

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



**RANCANGAN MODEL PENINGKATAN PELAYANAN PRIMA DI BIDANG
KESEHATAN DI ERA OTONOMI DAERAH**

TAHUN KE 1 DARI RENCANA 3 TAHUN

Dr. Herini Siti Aisyah, SH, MH/ 0025126902
Prof. Dr. Nur Basuki Minarno, SH, M. Hum/ 0013106306
Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN/ 0006047305

**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**

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



KKB
KK-2
LP.03/19
A IS
r

RANCANGAN MODEL PENINGKATAN PELAYANAN PRIMA DI BIDANG
KESEHATAN DI ERA OTONOMI DAERAH

TAHUN KE 1 DARI RENCANA 3 TAHUN

Dr. Herini Siti Aisyah, SH, MH/ 0025126902
Prof. Dr.Nur Basuki Minarno, SH.,M.Hum/ 0013106306
Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN/ 0006047305

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



HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Rancangan Model Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan Di Era Otonomi Daerah

Peneliti/Pelaksana
 Nama Lengkap : Dr RR HERINI SITI AISYAH, S.H.
 Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga
 NIDN : 0025126902
 Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
 Program Studi : Sains Hukum dan Pembangunan
 Nomor HP : 08123068653
 Alamat surel (e-mail) : herini@fh.unair.ac.id

Anggota (1)
 Nama Lengkap : Dr NUR BASUKI MINARNO S.H., M.Hum
 NIDN : 0013106306
 Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

Anggota (2)
 Nama Lengkap : Dr MUHAMMAD HADI SHUBHAN S.H.
 NIDN : 0006047305
 Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

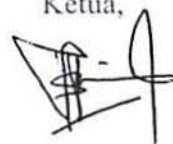
Institusi Mitra (jika ada)
 Nama Institusi Mitra : -
 Alamat : -
 Penanggung Jawab : -
 Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 3 tahun
 Biaya Tahun Berjalan : Rp 100,000,000
 Biaya Keseluruhan : Rp 300,000,000

Mengetahui,
 Ketua Fak. Hukum




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

Kota Surabaya, 2 - 11 - 2018
 Ketua,



(Dr RR HERINI SITI AISYAH, S.H.)
 NIP/NIK 196912250995122001

Menyetujui,
 Ketua LPI Unair



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



RINGKASAN

Kualitas pelayanan kesehatan menjadi kunci utama untuk mengurai masalah-masalah kesehatan masyarakat. Lebih dari 80 % masalah kesehatan harus dapat dikelola dengan baik di tingkat primer. 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.

Penelitian ini mengacu pada RIP dan Roadmap LPI Unair Th. 2016-2020 , dengab Tema Riset 6 : Sistem Pengelolaan Layanan Kesehatan Penduduk Miskin yaitu terkait dengan Excelence Services Di Instuitusi Layanan Kesehatan; maka dalam penelitian ini mengambil judul penelitian Rancangan Model Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan Di Era Otonomi Daerah. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat mendukung apa yang menjadi prioritas unggulan penelitian Unair.

Sesuai dengan kewenangan yang besar di daerah dalam era otonomi daerah diharapkan dapat mempercepat reformasi birokrasi yang dapat mendorong dan mempercepat terwujudnya pelayanan prima di bidang kesehatan. Agar dapat memberikan pelayanan yang memuaskan kepada masyarakat diperlukan berbagai upaya yang sistematis dan komprehenship yang cukup memadai dengan perkembangan penyakit masyarakat dan perkembangan tekonologi di bidang kesehatan. Mengingat begitu urgennya pengembangan pelayanan prima di bidang kesehatan karena diharapkan dapat melayani masyarakat dengan memuaskan sehingga kesehatan masyarakat akan semakin meningkat.

Dalam penelitian ini dirumuskan permasalahan sebagai berikut: (a). Bagaimana peraturan perundangan mengatur Pelayanan Prima di Bidang kesehatan? (b) . Faktor-faktor apa yang menjadi hambatan Pemerintah Daerah dalam mengoptimalkan pelayanan Prima di biding kesehatan? (c) Bagaimana Rancangan Model yang tepat Peningkatan Pelayanan Prima di bidang Kesehatan dapat semakin meningkat?

Tujuan penelitian adalah **Tahun I (1)** Menemukan dasar Hukum yang mengatur peran Pemerintah daerah Dalam Meningkatkan Pelayanan Prima di era Otonomi Daerah (2) Menemukan Faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam mengoptimalkan Pelayanan Prima di bidang Kesehatan di era Otonomi Daerah. (3) Menemukan Rancangan Model Yang Tepat agar Peningkatan Pelayanan Prima di bidang Kesehatan dapat semakin meningkat Sehingga dapat mengoptimlkan pelayanan kesehatan di era Otonomi Daerah. **Tahun II** Melakukan uji coba Model, yang dilakukan dengan **Tahun III**. Melakukan Diseminasi Rancangan Model agar Rancangan Model benar-benar dapat diterapkan dalam mengoptimalkan peran Pemerintah Daerah dalam meningkatkan pelayanan Prima di bidang Kesehatan.

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.

Kesimpulan dalam penelitian ini (1) Untuk mengoptimalisasikan pelayanan prima di bidang pelayanan kesehatan pemerintah daerah semakin mendesak untuk segera dilakukan, mengingat semakin majunya masyarakat juga menuntut pelayanan kesahatan yang lebih baik. Semakin berkembangnya dan beraneka macam penyakit yang ada di masyarakat semakin menambah kompleksitas penyakit; maka diperlukan pula kesiapan pemerintah untuk memberikan pelayanan terbaik sehingga penangananapun dibutuhkan penanganan yang lebih komprehenship dan holistik sehingga diperlukan adanya ketersediaan Sumber Daya yang lebih berkualitas dan lebih memadai Baik Sumber Daya Manusia maupun

sumber daya lainnya seperti peralatan kesehatan dan sebagainya. Selain itu semakin kompleksitas kehidupan masyarakat semakin menuntut adanya pelayanan yang mampu melayani secara sederhana, praktis, cepat dan akurat. Terkait dengan hal ini maka pusat-pusat pelayanan kesehatan di Kab. Sidoarjo telah mengembangkan berbagai sistem informasi yang dapat meningkatkan kemudahan dan kelancaran dalam menerima pelayanan kesehatan dengan inovasi-inovasi pelayanan yang memanfaatkan teknologi informasi yang dapat diakses masyarakat dengan handphone. (2) Faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan prima di bidang kesehatan antara lain Sumber Daya Manusia (SDM) . Sumber Daya Manusia menjadi kunci utama dalam memberikan pelayanan prima bagaimanapun Sumber Daya Manusia akan menentukan seberapa berkualitasnya pelayanan kepada masyarakat. Namun demikian baik buruknya pelayanan akan juga tergantung pada peralatan pendukung maupun fasilitas lainnya yang tidak bisa dikesampingkan apalagi pada zaman serba teknologi sekarang ini. Faktor lain yang menjadi hambatan dalam meningkatkan pelayanan prima adalah ketersediaan obat. Ketersediaan obat akan mempengaruhi pelayanan terutama bagi masyarakat miskin yang serba terbatas keuangannya sehingga hanya mengandalkan obat generik untuk mengobati penyakitnya. Apabila obat yang diresepkan oleh dokter tidak tersedia maka hal ini akan menjadikan masalah yang serius bagi masyarakat miskin karena tidak bisa membeli obat lain yang sejenis sebagai pengganti karena keterbatasan keuangan. Budaya Masyarakat. Budaya masyarakat terkait dengan berperilaku yang kurang dapat menjaga kesehatannya seperti dalam mengkonsumsi makanan yang kurang sehat, merokok maupun kurang adanya aktifitas yang dapat menjaga kesehatan dirinya. Budaya masyarakat juga terkait dengan budaya dalam berobat ketika dirinya mengalami sakit; persepsi masyarakat juga sangat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat dalam berobat dan hal ini akan berpengaruh pula pada tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah. (3) Dari berbagai faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan di bidang kesehatan maka disusunlah Dalam Rancangan Model optimalisasi pelayanan prima dengan mengoptimalkan beberapa faktor tersebut dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas meningkatkan fasilitas kesehatan peningkatan manajemen agar semua sumber daya yang dimiliki dapat lebih efektif dan efisien serta. Edukasi kepada masyarakat merupakan variabel yang penting untuk dapat meningkatkan pelayanan prima di bidang kesehatan. Untuk meningkatkan pelayanan prima perlu adanya upaya optimalisasi beberapa hal yang semuanya saling terkait satu sama lain sehingga dapat bersinergi. Optimalisasi Sumber Daya Manusia mempunyai peran yang sangat strategis. Sedangkan dalam penelitian ini disarankan (1) Program Pengembangan SDM berupa Pengadaan , Pembinaan dan pengembangan tenaga kesehatan diharapkan dapat memfasilitasi tenaga kesehatan untuk dapat terus berkembang baik secara kuantitatif maupun kualitatif, hendaknya dapat menjadi prioritas utama dalam optimalisasi pelayanan di bidang kesehatan. (2) Hal yang hendaknya juga menjadi perhatian utama dalam meningkatkan pelayanan prima adalah terkait dengan ketersediaan obat yang cukup dan tepat waktu, mengingat masalah ini menjadi keluhan hampir di semua Puskesmas maupun Rumah Sakit terutama bagi masyarakat miskin (3) Upaya pemerintah daerah untuk menciptakan masyarakat yang sehat tidak lepas pula dari masyarakat itu sendiri dalam berperilaku sehat. Untuk itu perlu diedukasi kepada masyarakat untuk dapat belajar dan membiasakan diri untuk dapat hidup sehat; dan hal ini tidak bisa dilakukan sendiri oleh Dinas Kesehatan akan tetapi diperlukan adanya kerja sama dan sinergisitas dengan dinas-dinas lainnya untuk bersama-sama mengedukasi masyarakat agar terhindar dari penyakit sehingga perlu perawatan dokter.

Kata Kunci : Pelayanan, Prima, Publik, Kesehatan

SUMMARY

The quality of health services is the main key to breaking down public health problems. More than 80% of health problems must be managed properly at the primary level. The coverage of puskesmas patients referred to the hospital was 21%. referral cases because they cannot be handled by the puskesmas such as a rather severe disease and laboratory checks where the puskesmas do not have laboratory facilities.

This research refers to the RIP and the Unair LPI Roadmap. 2016-2020, with Research Theme 6: Management System for Poor Population Health Services, which is related to Excellence Services in Health Service Institutions; then in this study took the title of the research Design Model for Improving Excellent Service in the Field of Health in the Era of Regional Autonomy. The existence of this research is expected to be able to support what is the priority of Unair's research.

In accordance with the great authority in the region in the era of regional autonomy, it is expected to accelerate bureaucratic reforms that can encourage and accelerate the realization of excellent service in the health sector. In order to be able to provide satisfactory services to the community various systematic and comprehensive efforts are needed that are adequate with the development of community diseases and the development of technology in the health sector. Given the urgency of developing excellent service in the health sector because it is expected to serve the community satisfactorily so that public health will increase.

In this study the following problems were formulated: (a). How do regulations regulate Prime Services in the field of health? (b). What factors are obstacles to the Regional Government in optimizing Excellent services in the health bidding? (c) How can the appropriate Model Design Enhance Excellent Service in the Health sector be increased?

The research objectives are Year I (1) Finding the Legal basis that regulates the role of the Regional Government in Improving Excellent Services in the Regional Autonomy era (2) Finding the factors that become obstacles in optimizing Excellent Services in the Health sector in the Regional Autonomy era. (3) Finding the Right Model Design so that Excellent Service Improvement in the Health sector can be increased so that it can optimize health services in the Regional Autonomy era. Year II Conducted a trial model, which was conducted with Year III. Disseminate the Model Design so that the Model Design can truly be applied in optimizing the role of the Regional Government in improving Excellent services in the Health sector.

To achieve these objectives, in this study want to study comprehensively, in this study a qualitative Socio Legal approach will be used. This approach recognizes research problems in addition to the normative aspects of field research.

The conclusions in this study (1) To optimize excellent service in the field of health services of the regional government are increasingly urgent to be carried out, given the increasingly advanced community also demands better health services. Increasingly developing and various types of diseases in the community increasingly add to the complexity of the disease; hence government readiness is also needed to provide the best service so that the handling is needed to be more comprehensive and holistic so that there is a need for better quality and more adequate resources both human resources and other resources such as health equipment and so on. In addition, the more complexity of people's lives increasingly demands the existence of services that are able to serve in a simple, practical, fast and accurate manner. Related to this, health service centers in Kab. Sidoarjo has developed various information systems that can improve the ease and smoothness of

receiving health services with service innovations that utilize information technology that can be accessed by the public with cellphones. (2) Factors that influence excellent service in the health sector include Human Resources (HR). Human Resources are the main key in providing excellent service however Human Resources will determine how high the quality of service is to the community. However, the good and bad service will also depend on supporting equipment and other facilities that cannot be ruled out especially in today's technological age. Another factor that becomes an obstacle in improving excellent service is the availability of drugs. The availability of drugs will affect services, especially for the poor who are financially limited so they only rely on generic drugs to treat their diseases. If the medication prescribed by a doctor is not available then this will make a serious problem for the poor because they cannot buy other similar drugs as a substitute because of financial constraints. Community Culture. The culture of the community is related to behaving that is less able to maintain their health such as consuming foods that are less healthy, smoking and lacking in activities that can maintain their health. Community culture is also related to the culture of treatment when he experiences pain; public perceptions also greatly influence the behavior of the community in treatment and this will also affect the level of community satisfaction with the health services provided by the government. (3) Of the various factors that influence service in the health sector, the Model Design is designed to optimize prime service by optimizing several of these factors by increasing the quality and quantity of health facilities to improve management so that all the resources owned can be more effective and efficient as well. Public education is an important variable in order to improve excellent service in the health sector. To improve service excellence, efforts need to be made to optimize a number of things that are all related to each other so that they can work together. Optimization of Human Resources has a very strategic role. While in this study it is suggested (1) HR Development Program in the form of Procurement, Development and development of health workers are expected to facilitate health workers to be able to continue to develop both quantitatively and qualitatively, should be a top priority in optimizing services in the health sector. (2) Things that should also be a major concern in improving excellent service are related to the availability of adequate and timely drugs, considering that this problem is a complaint in almost all Puskesmas and hospitals, especially for the poor (3) Local government efforts to create communities healthy people can not be separated from the community itself in healthy behavior. For this reason, it is necessary to educate the public to learn and get used to living a healthy life; and this can not be done alone by the Health Office but cooperation and synergy with other agencies are needed to jointly educate the community to avoid the disease so that they need medical care.

Keywords: Service, Prima, Public, Health

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah kehadiran Allah 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 penbelitian ini dapat dilakukan dengan lancar

Peneliti sudah berusaha seoptimal mungkin agar penelitian dapat dilakukan secepat dan sebaik mungkin namun peneiti 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

PRAKATAvi

DAFTAR ISI..... vii

BAB I. PENDAHULUAN..... 1

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA..... 3

BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT 9

BAB IV METODE PENELITIAN..... 13

BAB V. HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI..... 17

BAB VI. RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA..... 43

BAB VII . KESIMPULAN DAN SARAN.....44

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Lampiran 1. Luaran Draf Artikel

Lampiran 2. Luaran Rancangan Model

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4.Susunan organisasi tim peneliti dan pembagian tugas

Lampiran 4. Biodata Ketua dan Anggota Tim Peneliti

Lampiran 5.Surat Pernyataan Ketua Peneliti dan anggota



BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

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)

Buruknya pelayanan kesehatan baik pusat maupun daerah masih menjadi keluhan masyarakat yaitu terkait dengan antrian, administrasi , uang muka, transparansi , pelayanan bagi warga miskin, bahkan adanya penolakan yang dilakukan oleh rumah sakit (<http://vitaorin.blogspot.co.id/2012/09/artikel>)- buruknya - layanan – kesehatan.html). Untuk meningkatkan kesehatan masyarakat 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). 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 dirumuskan permasalahan sebagai berikut: (a). Bagaimana peraturan perundangan mengatur Pelayanan Prima di Bidang kesehatan? (b) Faktor-faktor apa yang menjadi hambatan Pemerintah Daerah dalam mengoptimalkan pelayanan Prima di bidang kesehatan ? (c) Bagaimana RANCANGAN MODEL yang tepat Peningkatan Pelayanan Prima di bidang Kesehatan dapat semakin meningkat?

Tujuan penelitian adalah (1) Menemukan dasar Hukum yang mengatur peran Pemerintah daerah Dalam Meningkatkan Pelayanan Prima di era Otonomi Daerah (2) Menemukan Faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam mengoptimalkan Pelayanan Prima di bidang Kesehatan di era Otonomi Daerah. (3) Menemukan Rancangan Model Yang Tepat agar Peningkatan Pelayanan Prima di bidang Kesehatan dapat semakin meningkat Sehingga dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan di era Otonomi Daerah.

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 pelayanan prima di bidang kesehatan. 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 pelayanan prima di bidang kesehatan karena diharapkan dapat melayani masyarakat dengan memuaskan sehingga kesehatan masyarakat akan semakin meningkat maka dalam penelitian ini dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

- a. Bagaimana Pelayanan Prima di Bidang kesehatan di Era Otonomi Daerah?
- b. Faktor-faktor apa yang menjadi hambatan Pemerintah Daerah dalam mengoptimalkan pelayanan Prima di bidang kesehatan ?
- c. Bagaimana Rancangan Model yang tepat Peningkatan Pelayanan Prima di bidang Kesehatan dapat semakin meningkat?

BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penelitian Terdahulu

Hasil penelitian Soleh menunjukkan bahwa semakin tingginya tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan dan fasilitas kesehatan yang efektif dan efisien, mau tidak mau pemerintah untuk berupaya memenuhi tuntutan-tuntutan tersebut.; peningkatan pelayanan prima merupakan jawaban yang tepat. (Soleh Iskandar¹ , 2016, 4) 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 kesehatan, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain (Pohan I S , 2002)

Kesehatan 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 Kesehatan. (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) (2). Daya Tanggap (*responsiveness*), (3). Jaminan (*assurance*), (4). Empati (*emphaty*); (5). Bukti Fisik (*tangibles*), . (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 kesehatan bisa dilakukan dengan beberapa

metode sebagai berikut : (a). Antrian pada kesehatan, (b). Dokter praktek, dalam jajaran pelayanan kesehatan primer bagi pasien untuk mengurangi fokus pelayanan primer di kesehatan, (Syahdat Nurkholiq, 2011) Pengelolaan sarana dan SDM di kesehatan 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 kesehatan dan rumah sakit . (*Ignasius Luti, dkk, Maret 2012:33*)

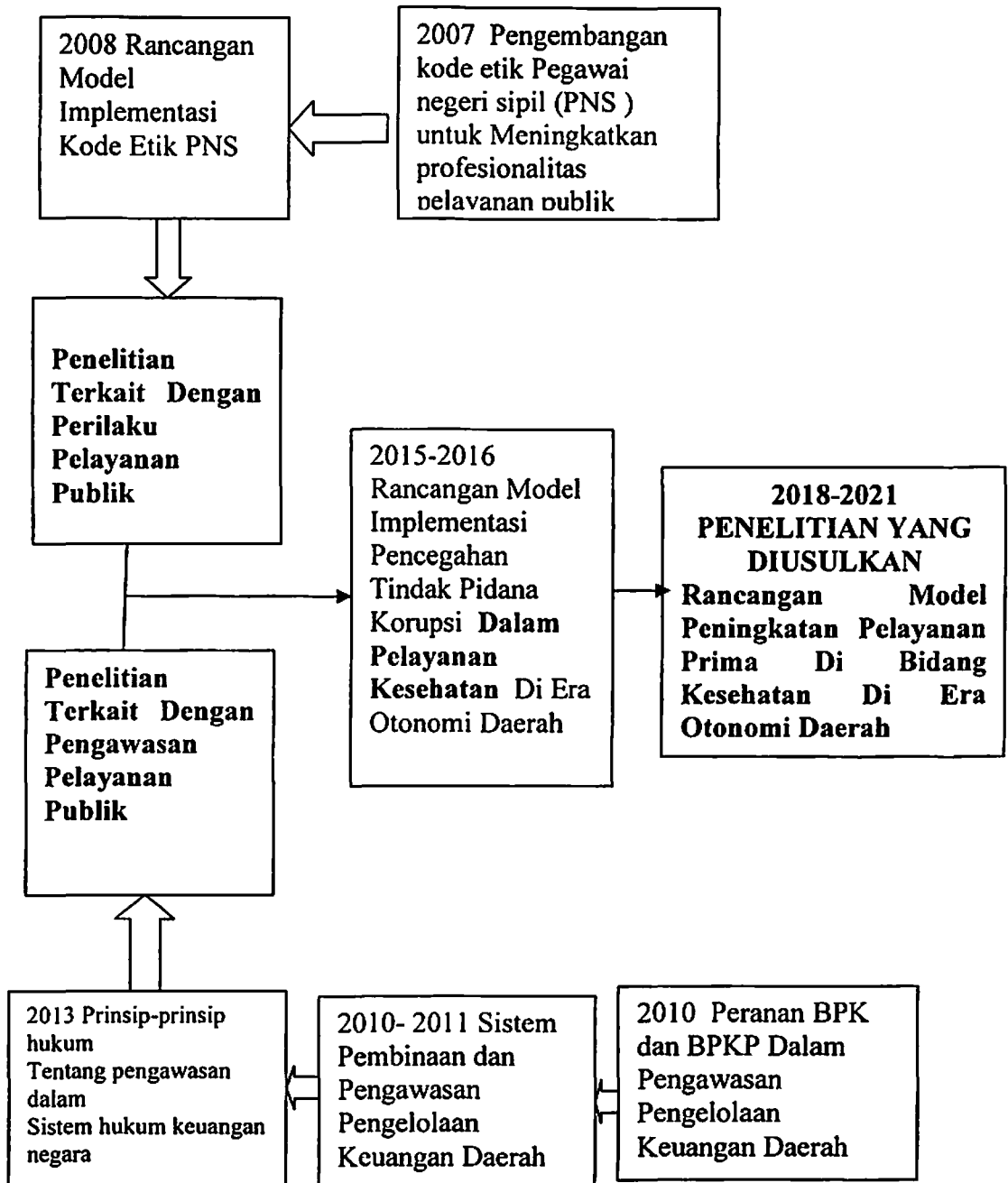
Ketidakpuasan pelayanan kesehatan BPJS terjadi pada a. Pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien BPJS pada fasilitas pelayanan kesehatan primer b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien BPJS pada fasilitas pelayanan kesehatan skunder c. Pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien BPJS pada kasus gawat darurat d. Sengketa pelayanan kesehatan BPJS di pelayanan kesehatan primer (Filu Marwati Santoso putri. 2014; 17) Hal yang menghambat Pelayanan di Kesehatan a)banyaknya antrian yang terjadi di ruang tunggu. b) Pasien mengharapkan di intalasi rawat inap maupun UGD kesehatan selalu ada dokter jaga agar standbay di sana untuk memberikan pelayanana 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. Penelitian Yang Akan Dilakukan

Dari berbagai penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah tentang pelayanan prima masih banyak kendala sehingga belum bisa diimplementasikan dengan optimal sebagaimana yang yang diharapkan dalam Undang Undang Nomor 14 Tahun 2008 yang mempunyai konsekuensi bahwa pelayanan publik dituntut untuk dapat memberikan kepuasan kepada masyarakat yang merupakan visi dari Departemen Kesehatan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. (Kemenkes RI,2013). Oeh karena itu maka penelitian ini penting untuk dilakukan agar kajian yang terkait dengan peningkatan pelayanan kesehatan semakin mendorong terciptanya pelayana prima di bidang kesehatan.

