merupakan kriteria teknis yang harus dipenuhi tetapi untuk kepuasan pasien. Sesuai Perpres No. 12 Tahun 2013 disebutkan bahwa dalam jangka waktu paling sedikit tiga bulan peserta JKN berhak memilih FKTP yang diinginkan (Menkumham RI, 2013). Tentu mutasi peserta JKN karena ketidakpuasan akan membawa dampak bagi FKTP tersebut terkait besaran kapitasi dan jumlah peserta yang bisa dilayani. (*Ni Made Widiastuti , 2015, 19-41*)

Dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/Sk/I/2004 Tanggal 10 Februari 2004 Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Dalam Bab I terkait dengan konsep dasar Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Sedangkan Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sebagai Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sedangkan Puskesmas bertanggungjawab hanya sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya. Wilayah Kerja Puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kewajiban Klinik Kesehatan Sesuai dengan PMK No 9 Tahun 2014 Tentang Klinik Setiap Klinik Kesehatan mempunyai kewajiban: a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan yang diberikan; b. memberikan pelayanan yang efektif, aman, bermutu, dan nondiskriminasi dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional; c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya tanpa meminta uang muka terlebih dahulu atau mendahulukan kepentingan finansial; d. memperoleh persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan (informed consent); e. mengadakan rekam medis; f. melaksanakan sistem rujukan dengan tepat; g. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan; h. menghormati dan melindungi hak-hak pasien; i. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien; j. melaksanakan kendali mutu dan kendali biaya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan; k. memiliki standar prosedur operasional; l. melakukan pengelolaan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; m. melaksanakan fungsi sosial; n. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan; o. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Klinik Kesehatan; dan p. memberlakukan seluruh lingkungan Klinik Kesehatan sebagai kawasan tanpa rokok.

Permenkes No. 46 tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Pasal 1 Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan: 1. Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. 2. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. 3. Klinik Pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus Pasal 2 Pengaturan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi bertujuan untuk: a. meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; b. meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta

Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi; dan c. meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perscorangan dan/atau kesehatan masyarakat

Pasal 3 (1) Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi. (2) Akreditasi Puskesmas dan Klinik Pratama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap 3 (tiga) tahun. (3) Akreditasi tempat praktik mandiri dokter dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap 5 (lima) tahun. (4) Pemerintah Daerah berkewajiban mendukung, memotivasi, mendorong, dan memperlancar proses pelaksanaan Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Pada lampiran i peraturan menteri kesehatan nomor 46 tahun 2015 Tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi. Standar akreditasi puskesmas Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional, tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Puskesmas merupakan garda depan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar. Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Indikator kecamatan sehat adalah lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, serta derajat kesehatan penduduk kecamatan. Untuk mendukung kecamatan sehat salah satu upaya yang dikembangkan saat ini adalah dengan adanya Desa Siaga, yang salah

satu indikatornya adalah ada Pos Kesehatan Desa sebagai Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), dengan pergerakan masyarakat wilayah desa/kelurahan, dan sebagai upaya Pertolongan Pertama Pada Penyakit (P3P) dan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K).

Kesimpulan

Faktor Faktor Yang Berpengaruh Puskesmas dalam Memberikan Pelayanan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (1) Sumber Daya Manusia , kekuarangan SDM merupakan hal yang pokok dalam meningkatkan pelayanan kepada masyarakat (2) Fasilitas , Fasilitas sering kali menjadi ukuran bagi pasien apakah Puskesmas itu berkualitas ataupun tidak, (3) Rujukan. Rujukan yang membingungkan masyarakat kadang menjadi masalah yang besar karena keterbatasan pengetahuan masyarakat maupun sistem rujukan yang memang kadang membingungkan pasien (4) Informasi . Informasi yang jelas dan tranparan menjadi sangat penting mengingat program BPJS merupakan program baru bagi masyarakat Indonesai yang mem[unyai karakter dan tingkat sosial sangat beragam. (5) Masyarakat.

Pengawasan sangat diperlukan agar dalam setiap pelayanan kepada peserta BPJS dapat dilakukan perbaikan apabila terjadi permasalahan-permasalahan sehingga dengan cepat akan dapat direspon sehingga tidak terjadi masalah yang lebih besar.

Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. Tujuan akreditasi adalah meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat dan lingkungannya, serta Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi sebagai institusi; dan meningkatkan kinerja Puskesmas, Klinik Pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi dalam pelayanan kesehatan perseorangan dan atau kesehatan masyarakat. Terdapat 9 bab sebagai instrument penilaian akreditasi yang terdiri dari administrasi manajemen, upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). 1. Administrasi Manajemen meliputi sistem penyelenggaraan Puskesmas, sarana prasarana, lokasi yang sesuai standar, ketenagaan dan pemeliharaan sarana prasarana 2. Upaya kesehatan masyarakat meliputi sistem penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat, komunikasi koordinasi dengan lintas sektor maupun lintas program, pelaksanaan dan evaluasi program di masyarakat. 3. Upaya kesehatan perorangan meliputi layanan kinis sesuai standar, obat, laboratorium, peralatan

klinis, alat kesehatan sesuai standar, proses peningkatan dan pengembangan kompetensi bagi tenaga klinis 4. Mutu yang merupakan mutu puskesmas secara keseluruhan yaitu perbaikan mutu dan kinerja penyelenggaraan pelayanan Puskesmas baik di masyarakat maupun klinis perorangan secara berkesinambungan (continues quality improvement) untuk itu seluruh karyawan berkomitmen untuk menyelenggarakan pelayanan yang berfokus pada pelanggan, memperhatikan keselamatan pelanggan, dan melakukan penyempurnaan yang berkelanjutan

