

***COPING BEHAVIORS OLEH STREET-LEVEL BUREAUCRATS
DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI KOTA MAKASSAR***

***COPING BEHAVIOURS BY STREET-LEVEL BUREAUCRATS
IN PUBLIC HEALTH SERVICE IN MAKASSAR CITY***

ABDUL MAHSYAR



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

***COPING BEHAVIORS* OLEH *STREET-LEVEL BUREAUCRATS*
DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI KOTA MAKASSAR**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor

**Program Studi
Ilmu Administrasi Publik**

Disusun dan diajukan Oleh:

ABDUL MAHSYAR

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

DISERTASI

**COPING BEHAVIOR OLEH STREET-LEVEL BUREAUCRATS
DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

ABDUL MAHSYAR

Nomor Pokok P0900308011

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal **28 Agustus 2013**
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Tim Promotor,



Prof. Dr. H. Rakhmat, MS.
Promotor



Prof. Dr. H. Sulaiman Asang, MS.
Kopromotor



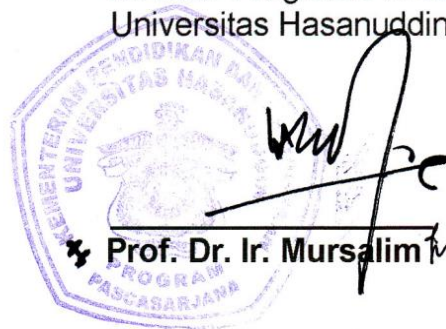
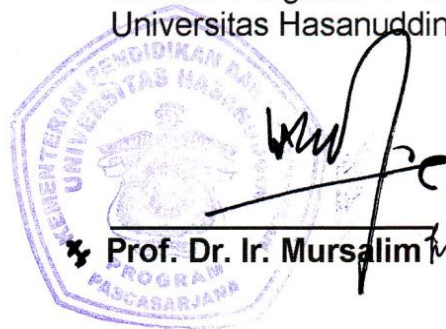
Dr. Hj. Hasniati, S.Sos., M.Si.
Kopromotor

Ketua Program Studi
Ilmu Administrasi Publik,



Prof. Dr. Suratman, M.Si.

Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin,



Prof. Dr. Ir. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Abdul Mahsyar
Nomor Pokok : P0900308011
Program Studi : Ilmu Administrasi Publik

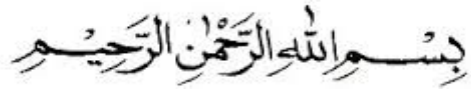
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 28 Agustus 2013

Yang menyatakan,

Abdul Mahsyar

PRAKATA



Segala usaha yang dilakukan oleh setiap insan manusia tidak akan berarti apa-apa jika motivasinya diluar untuk berbuat kebajikan bagi sesama yang diridhoi oleh Allah Subhanahuwata'ala. Usaha yang tidak mengenal lelah yang dilakukan oleh penulis dalam menyelesaikan karya tulis berupa disertasi ini tidak lain termotivasi oleh janji Allah Subhanahuwata'ala sebagaimana firman-Nya, bahwa *"Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat"* (Q.s. Al-Mujadalah : 11). Alhamdulillah Rabbil Alamin, segala puji bagi Allah yang maha kuasa dan Maha mengetahui, atas segala thaufik dan hidayah-Nya sehingga usaha penyelesaian disertasi ini dapat terwujud.

Pengkajian terhadap elemen-elemen Ilmu administrasi publik sudah banyak dilakukan oleh para ahli yang dapat disaksikan pada tersedianya berbagai teori tentang administrasi publik yang sudah tersaji dihadapan kita. Kekayaan teori-teori dalam administrasi publik tersebut, sehingga penulis sebagai salah satu bagian kecil dari penggiat dari ilmu ini tertarik untuk mengkaji sekeping bagian teori dari ilmu administrasi publik khususnya yang berkaitan dengan perilaku organisasi atau tepatnya perilaku manusia dalam memberikan pelayanan dalam organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Perkembangan studi ilmu administrasi publik yang dapat ditelusuri dalam paradigmanya yang telah menetapkan lokus dan fokus kajiannya, sebagaimana diketahui lokus menunjukkan keberadaan ilmu dan fokus menunjukkan kajian dari ilmu tersebut. Lokus Ilmu administrasi publik adalah *public interest* (kepentingan publik) dan *public affair* (urusan publik) sedangkan fokus administrasi publik adalah mengkaji teori-teori organisasi dan manajemen khususnya yang diterapkan dalam lembaga-lembaga publik.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan merupakan salah satu fokus kajian dalam manajemen publik. Dimana kebijakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan ini merupakan salah satu wujud daripada kepentingan publik dan merupakan urusan publik. Tidak semua warga negara mampu melayani dirinya atau memilih jenis pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Oleh sebab itu untuk jenis layanan publik pada bidang kesehatan warga masyarakat masih banyak menggantungkan harapannya kepada pemerintah. Melihat situasi seperti itu, tidak sedikit politisi dan pejabat publik yang memanfaatkan peluang-peluang ini dengan menjanjikan pelayanan kesehatan yang “gratis” untuk meraih simpati rakyat dalam rangka merebut dan mempertahankan jabatannya (politik/birokrasi).