Sehingga penelitian ini akan difokuskan pada upaya optimalisasi pelayanan prima di bidang kesehatan sesuai dengan kewenangan yang dimiliki daerah.

2.3. Roadmap Penelitian



2.4. Faktor Yang Menghambat Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan

Faktor-faktor yang menghambat akses pelayanan kesehatan dikarenakan keterbatasan sarana dan tenaga kesehatan yaitu sebesar 60% desa masih kekurangan tenaga bidan di polindes, sebesar 43,9% desa masih kekurangan tenaga perawat di puskesmas dan sebesar 23,30% masih kekurangan tenaga di poskesdes dan sebesar 27,9 % atau sebanyak 80 desa masih belum memiliki fasilitas kesehatan. Faktor lain yang menghambat akses pelayanan kesehatan adalah keterbatasan anggaran di daerah yang hanya sebesar 7% dari Total APBD (<http://repository.ut.ac.id/547/>).

Unsur-unsur pelayanan prima, dalam Kemendagri No. 81/1993, yaitu: Kesederhanaan, Kejelasan dan kepastian, Keamanan, Keterbukaan, Efisien, Ekonomis, Keadilan yang merata. Pelayanan prima dibidang kesehatan (*Health customer care*) bukan hanya sekedar memberikan sesuatu layanan teknis kesehatan saja tetapi juga layanan informasi pelayanan kesehatan. Pelayanan prima bidang kesehatan (*Health customer care*) dibutuhkan kesiapan semua anggota pelaksana program tanpa kecuali. (<http://www.waspadamedan.com/inde>)

Pelayanan prima itu ibarat pelayanan kesehatan bermutu yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan serta memberi pelayanan yang sesuai dengan Standart Operating Procedure (SOP) pelayanan kesehatan. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara terus menerus dengan Manajemen Kualitas Terpadu (Total Quality Management). (<http://promkespkmbanggae1>)

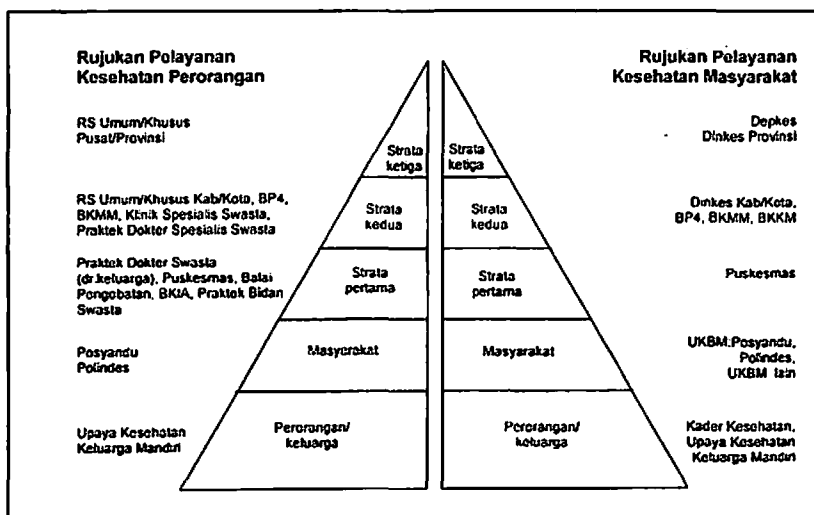
Beberapa aspek yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan : (1) Jumlah Petugas Jumlah petugas merupakan salah satu aspek yang menunjang pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Keadaan petugas yang kurang menyebabkan penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan tidak maksimal dan kurang memenuhi kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan. (2) Ketanggapan petugas berhubungan dengan aspek kesiapan dari petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan yang diinginkan. (3) Keandalan petugas. Keandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. (4) Ketersediaan dan kelengkapan fasilitas. Fasilitas merupakan sarana bantu bagi instansi dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Keadaan fasilitas yang memadai akan membantu terhadap penyelenggaraan pelayanan kepada pasien. (<http://blogjoeharno.blogspot.co.id>)

2.5. Rancangan Model Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan

Unsur unsur pelayanan prima sebagaimana dimaksud dalam keputusan Menpan No. 81/1993, yaitu (1). Kesederhanaan, (2). Kejelasan dan Kepastian, (3). Keamanan, (4). Keterbukaan, (5) Efisien, (6). Ekonomis, (7). Keadilan yang merata, (8). Ketepatan waktu. Perilaku yang baik dalam memberikan pelayanan adalah (<http://idibalikpapan Kaltim>): Berdasarkan UU RI No. 36 Tahun 2009 pasal 1 ayat 11 pelayanan kesehatan adalah "setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Ada tiga konsep dasar (A3) yang harus diperhatikan dalam mewujudkan pelayanan prima, yakni: a. Konsep sikap (attitude) Keberhasilan bisnis industri jasa pelayanan akan sangat tergantung pada orang-orang yang terlibat di dalamnya. b. Konsep perhatian (attention) Dalam melakukan kegiatan layanan, seorang petugas pada perusahaan industri jasa pelayanan harus senantiasa memperhatikan dan mencermati keinginan pelanggan. c. Konsep tindakan (action) Pada konsep perhatian, pelanggan "menunjukkan minat" untuk membeli produk yang kita tawarkan. Pada konsep tindakan pelanggan sudah "menjatuhkan pilihan" untuk membeli produk yang diinginkannya (DEBI YULIVIA, 2014: 1902-1914)

Dalam Kepmenkes RI Nomor 128/Menkes/Sk/Ii/2004 ; Azas penyelenggaraan, Azas pertanggungjawaban wilayah, Azas pemberdayaan masyarakat, Azas keterpaduan, Azas rujukan . Secara Skematis melaksanakan azas rujukan dapat digambarkan sebagai berikut:



Sedangkan indikator optimal tidaknya pelayanan prima di bidang kesehatan tergambar dalam bagan berikut:

SASARAN	INDIKATOR
Optimalisasi Manajemen Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya Tim Manajemen Pelayanan Prima • Berfungsinya Tim Manajemen Pelayanan Prima
Optimalisasi Mutu Kesehatan	<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

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

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT

3.1. Tujuan Khusus

Berdasarkan Latar belakang dan permasalahan dalam penelitian ini maka tujuan penelitian adalah untuk mengkaji secara komprehensif dan holistik berbagai aspek untuk meningkatkan pelayanan Prima di bidang kesehatan sehingga pelayanan kepada masyarakat dapat optimal dengan menggunakan pendekatan dari ilmu Hukum Administrasi yang secara terperinci terdeskripsi dalam bagan berikut ini:

Tujuan Penelitian	Luaran Penelitian
<p>Tahun I</p> <ol style="list-style-type: none"> Menemukan dasar hukum yang mengatur peran pemerintah daerah dalam meningkatkan pelayanan prima di bidang kesehatan di era otonomi daerah. Menemukan faktor-faktor yang menjadi hambatan dalam mengoptimalkan pelayanan prima di bidang kesehatan di era otonomi daerah. Menemukan rancangan model yang tepat agar peningkatan pelayanan prima di bidang kesehatan dapat semakin meningkat sehingga dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan di era otonomi daerah. 	<ul style="list-style-type: none"> Rancangan Model Artikel Ilmiah di Jurnal Terakreditasi/Internasional
<p>Tahun II</p> <p>Melakukan Uji Coba Terhadap Rancangan Yang Ditemukan Pada Penelitian Th.I</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rancangan Model Yang telah diuji Artikel Ilmiah di muat di Jurnal internasional
<p>Tahun III</p> <p>Melakukan Diseminasi Rancangan Model agar Rancangan Model benar-benar dapat diterapkan dalam mengoptimalkan peran Pemerintah Daerah dalam meningkatkan pelayanan Prima di bidang Kesehatan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rancangan Model dapat dijadikan Prototpye dalam optimalisasi Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan Artikel Ilmiah di muat di Jurnal internasional

3.2. Urgensi (keutamaan) penelitian

1. Untuk Pengembangan Kapasitas Institusi

Hasil penelitian dapat diaplikasikan untuk mendorong dan memperluas pelaksanaan *reformasi birokrasi* di berbagai instansi pemerintah di daerah khususnya

elayanan publik di bidang kesehatan. Karena pelayanan kesehatan 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 pelayanan Kesehatan sangat diharapkan oleh masyarakat terutama masyarakat miskin yang tidak tahu akan berobat kemana kecuali ke Puskesmas atau rumah sakit pemerintah yang memang mayoritas saat ini masih berbenah untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin kesehatan merupakan pintu gerbang utama sehingga dapat menjadi kunci utama pula dalam upayanya meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat. Pelayanan prima di bidang kesehatan 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 prima di bidang Kesehatan dapat ditingkatkan lebih optimal maka diharapkan akan meningkatkan kualitas SDM sehingga produktifitas kerja akan dapat meningkat. Output dari penelitian ini diharapkan dapat diaplikasikan untuk mendorong peningkatan pelayanan prima di bidang kesehatan sehingga diharapkan dapat meningkatkan sinergisitas antar insititusi.

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 lamban bahkan bisa dikatakan beban negara akan semakin tinggi sehingga dapat menghambat pembangunan. Dengan adanya penelitian ini maka diharapkan dapat dilakukan optimlaisasi pelayanan prima di bidang kesehatan melalui penataan kembali pelayanan agar lebih tanggap terhadap tuntutan dan perubahan peraturan perundangan sesuai dengan perubahan dan perkembangan permasalahan permasalahan kesehatan yanga kepentingan masyarakat. Optimlisasi 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.

3.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.

3.5.Rencana Target Tahunan

No	Jenis Luaran	Indikator Capaian			
		Tahun 1	Tahun 2	Tahun 3	
1	Publikasi ilmiah ²⁾	Internasional	<i>published</i>	<i>published</i>	<i>published</i>
		Nasional Terakreditasi			
2	Pemakalah dalam temu ilmiah ³⁾	Internasional			
		Nasional	Draf	sudah dilaksanakan	sudah dilaksanakan
3	<i>Inivited speaker</i> dalam temu ilmiah ⁴⁾	Internasional	tidak ada,	tidak ada,	tidak ada,
		Nasional			

4	<i>Visiting Lecturer</i> 5)	Internasional	tidak ada,	tidak ada,	tidak ada,
5	Hak Kekayaan Intelektual (HKI)6)	Patent	tidak ada,	tidak ada,	tidak ada,
		Patent sederhana			
		Hak Cipta			
		Merek dagang			
		Rahasia dagang			
		Desain Produk Industri			
		Indikasi Geografis			
		Perlindungan Varietas Tanaman			
		Perlindungan Topografi Sirkuit Terpadu			
6	Teknologi Tepat Guna7)		tidak ada,	tidak ada,	tidak ada,
7	Model/Purwarupa/Desain/Karya seni/Rekayasa Sosial8)		Draf	Draf	Draf
8	Buku Ajar (ISBN)9)				
9	Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT)10)		1	2	3

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 *needs assessment* terhadap kapasitas kesehatan dalam memberikan pelayanan prima kepada pasien. Setelah itu penelitian akan dilakukan *assessment* terhadap berbagai faktor dan permasalahan yang berpengaruh terhadap pelayanan prima.

Bagan Alur Penelitian

Input	Output	Outcome	Indikator Capaian
Peraturan Perundangan Yang terkait Dengan Pelayanan Prima di Bidang Kesehatan	Data tentang peraturan perundangan untuk dapat mengambil kebijakan tentang optimalisasi pelayanan prima di bidang kesehatan	Diharapkan Pemerintah dapat membuat kebijakan untuk meningkatkan kapasitas pelayanan prima di bidang kesehatan	Adanya kebijakan yang bersifat strategis untuk meningkatkan kapasitas Kesehatan untuk dapat meningkatkan peran pemerintah daerah dalam mengoptimalkan pelayanan prima di bidang kesehatan.
Variabel-variabel yang menjadi hambatan dalam optimalisasi pelayanan prima di bidang kesehatan	Data tentang hambatan-hambatan Kesehatan Dalam Memberikan Pelayanan Prima di Bidang Kesehatan	Diharapkan dapat dilakukan Upaya mengatasi masalah-masalah yang menjadi hambatan dalam meningkatkan pelayanan prima di bidang Kesehatan	Adanya penyelesaian masalah-masalah yang menghambat pelayanan prima di bidang Kesehatan
Variabel-variabel yang dapat Mengoptimalkan Kesehatan Dalam Memberikan Pelayanan prima di bidang kesehatan.	Data tentang faktor-faktor yang dapat mengoptimalkan Fungsi dinas Kesehatan Dalam Memberikan Pelayanan prima di bidang kesehatan	Diharapkan dapat dilakukan reformasi birokrasi yang mendorong adanya optimalisasi pelayanan publik dalam meningkatkan pelayanan prima di bidang kesehatan	Adanya optimalisasi / Program inovatif kesehatan sebagai Fasilitas Kesehatan untuk meningkatkan pelayanan prima

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 Kesehatan 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 yang sedang berkembang dengan berbagai permasalahan pelayanan kesehatan yang tumbuh berkembang dan semakin kompleks.

4.2.2. Sumber informasi

Yang menjadi sumber informasi utama dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas, Rumah Sakit, Manajer Kesehatan, Tenaga Medis maupun administrasi Kesehatan, peserta pasien yang mendapatkan pelayanan di bidang kesehatan. Sumber informasi akan ditentukan secara Purposive dengan didasarkan pada Golongan Kepangkatan dari golongan untuk pegawai kesehatan sedangkan untuk pasien dipilih secara acak, untuk mendapatkan 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 (Heru Irianto, 2001). Dalam penelitian ini wawancara mendalam dilakukan dengan maksud untuk menggali informasi secara mendalam dan komprehensif data yang berkaitan dengan: Faktor-faktor yang menjadi kendala kesehatan dalam memberikan pelayanan prima,

Pengelolaan Kesehatan serta respon masyarakat terhadap pelayanan Kesehatan di mana dirinya berobat. Sehingga dengan demikian akan dapat diperoleh data yang berkaitan dengan kapasitas dan kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan prima di bidang kesehatan.

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 mengali 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 kesehatan. 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 Kesehatan maka diperlukan adanya target-target yang terkonstruksi sehingga akan dengan lebih gampang untuk menganalisis celah-celah permasalahan yang ada dan bagaimana solusinya (Mardiasmo, 2013)

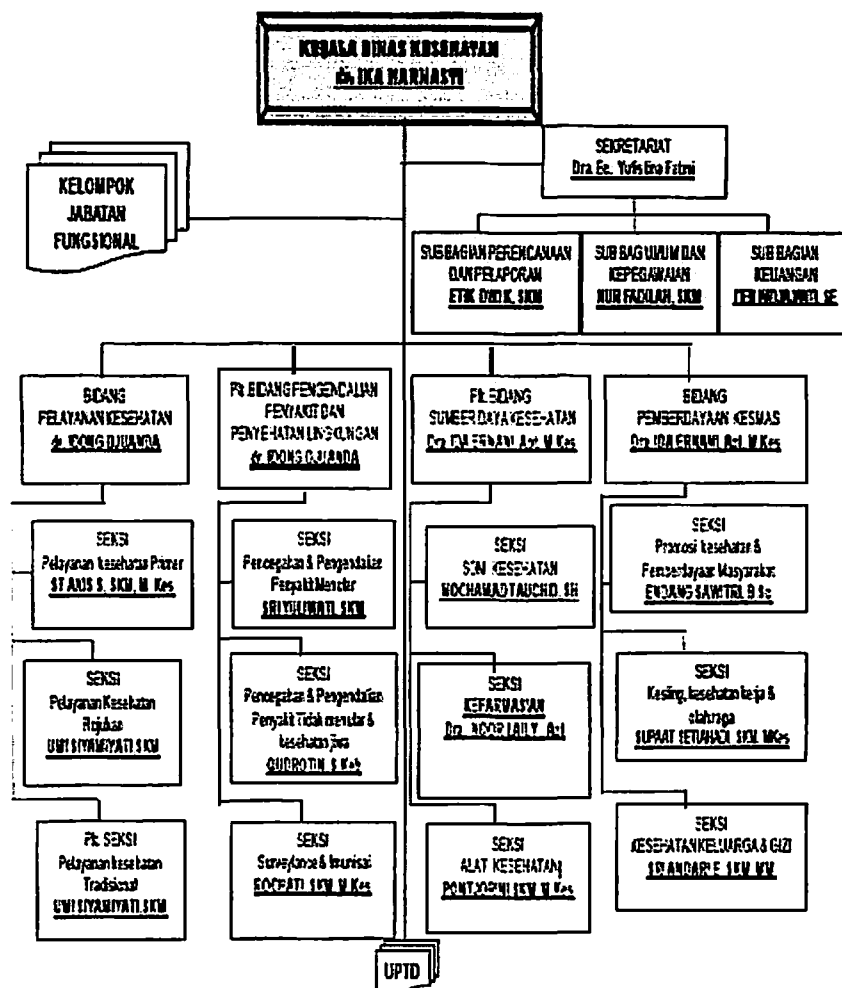
4.2.4. Pelaporan dan Publikasi

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 dan artikel ilmiah untuk dipublikasikan.

BAB V HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan

Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya yang diharapkan akan mampu memberikan dukungan terhadap peningkatan keluarga sehat dilaksanakan dengan sasaran meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara berkesinambungan. Undang-Undang Pasal 4 Nomor 9 Tahun 1960 Tentang Pokok-pokok Kesehatan mengatakan bahwa Pemerintah memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat dengan menyelenggarakan dan menggiatkan usaha-usaha dalam lapangan, seperti : a) pencegahan dan pemberantasan penyakit, b) pemulihan kesehatan, c) penerangan dan pendidikan kesehatan pada rakyat, d) pendidikan tenaga kesehatan, e) perlengkapan obat-obatan dan alat-alat kesehatan, f) penyelidikan-penyelidikan, g) pengawasan, dan h) lain-lain usaha yang diperlukan. Selanjutnya ditambahkan pula dalam Pasal 5 Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1960 bahwa Pemerintah berusaha mencukupi keperluan rakyat yang pokok untuk hidup sehat, yang terdiri dari sandangpangan, perumahan dan lain-lain, serta melakukan usaha-usaha untuk mempertinggi kemampuan ekonomi rakyat. Sehingga dalam kaitannya dengan Undang Undang tersebut, demi terwujudnya derajat kesehatan, terjaminnya ketersediaan pelayanan kesehatan yang optimal merata dan bermutu serta terjaminnya kualitas sumberdaya kesehatan, khususnya dalam lingkup Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Sidoarjo Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Sidoarjo dan Peraturan Bupati Nomor 69 Tahun 2016 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Dinas Kesehatan menyelenggarakan fungsi : a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan; b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan; c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan; d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.



(1) Susunan Organisasi Dinas Kesehatan terdiri dari:

a. Unsur Pimpinan: Kepala Dinas;

b. Unsur Staf: Sekretariat, terdiri dari:

1. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
2. Sub Bagian Keuangan;
3. Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan;

c. Unsur Pelaksana, terdiri dari:

1. Bidang Pelayanan Kesehatan, terdiri dari:

- a) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer;
- b) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan;
- c) Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional;

2. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, terdiri dari:

- a) Seksi Surveilans dan Imunisasi;
- b) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;
- c) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa;

3. Bidang Sumber Daya Kesehatan, terdiri dari:
 - a) Seksi Kefarmasian;
 - b) Seksi Alat Kesehatan;
 - c) Seksi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan;
4. Bidang Kesehatan Masyarakat, terdiri dari:
 - a) Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat;
 - b) Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga;
 - c) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi;
 - d. Unit Pelaksana Teknis

Kelompok Jabatan Fungsional

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Dinas Kesehatan menyelenggarakan fungsi :

- a. perumusan kebijakan bidang kesehatan;
- b. pelaksanaan kebijakan bidang kesehatan;
- c. pelaksanaan evaluasi dan pelaporan bidang kesehatan;
- d. pelaksanaan administrasi dinas kesehatan;

pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugasnya Kepala Dinas Kesehatan mempunyai tugas memimpin, koordinasi, pengawasan, evaluasi dan penyelenggaraan kegiatan Dinas Kesehatan. Untuk melaksanakan tugas tersebut, Kepala Dinas Kesehatan mempunyai fungsi:

- a. perencanaan program bidang kesehatan dan kesekretariatan;
- b. pengkoordinasian pelaksanaan tugas dinas;
- c. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan tugas dinas;
- d. pembinaan pelaksanaan tugas bawahan;
- e. pelaporan pelaksanaan tugas kepada Bupati;
- f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugasnya.

Kepala Dinas berwenang menandatangani izin bidang kesehatan yang tidak ditangani oleh Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.

I. Sekretariat

Sekretariat mempunyai tugas menyusun perencanaan, pelaporan, umum, kepegawaian dan keuangan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Sekretariat mempunyai fungsi:

- a. pengkoordinasian penyusunan perencanaan program dan laporan;

- b. pelayanan administrasi umum dan kepegawaian;
- c. pengelolaan administrasi keuangan;
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai tugasnya.

I.1. Sub bagian Umum dan kepegawaian

Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas:

- a. melaksanakan pelayanan surat menyurat, kearsipan, perpustakaan dan dokumentasi;
- b. melaksanakan pengelolaan barang;
- c. menerima dan mengkoordinasikan tindaklanjut pelayanan permohonan perizinan dan pengaduan masyarakat;
- d. melaksanakan pembinaan dan administrasi kepegawaian;
- e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris sesuai dengan tugasnya.