REFERENSI

- Anoname. 2013, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Adhitya Ramadhan. 2016, banyak faktor penyebab tingginya kasus rujukan kompas, jakarta, 26 februari
- Afdol. 2008, pengembangan teori implementasi hukum waris islam di indoensia, *pidato pengukuhan guru besar*, unair, surabaya
- Asokawati Okky. 2016, Meluruskan Khitah Bpjs Kesehatan, Jawa Pos, Senin 28 Maret
- Azkha Nizwardi. 2007, .deni elnovriza, Analisis Tingkat Kepuasan Klien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dalam Wilayah Kota Padang Tahun *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, September
- Bungin Burhan , 2001, *Metodologi Penelitian Sosial* ,: Airlangga University Press, Surabaya
- Fajaruddin Ahmad Rizkita. 2015, Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan Pasien Pemegang Kartu Jaminan Bpjs Di Unit Pelayanan Teknis Kesehatan Puskesmas Kecamatan Bungah Kabupaten Gresik Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Surabaya
- Hidayatullah Rahmat eJournal Administrasi Negara, Volume 4 , Nomor 4 , 2016: 5034 – 5048 ISSN 0000-0000, ejournal.an.fisip-unmul.ac.id © Copyright2016 Kualitas Pelayanan Kesehatan Bagi Pasien Pengguna Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Di Puskesmas Muara Rapak Kota Balikpapan, 5040-5041)
- Kawedar, Maulidia, . Indah Yuliana Dewi, 2014 Risma Silviana, Iffah Normaetika. Peran Puskesmas Di Dalam Masa Jkn (Bpjs) Dan Peran Puskesmas Dengan Dokter Keluarga Pada Masa Bpjs Ke Depan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember,
- Lasudi. 2015, Efektivitas Pelaksanaan Jkn Oleh Bpjs Di Puskesmas Dari Sudut Pandang Pasien Kota Jayapura Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar

- Mardiasmo, 2013, Peran APIP Daloam Pemberantasan Korupsi , Seminar Pemberdayaan Inspektorat Jenderal Kementrian Dan Lembaga Dalam Pemeberantasan Tindak Pidana Korupsi , Jakarta, 19 Nopember
- Pratiwi Retno Eka, Anwar, Dina Suryawati. 2013, Kualitas Pelayanan Kesehatan Peserta Jamkesmas Bagian Rawat Jalan Di Puskesmas Sumbersari, Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Jember
- Putri Filu Marwati Santoso P. 2014, Pelaksanakan Pelayanan Kesehatan Bpjs Dalam Perspektif Sistem Jaminan Sosial Nasional (Studi Kasus Pelayanan Bpjs Di Rumah Sakit Umum Daerah Yogyakarta Magister Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat
- Murti Bhisma. 2006, Contracting Out Pelayanan Kesehatan:Sebuah Alternatif Solusi Keterbatasan Kapasitas Sektor Publik Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, vol. 09, no. 3 September
- Nurkholiq Syahdat. 2011, Perbandingan Tingkat Kepuasan Pasien Umum Dengan Pengguna Kartu Askes Di Pelayanan Dokter Keluarga PT. Askes, Arikel Ilmiah Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Irianto Heru, edit. Bungin,, 2001, *Metode Penelitian Kulaitatif* , PT RajaGrafindo Persada, Jakarta
- Ignasius luti, dkk.: jurnal kebijakan kesehatan indonesia, vol. 01, no. 1 maret 2012*
- S Pohan I. 2002 2002. *Jaminan mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta: penerbit buku kedokteran Kesehatan
- s Natalya, Rondonuwu, ricky c. Sondakh, budi t. Ratag , Hubungan Antara Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Jasa Pelayanan Rawat Jalan Dengan Minat Untuk Memanfaatkan Kembali Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado fakultas kesehatan masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado 2014
- Undang-undang republik indonesia nomor 23 tahun 2014 Peraturan presiden republik indonesia nomor 72 tahun 2012 tentangsistem kesehatan nasional
- Widiastuti Ni Made. Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Status Kepesertaan Dan Karakteristik Sosio-Demografis Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di Kota Denpasar, Program Pascasarjana Universitas Udayana Denpasar, 2015\
- Yusuf Amri. Mengurangi Akar Kisruh JKN, Kompas, Senin 4 April

<http://aiphss.org/id/restoring-the-function-of-Puskesmas/>

<http://kitefest.jimdo.com/2016/03/26/Puskesmas-sebagai-penyelenggara-dan-fasilitas-alat-kesehatan/>

Kepmenkes ri nomor 128/menkes/sk/ii/2004

<https://www.facebook.com/UGMYogyakarta/posts/10153610476076223>.