I.2. Sub Bagian Keuangan

Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas:

- a. melaksanakan administrasi keuangan;
- b. melaksanakan laporan pengelolaan keuangan;
- c. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris sesuai dengan tugasnya

I.3. Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan

Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan mempunyai tugas:

- a. menyusun rencana kebutuhan anggaran;
- b. mengumpulkan dan mengolah data dalam rangka penyusunan dokumen perencanaan program;
- c. menyusun laporan dinas;
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris sesuai dengan tugasnya

II. Bidang Pelayanan Kesehatan

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas dalam bidang Pelayanan Kesehatan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan teknis Pelayanan Kesehatan;
- b. pelaksanaan kegiatan Pelayanan Kesehatan;
- c. pelaporan pelaksanaan kegiatan Pelayanan Kesehatan;
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

II.1. Seksi Pelayanan Kesehatan Primer

Seksi Pelayanan Kesehatan Primer mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis Pelayanan

Kesehatan Primer dan jaminan kesehatan primer;

b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis dan koordinasi program Pelayanan Kesehatan Primer yang meliputi puskesmas, puskesmas pembantu, ponkesdes, klinik dan praktek perorangan serta mutu, akreditasi dan fasilitas pelayanan kesehatan primer, pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K), penguatan manajemen Puskesmas dengan pendekatan keluarga, rumusan pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta standar operasional prosedur program Pelayanan Kesehatan Primer yang meliputi puskesmas, puskesmas pembantu, ponkesdes, klinik dan praktek perorangan serta mutu, fasilitasi akreditasi pelayanan kesehatan primer, rekomendasi operasional fasilitas pelayanan kesehatan primer;

c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis pelayanan kesehatan primer;

d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya

II.2. Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan

Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan mempunyai tugas :

a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis Pelayanan Kesehatan Rujukan;

b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis dan koordinasi pelayanan medik dan keperawatan, penunjang medik, gawat darurat terpadu, pengelolaan rujukan dan pemantauan rumah sakit termasuk fasilitasi mutu dan akreditasinya, pemantauan dan evaluasi Unit Transfusi Darah, rekomendasi pendirian rumah sakit, rekomendasi operasional rumah sakit, rekomendasi operasional sarana penunjang rumah sakit;

c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis pelayanan kesehatan rujukan;

d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya.

II.3. Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional

Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional mempunyai tugas :

a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis pelayanan kesehatan tradisional;

b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis dan koordinasi pelayanan kesehatan tradisional emperis, komplementer, dan integrasi termasuk fasilitasi mutu, pelaksanaan registrasi dan perizinan pelayanan kesehatan tradisional, pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis, serta standar operasional prosedur program pelayanan kesehatan tradisional emperis, komplementer, dan integrasi termasuk fasilitasi mutu;

c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis pelayanan kesehatan tradisional;

d. melaksanakan tugas ketatausahaan bidang;

e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya

III. Bidang Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas dinas dalam bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan teknis pencegahan dan pengendalian penyakit
- b. pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit;
- c. pelaporan pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit;
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

III.1. Seksi Surveilans dan Imunisasi

Seksi Surveilans dan Imunisasi mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis surveilans dan imunisasi;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis kegiatan surveilans dan imunisasi, pengendalian faktor resiko, pendayagunaan sumber daya dan fasilitas pelayanan kesehatan haji, koordinasi lintas program dan lintas sektor kegiatan surveilans dan imunisasi, pengendalian faktor resiko, pendayagunaan sumber daya dan fasilitas pelayanan kesehatan haji;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis surveilans dan imunisasi;
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya

III.2. Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis pencegahan dan pengendalian penyakit menular, koordinasi lintas program dan lintas sektor kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- d. melaksanakan tugas ketatausahaan bidang;
- e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya.

III.3. Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa

Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya, gangguan indera dan fungsional, penyakit gigi dan mulut, koordinasi lintas program dan lintas sektor kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, kesehatan jiwa, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya, gangguan indera dan fungsional, penyakit gigi dan mulut;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa;
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya

IV. Bidang sumber daya kesehatan

Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas dinas dalam bidang Sumber Daya Kesehatan.

Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan teknis sumber daya kesehatan;
- b. pelaksanaan kegiatan sumber daya kesehatan;
- c. pelaporan pelaksanaan kegiatan sumber daya kesehatan;
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

IV.1. Seksi Kefarmasian

Seksi Kefarmasian mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis kefarmasian;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis kefarmasian, meliputi;
 1. pelaksanaan teknis dan koordinasi program dan lintas sektor pembinaan dan pengendalian tata kelola, produksi dan distribusi obat publik, obat tradisional, dan kosmetika, makanan pelayanan kefarmasian;
 2. perencanaan, pengadaan, pengelolaan obat *buffer*, obat program kesehatan, obat untuk penanggulangan kejadian luar biasa dan bencana, obat yang bersifat insidental;
 3. fasilitasi standarisasi dan perijinan farmasi dan makanan, usaha mikro obat tradisional;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis kefarmasian;
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya

IV.2. Seksi Alat Kesehatan

Seksi Alat Kesehatan mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis alat kesehatan;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis alat kesehatan, meliputi;
 - 1. pelaksanaan teknis dan koordinasi lintas program dan lintas sektor pembinaan, pengendalian dan pengawasan tata kelola, produksi, distribusi alat kesehatan;
 - 2. fasilitasi standarisasi dan pemrosesan rekomendasi perijinan produksi dan distribusi alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (toko alat kesehatan, perusahaan rumah tangga alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga) ;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis alat kesehatan;
- d. melaksanakan tugas ketatausahaan bidang;
- e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya.

IV.3. Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan

Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis sumber daya manusia kesehatan;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis sumber daya manusia kesehatan, meliputi;
 - 1. pelaksanaan program perencanaan, dan koordinasi lintas program dan lintas sektor pendayagunaan dan pengembangan sumber daya manusia kesehatan;
 - 2. fasilitasi standarisasi dan perizinan tenaga kesehatan, penilaian angka kredit jabatan fungsional dan fasilitasi koordinasi pelaksanaan pelatihan teknis program bagi tenaga kesehatan
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis sumber daya manusia kesehatan;
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya.

V. Bidang Kesehatan Masyarakat

Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas dinas dalam bidang Kesehatan Masyarakat

Untuk melaksanakan tugas tersebut Bidang Kesehatan Masyarakat mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan teknis kesehatan masyarakat;
- b. pelaksanaan kegiatan kesehatan masyarakat;
- c. pelaporan pelaksanaan kegiatan kesehatan masyarakat;
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas sesuai dengan tugasnya.

V.1. Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;

- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, meliputi: pelaksanaan teknis dan koordinasi lintas program dan lintas sektor promosi kesehatan, komunikasi, informasi dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya

V.2. Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga

Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, meliputi: pelaksanaan teknis dan koordinasi lintas program dan lintas sektor konseling dan inspeksi kesehatan lingkungan air, penyehatan udara, tanah, pangan, kawasan, sanitasi dasar, vektor penyakit, pengamanan limbah dan radiasi, kesehatan okupasi dan surveilans; intervensi sanitasi total berbasis masyarakat dan kapasitas kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olah raga;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga;
- d. melaksanakan tugas ketatausahaan bidang;
- e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya.

V.3. Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi

Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis kesehatan keluarga dan gizi;
- b. menyiapkan bahan pelaksanaan teknis kesehatan keluarga dan gizi, meliputi; pelaksanaan teknis dan koordinasi lintas program dan lintas sektor kesehatan maternal, neonatal, balita, anak prasekolah, usia sekolah, remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, lanjut usia, perlindungan keluarga serta gizi masyarakat;
- c. menyiapkan bahan laporan pelaksanaan teknis kesehatan keluarga dan gizi;
- d. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang sesuai dengan tugasnya

VI. Unit Pelaksana Teknis

(1) Unit Pelaksana Teknis merupakan unsur pelaksana teknis Dinas Kesehatan yang melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan Bidang Pelayanan Kesehatan

(2) Unit Pelaksana Teknis dipimpin oleh seorang Kepala, yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan dan pembinaan teknis dilaksanakan oleh Kepala Bidang sesuai bidang tugasnya.

5.2. Kebijakan Peningkatan Pelayanan Kesehatan

Di Indonesia, upaya untuk menetapkan standar pelayanan publik dalam kerangka peningkatan kualitas pelayanan publik sebenarnya telah lama dilakukan. Upaya tersebut antara lain ditunjukkan dengan terbitnya berbagai kebijakan seperti: (Sutopo, Adi Suryanto, 2006) a. Inpres No. 5 Tahun 1984 tentang Pedoman Penyederhanaan dan Pengendalian Perijinan di Bidang Usaha; b. Surat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 81 Tahun 1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum; c. Inpres No. 1 Tahun 1995 tentang Perbaikan dan Peningkatan Mutu Pelayanan Aparatur Pemerintah Kepada Masyarakat; d. Surat Edaran Menko Wasbangpan No. 56/Wasbangpan/6/98 tentang Langkah-langkah Nyata Memperbaiki Pelayanan Masyarakat. Instruksi Mendagri No. 20/1996; e. Surat Edaran Menkowsbangpan No. 56/MK.Wasbangpan/6/98; Surat Menkowsbangpan No.145/ MK.Waspan/ 3/1999; hingga Surat Edaran Mendagri No. 503/125/ PUOD/1999, yang kesemuanya itu bermuara pada peningkatan kualitas pelayanan; f. Keputusan Menpan No 81/1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum; g. Surat Edaran Depdagri No. 100/757/OTDA tentang Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimum, pada tahun 2002; h. Kep. Menpan No: 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Standar pelayanan menjadi faktor kunci dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik. Upaya penyediaan pelayanan yang berkualitas antara lain dapat dilakukan dengan memperhatikan ukuran-ukuran apa saja yang menjadi kriteria kinerja pelayanan. Menurut LAN (2003), kriteria-kriteria pelayanan tersebut antara lain: a. Kesederhanaan, yaitu bahwa tata cara pelayanan dapat diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan dilaksanakan oleh pelanggan; b. Reliabilitas, meliputi konsistensi dari kinerja yang tetap dipertahankan dan menjaga saling ketergantungan antara pelanggan dengan pihak penyedia pelayanan, seperti menjaga keakuratan perhitungan keuangan, teliti dalam pencatatan data dan tepat waktu; c. Tanggungjawab dari para petugas pelayanan, yang meliputi pelayanan sesuai dengan urutan waktunya, menghubungi pelanggan secepatnya apabila terjadi sesuatu yang perlu

segera diberitahukan;d. Kecakapan para petugas pelayanan, yaitu bahwa parapetugas pelayanan menguasai keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan;e. Pendekatan kepada pelanggan dan kemudahan kontak pelanggan dengan petugas, Petugas pelayanan harus mudah dihubungi oleh pelanggan, tidak hanya dengan pertemuan secara langsung, tetapi juga melalui telepon atau internet. Oleh karena itu, lokasi dari fasilitas dan operasi pelayanan juga harus diperhatikan; f.Keramahan, meliputi kesabaran, perhatian dan persahabatan dalam kontak antara petugas pelayanan dan pelanggan. Keramahan hanya diperlukan jika pelanggan termasuk dalam konsumen konkret. Sebaliknya, pihak penyedia layanan tidak perlu menerapkan keramahan yang berlebihan jika layanan yang diberikan tidak dikonsumsi para pelanggan melalui kontak langsung;. g.Keterbukaan, yaitu bahwa pelanggan bisa mengetahui seluruh informasi yang mereka butuhkan secara mudah dan gamblang, meliputi informasi mengenai tata cara,persyaratan, waktu penyelesaian, biaya dan lain-lain;h. Komunikasi antara petugas dan pelanggan, Komunikasi yang baik dengan pelanggan adalah bahwa pelanggan tetap memperoleh informasi yang berhak diperolehnya dari penyedia pelayanan dalam bahasa yang mereka mengerti; i. Kredibilitas, meliputi adanya saling percaya antara pelanggan dan penyedia pelayanan, adanya usaha yang membuat penyedia pelayanan tetap layak dipercayai, adanya kejujuran kepada pelanggan dan kemampuan penyedia pelayanan untuk menjaga pelanggan tetap setia; j. Kejelasan dan kepastian, yaitu mengenai tata cara,rincian biaya layanan dan tata cara pembayarannya,jadwal waktu penyelesaian layanan tersebut. Hal ini sangat penting karena pelanggan tidak boleh ragu-raguterhadap pelayanan yang diberikan; k. Keamanan, yaitu usaha untuk memberikan rasa aman danbebas pada pelanggan dari adanya bahaya, resiko dan keragu-raguan. Jaminan keamanan yang perlu kita berikan berupa keamanan fisik, finansial dan kepercayaan pada diri sendiri;l. Mengerti apa yang diharapkan pelanggan, Hal ini dapat dilakukan dengan berusaha mengerti apa saja yang dibutuhkan pelanggan. Mengerti apa yang diinginkan pelanggan sebenarnya tidaklah sukar. Dapat dimulai dengan mempelajari kebutuhan-kebutuhan khusus yang diinginkan pelanggan dan memberikan perhatian secara personal; m. Kenyataan, meliputi bukti-bukti atau wujud nyata dari pelayanan, berupa fasilitas fisik, adanya petugas yang melayani pelanggan, peralatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan, kartu pengenalan dan fasilitas penunjang lainnya; n. Efisien, yaitu bahwa persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan.

Sumber Daya Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

No	Jenis Pendidikan	Jumlah
1	Dokter Spesialis	411
2	Dokter umum	310
3	Dokter gigi	55
4	Sarjana Kesehatan Masyarakat	21
5	Bidan	845
6	Sanitarian	27
7	Sarjana Kesehatan Masyarakat	19
8	Perawat & perawat gigi	1,745
9	Tenaga Tehnis kefarmasian	244
10	Nutrisonis	49
11	Fisioterapis	38
12	Analisis kesehatan	198
13	Radiografer	31

Sumber : Dinkes

Ketersediaan Sara Prasarana

No	Sarana & Prasarana	Jumlah
1	Puskesmas Rawat Inap	15 bh
2	Puskesmas Rawat Jalan	11 bh
3	Puskesmas PONED	6 bh
4	Pustu	58
5	Mobil Puskesmas keliling	92
6	Poskesdes	347
7	Posyandu	1791

Sumber : Dinkes

Analisis SWOT

	Kekuatan / <i>Strengthness (S)</i>	Kelemahan / <i>Weakness (W)</i>
Internal	1. Jml. Sarana kesh yg cukup 2. Adanya sumber pembiayaan kesh 3. Jml. sumber daya kesh yg cukup 4. Regulasi yg mendukung yankes	1. Krgnya peningkatan kualitas SDM 2. Krgnya pemberdayaan masy & kemitraan 3. Krg proporsionalnya pembagian APBD 4. Sist Informasi Manaj Kesh blm optimal 5. Kurang optimalnya pelayanan kesehatan
Eksternal		
Peluang / <i>Opportunities (O)</i>	SO / Strategi	WO / Strategi
1. Sarana UKBM 2. Sarana kesh dan penunjang kesh swasta 3. Kemitraan 4. Jumlah peserta JKN yang terus meningkat 5. Aksesibilitas mudah 6. IPTEK 7. Tingkat pendidikan masy meningkat 8. Dukungan politis	1. Meningkatkan akses masy thd pelayanan kesh 2. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1. Meningkatkan pemberdayaan masy & kemitraan 2. Meningkatkan sistim informasi dan manaj kesh. Terpadu 3. Mengoptimalkan & meningkatkan kualitas SDM 4. Memanfaatkan sarana kesh pemerintah dan swasta
Tantangan / <i>Threats (T)</i>	ST / Strategi	WT / Strategi
1. Meningkatnya jml penduduk miskin 2. Beban ganda penyakit 3. Krgnya PSM dlm PHBS 4. Pembiayaan kesh yg <i>out of pocket</i> 5. Tuntutan masy akan pelayanan kesh 6. Transisi epidemiologi 7. Kualitas lingk. Menurun 8. Krgnya peran lintas sektor	1. Menggerakkan dan memberdayakan masy, swasta dan LS dlm pembangunan kesh	1. Meningkatkan sistim surveilans 2. Meningkatkan advokasi penganggaran kesh 3. Meningkatkan peran institusi kesh pemr utk mendorong PHBS

Sumber : Dinkes

Dari matrik tersebut dapat diuraikan peluang dan tantangan yang dihadapi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, antara lain :

1. **Peluang / Opportunities (O)**
 - a. Pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat. Sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat di Kabupaten Sidoarjo antara lain : Pondok Bersalin Desa (Polindes), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu). Dengan adanya UKBM tersebut diharapkan dapat membantu pencapaian program-program kesehatan.
 - b. Sarana Kesehatan dan Penunjang Swasta , Sarana Kesehatan swasta terdiri dari : Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Sakit Anak dan Bersalin, Balai Pengobatan, Klinik dan Apotek dan Laboratorium. Dalam sudut pandang analisis ini, sarana kesehatan swasta bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo merupakan perwujudan peran swasta dalam kontribusi meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan dapat ikut meningkatkan cakupan program kesehatan.
 - c. Kemitraan , Prinsip kemitraan dilakukan dalam rangka pemberdayaan masyarakat yang didasari semangat, kebersamaan dan gotong royong dengan melibatkan lintas sektor, organisasi kemasyarakatan, dan sektor swasta.
 - d. Aksesibilitas wilayah, wilayah di Kabupaten Sidoarjo secara umum relatif mudah menjangkau terhadap pelayanan kesehatan yang didukung sarana dan prasarana transportasi yang memadai.
 - e. Adanya kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pembangunan kesehatan.
 - f. Tingkat pendidikan masyarakat yang semakin meningkat secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap pelaksanaan pembangunan kesehatan karena semakin tinggi tingkat pendidikan masyarakat diharapkan akan semakin baik derajat kesehatannya.
 - g. Komitmen politis dari legislatif terhadap pembangunan kesehatan diharapkan mampu mendukung percepatan pembangunan di bidang kesehatan.
2. **Tantangan / Threats (T)**
 - a. Jumlah Penduduk Miskin , Jumlah penduduk miskin yang semakin meningkat diikuti dengan masih rendahnya status kesehatannya. Masyarakat miskin menjadi kelompok rentan karena kurangnya pengetahuan dan akses masyarakat miskin pada sarana pelayanan kesehatan.
 - b. Adanya Beban Ganda Penyakit di Masyarakat (*double burden*) Permasalahan lain adalah adanya beban ganda penyakit, dimana mayoritas penyakit di masyarakat adalah penyakit infeksi menular, akan tetapi pada saat yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular seperti penyakit degeneratif (diabetes mellitus, hipertensi, jantung, stroke,dll).
 - c. Kurangnya Peran Serta Masyarakat dalam rangka mewujudkan PHBS Peran masyarakat di Kabupaten Sidoarjo masih kurang

mendukung perilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini dapat dilihat dari masih tingginya persentase masyarakat yang merokok dalam rumah, rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif dan cakupan penimbangan bayi dan balita setiap bulan. d. Pembiayaan Kesehatan Masyarakat Pembiayaan kesehatan masyarakat sebagian besar masih menggunakan sistem *out of pocket*, masih tingginya ketergantungan masyarakat pada pemerintah. Sistem JKN (Jaminan Kesehatan Masyarakat) masih belum terlaksana dan berjalan dengan baik. Kondisi ini dipengaruhi pula oleh kebijakan yang selalu berganti setiap tahun. Sedangkan pembiayaan kesehatan dari pemerintah belum tergali dengan optimal, karena pembiayaan kesehatan dari berbagai lintas sektor yang belum jelas. f. Kualitas Lingkungan yang menurun karena pemanasan global yang berdampak pada kesehatan masyarakat. g. Kurangnya peran lintas sektor dalam pembangunan kesehatan.

5.3.Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat

Seiring kemajuan teknologi dan tuntutan masyarakat dalam hal pelayanan, unit penyelenggara pelayanan publik dituntut untuk memenuhi harapan masyarakat dalam melakukan perbaikan pelayanan. Salah satu upaya yang harus dilakukan dalam perbaikan pelayanan publik adalah terlebih dahulu melakukan Survei Kepuasan Masyarakat kepada pengguna layanan. Puskesmas di Kabupaten Sidoarjo sebanyak 26, mempunyai indeks kepuasan masyarakat rata-rata 81.19. Target kabupaten adalah ≥ 79 . Terdapat 4 Puskesmas dengan cakupan IKM ≤ 79 dan 22 Puskesmas telah mencapai target yang ditetapkan. Puskesmas terus berbenah dalam peningkatan kualitas pelayanan yang berimbas pada semakin tingginya indeks kepuasan masyarakat dengan cara sebagai berikut : (1). menstandarkan pelayanan kesehatan dengan terakreditasinya Puskesmas yang merupakan pengakuan dari lembaga independent tentang kualitas pelayanan di Puskesmas. (2). berinovasi dalam memberikan pelayanan salah satunya dengan system antrian pelayanan melalui SIAP TARIK (Puskesmas Tarik), CAK RAHMAN (Puskesmas Krembung), SI ELOK RUPA (Puskesmas Waru), pelayanan rekam medis paperless terintegrasi mulai antrian sampai mendapatkan obat. (3). rekrutmen tenaga pelayanan Non PNS untuk memenuhi rasio jumlah tenaga pelayanan sesuai standar. (4) 4. menggalakkan upaya promotif dan preventif serta mensinergikan dengan upaya kuratif rehabilitative (home visit, perkesmas dan PIS PK) (5) relokasi Puskesmas Gedangan ke area yang memenuhi standard (6) . penambahan Puskesmas Induk baru di wilayah padat penduduk pada tahun 2019 direncanakan di wilayah kerja Puskesmas Candi.

Dalam mendukung capai Indikator Sasaran Pemerintah Kabupaten Sidoarjo yaitu : Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan Indikator sasaran angka harapan

hidup dan Sasaran utama Renstra SKPD Meningkatnya pelayanan kesehatan dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat dengan Indikator Utama Keluarga Sehat tersebut dapat dilihat dari Indikator indikator dukungan (Indikator program) antara lain sebagai berikut:

PROGRAM	INDIKATOR
Program : Upaya Kesehatan Masyarakat	1. Angka Kematian bu I
	2. Angka Kematian Bayi
	3. Persentase Balita Stunting
	4. Persentase usia lanjut yang sehat
	5. Persentase desa siaga aktif Purnama Mandi
Program : Pencegahan & Pengendalian	1. Persentase Desa/Kel UCI
	2. Persentase penduduk > 18 Th dengan Hipertensi
	3. Persentase orang terinfeksi HIV positif mendptkan ARV
	4. Angka keberhasilan pengobatan TB
Program : Pelayanan Kesehatan Masyarakat	1. Persentase Puskesmas dengan akreditasi minimal dasar
	2. Persentase FKTL dengan akreditasi
	3. Persentase penduduk memiliki jaminan kesehatan
	4. Presentase penyehat tradisional yang memiliki STPT (surat terdaftar pengobat tradisonal)
	5. Persentase keluarga yg disurvey KS
Program : Pengembangan Sumber Daya Kesehatan	1. Persentase nakes yg memiliki ijin praktek
	2. Persentase Puskesmas yg memiliki alat kesehatan sesuai standar
	3. Persentase IRTP yg mendptkan sertifikat (ijin edar)
	4. Persentase ketersediaan obat dan vaksin
Program Upaya Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas	Puskesmas Terakreditasi

Sumber: Dinkes

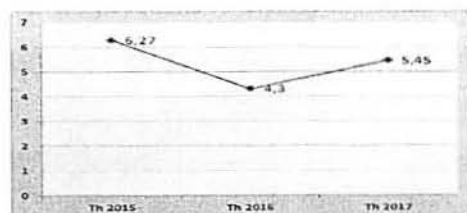
Peningkatan kesehatan masyarakat dilakukan dengan berbagai program yang ouputnya dapat dilihat dengan Indikator-indikator peningkatan kesehatan masyarakat sebagai berikut:

1. Angka Kematian Bayi

Angka kematian bayi (AKB) menunjukkan keberhasilan pelayanan kesehatan suatu wilayah. Di Kabupaten Sidoarjo tahun 2017 Angka kematian bayi (AKB) mencapai 5,45 per 1.000 kelahiran hidup lebih rendah dari target adalah sebesar < 12 per 1.000 kelahiran hidup. Tetapi mengalami kenaikan dari kejadian tahun 2016 sebesar 4,26 per 1.000 kelahiran hidup. Kenaikan angka kematian bayi dikarenakan kondisi bayi yang diawali dengan perawatan ibu pada masa hamil yang belum optimal juga di mungkinkan karena kondisi risiko / komplikasi dari ibunya yang menyebabkan bayi dilahirkan dalam kondisi berrisiko dan menjadikan peluang meninggal. Selain itu juga perawatan setelah lahir

belum optimal karena masa – masa tersebut merupakan masa rentan bayi, baik asupan, lingkungan dan pengetahuan. Proporsi kematian bayi khususnya berdasar masa, 68,18% kematian terbanyak adalah masa neonatus. Hal tersebut disebabkan karena masa neonatus merupakan masa rentan untuk ketahanan tubuh. Berat badan lahir rendah (kurang dari 2500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang memberikan kontribusi terhadap kematian perinatal dan neonatal. Keadaan ini terjadi karena beberapa kemungkinan antara lain dari faktor ibu dan janin itu sendiri, yang akhirnya menghambat pertumbuhan hasil konsepsi dan atau merangsang terjadinya persalinan sebelum waktunya.

Angka Kematian Bayi Th. 2015 – 2017 di Kabupaten Sidoarjo

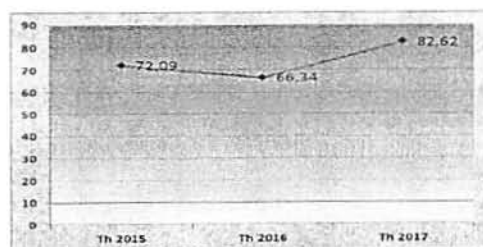


Sumber : Dinkes

2. Angka Kematian Ibu

Kematian Ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas, kecuali kasus kecelakaan. Angka kematian ibu di kabupaten Sidoarjo tahun 2017 sebesar 82,62 per 100.000 kelahiran hidup lebih rendah dibanding dengan target yaitu sebesar < 87 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu (AKI) mengalami kenaikan apabila dibandingkan tahun 2016 yaitu sebesar 66,34 per 100.000 kelahiran hidup. Kenaikan AKI ini karena adanya keterlambatan dalam penanganan (3T) yaitu : 1 Terlambat mendeteksi dan ambil keputusan baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat 2 Terlambat melakukan rujukan 3 Terlambat mendapat penanganan di tempat rujukan Perkembangan angka kematian ibu sampai dengan tahun 2017 terlihat pada grafik berikut ini :

Angka Kematian Ibu Th. 2015 - 2017



Sumber : Dinkes

Upaya – upaya yang telah dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu yaitu : Pelaksanaan penerapan pelayanan standar ibu hamil (ANC terpadu-10T) (1) Peningkatan

ketrampilan tenaga kesehatan dalam APN (Peer Review Asuhan Persalinan Normal), kelas ibu (2) Pemanfaatan buku KIA bagi semua ibu dan tenaga kesehatan untuk memperoleh informasi dan memantau kesehatan ibu hamil (3) Refreshing deteksi risiko tinggi oleh masyarakat (kader kesehatan, PKK, dll) (4) Optimalisasi dan Pemberdayaan Desa dengan P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) termasuk penempelan stiker P4K dalam rangka pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan Masyarakat ini dibentuk dalam Pokja I (Pendataan, Penandaan, Pendampingan), Pokja 2 (Tabulin & Dasolin). Pokja 3 (Donor Darah), Pokja 4 (Ambulance Desa) (5) Melakukan penilaian tatalaksana pada gawat darurat maternal dan neonatal (6) melalui *skill assesment* dengan sasaran tenaga kesehatan (bidan) (7) Optimalisasi sistem rujukan : sms gateway, Sijariemas, termasuk rujukan dini terencana (8) Melakukan *Audit Maternal Perinatal* (AMP) pada kasus near miss dan atau kematian ibu hamil, bersalin, ibu nifas dan pada perinatal dan neonatal. (9) Optimalisasi jalinan kerjasama dan koordinasi di wilayah (10) Pembentukan forum Penakib Kabupaten Sidoarjo (11) Penyusunan Software Si Cantik

3. Angka Kesakitan HIV / AIDS

Sebagai salah satu penyakit menular yang sama dengan penyakit infeksi yang lain akan tetapi masih adanya stigma di masyarakat., prevalensi HIV/AIDS adalah Angka Perkiraan yang diperoleh dari Jumlah kasus HIV sampai dengan tahun 2017 dibagi dengan Populasi At Risk (Jumlah penduduk). Kabupaten Sidoarjo tidak mempunyai data Perkiraan Populasi Kunci yang berdasarkan sero survei sehingga menggunakan data kasus HIV riil sebanyak. Hasil pemeriksaan per 100.000 penduduk sampai dengan tahun 2017 mencapai 117 per 100.000 penduduk. Adapun penemuan kasus HIV/AIDS pada tahun 2017 adalah 464 orang, diantaranya 277 orang adalah Populasi kunci, ibu hamil,pasien TB. Populasi kunci dan ibu hamil,pasien TB yang sudah diperiksa sebanyak 14.778 orang, yang dinyatakan positif 277 orang dan yang sudah mengakses ARV sebanyak 197 orang (71 %) Semakin aktifnya system surveilaince HIV/AIDS , semakin tingginya kesadaran penderita untuk memeriksakan diri. Upaya pencegahan dan penanggulangan dilakukan melalui penyuluhan masyarakat, penjangkauan dan pendampingan kelompok resiko tinggi dan intervensi perubahan perilaku, layanan konseling dan testing HIV, layanan Harm Reduction, pengobatan dan pemeriksaan berkala penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS), Penambahan klinik inisiasi ARV tidak hanya di puskesmas Krian tetapi juga puskesmas Porong, pengamanan darah donor dan kegiatan lain yang menunjang pemberantasan HIV/AIDS.

4. Cakupan Desa dengan Universal Child Immunization (UCI)

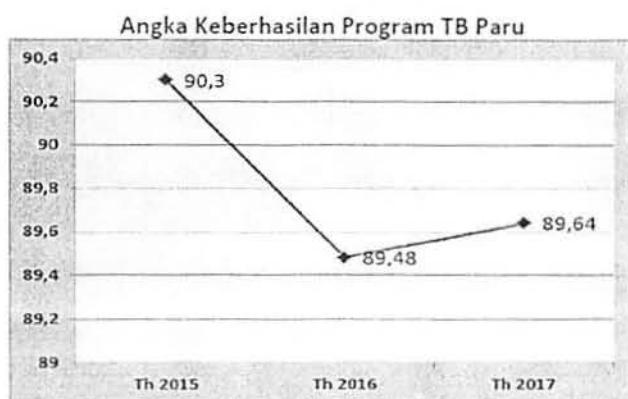
Desa yang termasuk dalam cakupan UCI mencerminkan tingginya cakupan imunisasi dasar lengkap bagi bayi di desa tersebut. Pada tahun 2017, dari 353 desa/kelurahan yang ada, terdapat 330 desa/kelurahan atau 93,48% dari target 92%. Sedangkan pada tahun 2016 tercapai 97,73 % yang telah masuk dalam kriteria desa UCI. Yang belum masuk kriteria desa UCI yaitu wilayah Puskesmas Tanggulangin : Desa Kedungbendo , Puskesmas Porong : Desa Renokenongo, Desa Jatirejo, Desa Siring, Mindi, Porong, Glagah arum, Gedang, Juwet Puskesmas Ganting : Desa Tebel, Sruni, Kebon sikep, Bangah , Puskesmas Taman : Kalijaten , Puskesmas Kedungsolo : Lajuk, kedungboto, Pesawaha, Wunut, Kedung solo, Kesambi, kebonagung , Puskesmas Sedati : Banjar kemantren, Buncitan

Capaian UCI tahun 2017 secara Kabupaten menurun sebesar 93,48% (target UCI tahun 2017 sebanyak 88%) Puskesmas yang belum mencapai target UCI adalah Puskesmas Porong dengan capaian UCI sebanyak 20 %, Puskesmas Kedung Solo sebanyak 22,2% Puskesmas Ganting sebanyak 42,9 % dan Puskesmas Sedati sebanyak 87,5 % . Ketidak tercapaian tersebut disebabkan beberapa hal antara lain : sebagian besar terjadinya miskomunikasi petugas Koordinator imunisasi bahwa bayi yang sudah dapat imunisasi MR saat kampanye MR sudah tidak disuntik MR rutin, untuk wilayah Porong disamping kondisi tersebut juga disebabkan karena wilayah kerja Puskesmas Porong dari 10 Desa, 3 Desa tenggelam lumpur Lapindo dimana secara riil Penduduknya sudah pindah ke wilayah desa yang lain namun secara administratif penduduk Desa tersebut masih ada. Walaupun pencapaian UCI di Kabupaten Sidoarjo sudah mencapai target namun tetap diwaspadai munculnya kasus-kasus PD31, terutama karena masih ada puskesmas yang belum mencapai target UCI. Upaya peningkatan kualitas imunisasi dilaksanakan melalui kampanye, peningkatan skill petugas imunisasi, peningkatan kualitas penyimpanan vaksin dan sweeping sasaran, survey DQS (Distric Quality Self Assesment), Survey EVM (Effectif vaksin management) dan RCA.

5. Angka Morbiditas

Untuk menilai pelayanan terhadap penanggulangan penyakit menular maka perlu diukur angka kesakitan beberapa penyakit yang potensial terjadi. Penyakit tersebut adalah TB Paru, Demam Berdarah Dengue. **Angka keberhasilan pengobatan TB (Treatment Succes Rate =TSR)** Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB Paru terkonfirmasi bakterilogis yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien baru TB Paru terkonfirmasi

bakteriologis yang tercatat. Sembuh yaitu pasien TB Paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif pada salah satu pemeriksaan sebelumnya. Pengobatan lengkap yaitu pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan.



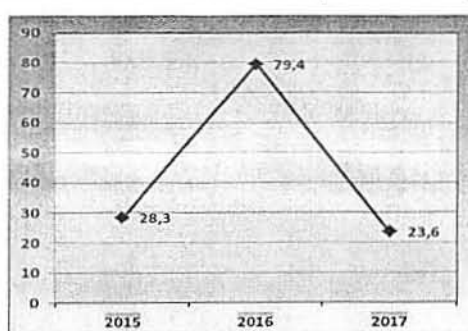
Sumber : Dinkes

Target angka keberhasilan pengobatan TB Paru Tahun 2016 adalah sebesar 90 %. Angka keberhasilan pengobatan TB Paru (TSR) selama th 2016 tercapai sebesar 86,44%. Realisasi ini belum mencapai target yang ditetapkan, adapun ketidak berhasilan dalam pengobatan antara lain disebabkan Dropout 4,9 %, gagal 1,6 %, Pindah 3,7 % dan meninggal 3,4 % . Penemuan kasus TB tahun 2017 belum dapat dievaluasi karena yang dilaksanakan evaluasi tahun ini adalah yang sudah selesai pengobatan yaitu penemuan kasus TB pada 12 sd 15 bulan yang lalu.

6. Angka Kesakitan Demam Berdarah

Target Nasional angka kesakitan Deman Berdarah (Inciden Rate) tahun 2017 adalah sebesar < 49 per 100.000 penduduk. Perkembangan angka kesakitan Deman Berdarah sampai dengan tahun 2017 terlihat pada grafik berikut ini :

Angka Kesakitan Deman Berdarah per 100.000 penduduk



Sumber : Dinkes

Angka kesakitan Demam Berdarah Kabupaten Sidoarjo berfluktuasi. Angka kesakitan Demam Berdarah pada tahun 2017 sebesar 23,6 per 100.000 penduduk, menurun jika dibandingkan tahun 2016 yaitu sebesar 79,4 per 100.000 penduduk. Beberapa Penyebab kasus Demam Berdarah tetap ada antara lain : (1) Pemahaman tentang pemberantasan sarang nyamuk belum sepenuhnya benar, sehingga Pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk masih kurang tepat. (2) Pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk belum serentak dan berkesinambungan (3) Persepsi Masyarakat untuk memutuskan mata rantai penularan masih dominan dengan cara pengasapan, hal ini tampak pada ABJ masih <95% Namun demikian upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Sidoarjo untuk mencegah penularan yang efektif sehingga penyebarannya dapat ditekan serendah mungkin. Upaya yang telah dilakukan pemerintah kabupaten antara lain : (a) Meningkatkan kerjasama lintas sektor di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa. (b) Meningkatkan kerjasama dengan Rumah Sakit dan Puskesmas untuk menetapkan wilayah sasaran pelaksanaan penanggulangan focus (c) Memotivasi petugas Demam Berdarah Puskesmas untuk meningkatkan kualitas dan frekuensi penyuluhan tentang Demam Berdarah dan pemberantasan sarang nyamuk , 3M Plus. (d) Melakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang Demam Berdarah sehingga masyarakat dapat mencegah secara dini Demam Berdarah dengan meningkatkan intensitas kegiatan pemberantasan sarang nyamuk. (e) Meningkatkan kualitas SDM juru pemantau jentik (Jumantik) Desa/Kelurahan melalui refreshing. (f) Memotivasi tokoh masyarakat untuk mengajak masyarakat di sekitarnya melakukan gerakan 3M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur serta Mencegah Gigitan Nyamuk). (g) Memberdayakan masyarakat secara berjenjang tentang strategi satu rumah satu jumantik

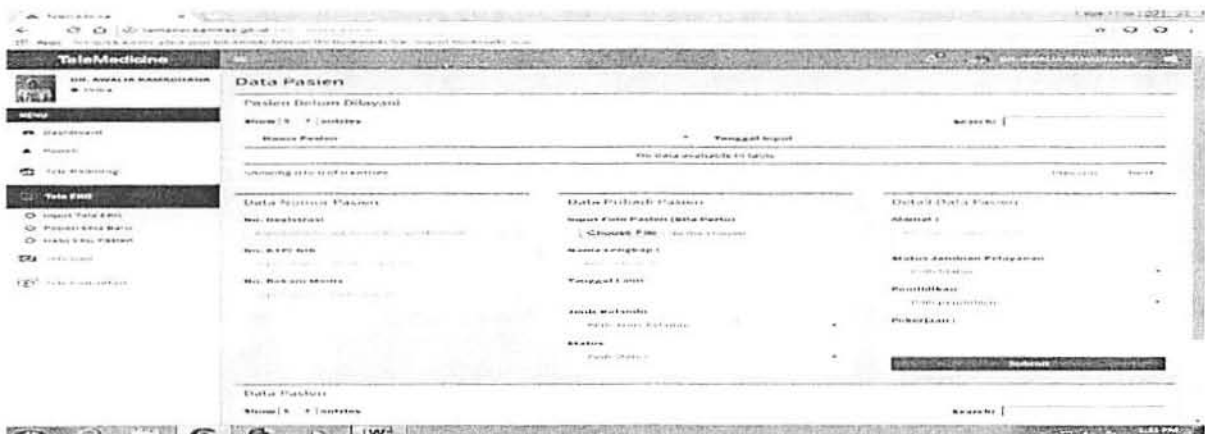
5.3. Optimalisasi Manajemen Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan

a.. Pengembangan Telemedicine

Pelayanan Telemedicine merupakan salah satu terobosan Kementerian Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan menggunakan teknologi informasi untuk mendekatkan akses dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Layanan Telemedicine ini juga diharapkan dapat memudahkankomunikasi antara dokter umum yang berada di daerah terpencil ataupun daerah yang jauh dari pusat kota dengan dokter spesialis, subspecialis guna meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan masyarakat. Telemedicine sudah dikembangkan di Indonesia sebagai pilot project yang diawali dengan teleradiologi, tahun 2012 dengan Jenis layanan tele-radiologi dan sampai tahun 2017 telah ada tiga jenis layanan telemedicine yaitu Teleradiologi, tele-

EkG dan Tele-USG. Pelayanan Telemedicine memiliki Konsep Pengampuan dimana sebagai Pengampu adalah RS Rujukan Nasional, Rujukan Provinsi dan Rujukan Regional, dan sebagai Diampu adalah Rumah Sakit yang tidak memiliki tenaga Spesialis dan/atau Puskesmas yang tidak memiliki tenaga medis terutama terletak di daerah DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan). Kementerian Kesehatan menyediakan Aplikasi pelayanan telemedicine dengan alamat www.temenin.kemkes.go.id, yang dapat diakses oleh semua fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan telemedicine.

Telemedicine



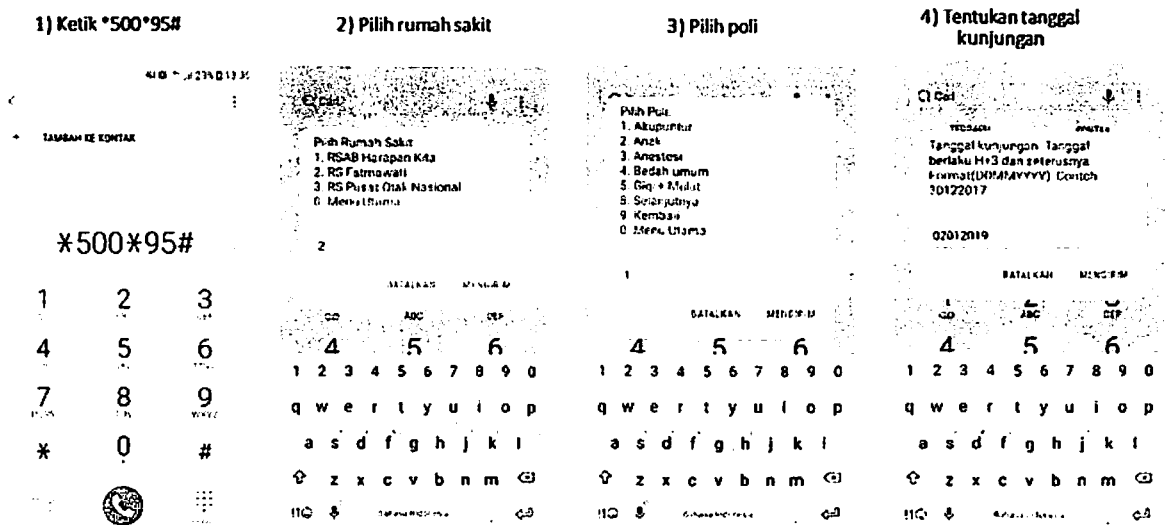
Sumber : Dinkes

b. Sistem Pendaftaran Rawat Melalui SMS Gateway

Di era JKN ini, kebutuhan masyarakat untuk dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) baik Puskesmas maupun Rumah Sakit semakin meningkat. Namun, kapasitas fasyankes dalam melayani masyarakat masih belum memadai yang dapat dilihat dengan sering terjadinya antrian pasien rawat jalan yang panjang di beberapa rumah sakit, sehingga terjadi penumpukan pasien, waktu tunggu yang lama, yang pada akhirnya mengakibatkan mutu pelayanan pasien rawat jalan juga ikut terganggu. Hal ini menjadi keluhan masyarakat kepada Kementerian Kesehatan dan telah menjadi sorotan dari berbagai pihak seperti Presiden, DPR, KPK, dan lembaga lainnya. Kementerian Kesehatan melalui Ditjen Pelayanan Kesehatan membuat inovasi aplikasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan melalui

SMS Gateway. *SMS Gateway* bersama dengan Sistem Pendaftaran Online (berbasis web dan android) diharapkan dapat membantu menyelesaikan masalah antrian pasien tersebut. Tujuan lainnya dari inovasi ini adalah untuk membangun dan mengembangkan sistem informasi pelayanan kesehatan secara cepat, tepat, bersahabat, sehingga memberikan kemudahan bagi pasien rawat jalan untuk mendaftar ke rumah sakit yang dituju. Saat ini, sistem *SMS Gateway* sedang diujicoba pada 3 RS Vertikal di Jakarta, yaitu: RSUP Fatmawati, RSAB Harapan Kita, dan RSPusat Otak Nasional.