<http://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/sample-levels/22-editorial/1352-kepala-Puskesmas-galau-dampak-perpres-permenkes-terkait-dana-kapitasi-jkn-di-fasilitas-kesehatan-tingkat-pertama>

<http://www.beritametro.news/epaper/sidoarjo/Puskesmas-diminta-merekrut-tenaga-kesehatan-sendiri> Puskesmas Diminta Merekrut Tenaga Kesehatan Sendiri
Rabu, 07 Juni 2017 19:44)

<https://www.kabupatenreport.com/Puskesmas-sidoarjo-berubah-jadi-blud/>

<http://syncoreconsulting.com/10-alasan-Puskesmas-harus-menjadi-blud/>

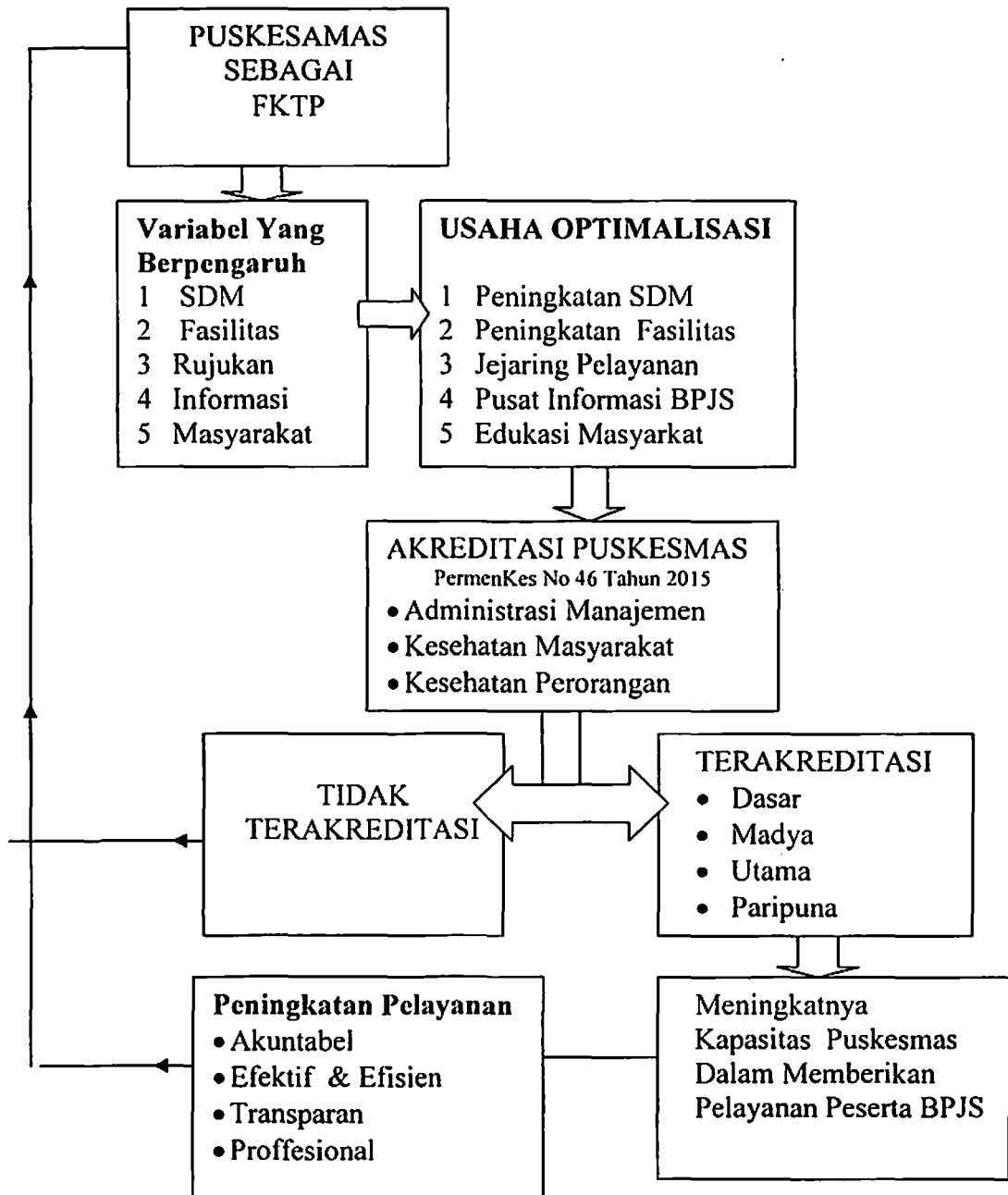
Alasan

PUSKESMAS Harus Menjadi BLUD

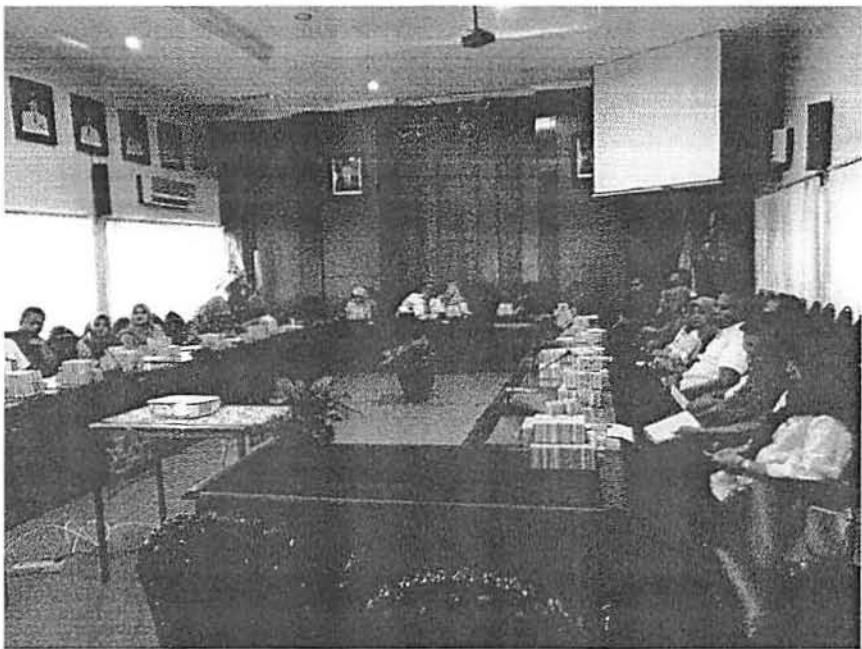
<http://www.mutupelayanankesehatan.net> Kepala Puskesmas Galau, Dampak PerPres & Permenkes Terkait Dana Kapitasi JKN Di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Lampiran 2 Rancangan Model Optimalisasi Pelayanan Puskesmas

**RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS
SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK
MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS**



Lampiran 3 Dokumentasi



LOKAKARYA



FGD

Lampiran 4. MOU atau pernyataan kesediaan dari mitra (apabila ada).



PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
SEKRETARIAT DAERAH

Jalan Gubernur Suryo * Telepon 8921945 8941145 8921960, 8921953

SIDOARJO - 61211

PERNYATAAN PERSETUJUAN MITRA

Nomor : 18802/404.3.2/2016

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. HERI SOESANTO, SH, MH

Pekerjaan : PNS

Nama Lembaga : PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO

Jabatan : KEPALA BAGIAN HUKUM SEKRETARIAT DAERAH
KABUPATEN SIDOARJO

Alamat Kantor : GUBERNUR SURYO NO 1 SIDOARJO

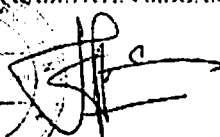
Dengan ini menyatakan KESEDIAANNYA bermitra dengan LPI Universitas Airlangga Surabaya dalam Program Penelitian dengan judul :

"RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS."

Demikian Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan semoga bermanfaat sebesar-besarnya bagi semua pihak yang terlibat.

Yang membuat pernyataan.

KEPALA BAGIAN HUKUM
SIDOARJO KABUPATEN SIDOARJO



(Dr. HERI SOESANTO, SH, MH)

Lampiran 5. Biodata ketua dan anggota tim pengusul (Lampiran E).**CURRICULUM VITAE****Ketua****A. Identitas Diri**