Aplikasi Pendaftaran Rawat Melalui *SMS Gateway*



Sumber : Dinkes

Selain sebagai salah elemen penilaian dalam Standar Akreditasi Nasional (SNARS), Sistem Pendaftaran Pasien (baik *online* maupun melalui *SMSGateway*) juga merupakan salah satu indikator kinerja yang harus dicapai oleh RS Vertikal dan pencapaiannya ikut menentukan dalam pemberian remunerasi

c. Akreditasi Puskesmas

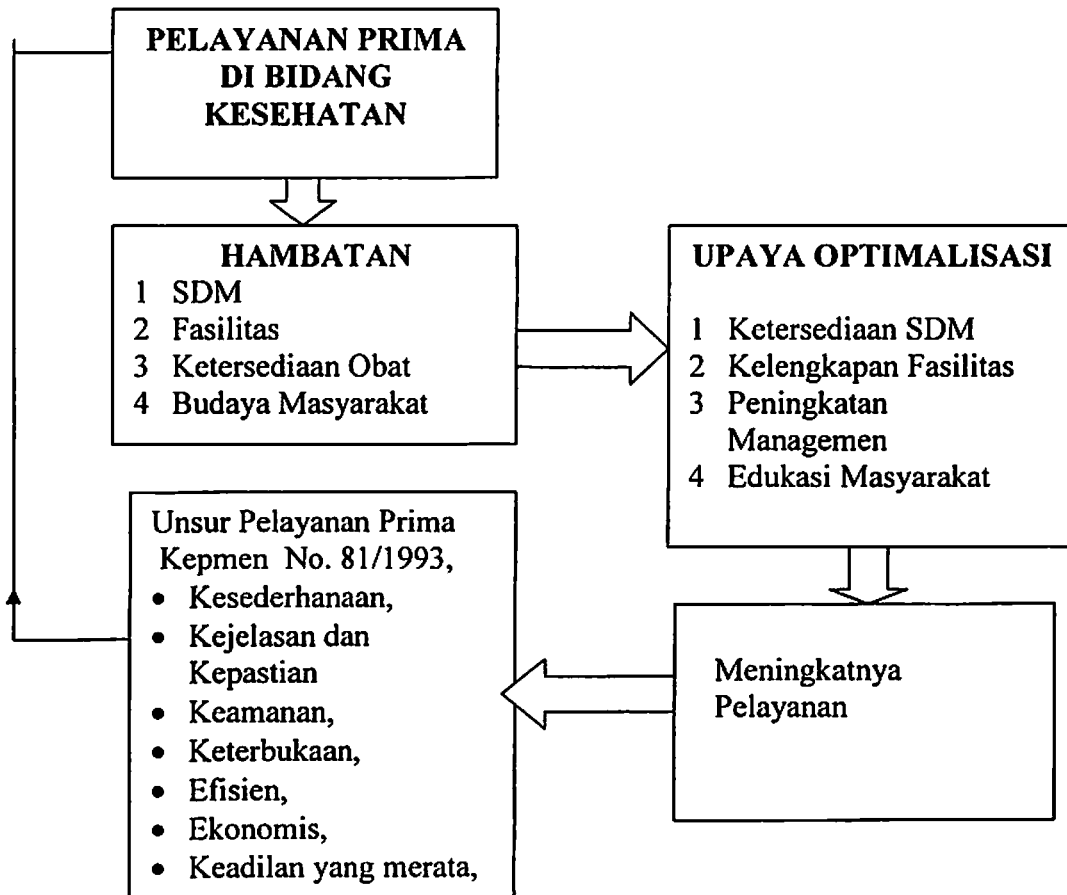
Akreditasi adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar Akreditasi. Tujuan akreditasi adalah meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, masyarakat 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. 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 klinis 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. Klasifikasi kelulusan akreditasi : 1. Paripurna Apabila semua standar dipenuhi lebih dari 80% 2. Utama Apabila sistem pengelolaan Puskesmas, ukm dan ukp dijalankan lebih dari 80% dan mutu dijalankan lebih dari 60% 3. Madya Apabila sistem pengelolaan Puskesmas, ukm dan ukp dijalankan lebih dari 75% dan mutu dijalankan lebih dari 40% 4. Dasar Apabila sistem pengelolaan Puskesmas, ukm dan ukp dijalankan lebih dari 75% dan mutu dijalankan lebih dari 20% 5. Tidak Terakreditasi Apabila sistem pengelolaan Puskesmas, ukm dan ukp dijalankan kurang dari 75% dan mutu dijalankan kurang dari 20% . Sebanyak 26 Puskesmas yang ada di Kabupaten Sidoarjo, 18 Puskesmas telah terakreditasi dan 8 Puskesmas sedang dalam proses pendampingan dan penilaian akreditasi pada tahun 2018. Puskesmas yang telah terakreditasi sebanyak 18, dengan rincian sebagai berikut: 1. Terakreditasi Utama sebanyak 10 Puskesmas. 2. Terakreditasi Madya sebanyak 6 Puskesmas. 3. Terakreditasi Dasar sebanyak 2 Puskesmas. Dinas Kesehatan berupaya untuk selalu mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan yang ada melalui akreditasi dengan langkah sebagai berikut : 1. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan secara berkala sesuai dengan standar yang ada. 2. pengajuan reakreditasi bagi Puskesmas yang telah 3 tahun terakreditasi. 3. memotivasi Puskesmas untuk terakreditasi paripurna. 4. melakukan monitoring evaluasi pascaakreditasi untuk meningkatkan pencapaian standar Akreditasi secara berkesinambungan. Desa Siaga Aktif Purnama Mandiri adalah desa yang berada pada tingkat perkembangan Purnama dan Mandiri. Hal ini sesuai dengan Kepmenkes No. 1529 Tahun 2010. Adapun kriteria dari desa siakti purnama mandiri yaitu adanya 8 Indikator : 1. Forum desa berjalan 2. Kader kesehatan ada 6-8 orang 3. Adanya Kemudahan akses

pelayanan kesehatan 4. Posyandu & UKBM lainnya didesa tersebut aktif 5. Dukungan dana untuk kegiatan tingkat desa terpenuhi oleh Pemerintah Desa, dan kelompok masyarakat serta dunia usaha. 6. Adanya dukungan peran serta masyarakat dan organisasi kemasyarakatan. 7. Adanya peraturan kepala desa atau Peraturan Bupati tentang hidup sehat 8. Adanya pembinaan PHBS di tingkat rumah tangga. Target Desa aktif purnama mandiri pada tahun 2017 sebesar 44 % dan tercapai 44 %. Pada tahun 2019 seluruh masyarakat Indonesia harus sudah mempunyai Jaminan Kesehatan. Jaminan kesehatan tersebut bisa dari pemerintah maupun swasta. Mulai tahun 2014 pemerintah secara gencar mempromosikan adanya Jaminan Kesehatan nasional dibawah Badan Penyelenggara jaminan Sosial. Pada tahun 2017 sudah tercapai 62,16 % penduduk kabupaten Sidoarjo sudah memiliki Jaminan Kesehatan baik yang berasal dari Pemerintah, swasta maupun mandiri. Jaminan kesehatan dari pemerintah untuk masyarakat miskin berasal dari pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang akan diupayakan semuanya terintegrasi dalam BPJS. Hal ini sudah meningkat dibanding tahun 2016 yang mencapai 30%.

5.4.Rancangan Model

Rancangan Model Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan



Dengan adanya pemenuhan sumber daya baik sumber daya manusia maupun sumber daya aset atau fasilitas kesehatan; maka Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo melalui berbagai macam sarana pelayanan kesehatan telah mampu memberikan pelayanan kesehatan yang baik bagi masyarakat. Adapun tujuan dari pemenuhan sumber daya tersebut adalah untuk memudahkan akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, yang senantiasa terus dioptimalkan baik dari segi kualitas maupun segi kuantitas oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Untuk meningkatkan pelayanan prima perlu adanya upaya optimalisasi beberapa hal yang semuanya saling terkait satu sama lain sehingga dapat bersinergi.

Optimalisasi Sumber Daya Manusia mempunyai peran yang sangat strategis. Program Pengembangan SDM : berupa Pembinaan dan pengembangan tenaga kesehatan sehingga diharapkan dapat memfasilitasi tenaga kesehatan untuk dapat terus berkembang baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Program pembinaan dan pengembangan SDM antara lain Terkelola SIM tenaga kesehatan , Terlaksananya Kegiatan Penyelenggaraan lomba tenaga kesehatan ; Monitoring legalitas tenaga kesehatan ; Terfasilitasi ijin praktek tenaga kesehatan, Terfasilitasi validasi tenaga kesehatan untuk Fasilitas Kesehatan sehingga Penyediaan & pengelolaan alat kesehatan dapat dijamin. Kelengkapan fasilitas kesehatan merupakan alat pendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan yang prima. Terlaksananya kegiatan Penyediaan & pengelolaan alkes di Puskesmas; Pembinaan dan Pengawasan serta Legalitas alat kesehatan di sarana produksi distribusi & fasilitas kesehatan untuk menjamin mutu alat kesehatan.

Ketersediaan obat juga menjadi masalah yang masih menjadi kendala dalam memberikan pelayanan prima kepada masyarakat. Untuk menjamin ketersediaan obat maka dinas kesehatan melakukan monitoring legalitas sarana kefarmasian maupun makanan dan minuman. Penyediaan obat BMHP (Bahan Medis Habis Pakai) tersedia obat BMHP. Penyediaan biaya operasional UPT Instalasi Farmasi : Terkelola administrasi UPT Instalasi Farmasi , Terpelihara sarpras UPT Instalasi Farmasi. Pengelolaan distribusi obat & BMHP: Terlaksananya kegiatan Pengelolaan distribusi obat & BMHP

Edukasi Masyarakat memegang peran yang tak kalah pentingnya dibanding dengan faktor-faktor lainnya. Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan. Peningkatan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit melalui POSBINDU (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular). Peningkatan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit melalui skrining kesehatan , Peningkatan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit untuk usia lanjut, Peningkatan upaya pencegahan dan pengendalian

penyakit untuk penderita potensial (hipertensi & diabetes Pencegahan dan pengendalian kesehatan jiwa dan Napza : Terlaksananya kegiatan Pencegahan dan pengendalian kesehatan jiwa dan Napza. Penyediaan/pemeliharaan sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang terkena penyakit akibat dampak rokok : Tersedia sarana pelayanan kesehatan. Penyediaan peningkatan pemeliharaan sarana/ prasarana fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (DBHCHT) : Tersedia sarana pelayanan kesehatan. Pembinaan dan pelayanan pencegahan, pengendalian penyakit menular : Pengendalian Penyakit TB , Pengendalian Penyakit HIV/AIDS , Pengendalian Penyakit Demam Berdarah, Pengendalian penyakit kusta , Pengendalian penyakit Hepatitis B, Operasional KPAD : Terlaksananya kegiatan Operasional KPAD . Pembinaan Surveillance dan Imunisasi : Terfasilitasi pelayanan kesehatan Jemaah Haji , Terfasilitasi penanganan penyakit menular, Terjaminnya pemberian, imunisasi dasar lengkap, Terfasilitasi penanganan KLB .

Selain faktor-faktor tersebut Persepsi masyarakat terhadap bangunan gedung, sarana dan prasarana, bangunan permanen, pembagian ruang akan berpengaruh pula terhadap kepuasan masyarakat dalam menerima pelayanan kesehatan. Karena Gedung cukup memadai akan mendorong masyarakat untuk merasa nyaman dan merasa diperhatikan serta ditinggikan derajat sosialnya. Sehingga bangunan fisik harus terus diperbaiki dan dipelihara apalagi jika dibandingkan dengan gedung-gedung pelayanan kesehatan dari pihak swasta. Aksesibilitas juga merupakan faktor yang akan dapat mendorong masyarakat untuk berobat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dipersiapkan oleh pemerintah daerah sehingga Puskesmas sebagai tempat pemeriksaan kesehatan yang terdekat, tempat pengobatan untuk rakyat kecil dan dapat menolong masalah kesehatan masyarakat harus dipertimbangkan pula pada kemudahan keterjangkauan oleh masyarakat terutama masyarakat miskin. Karena berbagai alasan masyarakat berobat ke Puskesmas ataupun Rumah Sakit pemerintah salah satu alasannya adalah terdekat dengan tempat tinggal.\ Sehingga keberadaan puskesmas akan berpengaruh terhadap tingkat terpenuhinya kebutuhan kesehatan masyarakat terutama masyarakat kecil

BAB VI.

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

Penelitian Th II direncanakan untuk melakukan Uji Coba Model . Dengan demikian diharapkan akan dapat dilakukan koreksi atau penyempurnaan model yang telah ditemukan pada penelitian Th II.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

- 1 Untuk mengoptimalkan pelayanan prima di bidang pelayanan kesehatan pemerintah daerah semakin mendesak untuk segera dilakukan, mengingat semakin majunya masyarakat juga menuntut pelayanan kesehatan yang lebih baik. Semakin berkembangnya dan beraneka macam penyakit yang ada di masyarakat semakin menambah kompleksitas penyakit; maka diperlukan pula kesiapan pemerintah untuk memberikan pelayanan terbaik sehingga penanganannya pun dibutuhkan penanganan yang lebih komprehensif dan holistik sehingga diperlukan adanya ketersediaan Sumber Daya yang lebih berkualitas dan lebih memadai Baik Sumber Daya Manusia maupun sumber daya lainnya seperti peralatan kesehatan dan sebagainya. Selain itu semakin kompleksitas kehidupan masyarakat semakin menuntut adanya pelayanan yang mampu melayani secara sederhana, praktis, cepat dan akurat. Terkait dengan hal ini maka pusat-pusat pelayanan kesehatan di Kab. Sidoarjo telah mengembangkan berbagai sistem informasi yang dapat meningkatkan kemudahan dan kelancaran dalam menerima pelayanan kesehatan dengan inovasi-inovasi pelayanan yang memanfaatkan teknologi informasi yang dapat diakses masyarakat dengan handphone.
- 2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan prima di bidang kesehatan antara lain Sumber Daya Manusia (SDM). Sumber Daya Manusia menjadi kunci utama dalam memberikan pelayanan prima bagaimanapun Sumber Daya Manusia akan menentukan seberapa berkualitasnya pelayanan kepada masyarakat. Namun demikian baik buruknya pelayanan akan juga tergantung pada peralatan pendukung maupun fasilitas lainnya yang tidak bisa dikesampingkan apalagi pada zaman serba teknologi sekarang ini. Faktor lain yang menjadi hambatan dalam meningkatkan pelayanan prima adalah ketersediaan obat. Ketersediaan obat akan mempengaruhi pelayanan terutama bagi masyarakat miskin yang serba terbatas keuangannya sehingga hanya mengandalkan obat generik untuk mengobati penyakitnya. Apabila obat yang diresepkan oleh dokter tidak tersedia maka hal ini akan menjadikan masalah yang serius bagi masyarakat miskin karena tidak bisa membeli obat lain yang sejenis sebagai pengganti karena keterbatasan keuangan. Budaya Masyarakat. Budaya masyarakat terkait dengan berperilaku yang kurang dapat menjaga kesehatannya seperti dalam mengkonsumsi makanan yang kurang sehat, merokok

maupun kurang adanya aktifitas yang dapat menjaga kesehatan dirinya. Budaya masyarakat juga terkait dengan budaya dalam berobat ketika dirinya mengalami sakit; persepsi masyarakat juga sangat berpengaruh terhadap perilaku masyarakat dalam berobat dan hal ini akan berpengaruh pula pada tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah.\

3. Dari berbagai faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan di bidang kesehatan maka disusunlah Dalam Rancangan Model optimalisasi pelayanan prima dengan mengoptimalkan beberapa faktor tersebut dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas meningkatkan fasilitas kesehatan peningkatan manajemen agar semua sumber daya yang dimiliki dapat lebih efektif dan efisien serta. Edukasi kepada masyarakat merupakan variabel yang penting untuk dapat meningkatkan pelayanan prima di bidang kesehatan. Untuk meningkatkan pelayanan prima perlu adanya upaya optimalisasi beberapa hal yang semuanya saling terkait satu sama lain sehingga dapat bersinergi. Optimalisasi Sumber Daya Manusia mempunyai peran yang sangat strategis.

7.2. Saran

1. Program Pengembangan SDM berupa Pengadaan , Pembinaan dan pengembangan tenaga kesehatan diharapkan dapat memfasilitasi tenaga kesehatan untuk dapat terus berkembang baik secara kuantitatif maupun kualitatif, hendaknya dapat menjadi prioritas utama dalam optimalisasi pelayanan di bidang kesehatan.
2. Hal yang hendaknya juga menjadi perhatian utama dalam meningkatkan pelayanan prima adalah terkait dengan ketersediaan obat yang cukup dan tepat waktu, mengingat masalah ini menjadi keluhan hampir di semua Puskesmas maupun Rumah Sakit terutama bagi masyarakat miskin
3. Upaya pemerintah daerah untuk menciptakan masyarakat yang sehat tidak lepas pula dari masyarakat itu sendiri dalam berperilaku sehat. Untuk itu perlu diedukasi kepada masyarakat untuk dapat belajar dan membiasakan diri untuk dapat hidup sehat; dan hal ini tidak bisa dilakukan sendiri oleh Dinas Kesehatan akan tetapi diperlukan adanya kerja sama dan sinergisitas dengan dinas-dinas lainnya untuk bersama-sama mengedukasi masyarakat agar terhindar dari penyakit sehingga perlu perawatan dokter.



REFERENSI

- Anoname. 2013, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Afdol. 2008, pengembangan teori implementasi hukum waris islam di indoensia, *pidato pengukuhan guru besar*, unair, surabaya
- Azkha Nizwardi. 2007, .deni elnovriza, Analisis Tingkat Kepuasan Klien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kesehatan 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 Kesehatan Kecamatan Bungah Kabupaten Gresik Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Surabaya
- Lasudi . 2015, Efektivitas Pelaksanaan Jkn Oleh Bpjs Di Kesehatan 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 Kesehatan 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

Harnasti Ika, 2017, Laporan Kinerja Dinas Kesehatan **Kabupaten Sidoarjo Tahun 2017**

Harnasti Ika, 2018, Resnstra 2016-2021 Review II Kesehatan **Kabupaten Sidoarjo Tahun 2018**

Irianto Heru, edit. Bungin,, 2001, *Metode Penelitian Kualitatif* , 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 Kesehatan Ranotana Weru Kota Manado fakultas kesehatan masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado 2014

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

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/Sk/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat

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

<http://vitaorin.blogspot.co.id/2012/09/artikel>

Soleh Iskandar, 2016, Pelayanan Kesehatan Dalam Meningkatkan Kepuasan Masyarakat Di Rumah Sakit Panglima Sebaya Kabupaten Paser, Ejournal Ilmu Pemerintahan, , 4 (2): 777-788 , Issn 2477-2631, Ejournal.Ip.Fisip-Unmul.Org © Copyright 2016: 777)

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

Debi Yulivia, Ejournal Ilmu Pemerintahan, 2014, 1 (2): 1902-1914 Issn 2338-3615, Ejournal.Ip.Fisip-Unmul.Ac.Id © Copyright 2014studi Tentang Pelayanan Prima Di Uptd Kesehatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara

<http://repository.ut.ac.id/547/> Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008, Janatun, Janatun (2010) *Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008*. Masters thesis, Universitas Terbuka.

<http://repository.ut.ac.id/547/> Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008, Janatun, Janatun (2010) *Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008*. Masters thesis, Universitas Terbuka.

http://www.waspadamedan.com/index.php?option=com_content&view=article&id=14720&catid=59&Itemid=215 dikutip 14 peb 2017

<http://promkespkmbanggae1.blogspot.co.id/2013/01/konsep-pelayanan-prima.html>.

<http://blogjoeharno.blogspot.co.id/2008/03/faktor-faktor-yang-mempengaruhi-mutu.html>)

<http://idibalikpapanaltim.blogspot.co.id/2011/09/pelayanan-prima-service-excellent-di.html>

Berdasarkan UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran I Draf artikel

Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan**Di Era Otonomi Daerah**

Herini Siti Aisyah

Nur Basuki Minarno

Hadi Shubhan

- 1.* Corespondent , herini@fh.unair.ac.id phone +628123385273
2. All Authors Universitas Airlangga – Indonesia

ABSTRAK

Kualitas pelayanan kesehatan menjadi kunci utama untuk mengurai masalah-masalah kesehatan masyarakat. Lebih dari 80 % masalah kesehatan harus dapat dikelola dengan baik di tingkat primer. 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. Penelitian ini mengacu pada RIP dan Roadmap LPI Unair Th. 2016-2020 , dengab Tema Riset 6 : Sistem Pengelolaan Layanan Kesehatan Penduduk Miskin yaitu terkait dengan Excellence Services Di Instuitusi Layanan Kesehatan. Sesuai dengan kewenangan yang besar di daerah dalam era otonomi daerah diharapkan dapat mempercepat reformasi birokrasi yang dapat mendorong dan mempercepat terwujudnya pelayanan prima di bidang kesehatan. Agar dapat memberikan pelayanan yang memuaskan kepada masyarakat diperlukan berbagai upaya yang sistematis dan komprehenship yang cukup memadai dengan perkembangan penyakit masyarakat dan perkembangan tekonologi di bidang kesehatan. Mengingat begitu urgennya pengembangan pelayanan prima di bidang kesehatan karena diharapkan dapat melayani masyarakat dengan memuaskan sehingga kesehatan masyarakat akan semakin meningkat.

Kata Kunci : Pelayanan, Prima, Publik, Kesehatan

Latar Belakang

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)

Buruknya pelayanan kesehatan baik pusat maupun daerah masih menjadi keluhan masyarakat yaitu terkait dengan antrian, administrasi , uang muka,m

transparansi, pelayanan bagi warga miskin, bahkan adanya penolakan yang dilakukan oleh rumah sakit (<http://vitaorin.blogspot.co.id/2012/09/artikel>)- buruknya - layanan – kesehatan.html). Untuk meningkatkan kesehatan masyarakat 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). 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)

Bagaimana Pelayanan Prima di bidang Kesehatan dapat semakin meningkat?

Hasil penelitian Soleh menunjukkan bahwa semakin tingginya tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan dan fasilitas kesehatan yang efektif dan efisien, mau tidak mau pemerintah untuk berupaya memenuhi tuntutan-tuntutan tersebut.; peningkatan pelayanan prima merupakan jawaban yang tepat. (Soleh Iskandar1, 2016, 4) 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 kesehatan, rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain (Pohan I S, 2002)

Kesehatan 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 Kesehatan. (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) (2). Daya Tanggap (*responsiveness*), (3). Jaminan (*assurance*), (4). Empati (*emphaty*); (5). Bukti Fisik (*tangibles*), . (

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 kesehatan bisa dilakukan dengan beberapa metode sebagai berikut : (a). Antrian pada kesehatan, (b). Dokter praktek, dalam jajaran pelayanan kesehatan primer bagi pasien untuk mengurangi fokus pelayanan primer di kesehatan, (Syahdat Nurkholiq, 2011) Pengelolaan sarana dan SDM di kesehatan 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 kesehatan 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 Kesehatan a)banyaknya antrian yang terjadi di ruang tunggu. b) Pasien mengharapkan di intalasi rawat inap maupun UGD kesehatan selalu ada dokter jaga agar standby di sana untuk memberikan pelayanana 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.

Permasalahan

Kewenangan yang besar di daerah dalam era otonomi daerah diharapkan dapat mempercepat reformasi birokrasi yang dapat mendorong dan mempercepat terwujudnya pelayanan prima di bidang kesehatan. 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 pelayanan prima di bidang kesehatan karena diharapkan dapat melayani masyarakat dengan memuaskan sehingga kesehatan masyarakat akan semakin meningkat maka dalam penelitian ini dirumuskan permasalahan sebagai berikut: Bagaimana Pelayanan Prima di bidang Kesehatan dapat semakin meningkat?

Kajian Pustaka

Faktor Yang Menghambat Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan

Faktor-faktor yang menghambat akses pelayanan kesehatan dikarenakan keterbatasan sarana dan tenaga kesehatan yaitu sebesar 60% desa masih kekurangan tenaga bidan di polindes, sebesar 43,9% desa masih kekurangan tenaga perawat di puskesmas dan sebesar 23,30% masih kekurangan tenaga di poskesdes dan sebesar 27,9 % atau sebanyak 80 desa masih belum memiliki fasilitas kesehatan. Faktor lain yang menghambat akses pelayanan kesehatan adalah keterbatasan anggaran di daerah yang hanya sebesar 7% dari Total APBD (<http://repository.ut.ac.id/547/>).

Unsur-unsur pelayanan prima, dalam Keputusan No. 81/1993, yaitu: Kesederhanaan, Kejelasan dan kepastian, Keamanan, Keterbukaan, Efisien, Ekonomis, Keadilan yang merata. Pelayanan prima di bidang kesehatan (*Health customer care*) bukan hanya sekedar memberikan suatu layanan teknis kesehatan saja tetapi juga layanan informasi pelayanan kesehatan. Pelayanan prima di bidang kesehatan (*Health customer care*) dibutuhkan kesiapan semua anggota pelaksana program tanpa kecuali. (<http://www.waspadamedan.com/inde>)

Pelayanan prima itu ibarat pelayanan kesehatan bermutu yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan serta memberi pelayanan yang sesuai dengan Standard Operating Procedure (SOP) pelayanan kesehatan. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara terus menerus dengan Manajemen Kualitas Terpadu (Total Quality Management). (<http://promkespkmbanggae1>)

Beberapa aspek yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan : (1) Jumlah Petugas Jumlah petugas merupakan salah satu aspek yang menunjang pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Keadaan petugas yang kurang menyebabkan penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan tidak maksimal dan kurang memenuhi kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan. (2) Ketanggapan petugas berhubungan dengan aspek kesigapan dari petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan yang diinginkan. (3) Kehandalan petugas. Kehandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. (4) Ketersediaan dan kelengkapan fasilitas. Fasilitas merupakan sarana bantu bagi instansi dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Keadaan fasilitas yang memadai akan membantu terhadap penyelenggaraan pelayanan kepada pasien. (<http://blogjoeharmo.blogspot.co.id>)

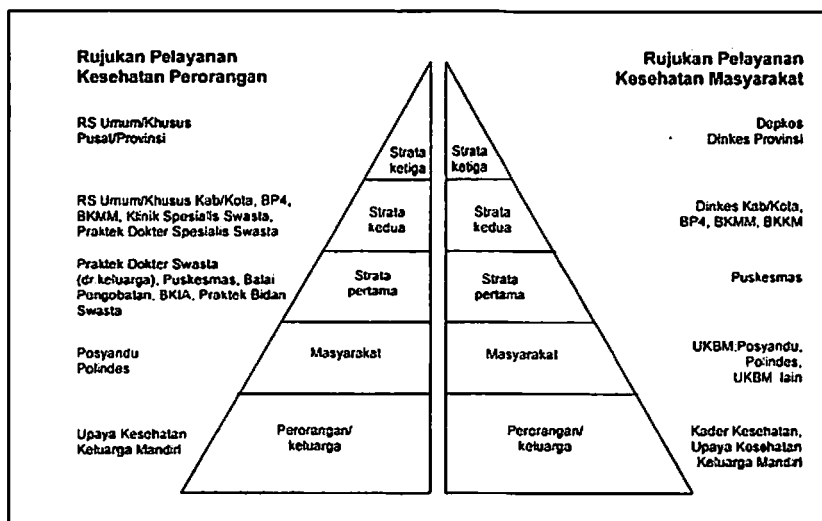
Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan

Unsur unsur pelayanan prima sebagaimana dimaksud dalam keputusan Menpan No. 81/1993, yaitu (1). Kesederhanaan, (2). Kejelasan dan Kepastian, (3). Keamanan, (4). Keterbukaan, (5) Efisien, (6). Ekonomis, (7). Keadilan yang merata, (8). Ketepatan waktu. Perilaku yang baik dalam memberikan pelayanan adalah (<http://idibalikpapankaltim>): Berdasarkan UU RI No. 36 Tahun 2009 pasal 1 ayat 11 pelayanan kesehatan adalah "setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Ada tiga konsep dasar (A3) yang harus diperhatikan dalam mewujudkan pelayanan prima, yakni: a. Konsep sikap (attitude) Keberhasilan bisnis industri jasa pelayanan akan sangat tergantung pada orang-orang yang terlibat di dalamnya. b. Konsep perhatian (attention) Dalam melakukan kegiatan layanan, seorang petugas pada perusahaan industri jasa pelayanan harus senantiasa memperhatikan dan mencermati keinginan pelanggan. c. Konsep tindakan (action) Pada konsep perhatian, pelanggan "menunjukkan minat" untuk membeli produk yang kita tawarkan. Pada konsep tindakan pelanggan sudah "menjatuhkan pilihan" untuk membeli produk yang diinginkannya (DEBI YULIVIA, 2014: 1902-1914)

Dalam Kepmenkes RI Nomor 128/Menkes/Sk/Ii/2004 ; Azas penyelenggaraan, Azas pertanggungjawaban wilayah, Azas pemberdayaan

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



Sedangkan indikator optimal tidaknya pelayanan prima di bidang kesehatan tergambar dalam bagan berikut:

SASARAN	INDIKATOR
Optimalisasi Manajemen Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya Tim Manajemen Pelayanan Prima • Berfungsinya Tim Manajemen Pelayanan Prima
Optimalisasi Mutu Kesehatan	<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

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

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan pendekatan ini diharapkan akan dapat dikaji secara komprehensif dan mendalam. Penelitian akan diawali dengan melakukan *needs assessment* terhadap kapasitas kesehatan dalam memberikan pelayanan prima kepada pasien. Setelah itu penelitian akan dilakukan *assessment* terhadap berbagai faktor dan permasalahan yang berpengaruh terhadap pelayanan prima. 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 Kesehatan 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 yang sedang berkembang dengan berbagai permasalahan pelayanan kesehatan yang tumbuh berkembang dan semakin kompleks. Yang menjadi sumber informasi utama dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas, Rumah Sakit, Manajer Kesehatan, Tenaga Medis maupun administrasi Kesehatan, peserta pasien yang mendapatkan pelayanan di bidang kesehatan. Sumber informasi akan ditentukan secara Purposive dengan didasarkan pada Golongan Kepangkatan dari golongan untuk pegawai kesehatan sedangkan untuk pasien dipilih secara acak, untuk mendapatkan sumber informasi akan ditentukan dengan teknik bola salju; dengan demikian diharapkan akan diperoleh informasi yang lengkap, mendalam dan komprehensif. **Teknik Pengumpulan Data** 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. 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 (Heru Irianto,2001). Dalam penelitian ini wawancara mendalam dilakukan dengan maksud untuk menggali informasi secara mendalam dan komprehensif data yang berkaitan dengan: Faktor-faktor yang menjadi kendala kesehatan dalam memberikan pelayanan prima, Pengelolaan Kesehatan serta respon masyarakat terhadap pelayanan Kesehatan di mana dirinya berobat. Sehingga dengan demikian akan dapat diperoleh data yang berkaitan dengan kapasitas dan kinerja Puskesmas dalam memberikan pelayanan prima di bidang kesehatan. 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 komprehensif 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 kesehatan. 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

Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan

Di Indonesia, upaya untuk menetapkan standar pelayanan publik dalam kerangka peningkatan kualitas pelayanan publik sebenarnya telah lama dilakukan. Upaya tersebut antara lain ditunjukkan dengan terbitnya berbagai kebijakan seperti: (Sutopo, Adi Suryanto, 2006)

- a. Inpres No. 5 Tahun 1984 tentang Pedoman Penyederhanaan dan Pengendalian Perijinan di Bidang Usaha;
- b. Surat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 81 Tahun 1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum;
- c. Inpres No. 1 Tahun 1995 tentang Perbaikan dan Peningkatan Mutu Pelayanan Aparatur Pemerintah Kepada Masyarakat;
- d. Surat Edaran Menko Wasbangpan No. 56/Wasbangpan/6/98 tentang Langkah-langkah Nyata Memperbaiki Pelayanan Masyarakat. Instruksi Mendagri No. 20/1996;
- e. Surat Edaran Menkowsbangpan No. 56/MK.Wasbangpan/6/98; Surat Menkowsbangpan No.145/ MK.Waspan/ 3/1999; hingga Surat Edaran Mendagri No.

503/125/ PUOD/1999, yang kesemuanya itu bermuara pada peningkatan kualitas pelayanan;

f. Keputusan Menpan No 81/1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum;

g. Surat Edaran Depdagri No. 100/757/OTDA tentang Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimum, pada tahun 2002;

h. Kep. Menpan No: 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Berdasarkan uraian di atas, maka standar pelayanan menjadi faktor kunci dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik. Upaya penyediaan pelayanan yang berkualitas antaralain dapat dilakukan dengan memperhatikan ukuran-ukuranapa saja yang menjadi kriteria kinerja pelayanan. Menurut LAN (2003), kriteria-kriteria pelayanan tersebut antara lain: a. *Kesederhanaan*, yaitu bahwa tata cara pelayanan dapat diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan dilaksanakan oleh pelanggan; b. *Reliabilitas*, meliputi konsistensi dari kinerja yang tetap dipertahankan dan menjaga saling ketergantungan antar pelanggan dengan pihak penyedia pelayanan, seperti menjaga keakuratan perhitungan keuangan, teliti dalam pencatatan data dan tepat waktu; c. *Tanggungjawab dari para petugas pelayanan*, yang meliputi pelayanan sesuai dengan urutan waktunya, menghubungi pelanggan secepatnya apabila terjadi sesuatu yang perlu segera diberitahukan; d. *Kecakapan para petugas pelayanan*, yaitu bahwa para petugas pelayanan menguasai keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan; e. *Pendekatan kepada pelanggan dan kemudahan kontak pelanggan dengan petugas*, Petugas pelayanan harus mudah dihubungi oleh pelanggan, tidak hanya dengan pertemuan secara langsung, tetapi juga melalui telepon atau internet. Oleh karena itu, lokasi dari fasilitas dan operasi pelayanan juga harus diperhatikan; f. *Keramahan*, meliputi kesabaran, perhatian dan persahabatan dalam kontak antara petugas pelayanan dan pelanggan. Keramahan hanya diperlukan jika pelanggan termasuk dalam konsumen konkret. Sebaliknya, pihak penyedia layanan tidak perlu menerapkan keramahan yang berlebihan jika layanan yang diberikan tidak dikonsumsi para pelanggan melalui kontak langsung; g. *Keterbukaan*, yaitu bahwa pelanggan bisa mengetahui seluruh informasi yang mereka butuhkan secara mudah dan gamblang, meliputi informasi mengenai tata cara, persyaratan, waktu penyelesaian, biaya dan lain-lain; h. *Komunikasi antara petugas dan pelanggan*, Komunikasi yang baik dengan pelanggan adalah bahwa pelanggan tetap memperoleh informasi yang berhak diperolehnya dari penyedia pelayanan dalam bahasa yang mereka mengerti; i. *Kredibilitas*, meliputi adanya saling percaya antar pelanggan dan penyedia pelayanan, adanya usaha

yang membuat penyedia pelayanan tetap layak dipercayai, adanya kejujuran kepada pelanggan dan kemampuan penyedia pelayanan untuk menjaga pelanggan tetap setia; j. *Kejelasan dan kepastian*, yaitu mengenai tata cara, rincian biaya layanan dan tata cara pembayarannya, jadwal waktu penyelesaian layanan tersebut. Hal ini sangat penting karena pelanggan tidak boleh ragu-ragu terhadap pelayanan yang diberikan; k. *Keamanan*, yaitu usaha untuk memberikan rasa aman dan bebas pada pelanggan dari adanya bahaya, resiko dan keragu-ruguan. Jaminan keamanan yang perlu kita berikan berupa keamanan fisik, finansial dan kepercayaan pada diri sendiri; l. *Mengerti apa yang diharapkan pelanggan*, Hal ini dapat dilakukan dengan berusaha mengerti apa saja yang dibutuhkan pelanggan. Mengerti apa yang diinginkan pelanggan sebenarnya tidaklah sukar. Dapat dimulai dengan mempelajari kebutuhan-kebutuhan khusus yang diinginkan pelanggan dan memberikan perhatian secara personal; m. *Kenyataan*, meliputi bukti-bukti atau wujud nyata dari pelayanan, berupa fasilitas fisik, adanya petugas yang melayani pelanggan, peralatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan, kartu pengenal dan fasilitas penunjang lainnya; n. *Efisien*, yaitu bahwa persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan

Peluang dan Tantangan Pengembangan Pelayanan Dinas Kesehatan

<p>Internal Eksternal</p>	<p>Kekuatan / Strengthness (S) 1. Jml. Sarana kesh yg cukup 2. Adanya sumber pembiayaan kesh 3. Jml sumber daya kesh yg cukup 4. Regulasi yg mendukung yankes</p>	<p>Ketahanan / Weakness (W) 1. Krgnya peningkatan kualitas SDM 2. Krgnya pemberdayaan masy & kemirraan 3. Krg proporsionalnya pembagian APBD 4. Sist Informasi Manaj Kesh bmr optimal 5. Kurang optimalnya pelayanan kesehatan</p>
<p>Peluang / Opportunities (O) 1. Sarana UKBM 2. Sarana kesh dan penunjang kesh swasta 3. Kemirraan 4. Jumlah peserta JKM yang terus meningkat 5. Aksesibilitas mudah 6. IPTEK 7. Tingkat pendidikan masy meningkat 8. Dukungan politik</p>	<p>SO / Strategi 1. Meningkatkan akses masy thd pelayanan kesh 2. Meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat</p>	<p>WO / Strategi 1. Meningkatkan pemberdayaan masy & kemirraan 2. Meningkatkan sistim informasi dan manaj kesh. Terpadu 3. Mengoptimalkan & meningkatkan kualitas SDM 4. Memanfaatkan sarana kesh pememerintah dan swasta</p>
<p>Tantangan / Threats (T) 1. Meningkatnya jml penduduk misdm 2. Sebaran ganda penyakit 3. Krgnya PSM dim PMS 4. Pembiayaan kesh yg out of pocket 5. Tuntutan masy akan pelayanan kesh 6. Transisi epidemiologi 7. Kualitas bngk. Menurun 8. Krgnya peran lintas sektor</p>	<p>ST / Strategi 1. Menggerakkan dan memberdayakan masy, swasta dan LS dim pembangunan kesh</p>	<p>WT / Strategi 1. Meningkatkan sistim supervians 2. Meningkatkan advokasi penganggaran kesh 3. Meningkatkan peran institusi kesh pem urt mendorong PMS</p>

Dari matrik tersebut dapat diuraikan peluang dan tantangan yang dihadapi Dinas Kesehatan Kabupatn Sidoarjo, antara lain :

1. Peluang / Opportunities (O)

a. Pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat. Sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat di Kabupaten Sidoarjo antara lain : Pondok Bersalin Desa (Polindes), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu). Dengan adanya UKBM tersebut diharapkan dapat membantu pencapaian program-program kesehatan.

b. Sarana Kesehatan dan Penunjang Swasta

Sarana Kesehatan swasta terdiri dari : Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Sakit Anak dan Bersalin, Balai Pengobatan, Klinik dan Apotek dan Laboratorium. Dalam sudut pandang analisis ini, sarana kesehatan swasta bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo merupakan perwujudan peran swasta dalam kontribusi meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan dapat ikut meningkatkan cakupan program kesehatan.

c. Kemitraan

Prinsip kemitraan dilakukan dalam rangka pemberdayaan masyarakat yang didasari semangat, kebersamaan dan gotong royong dengan melibatkan lintas sektor, organisasi kemasyarakatan, dan sektor swasta.

d. Aksesibilitas wilayah – wilayah di Kabupaten Sidoarjo secara umum relatif mudah menjangkau terhadap pelayanan kesehatan yang didukung sarana dan prasarana transportasi yang memadai.

e. Adanya kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang pembangunan kesehatan.

f. Tingkat pendidikan masyarakat yang semakin meningkat secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap pelaksanaan pembangunan kesehatan karena semakin tinggi tingkat pendidikan masyarakat diharapkan akan semakin baik derajat kesehatannya.

g. Komitmen politis dari legislatif terhadap pembangunan kesehatan diharapkan mampu mendukung percepatan pembangunan di bidang kesehatan.

2. Tantangan / Threats (T)

a. Jumlah Penduduk Miskin

Jumlah penduduk miskin yang semakin meningkat diikuti dengan masih rendahnya status kesehatannya. Masyarakat miskin menjadi kelompok rentan karena kurangnya pengetahuan dan akses masyarakat miskin pada sarana pelayanan kesehatan. b. Adanya Beban Ganda Penyakit di Masyarakat (*double burden*) Permasalahan lain adalah adanya beban ganda penyakit, dimana mayoritas penyakit di masyarakat adalah penyakit infeksi menular, akan tetapi pada saat yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular

seperti penyakit degeneratif (diabetes mellitus, hipertensi, jantung, stroke,dll). c. Kurangnya Peran Serta Masyarakat dalam rangka mewujudkan PHBS Peran masyarakat di Kabupaten Sidoarjo masih kurang mendukung perilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini dapat dilihat dari masih tingginya persentase masyarakat yang merokok dalam rumah, rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif dan cakupan penimbangan bayi dan balita setiap bulan.

d. Pembiayaan Kesehatan Masyarakat Pembiayaan kesehatan masyarakat sebagian besar masih menggunakan sistem *out of pocket* , masih tingginya ketergantungan masyarakat pada pemerintah. Sistem JKN (Jaminan Kesehatan Masyarakat) masih belum terlaksana dan berjalan dengan baik. Kondisi ini dipengaruhi pula oleh kebijakan yang selalu berganti setiap tahun. Sedangkan pembiayaan kesehatan dari pemerintah belum tergali dengan optimal, karena pembiayaan kesehatan dari berbagai lintas sektor yang belum jelas.

f. Kualitas Lingkungan yang menurun karena pemanasan global yang berdampak pada kesehatan masyarakat. g. Kurangnya peran lintas sektor dalam pembangunan kesehatan.

Untuk meningkatkan pelayanan prima maka dinas kesehatan telah menentukan Indikator Kinerja Utama (IKU) Dinas Kesehatan adalah (h 24) 1. Persentase keluarga sehat adalah Keluarga yg memenuhi IKS (indeks keluarga Sehat) $\geq 0,800$ dari jumlah Keluarga $\times 100\%$ 2. Rata - Rata Nilai Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) Puskesmas survey kepuasan masyarakat adalah suatu survey kepada masyarakat untuk mengetahui Tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas .

Tabel Capaian IKU Th. 2017

No	Indikator Kinerja Utama	Target	Capaian	% Capaian
1	Persentase keluarga sehat	15	14,01	93%
2	Rata - Rata Nilai Survey Kepuasan Masyarakat (SKM)	79	81.19	103%

Rata - Rata Nilai Survey Kepuasan Masyarakat (Skm) Puskesmas (Hal 26 =34 51 83) Seiring kemajuan teknologi dan tuntutan masyarakat dalam hal pelayanan, unit penyelenggara pelayanan publik dituntut untuk memenuhi harapan masyarakat dalam melakukan perbaikan pelayanan. Salah satu upaya yang harus dilakukan dalam perbaikan pelayanan publik adalah melakukan Survei Kepuasan Masyarakat kepada pengguna layanan. Puskesmas di Kabupaten Sidoarjo sebanyak 26, mempunyai indeks kepuasan

masyarakat rata-rata 81.19. Target kabupaten adalah ≥ 79 . Terdapat 4 Puskesmas dengan cakupan IKM ≤ 79 dan 22 Puskesmas telah mencapai target yang ditetapkan. Puskesmas terus berbenah dalam peningkatan kualitas pelayanan yang berimbas pada semakin tingginya indeks kepuasan masyarakat dengan cara sebagai berikut :

1. menstandarkan pelayanan kesehatan dengan terakreditasinya Puskesmas yang merupakan pengakuan dari lembaga independent tentang kualitas pelayanan di Puskesmas
2. berinovasi dalam memberikan pelayanan salah satunya dengan system antrian pelayanan melalui SIAP TARIK (Puskesmas Tarik), CAK RAHMAN (Puskesmas Krembung), SI ELOK RUPA (Puskesmas Waru), pelayanan rekam medis paperless terintegrasi mulai antrian sampai mendapatkan obat.
3. rekrutmen tenaga pelayanan Non PNS untuk memenuhi rasio jumlah tenaga pelayanan sesuai standar.
4. menggalakkan upaya promotif dan preventif serta mensinergikan dengan upaya kuratif rehabilitative (home visit, perkesmas dan PIS PK)
5. relokasi Puskesmas Gedangan ke area yang memenuhi standard
6. penambahan Puskesmas Induk baru di wilayah padat penduduk pada tahun 2019 di wilayah kerja Puskesmas Candi.

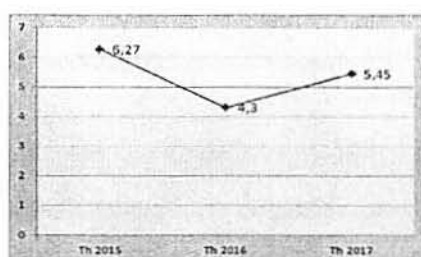
Dalam mendukung capai Indikator Sasaran Pemerintah Kabupaten Sidoarjo yaitu : *"Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat"* dengan Indikator sasaran *"Angka harapan Hidup"* dan Sasaran utama Renstra SKPD *"Meningkatnya pelayanan kesehatan dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat"* dengan Indikator Utama Keluarga Sehatm tersebut dapat dilihat dari Indikator indikator dukungan (Indikator program) antara lain sebagai berikut:

1. Angka Kematian Bayi

Angka kematian bayi (AKB) menunjukkan keberhasilan pelayanan kesehatan suatu wilayah. Di Kabupaten Sidoarjo tahun 2017 Angka kematian bayi (AKB) mencapai 5,45 per 1.000 kelahiran hidup lebih rendah dari target adalah sebesar < 12 per 1.000 kelahiran hidup. Tetapi mengalami kenaikan dari kejadian tahun 2016 sebesar 4,26 per 1.000 kelahiran hidup. Kenaikan angka kematian bayi dikarenakan kondisi bayi yang diawali dengan perawatan ibu pada masa hamil yang belum optimal juga di mungkinkan karena kondisi risiko / komplikasi dari ibunya yang menyebabkan bayi dilahirkan dalam kondisi berrisiko dan menjadikan peluang meninggal. Selain itu juga perawatan setelah lahir belum optimal karena masa – masa tersebut merupakan masa rentan bayi, baik asupan,

lingkungan dan pengetahuan. Proporsi kematian bayi khususnya berdasar masa, 68,18% kematian terbanyak adalah masa neonatus. Hal tersebut disebabkan karena masa neonatus merupakan masa rentan untuk ketahanan tubuh. Berat badan lahir rendah (kurang dari 2500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang memberikan kontribusi terhadap kematian perinatal dan neonatal. Keadaan ini terjadi karena beberapa kemungkinan antara lain dari faktor ibu dan janin itu sendiri, yang akhirnya menghambat pertumbuhan hasil konsepsi dan atau merangsang terjadinya persalinan sebelum waktunya.