1	Nama Lengkap (dangan gelar)	Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN L
2	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
3	Jabatan Struktual	Sekretaris Universitas
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	19730406 200312 1 002
5	NIDN	0006047305
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Tegal, 06 april 1973
7	Alamat Rumah	Jl. Gayungsari VIII / 17 Surabaya
8	Nomor Telepon/Faks/HP	081-33063-3000
9	Alamat kantor	Jl. Dharmawangsa dalam Selatan Surabaya
10	Nomor Telepon/Faks	031-5033151
11	Alamat e-mail	Hadi_unair@yahoo.com

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Unair	Unair	Unair
Bidang Ilmu	Hukum	Hukum	Hukum
Tahun Masuk-Lulus	1991-1995	1995-1998	1999-2006
Judul Skripsi/Thesis/Disertasi	Rentabilitas Perbankan Syariah	Perlindungan Hukum Pemegang paten	Prinsip Hukum Kepailitan Di Indonesia
Nama Pembimbing/Promotor	Prpf. Dr. M. Isnaeni, SH, MS	Prof. Dr. Rudhi Prasetya, SH	Prof. dr. Rudhi Prasetya, SH

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2	Rancangan Model Pencegahan Korupsi Melalui Peningkatan Peran Inspektorat Dalam Pengawasan Keuangan Di Era Otonomi Daerah (Anggota)	Unggulan PT	70
2	2015	Rancangan Model Implementasi Kebijakan Pengembangan Kompetensi Aparatur Daerah Untuk Mewujudkan Good Governance	Unggulan PT	50 Juta
3	2014	Identifikasi Kompetensi Aparatur Th II	Unggulan PT	50 juta
4	2013	Identifikasi Kompetensi Aparatur Th I	Unggulan PT	50 juta
5	2008	Corporate Social Responsibility Pada Perguruan Tinggi	Unggulan Stranas	40 juta

D. Pengalaman Penulisan Artikel Ilmiah Dalam Jurnal Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Volume/Nomor/Tahun	Nama Jurnal
1	Competence Enhancement of Government Apparatus in Public Service of Regional Areas	<i>Volume 19, Issue 11, Ver. VIII (Nov. 2014), PP 00-00</i> <i>e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845.</i> www.iosrjournals.org	<i>IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)</i>
2	Competency Identification Of Officials In Public Service	<i>Volume 17, Issue 4 (Nov. - Dec. 2013), PP 46-50</i> <i>e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845</i>	<i>IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)</i>
3	Kepailitan Terhadap Perseroan Terbatas Yang Berstatus Dalam Likuidasi	XII/No. 2/ 2007	Perspektif Keadilan