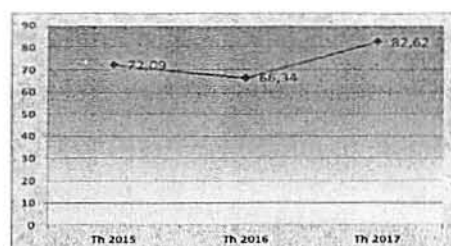
Angka Kematian Bayi Th. 2015 – 2017 di Kabupaten Sidoarjo



2. Angka Kematian Ibu

Kematian Ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas, kecuali kasus kecelakaan. Angka kematian ibu di kabupaten Sidoarjo tahun 2017 sebesar 82,62 per 100.000 kelahiran hidup lebih rendah dibanding dengan target yaitu sebesar < 87 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu (AKI) mengalami kenaikan apabila dibandingkan tahun 2016 yaitu sebesar 66,34 per 100.000 kelahiran hidup. Kenaikan AKI ini karena adanya keterlambatan dalam penanganan (3T) yaitu : 1 Terlambat mendeteksi dan ambil keputusan baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat 2 Terlambat melakukan rujukan 3 Terlambat mendapat penanganan di tempat rujukan Perkembangan angka kematian ibu sampai dengan tahun 2017 terlihat pada grafik berikut ini :

Angka Kematian Ibu Th. 2015 - 2017



Upaya – upaya yang telah dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu yaitu :

Pelaksanaan penerapan pelayanan standar ibu hamil (ANC terpadu-10T) Peningkatan ketrampilan tenaga kesehatan dalam APN (Peer Review Asuhan Persalinan Normal), kelas ibu. Pemanfaatan buku KIA bagi semua ibu dan tenaga kesehatan untuk memperoleh informasi dan memantau kesehatan ibu hamil. Refreshing deteksi risiko tinggi oleh masyarakat (kader kesehatan, PKK, dll) .Optimalisasi dan Pemberdayaan Desa dengan P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) termasuk penempelan stiker P4K dalam rangka pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan Masyarakat ini dibentuk dalam Pokja I (Pendataan, Penandaan, Pendampingan), Pokja 2 (Tabulin & Dasolin). Pokja 3 (Donor Darah), Pokja 4 (Ambulance Desa) .Melakukan penilaian tatalaksana pada gawat darurat maternal dan neonatal . Melalui *skill assesment* dengan sasaran tenaga kesehatan (bidan) Optimalisasi sistem rujukan : sms gateway, SIJARIEMAS, termasuk rujukan dini terencana . Melakukan *Audit Maternal Perinatal* (AMP) pada kasus near miss dan atau kematian ibu hamil, bersalin, ibu nifas dan pada perinatal dan neonatal. Optimalisasi jalinan kerjasama dan koordinasi di wilayah Pembentukan forum Penakib Kabupaten Sidoarjo . Penyusunan Software Si Cantik

3. Angka Kesakitan HIV / AIDS

Sebagai salah satu penyakit menular yang sama dengan penyakit infeksi yang lain akan tetapi masih adanya stigma di masyarakat., prevalensi HIV/AIDS adalah Angka Perkiraan yang diperoleh dari Jumlah kasus HIV sampai dengan tahun 2017 dibagi dengan Populasi At Risk (Jumlah penduduk). Kabupaten Sidoarjo tidak mempunyai data Perkiraan Populasi Kunci yang berdasarkan sero survei sehingga menggunakan data kasus HIV riil sebanyak.

Hasil pemeriksaan per 100.000 penduduk sampai dengan tahun 2017 mencapai 117 per 100.000 penduduk. Adapun penemuan kasus HIV/AIDS pada tahun 2017 adalah 464 orang, diantaranya 277 orang adalah Populasi kunci, ibu hamil,pasien TB.

Populasi kunci dan ibu hamil,pasien TB yang sudah diperiksa sebanyak 14.778 orang, yang dinyatakan positif 277 orang dan yang sudah mengakses ARV sebanyak 197 orang (71 %) . Semakin aktifnya *system surveilaince* HIV/AIDS. Semakin tingginya kesadaran penderita untuk memeriksakan diri. Upaya pencegahan dan penanggulangan dilakukan melalui penyuluhan masyarakat, penjangkauan dan pendampingan kelompok resiko tinggi dan intervensi perubahan perilaku, layanan konseling dan testing HIV, layanan *Harm Reduction*, pengobatan dan pemeriksaan berkala penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS), Penambahan klinik

inisiasi ARV tidak hanya di puskesmas Krian tetapi juga puskesmas Porong, pengamanan darah donor dan kegiatan lain yang menunjang pemberantasan HIV/AIDS.

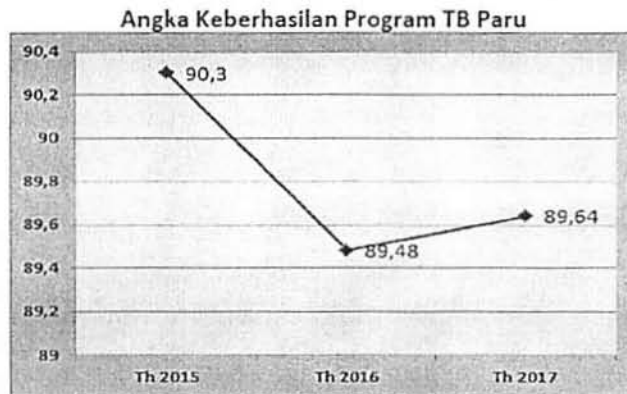
4. Cakupan Desa dengan Universal Child Immunization (UCI)

Desa yang termasuk dalam cakupan UCI mencerminkan tingginya cakupan imunisasi dasar lengkap bagi bayi di desa tersebut. Pada tahun 2017, dari 353 desa/kelurahan yang ada, terdapat 330 desa/kelurahan atau 93,48% dari target 92%. Sedangkan pada tahun 2016 tercapai 97,73 % yang telah masuk dalam kriteria desa UCI. Yang belum masuk kriteria desa UCI yaitu wilayah Puskesmas Tanggulangin : Desa Kedungbendo , Puskesmas Porong : Desa Renokenongo, Desa Jatirejo, Desa Siring, Mindi, Porong, Glagah arum, Gedang, Juwet , Puskesmas Ganting : Desa Tebel, Sruni, Kebon sikep, Bangah , Puskesmas Taman : Kalijaten , Puskesmas Kedungsolo : Lajuk, kedungboto, Pesawaha, Wunut, Kedung solo, Kesambi, kebonagung , Puskesmas Sedati : Banjar kemantren, Buncitan Capaian UCI tahun 2017 secara Kabupaten menurun sebesar 93,48% (target UCI tahun 2017 sebanyak 88%) Puskesmas yang belum mencapai target UCI adalah Puskesmas Porong dengan capaian UCI sebanyak 20 %, Puskesmas Kedung Solo sebanyak 22,2% Puskesmas Ganting sebanyak 42,9 % dan Puskesmas Sedati sebanyak 87,5 % . Ketidak tercapaian tersebut disebabkan beberapa hal antara lain : sebagian besar terjadinya miskomunikasi petugas Koordinator imunisasi bahwa bayi yang sudah dapat imunisasi MR saat kampanye MR sudah tidak disuntik MR rutin, untuk wilayah Porong disamping kondisi tersebut juga disebabkan karena wilayah kerja Puskesmas Porong dari 10 Desa, 3 Desa tenggelam lumpur Lapindo dimana secara riil Penduduknya sudah pindah ke wilayah desa yang lain namun secara administratif penduduk Desa tersebut masih ada. Walaupun pencapaian UCI di Kabupaten Sidoarjo sudah mencapai target namun tetap diwaspadai munculnya kasus-kasus PD3I, terutama karena masih ada puskesmas yang belum mencapai target UCI. Upaya peningkatan kualitas imunisasi dilaksanakan melalui kampanye, peningkatan skill petugas imunisasi, peningkatan kualitas penyimpanan vaksin dan sweeping sasaran, survey DQS (Distric Quality Self Assesment), Survey EVM (Effectif vaksin management) dan RCA.

5. Angka Morbiditas

Untuk menilai pelayanan terhadap penanggulangan penyakit menular maka perlu diukur angka kesakitan beberapa penyakit yang potensial terjadi. Penyakit tersebut adalah TB Paru, Demam Berdarah Dengue. **Angka keberhasilan pengobatan TB (Treatment Succes Rate =TSR)** Angka keberhasilan pengobatan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB Paru terkonfirmasi bakterilogis yang menyelesaikan pengobatan

(baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien baru TB Paru terkonfirmasi bakteriologis yang tercatat. Sembuh yaitu pasien TB Paru dengan hasil pemeriksaan bakteriologis positif pada awal pengobatan yang hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan menjadi negatif pada salah satu pemeriksaan sebelumnya. Pengobatan lengkap yaitu pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dimana pada salah satu pemeriksaan sebelum akhir pengobatan hasilnya negatif namun tanpa ada bukti hasil pemeriksaan bakteriologis pada akhir pengobatan.

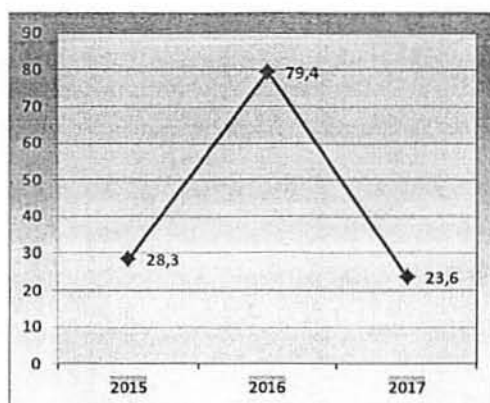


Target angka keberhasilan pengobatan TB Paru Tahun 2016 adalah sebesar 90 %. Angka keberhasilan pengobatan TB Paru (TSR) selama th 2016 tercapai sebesar 86,44%. Realisasi ini belum mencapai target yang ditetapkan, adapun ketidak berhasilan dalam pengobatan antara lain disebabkan Dropout 4,9 %, gagal 1,6 %, Pindah 3,7 % dan meninggal 3,4 % Penemuan kasus TB tahun 2017 belum dapat dievaluasi karena yang dilaksanakan evaluasi tahun ini adalah yang sudah selesai pengobatan yaitu penemuan kasus TB pada 12 sd 15 bulan yang lalu.

6. Angka Kesakitan Demam Berdarah

Target Nasional angka kesakitan DEMAN BERDARAH(Inciden Rate) tahun 2017 adalah sebesar < 49 per 100.000 penduduk. Perkembangan angka kesakitan DEMAN BERDARAH sampai dengan tahun 2017 terlihat pada grafik berikut ini :

Angka Kesakitan Demam Berdarah per 100.000 penduduk



Angka kesakitan demam berdarah kabupaten Sidoarjo berfluktuasi. angka kesakitan demam berdarah pada tahun 2017 sebesar 23,6 per 100.000 penduduk, menurun jika dibandingkan tahun 2016 yaitu sebesar 79,4 per 100.000 penduduk. beberapa penyebab kasus demam berdarah tetap ada antara lain :

1. pemahaman tentang pemberantasan sarang nyamuk belum sepenuhnya benar, sehingga pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk masih kurang tepat.
2. pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk belum serentak dan berkesinambungan
3. persepsi masyarakat untuk memutuskan mata rantai penularan masih dominan dengan cara pengasapan, hal ini tampak pada abj masih <95% namun demikian upaya yang dilakukan oleh pemerintah kabupaten Sidoarjo untuk mencegah penularan demam berdarah yang efektif sehingga penyebarannya dapat ditekan serendah mungkin. upaya yang telah dilakukan pemerintah kabupaten antara lain : meningkatkan kerjasama lintas sektor di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa. Meningkatkan kerjasama dengan rumah sakit dan puskesmas untuk menetapkan wilayah sasaran pelaksanaan penanggulangan focus. Memotivasi petugas demam berdarah puskesmas untuk meningkatkan kualitas dan frekuensi penyuluhan tentang demam berdarah dan pemberantasan sarang nyamuk 3m plus. Melakukan penyuluhan kepada masyarakat tentang demam berdarah sehingga masyarakat dapat mencegah secara dini demam berdarah dengan meningkatkan intensitas kegiatan pemberantasan sarang nyamuk atau pemberantasan sarang nyamuk. Meningkatkan kualitas sdm juru pemantau jentik (jumantik) desa/kelurahan melalui refreshing. Memotivasi tokoh masyarakat untuk mengajak masyarakat di sekitarnya melakukan gerakan 3M plus (Menguras, Menutup dan Mengubur serta Mencegah Gigitan Nyamuk). Memberdayakan masyarakat secara berjenjang tentang strategi satu rumah satu jumantik

6. Akreditasi Puskesmas

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 klinis 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

7. Prosentase desa siaga aktif Purnama Mandiri

Desa Siaga Aktif Purnama Mandiri adalah desa yang berada pada tingkat perkembangan Purnama dan Mandiri. Hal ini sesuai dengan Kepmenkes No. 1529 Tahun 2010. Adapun kriteria dari desa siakti purnama mandiri yaitu adanya 8 Indikator :

1. Forum desa berjalan
2. Kader kesehatan ada 6-8 orang
3. Adanya Kemudahan akses pelayanan kesehatan

4. Posyandu & UKBM lainnya didesa tersebut aktif
5. Dukungan dana untuk kegiatan tingkat desa terpenuhi oleh Pemerintah Desa, dan kelompok masyarakat serta dunia usaha.
6. Adanya dukungan peran serta masyarakat dan organisasi kemasyarakatan.
7. Adanya peraturan kepala desa atau Peraturan Bupati tentang hidup sehat
8. Adanya pembinaan PHBS di tingkat rumah tangga.

Target Desa aktif purnama mandiri pada tahun 2017 sebesar 44 % dan tercapai 44 %.

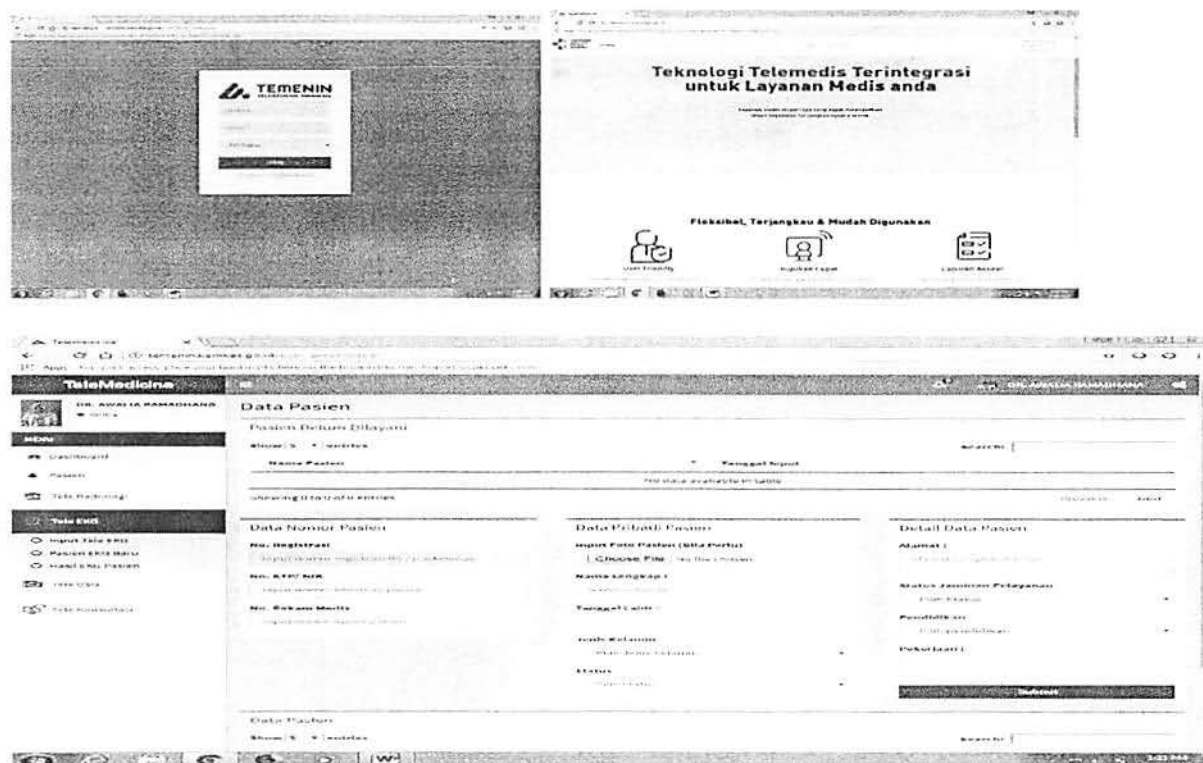
8. Prosentase penduduk mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan

Pada tahun 2019 seluruh masyarakat Indonesia harus sudah mempunyai Jaminan Kesehatan. Jaminan kesehatan tersebut bisa dari pemerintah maupun swasta. Mulai tahun 2014 pemerintah secara gencar mempromosikan adanya Jaminan Kesehatan nasional dibawah Badan Penyelenggara jaminan Sosial. Pada tahun 2017 sudah tercapai 62,16 % penduduk kabupaten Sidoarjo sudah memiliki Jaminan Kesehatan baik yang berasal dari Pemerintah, swasta maupun mandiri. Jaminan kesehatan dari pemerintah untuk masyarakat miskin berasal dari pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang akan diupayakan semuanya terintegrasi dalam BPJS. Hal ini sudah meningkat dibanding tahun 2016 yang mencapai 30%.

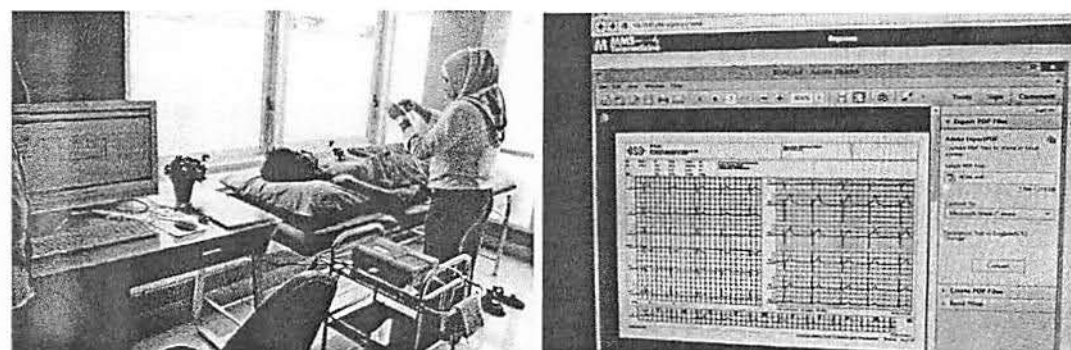
Optimalisasi Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan

Pengembangan Telemedicine 44 Pelayanan Telemedicine merupakan salah satu terobosan Kementerian Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan menggunakan teknologi informasi untuk mendekatkan akses dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Layanan Telemedicine ini juga diharapkan dapat memudahkankomunikasi antara dokter umum yang berada di daerah terpencil ataupun daerah yang jauh dari pusat kota dengan dokter spesialis, subspesialis guna meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan masyarakat. *Telemedicine* sudah dikembangkan di Indonesia sebagai *pilot project* yang diawali dengan teleradiologi, tahun 2012 dengan Jenis layanan tele-radiologi dan sampai tahun 2017 telah ada tiga jenis layanan telemedicine yaitu Teleradiologi, tele-EKG dan Tele-USG. Pelayanan Telemedicine memiliki Konsep Pengampuan dimana sebagai Pengampu adalah RS Rujukan Nasional, Rujukan Provinsi dan Rujukan Regional, dan sebagai Diampu adalah Rumah Sakit yang tidak memiliki tenaga Spesialis dan/atau Puskesmas yang tidak memiliki tenaga medis terutama terletak di daerah DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan). Kementerian Kesehatan menyediakan Aplikasi pelayanan telemedicine dengan

alamat www.temenin.kemkes.go.id, yang dapat diakses oleh semua fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan telemedicine.



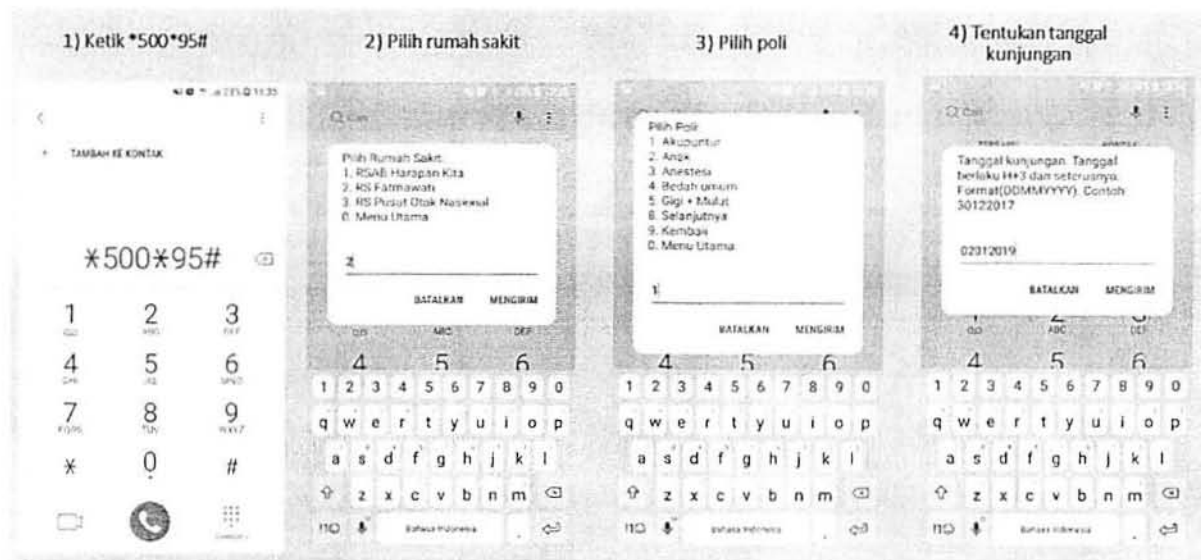
Gambar 3.7. Aplikasi Telemedicine Indonesia
Foto Implementasi Telemedicine Indonesia berupa pemeriksaan EKG dan upload hasil pemeriksaan pada aplikasi telemedicine di Puskesmas



Gambar 3.8. Implementasi Telemedicine di Puskesmas

Sistem Pendaftaran rawat melalui SMS Gateway Di era JKN ini, kebutuhan masyarakat untuk dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) baik Puskesmas maupun Rumah Sakit semakin meningkat. Namun, kapasitas fasyankes dalam melayani masyarakat masih belum memadai yang dapat dilihat dengan sering terjadinya antrian pasien rawat jalan yang panjang di beberapa rumah sakit, sehingga terjadi penumpukan pasien, waktu tunggu yang lama, yang pada akhirnya mengakibatkan

mutu pelayanan pasien rawat jalan juga ikut terganggu. Hal ini menjadi keluhan masyarakat kepada Kementerian Kesehatan dan telah menjadi sorotan dari berbagai pihak seperti Presiden, DPR, KPK, dan lembaga lainnya. Kementerian Kesehatan melalui Ditjen Pelayanan Kesehatan membuat inovasi aplikasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan melalui *SMS Gateway*. *SMS Gateway* bersama dengan Sistem Pendaftaran Online (berbasis web dan android) diharapkan dapat membantu menyelesaikan masalah antrian pasien tersebut. Tujuan lainnya dari inovasi ini adalah untuk membangun dan mengembangkan sistem informasi pelayanan kesehatan secara cepat, tepat, bersahabat, sehingga memberikan kemudahan bagi pasien rawat jalan untuk mendaftar ke rumah sakit yang dituju. Saat ini, sistem *SMS Gateway* sedang diujicoba pada 3 RS Vertikal di Jakarta, yaitu: RSUP Fatmawati, RSAB Harapan Kita, dan RSPusat Otak Nasional.