E. Pengalaman Penyampaian Makalah Secara Oral Pada Pertemuan / Seminar Ilmiah Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Seminar nasional Tinjauan Atas UU No. 13	Kajian Pasal-pasal krusial dalam UU No. 13 tahun 2003	9 November 2011 di

	tahun 2003 Dari sudut Politik Ketenagakerjaan		Jakarta
2	Seminar nasional Perubahan Atas UU No. 39 tahun 2004 tentang TKI	Arah perubahan UU No. 39 tahun 2004 tentang Penempatan dan Perlindungan TKI di Luar Negeri	8 Oktober 2011 di Surabaya
3	Kordinasi Teknis Pembinaan Hubungan Industrial Dirjen PHI dan jamsostek Kemenakertrans RI	UU No. 13 tahun 2003 Pasca Putusan MK	15 maret 2012 di Surabaya
4	Sosialisasi Putusan MK tentang Outsourcing	Implikasi yuridis Putusan MK thp Ketentuan Outsourcing	7 maret 2012 di surabaya
5	Bimbingan teknis PKWT dan Outsourcing	Kajian PKWT dan Outsourcing dalam UU No. 13 Tahun 2003	6 Maret 2012 di malang
6	Seminar nasional Kepailitan dalam Praktik Peradilan	Pembuktian sederhana dalam Kepailitan	6 Mei 2010 di Surabaya

F. Pengalaman Penulisan Buku Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Hukum Kepailitan : Prinsip, Norma, dan Praktik Di Peradilan	2009	536	Prenada Media Group, Jakarta

G. Penghargaan yang Pernah Diraih dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi, atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1	Juara III Penulisan Ilmiah	Mahkamah Konstitusi	2006

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima risikonya.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan hibah penelitian Unggulan PT .

Surabaya, 17 Pebruari 2016



Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN
NIP: 19730406 200312 1 002

CURRICULUM VITAE**Anggota****F. Identitas Diri**

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH (P)
2	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
3	Jabatan Struktual	-
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	196912251995122001
5	NIDN	0025126902
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Jombang 25 Desember 1969
7	Alamat Rumah	Pondok Jati BS-12 A Pagerwojo RT 46 /RW XI Buduran - Sidoarjo
8	Nomor Telepon/Faks/HP	08123068653
9	Alamat kantor	Jl. Darmawangsa Dalam Selatan Surabaya
10	Nomor Telepon/Faks	031.5023151/ 502454/ 08123068653
11	Alamat e-mail	fh@unair.ac.id herinitpj@yahoo.com
12	Lulusan yang Telah di Hasilkan	S-1= 150c Orang; S-2= 3 Orang; S-3= Orang
13	Mata Kuliah Yang Diampu	1 Hukum Keuangan Negara 2 Hukum Acara Peradilan Tata Usaha Negara 3 Hukum Pajak 4 Hukum Kepegawaian

G. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Unair	Unair	Unair
Bidang Ilmu	Hukum	Hukum	Hukum
Tahun Masuk-Lulus	1993	2001	20013
Judul Skripsi/Thesis/Disertasi	Rencana Tata Ruang Kota Sebagai Upaya Yuridis Tata Usaha Negara	Perlindungan Hukum Terhadap Hak-Hak Anak Dalam Peradilan Pidana Anak	Prinsip-prinsip hukum Tentang pengawasan dalam Sistem hukum keuangan negara

Nama Pembimbing/Promotor	Dr. Haryono , SH, MCL	Prof Dr. Soewoto, SH, MS	Prof. Dr. Tatiek Sri Djatmiati, S.H., M.S
--------------------------	-----------------------	--------------------------	---

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan Jml (Juta)	
			Sumber*	Rp)
1	2015-2016	Rancangan Model Implementasi Pencegahan Tindak Pidana Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Otonomi Daerah (anggota)	Penelitian Unggulan PT DIKTI	130
1	2013-2014	Rancangan model kebijakan pemerintah daerah dalam pengawasan keuangan Negara Untuk mewujudkan <i>Good Governance</i>	Penelitian Unggulan PT DIKTI	100
2	2010-2011	Sistem Pembinaan dan Pengawasan Pengelolaan Keuangan Daerah Penelitian TH. II	Stranas DIKTI	150.
3	2010	Peranan BPK dan BPKP Dalam Pengawasan Pengelolaan Keuangan Daerah	Fakultas	13.
4	2008	Rancangan Model Implementasi Kode Etik PNS	Hibah Bersaing DIKTI	45
5	2007	Pengembangan kode etik Pegawai negeri sipil (PNS) untuk Meningkatkan profesionalitas pelayanan publik	Fundamental DIKTI	15.

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml
1	2015	IbM Bagi Kelompok Tani di Kab. Sidaorjo	DIKTI	48
2	2014	IbM Bagi Forum Kemitraan Polisi dan Masyarakat di Kab Jombang	DIKTI	45

E. Pengalaman Penulisan Artikel Ilmiah Dalam Jurnal Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Volume/Nomor/Tahun	Nama Jurnal
1	Model design of local government policy in Controlling the finance of the state to build <i>good Governance</i>	Vol 5, Number 1, Januari 2014 (Part-II)	Academic Research International
2	Supervision And Guidance In Financial Management Of Local Government	<i>p-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845. Volume 19, Issue 6 (Juni . 2014), PP 04-08</i>	<i>IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)</i>

3	Competency Identification Of Officials In Public Service	Volume 17, Issue 4 (Nov. - Dec. 2013), PP 46-50 e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845.	IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)
4	Peranan BPK dan BPKP Dalam Pengawasan Pengelolaan Keuangan Daerah,	ISSN 1412-2162, Vol. 7 No.1, 2010	Dialektika
5	Sistem Pembinaan dan Pengawasan Pengelolaan Keuangan Daerah	ISSN 1412-2162, Vol. 7 No.2 2010	Dialektika
6	Kedudukan dan Susunan Pengadilan Pajak Ditinjau dari Ketentuan Pokok-Pokok Kekuasaan Kehakiman.	ISSN 1412-2162, Vol. 5. No.1, 2007	Dialektika
7	Keberatan Banding /Gugatan Dalam Penyelesaian Sengketa Pajak	ISSN 1978-6336 Vol.1. No.1, 2007	Dekrit,
8	Pengaturan Kode Etik Pegawai Negeri Sipil Di Indonesia, Majalah Hukum	ISSN 0215-849X Vol. 20, No.4, Juli 2005	Yuridika

F. Pengalaman Penyampaian Makalah Secara Oral Pada Pertemuan / Seminar Ilmiah Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Pelatihan	Pelatihan Satpol PP Se Jatim	2010, Surabaya
2	Seminar	Sosialisasi Raperda Tentang PBB	2010, Pemkot Surabaya
3	Seminar	Sosialisasi Raperda Tentang BPHTB	2010, Pemkot Surabaya
4	Pelatihan	Pelatihan Anggota DPRD Tentang Implikasi UU NO. 28 2009 Pajak Daerah	2010, Surabaya
5	Seminar	Sosialisasi Raperda Tentang Pajak Daerah	2010, Pemkot Surabaya
6	Seminar	Sosialisasi Efektifitas Pelaksanaan Perda No 7 th 2010	2010, Pemkot Surabaya

G. Pengalaman Penulisan Buku Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Buku Ajar "Hukum Kepegawaian", F.H. UNAIR,	2009	160	Fakultas
2	Buku Ajar Hukum Keuangan Negara	2011	120	Fakultas
3	Sistem Pengawasan Keuangan Negara	2013		Draf

H. Pengalaman Perolehan HKI Dalam 5 – 10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/jenis rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respons Masyarakat
1				
2				

J. Penghargaan yang Pernah Diraih dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi, atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1	Poster Terbaik	Seminar Hibah Bersaing Di Jakarta	2011
2			

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima risikonya.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penelitian Unggulan PT

Surabaya 14 Pebruari 2016

Anggota Pengusul



Dr. Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH

CURRICULUM VITAE**Anggota****A. Identitas Diri**

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Prof. Dr. L. Budi Kagramanto, SH., MH., MM.
2	Jabatan Fungsional	Guru Besar
3	Jabatan Struktural	-
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	1960 0106 1990 02 1001
5	NIDN	0006016004
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Jogjakarta, 6 Januari 1960
7	Alamat Rumah	Pondok Sidokare Asri AB – 12, Sidoarjo
8	Nomor Telepon/Faks/HP	031. 8969084 / HP. 081 330 64 8831
9	Alamat kantor	FH UNAIR, Jl. Darmawangsa Dalam Selatan Surabaya
10	Nomor Telepon/Faks	031.5023151 / 031.5023152 / Fax. 5020454
11	Alamat e-mail	Email : fh@unair.ac.id
12	Lulusan yang Telah di Hasilkan	S1>100 S2>25 S3>5
13	Mata Kuliah Yang Diampu	Hukum Dagang, Hukum Asuransi, Hukum Persaingan Usaha
		Hukum Restrukturisasi Perusahaan
		Hukum Anti Monopoli dan HAKI
		Hukum dan Ekonomi

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Gadjah Mada	1. Hukum UNAIR, 2. Magister Managemet Ekonomi Universitas Wijaya Putra	UNAIR
Bidang Ilmu	Hukum, Ekonomi	1. Hukum, 2. Manajemen	Hukum
Tahun Masuk-Lulus	1987 1984 - 1986	1. 1999 2. 2000	2007
Judul Skripsi/Thesis/Disertasi	Tanggung Jawab Pengangkut Pada Penerbangan Charter Pesawat Udara	1. Pelaksanaan Marger Pada Bank Umum 2. Pengaruh Obyektifitas Penilaian Kinerja Terhadap Kepuasan Kerja Di PT Indolexco Consulting Sby	Larangan Pesekonkolan Tender Dalam Perspektif Hukum Persaingan Usaha