Gambar 3.9. Aplikasi Pendaftaran Rawat Melalui *SMS Gateway*

Selain sebagai salah satu elemen penilaian dalam Standar Akreditasi Nasional (SNARS), Sistem Pendaftaran Pasien (baik *online* maupun melalui *SMS Gateway*) juga merupakan salah satu indikator kinerja yang harus dicapai oleh RS Vertikal dan pencapaiannya ikut menentukan dalam pemberian remunerasi

Kesimpulan

Minat masyarakat terhadap puskesmas akan dipengaruhi oleh persepsi masyarakat terhadap puskesmas sehingga akan berpengaruh pula pada minat masyarakat untuk memanfaatkan puskesmas untuk berobat ketika menderita sakit. Optimalisasi pelayanan prima tidak akan lepas dari persepsi masyarakat terhadap puskesmas. Persepsi

ini patut dipertimbangkan karena membuktikan masih adanya sebagian kecil masyarakat memandang negatif tentang puskesmas. Kesan terhadap pelayanan puskesmas, pada umumnya mereka mengatakan cukup apresiatif. Alasannya puskesmas sebagai rujukan sakit ringan dan pelayanan terdekat dengan tempat tinggal. Keberadaan puskesmas berpengaruh bagi kebutuhan kesehatan masyarakat dengan alasan selain jarak yang dekat dengan tempat tinggal juga obat yang tersedia juga biaya pemeriksaan dipuskesmas murah, dan sesuai dengan penghasilan rakyat kecil Kebersihan ruang, cukup bersih penataan ruang sudah sesuai dengan fungsinya, serta sudah disediakan tempat sampah pada sudut-sudut tertentu sudah dilengkapi teknologi komputer dan para pegawai sopan, dilihat dari senyum dan ketulusan hati. Tempat parkir sudah memadai, aman dan tertata rapi. Pegawai menguasai pekerjaannya (*realible*) dilihat dari cara memberikan jasa, tidak canggung karena sudah menguasai bidangnya masing-masing. Pegawai cukup cepat (*responsive*) dalam melayani dilihat berdasarkan waktu rata-rata kemampuan menyelesaikan pelayanan mulai dari loket pendaftaran hingga loket pengambilan obat. Pegawai cukup meyakinkan (*assurance*) pada waktu memberi pelayanan karena dapat mengatasi kebutuhan pasien. Para pegawai juga cukup empati dalam memberikan pelayanan, meskipun tidak menyebut nama

REFERENSI

- Anoname. 2013, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Afdol. 2008, pengembangan teori implementasi hukum waris islam di indoensia, *pidato pengukuhan guru besar*, unair, surabaya
- Azkha Nizwardi. 2007, .deni elnovriza, Analisis Tingkat Kepuasan Klien Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Kesehatan 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 Kesehatan Kecamatan Bungah Kabupaten Gresik Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Surabaya
- Lasudi . 2015, Efektivitas Pelaksanaan Jkn Oleh Bpjs Di Kesehatan 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 Rctno Eka, Anwar, Dina Suryawati. 2013, Kualitas Pelayanan Kesehatan Peserta Jamkesmas Bagian Rawat Jalan Di Kesehatan Sumber Sari, 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 Kesehatan Ranotana Weru Kota Manado fakultas kesehatan masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado 2014
- 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

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/Sk/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat

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

<http://vitaorin.blogspot.co.id/2012/09/artikel>

Soleh Iskandar, 2016, Pelayanan Kesehatan Dalam Meningkatkan Kepuasan Masyarakat Di Rumah Sakit Panglima Sebaya Kabupaten Paser, Ejournal Ilmu Pemerintahan, , 4 (2): 777-788 , Issn 2477-2631, Ejournal.Ip.Fisip-Unmul.Org © Copyright 2016: 777)

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

Debi Yulivia, Ejournal Ilmu Pemerintahan, 2014, 1 (2): 1902-1914 Issn 2338-3615, Ejournal.Ip.Fisip-Unmul.Ac.Id © Copyright 2014 studi Tentang Pelayanan Prima Di Uptd Kesehatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara

<http://repository.ut.ac.id/547/> Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008, Janatun, Janatun (2010) *Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008*. Masters thesis, Universitas Terbuka.

<http://repository.ut.ac.id/547/> Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008, Janatun, Janatun (2010) *Faktor-faktor yang Menghambat Akses Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Sintang Tahun 2008*. Masters thesis, Universitas Terbuka.

http://www.waspadamedan.com/index.php?option=com_content&view=article&id=14720&catid=59&Itemid=215 dikutip 14 peb 2017

<http://promkespkmbanggae1.blogspot.co.id/2013/01/konsep-pelayanan-prima.html>.

<http://blogioeharno.blogspot.co.id/2008/03/faktor-faktor-yang-mempengaruhi-mutu.html>)

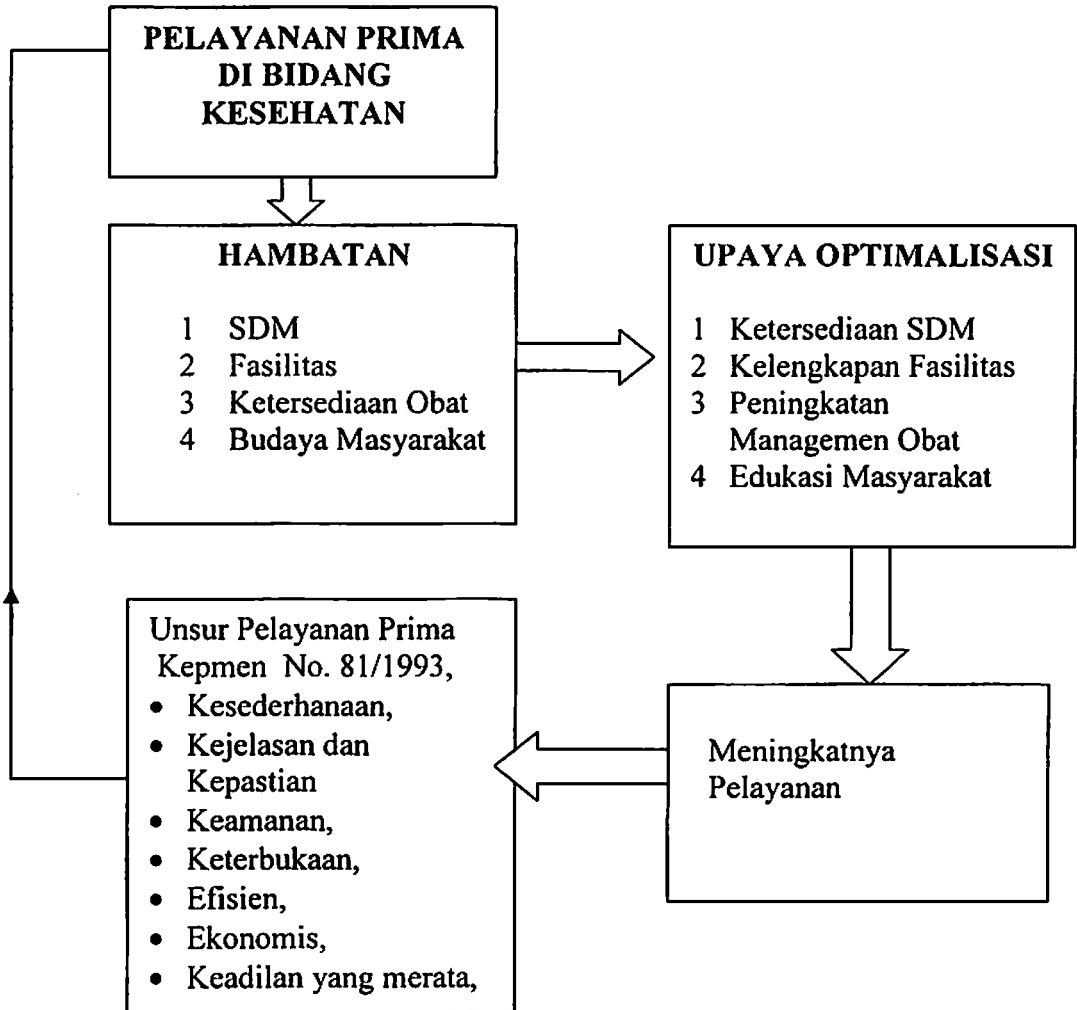
<http://idibalikpapankaltim.blogspot.co.id/2011/09/pelayanan-prima-service-excellent-di.html>

Berdasarkan UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

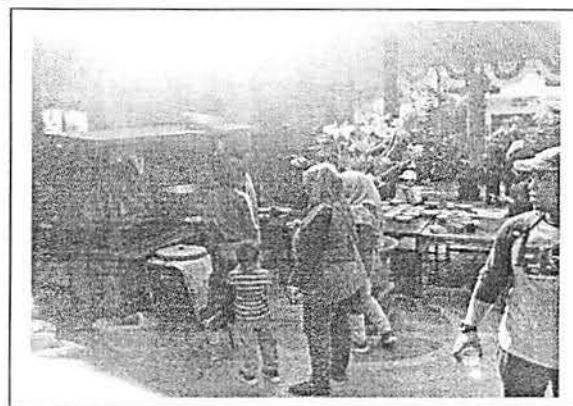
Sutopo, Adi Suryanto, , Modul Pendidikan Dan Pelatihan Prajabatan Golongan Iii, *Lembaga Administrasi Negara - Republik Indonesia 2006*)

Lampiran 2. Rancangan Model

Rancangan Model Peningkatan Pelayanan Prima Di Bidang Kesehatan Di Era Otonomi Daerah



Lampiran 3. Dokumentasi



Lampiran 4, Susunan Organisasi Tim Pengusul dan Pembagian Tugas

No	Nama / NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (jam/minggu)	Uraian Tugas
1	Dr. Herini Siti Aisyah, SH, MH	Fak Hukum Unair	Hukum Administrasi	25	<ul style="list-style-type: none"> a) Melakukan Koordinasi Semua Kegiatan Penelitian dari Awal hingga Akhir b) Mencari bahan-bahan Hukum terkait dengan Fungsi dan Tugas Kesehatan c) Mengkoordinir Penelitian Lapangan d) Melakukan analisis dari sudut pandang Hukum administrasi Mengkoordinir kegiatan FGD e) Membuat Laporan dan Artikel
2	Prof. Dr. Nur Basuki, SH, MH	Fak Hukum Unair	Hukum Pidana	20	<ul style="list-style-type: none"> a) Membantu ketua dalam semua kegiatan penelitian b) Membantu ketua dalam memperoleh data lapangan c) Melakukan analisis dari Sisi Kebijakan Publik d) Lokakarya e) Membantu ketua dalam membuat laporan dan artikel <p>Membantu Ketua dalam hal administrasi penelitian</p>
3	Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN	Fak Hukum Unair	Hukum Administrasi	20	<ul style="list-style-type: none"> a) Membantu Ketua Dalam Memperoleh Data Lapangan b) Mencari bahan-bahan hukum yang terkait dengan Kebijakan Pelayanan Prima. c) Melakukan analisis dari sisi Peraturan perundangan yang terkait dengan Pelayanan Prima Di Bidang kesehatan d) Memperoleh dan menganalisis data yang terkait dengan Manajemen Pelayanan di Kesehatan e) Membantu Ketua Dalam Membuat Laporan Penelitian dan Artikel

Lampiran 5. Biodata ketua dan anggota tim pengusul (Lampiran E).

CURRICULUM VITAE**Ketua****A. Identitas Diri**

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH (P)
2	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
3	Jabatan Struktural	-
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 - 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

B. 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	Perlindungan Hukum Terhadap Hak-Hak Anak	Prinsip-prinsip hukum Tentang

	Yuridis Tata Usaha Negara	Dalam Peradilan Pidana Anak	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	<i>Volume 17, Issue 4 (Nov. - Dec. 2013), PP 46-50 e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845.</i>	<i>IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)</i>
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 Pelaksnaan 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				

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 4 Mei 2017

Ketua Pengusul



Dr. Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH

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

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Prof. Dr. Nur Basuki, SH, MH L/P
2	Jabatan Fungsional	Guru Besar
3	Jabatan Struktural	Kepala Lab. Hukum Pidana
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	196310131989031002
5	NIDN	0013106306
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Pati 13 Oktober 1963
7	Alamat Rumah	Jl. Panduko II/F-38
8	Nomor Telepon/Faks/HP	0315320654/ 0816519058
9	Alamat kantor	Jl. Darmawangsa Dalam Selatan Surabaya
10	Nomor Telepon/Faks	031.5023151/ 502454/
11	Alamat e-mail	Nur_basuki_minarno@yahoo.com
12	Lulusan yang Telah di Hasilkan	S-1= >500 Orang; S-2= >200 Orang; S-3= >30 Orang
13	Mata Kuliah Yang Diampu	1 Hukum Pidana Korupsi
		2 Hukum Acara Pidana
		3 Argumentasi Hukum
		4 PLKH

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	unair	undip	unair
Bidang Ilmu	hukum	hukum	hukum
Tahun Masuk-Lulus	1987	1994	2006
Judul Skripsi/Thesis/Disertasi	Pembuktian Terbalik Dalam Tindak Pidana Korupsi	Kebijakan Legislasi Ketentuan Hukum Pidana Dalam UU	Penyalahgunaan wewenang Dalam Pengelolaan Keuangan Daerah Yang Berimplikasi Tindak Pidana Korupsi,
Nama Pembimbing/Promotor	Richard Wahyudi, SH, MS	Prof Dr Muladi, SH	Prof Dr. Philipus M Hadjon SH

C. Pengalaman Penelitian Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2015-2016	Rancangan Model Implementasi Pencegahan Tindak Pidana Korupsi Dalam Pelayanan Kesehatan Di Era Otonomi Daerah (anggota)	Penelitian Unggulan PT DIKTI	130
2	2013-2014	Rancangan model kebijakan pemerintah daerah dalam pengawasan keuangan Negara Untuk mewujudkan <i>Good Governance</i>	Penelitian Unggulan PT DIKTI	100
3	2010 Sebagai Anggota	Sistem Pembinaan dan Pengawasan Pengelolaan Keuangan Daerah	Stranas TH I	75
4	2011 Sebagai Anggota	Sistem Pembinaan dan Pengawasan Pengelolaan Keuangan Daerah	Stranas TH II	75

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1				

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	Perbuatan Melawan Hukum Dalam Pengelolaan Tanah Kas Desa Yang Berimplikasi Tindak Pidana Korupsi,	Vol 9, No.1, 2009.	Perspektif Hukum
3	Penerapan Strict Liability dan Vicarious Liability Dalam Pertanggungjawaban Pidana Korporasi,	Vol.9, No.1, 2009.	Perspektif Hukum
4	Kerugian Negara Yang Disebabkan Perbuatan Melawan Hukum,	Vol.6, No.1, 2008.	Dialektika
5	Pembuktian Unsur Melawan Hukum Dalam Tindak Pidana Korupsi,	Edisi XII, Nomor 1, Januari 2007.	Perspektif Keadilan
7	Putusan Pengadilan Tentang Melawan Hukum Dalam Tindak Pidana Korupsi,	Edisi XII, Nomor 3 , September 2007.	Perspektif Keadilan
8	Pembuktian Penyalahgunaan Wewenang Dalam Tindak Pidana Korupsi,	Edisi XII, Nomor 1, Januari 2007	Perspektif Keadilan
9	Putusan Pengadilan Tentang Penyalahgunaan Wewenang Dalam Tindak Pidana Korupsi,	Edisi XII Nomor 2, Mei 2007	Perspektif Keadilan

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	Lokarya,	Penyalahgunaan Wewenang Dalam Tindak Pidana Korupsi	Kerjasama antara Fakultas Hukum Unair dengan Utrech University, 2009
2	Seminar Nasional,	Tindak Pidana Korupsi Dalam Penyelenggaraan Olah Raga	KONI Jawa Timur, Hotel Elmi, Surabaya, tanggal 24 Oktober 2009.
3	Lokakarya,	Kerugian Negara Dalam pengelolaan Keuangan Negara	Departemen Keuangan RI Direktorat Jenderal Perbendaharaan, 2008
4	Lokakarya,	Perlindungan Hukum Bagi Anggota DPRD Dalam Penggunaan APBD	Institut Pemerintahan Dalam Negeri (IPDN), Hotel Tunjungan Surabaya, tanggal 2 Juni 2007
5	Seminar Nasional,	Hambatan Penanganan Perkara Korupsi Terhadap Pejabat Penyelenggara Negara	2007

G. Pengalaman Penulisan Buku Dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Penyalahgunaan Wewenang dan Tindak Pidana Korupsi Dalam Pengelolaan Keuangan Daerah,	2008.	245	Laksbang Mediatama Yogyakarta,
2				

H. Pengalaman Perolchan HKI Dalam 5 – 10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema IIKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1				
2				

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			

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, 8 Juni 2017

Anggota Pengusul,



PROF. DR. NUR BASUKI MINARNO, SH., Mhum

CURRICULUM VITAE**Anggota****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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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 tahun 2003 Dari sudut Politik Ketenagakerjaan	Kajian Pasal-pasal krusial dalam UU No. 13 tahun 2003	9 November 2011 di Jakarta
2	Seminar nasional	Arah perubahan UU No. 39 tahun	8 Oktober 2011

	Perubahan Atas UU No. 39 tahun 2004 tentang TKI	2004 tentang Penempatan dan Perlindungan TKI di Luar Negeri	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

Lampiran 5. Surat pernyataan ketua peneliti dan Anggota .

- Lampiran 5. 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: lpi.unair.ac.id dan Email: adm@lpi.unair.ac.id

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dr Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH
NIDN : 0025126902
Fakultas : Hukum
Pangkat / Golongan : Pembina /IVa
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala

Dengan ini menyatakan bahwa proposal penelitian saya dengan judul:

RANCANGAN MODEL PENINGKATAN PELAYANAN PRIMA DI BIDANG KESEHATAN DI ERA OTONOMI DAERAH

Yang diusulkan dalam skema Penelitian (sebutkan skim) untuk tahun anggaran 2018 bersifat orisinal dan belum pernah dibiayai oleh lembaga dan/ atau 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 sebenar – benarnya.

Surabaya, 30 Mei 2017

Mengetahui,
Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi

Prof. Drs. Hery Purnobasuki, M.Si., Ph.D.
NIP. 196705071991021001

Yang Menyalakan,

(Dr Rr. Herini Siti Aisyah, SH, MH)
NIP. 196912251995122001



UNIVERSITAS AIRLANGGA
LEMBAGA PENELITIAN DAN INOVASI

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5923584, 5995246-48, Fax. (031) 5923584, 5962066
Website: lpi.unair.ac.id dan Email: adm@lpi.unair.ac.id

SURAT PERNYATAAN ANGGOTA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini:


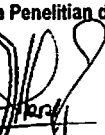
Nama : Prof. Dr. NUR BASUKI MINARNO, SH., M. HumS
NIDN : 0013106306
Fakultas : Hukum
Pangkat/Golongan : Pembina Utama /IVd
Jabatan Fungsional : Guru Besar

Dengan ini menyatakan kesediaan untuk ikut serta sebagai anggota peneliti/ anggota pelaksana dan meluangkan waktu 40 jam/ bulan dalam kegiatan penelitian yang berjudul:
RANCANGAN MODEL PENINGKATAN PELAYANAN PRIMA DI BIDANG KESEHATAN DI ERA OTONOMI DAERAH

Apabila saya ternyata di kemudian hari tidak memenuhi kesediaan yang telah disebutkan di atas, maka saya bersedia diberhentikan keikutsertaannya dari kegiatan tersebut.
Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar - benarnya.

Surabaya, 29...Mei 2017

Mengetahui,
Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi



Prof. Dr. Hery Purnobasuki, M.Si., Ph.D
NIP. 496705071991021001

Yang Menvatakan,
NISTERAI
FEMPEL
086881EF28767706



(Prof. Dr. NUR BASUKI, M. SH., M. Hum.)
NIP. 196310131989031002



UNIVERSITAS AIRLANGGA
LEMBAGA PENELITIAN DAN INOVASI

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5923584, 5995246-48, Fax. (031) 5923584, 5962066
Website: lpi.unair.ac.id dan Email: adm@lpi.unair.ac.id

SURAT PERNYATAAN ANGGOTA PENELITI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

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



Dengan ini menyatakan kesediaan untuk ikut serta sebagai anggota peneliti/ anggota pelaksana dan meluangkan waktu 40 jam/ bulan dalam kegiatan penelitian yang berjudul:
RANCANGAN MODEL PENINGKATAN PELAYANAN PRIMA DI BIDANG KESEHATAN DI ERA OTONOMI DAERAH

Apabila saya ternyata di kemudian hari tidak memenuhi kesediaan yang telah disebutkan di atas, maka saya bersedia diberhentikan keikutsertaannya dari kegiatan tersebut.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar – benarnya.

Surabaya, 29...Mei 2017

Mengetahui,
Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi



Prof. Drs. Hery Purnobasuki, M.Si., Ph.D
NIP. 196705071991021001

Yang Menyatakan,



(Dr. M. Hadi Shubhan, SH, MH, CN)

NIP: 19730406 200312 1 002