Nama Pembimbing/Promotor	Wiwoho Soedjono, SH, MS	1. Dr M. Isnaeni, SH, MS 2. Drs. Heru Tjaraka MS.i Akt	Prof.Dr M. Isnaeni, SH, MS
--------------------------	-------------------------	---	----------------------------

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2016	Rancangan Model Pengembangan Kompetensi Sumber Daya Manusia (Sdm) Dalam Pengelolaan Keuangan Negara Untuk Mewujudkan <i>Good Governance</i> Di era otonomi daerah	PUPT DIKTI	60
2	2014	Rancangan Model sinergisitas implemnetasi kebijakan corporate social responsibility (CSR) dalam penanggulangan pengangguran terdidik melalui program kewirauasahaan (Anggota)	HB DIKTI	60
3	2007	Urgensi Hukum Persaingan Usaha Da Perspektif Perekonomian Indonesia	Penelitian Mandiri Lemlit - UNAIR	5
4	2007	Kewenangan KPPU Dalam Penegakan Hu Persaingan Usaha Berdasarkan UU No. 5 Tahun 1 tentang Larangan Praktek Monopoli Persaingan Usaha Tidak Sehat	Penelitian Mandiri Lemlit - UNAIR	5
5	2007	Perlindungan Simpanan Dana Nasabah Oleh Lembaga Penjamin Simpanan/LPS	DIPA PNBPN Unair	5
6	2006	Persekongkolan Tender dan Hukum Persair Usaha di Indonesia	P4 FH UNAIR	5
7	2006	Hambatan Yang Dihadapi KPPU Da Implementasi UU No. 5 Tahun 1999	Penelitian Mandiri, FH UNAIR	3

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat Dalam 5 Tahun Terakhir

No	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml
1	2012	Menjadi konsultan dalam Perancangan Perda tentang Izin Reklame di DPRD Kota Surabaya	APBD 2012	15.

2				
3				

E. Pengalaman Penulisan Artikel Ilmiah Dalam Jurnal Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Volume/Nomor /Tahun	Nama Jurnal
12	Kepemilikan Silang (<i>Cross-ownership</i>) Saham PT Indosat Tbk. dan PT Telkomsel Oleh Temasek Holding Company	Februari 2008	MIMBAR HUKUM FH UGM, Jogjakarta
29	Eksistensi Lembaga Penjaminan Simpanan (LPS) Dalam Sistem Perbankan Nasional	Nopember 2007	MIMBAR HUKUM, FH UGM, Jogjakarta
4	Persekongkolan Tender Sebagai Kegiatan Yang Dilarang Dalam UU Antimonopoli	Maret-April 2006	Yuridika
7	Komparasi Pengaturan Persekongkolan Tender di Indonesia dan Negara Jepang Dalam Perspektif Hukum Persaingan Usaha	Oktober 2007	ERA HUKUM Fakultas Hukum UNIVERSITAS TARUMANEGARA, Jakarta
8	Draft Penyusunan Pedoman Pasal 47 (Sanksi Administratif) UU No. 5 Tahun 1999	23 Mei 2007	Makalah Nara Sumber Pada Diskusi Terbatas di KPPU Daerah Surabaya
10	Implementasi UU No. 5 Tahun 1999 Oleh Komisi Pengawas Persaingan Usaha (KPPU)	XVII/No.1/Januari-Juni/2007	YUSTISIA

F. Pengalaman Penyampaian Makalah Secara Oral Pada Pertemuan / Seminar Ilmiah Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Diskusi Terbatas	Badan Hukum Yayasan dan Masalah Manajemennya	September 2002, Yayasan Mulyorejo Madiun

2	Training	Yayasan dan Koperasi Pedesaan	September 2002, Madiun
3	Seminar	Penegakan Hukum Persaingan di Indonesia	12 Juli 2002 Lembaga Madani Wilayah Jawa Timur Surabaya
4	Semiloka	Penyempurnaan & Perubahan UU No. 33 Tahun 1964 tentang Dana Pertanggungjawaban Kecelakaan Penumpang dan UU No. 34 Tahun 1964 tentang Dana Kecelakaan Lalu Lintas	14 Februari 2004 Pusat Penelitian Pranata Pembangunan UI, Surabaya
5	Seminar Sosialisasi dan	Penyelenggaraan Usaha Perdagangan & Perindustrian	29 Oktober 2008 Hotel Novotel, Surabaya
6	Seminar Nasional	Hukum Persaingan Usaha di Indonesia dan Perkembangannya,	18 Desember 2008 ICL GTZ, KPPU dan Mag Hukum Fakultas Hukum UGM, Jogjakart,
7	Seminar	Praktek Persekongkolan Tender di Jawa Timur (Kajian Putusan KPPU No. 7/KPPU-L/2001 dan No. 16/KPPU-I/2005)	24 April 2008 Surabaya
8	Diskusi	Price Fixing dan Kartel Dalam Hukum Persaingan Usaha	FH Unair Juni 2008
9	Seminar	Hukum Perusahaan dan Yayasan Sebagai Entitas Badan Hukum	Biro Konsultasi dan Bantuan Abdi Bangsa Indonesia (ABBI) 1 Juni 2007
10	Diskusi	Draft Penyusunan Perjanjian yang Berkaitan Dengan HAKI : Pengecualian Dalam UU No. 5 Tahun 1999	Surabaya, 14 Juni 2007
11		Asuransi/Jaminan Sosial Tenaga Kerja	Makalah Penyuluhan Hukum Bagi Karyawan Swasta Surabaya September 2006

12	Diskusi	Persekongkolan Tender dan Penegakan Hukum Persaingan Usaha di Daerah	1 Desember 2006 Surabaya
----	---------	--	--------------------------

G. Pengalaman Penulisan Buku Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Hukum Persaingan Usaha Antara Teks Konteks	2009	356	GTZ ROV CREATIVE MEDIA JKT
2	Buku : “MENGENAL HUKU PERSAINGAN USAHA”,	Maret 2008	360	Penerbit Laros, Surabaya
3	Buku : “LARANGAN PERSEKONGKOLAN TENDER	Januari 2008	345	Penerbit Srikandi
4	Buku : PUSPA RAGAM INFORMASI DAN PROBLEMATIKA HUKUM	2000	186	Karya Abditama

H. Pengalaman Perolehan HKI Dalam 5 – 10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/jenis rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respons Masyarakat
1				

J. Penghargaan yang Pernah Diraih dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi, atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1			

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima risikonya.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi

Surabaya 4 Maret ,2016
Anggota Pengusul



Prof. Dr. L. Budi Kagramanto, SH., MH., MM
NIP: 1960 0106 1990 02 1001

Lampiran 6.. Surat pernyataan ketua peneliti dan Anggota .



UNIVERSITAS AIRLANGGA
LEMBAGA PENELITIAN DAN INOVASI
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115
Telp. (031) 5923584, 5995246-48, Fax. (031) 5923584, 5962066
Website : <http://lpi.unair.ac.id>; E-mail : adm@lpi.unair.ac.id

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN
NIDN : 0006047305
Pangkat / Golongan : IVa.
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala .

Dengan ini menyatakan bahwa proposal penelitian saya dengan judul :

RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS

Yang diusulkan dalam Skema Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi untuk tahun anggaran 2017-2020 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/ sumber dana lain

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar benarnya.

Mengetahui,
Ketua LPI Universitas Airlangga


(Prof. H. Hery Purnobasuki, M.Si., PhD)
NIP: 19670507 1991021001

Surabaya, 14 Mei 2016
Yang membuat pernyataan



(Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN)
NIP: NIP: 19730406 200312 1 002

PERNYATAAN KETUA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN
NIP : 19730406 200312 1 002
Pangkat / Golongan : IVa.
Unit kerja : Fakultas Hukum -Unair
Alamat : Jl. Gayungsari VIII / 17 Surabaya
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala

Dengan ini mengajukan Proposal Riset Unggulan PT dengan judul:

RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS

Saya menyatakan bahwa:

1. Saya bersedia menjadi Ketua Peneliti dengan meluangkan waktu selama 100 jam/bulan untuk melakukan riset termasuk money dan presentasi hasilnya.
2. Saya bersedia menyerahkan bukti submit ke Jurnal Nasional terakreditasi atau Jurnal Internasional paling lambat 30 Nopember 2017.
3. Proposal riset yang saya ajukan di atas **belum pernah** dibiayai dan **tidak sedang diajukan** untuk dibiayai oleh instansi lain.
4. Proposal riset yang saya ajukan di atas tidak mengandung plagiasi atau autoplajiasi serta pengulangan riset yang telah dilakukan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan bersedia mengembalikan dana riset yang telah saya gunakan apabila terbukti bahwa pernyataan saya di atas tidak benar.

Surabaya, 12 Mei 2016
Yang membuat pernyataan



Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN
NIP:19730406 200312 1 002

PERNYATAAN SEBAGAI ANGGOTA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dr Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH
NIP : 196912251995122001
Unit kerja : Fakultas Hukum -Unair
Alamat : Pondok Jati 12 A Sidoarjo

Dengan ini menyatakan kesediaan untuk ikut serta sebagai **Anggota Peneliti** dan meluangkan waktu selama 80 jam/bulan dalam riset yang berjudul

RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS

Apabila saya ternyata dikemudian hari tidak memenuhi kesediaan yang telah disebutkan di atas maka saya bersedia diberhentikan keikutsetaannya dari riset tersebut.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Surabaya, 21 Mei 2016

Yang membuat pernyataan



Dr Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH

NIP: 196912251995122001

PERNYATAAN SEBAGAI ANGGOTA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Prof. Dr. L. Budi Kagramanto, SH., MH., MM.
NIP : 1960 0106 1990 02 1001
Unit kerja : Fakultas Hukum -Unair
Alamat : Pondok Sidokare Asri AB – 12, Sidoarjo

Dengan ini menyatakan kesediaan untuk ikut serta sebagai **Anggota Peneliti** dan meluangkan waktu selama 80 jam/bulan dalam riset yang berjudul

RANCANGAN MODEL OPTIMALISASI PUSKESMAS SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP) UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS

Apabila saya ternyata dikemudian hari tidak memenuhi kesediaan yang telah disebutkan di atas maka saya bersedia diberhentikan keikutsetaannya dari riset tersebut.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Surabaya, 21 Mei 2016
Yang membuat pernyataan



Prof. Dr. L. Budi Kagramanto, SH., MH., MM