Penelitian ini memfokuskan pada salah satu bentuk perilaku yang sering muncul atau dilakukan oleh para birokrat khususnya pada tataran *street-level bureaucrats*, bentuk perilaku yang sering muncul tersebut adalah *coping behaviors*. Lipsky menyebut bahwa *coping behaviors* ini merupakan cara yang dilakukan oleh birokrat untuk mengendalikan, mengatasi,

menyelesaikan, mengalihkan masalah atau mengkondisikan sesuatu keadaan organisasi supaya tujuan organisasi tercapai. Lipsky mengatakan bahwa posisi *street-level bureaucrats* sebagai ujung tombak dari pada rangkaian kebijakan pemerintah. *Street-level Bureaucrats* ini setiap saat bersinggungan atau bersentuhan langsung dengan warga masyarakat yang notabene menjadi penerima dari setiap kebijakan publik yang dilahirkan oleh para elit politik maupun birokrasi. Dalam penelitian ini berupaya mengidentifikasi bentuk-bentuk *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* dan respon warga masyarakat yang menerima pelayanan terhadap *coping behaviors* aparat pelaksana layanan kesehatan pada Puskesmas di Kota Makassar.

Selesainya penulisan disertasi ini merupakan kesyukuran bagi penulis, namun disadari sepenuhnya bahwa mustahil karya tulis ini berwujud seperti sekarang jika tidak mendapatkan arahan, bimbingan, “teguran halus” yang selalu mengingatkan, dan tempaan dari Tim Promotor masing-masing Bapak Prof. Dr. H. Rakhmat, M.S. (Promotor), Bapak Prof. Dr. H. Sulaiman Asang, M.S. (Kopromotor), beserta Ibu Dr. Hj. Hasniati, S.Sos., M.Si. (Kopromotor), atas segala perhatiannya, dan kerelaannya meluangkan waktu dalam membimbing dan berdiskusi dengan penulis dihaturkan banyak terima kasih, semoga Allah SWT melimpahkan pahala atas segala kebaikannya.

Kesempatan yang baik ini, penulis menyampaikan terima kasih tak terhingga kepada seluruh pengajar Program Doktor Administrasi Publik Program Pascasarjana Fisip Universitas Hasanuddin, kepada para

Mahaguru dan Mahaterpelajar, masing-masing Bapak Prof. Dr. H. Mappa Nasrun, M.A., Bapak Prof. Dr. A.R. Paembonan, M.S., Bapak Prof. Dr. H. Rakhmat, M.S., Bapak Prof. Dr. H. Sulaiman Asang, M.S., Bapak Prof. Dr. Sangkala, M.Si., Bapak Prof. Dr. Suratman, M.Si., Bapak Prof. Deddy T. Tikson, Ph.D., Bapak Dr. Alwi, M.Si., dan Bapak Dr. Muhammad Rusdi, M.Si. atas segala transferan ilmu yang diberikan selama proses studi, tidak hanya itu para mahaguru dan mahaterpelajar telah memberikan pencerahan dan keteladanan akademik.

Kepada segenap Tim Penguji disampaikan banyak terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya masing-masing Bapak Prof. Dr. Haselman, M.Si., Dr. Muhammad Rusdi, M.Si., Dr. Suryadi Lambali, M.Si., sebagai penguji internal, dan Dr. H. Muttaqin, MBA. sebagai penguji eksternal yang telah meluangkan waktu untuk mengoreksi, memberi kritik dan saran, arahan dan masukan yang sangat berharga sehingga disertasi ini bisa tampil layak sebagai karya ilmiah.

Ucapan terimakasih dan penghargaan yang sama disampaikan kepada segenap pimpinan Universitas Hasanuddin, Rektor (Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi, Sp.B., Sp.BO), Direktur Program Pascasarjana (Prof. Dr. Ir. Mursalim), Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (Prof. Dr. H. Hamka Naping, M.A.), dan Ketua Program Doktor Ilmu Administrasi Publik (Prof. Dr. Suratman, M.Si.), yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan pada level tertinggi (doktoral). Dan terimakasih pula disampaikan kepada segenap staf tata usaha pascasarjana Unhas atas

segala bantuan, pelayanan yang menyenangkan dan fasilitas yang diberikan dalam berbagai kesempatan selama penulis menempuh studi.

Kepada segenap informan penelitian yang tidak sempat disebutkan satu persatu disampaikan banyak terima kasih atas segala informasi yang telah diberikan, dan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar beserta staf, dan Kepala UPTD Puskesmas se Kota Makassar atas izin pelaksanaan penelitian dan kesediaan memberikan informasi dan data sekunder yang dibutuhkan. Begitu pula dengan para staf Puskesmas para dokter, tenaga paramedis, dan staf administrasi yang banyak memberikan bantuan data dan informasi selama penelitian.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Koordinator Kopertis Wilayah IX atas izin untuk melanjutkan studi pada jenjang doktoral, dan rekomendasi untuk memperoleh Beasiswa BPP-DN Program Doktor dari Ditjen Dikti Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. dan kepada segenap pimpinan Universitas Muhammadiyah Makassar, Rektor Dr. H. Irwan Akib, M.Pd. atas perkenan izin untuk melanjutkan studi, Direktur Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Makassar (Prof. Dr. H. M. Ide Said D.M., M.Pd.) yang selama ini sebagai pimpinan yang banyak memberikan pengertian, kerjasama, dan motivasi, Dekan FISIP Universitas Muhammadiyah Makassar (Dr. H. Muhlis Madani, M.Si.) sebagai pimpinan fakultas dan lebih dari itu sebagai sahabat, saudara/kakak, dan partner kerja menyenangkan dan mengayomi atas segala dukungan, motivasi serta perhatian kepada penulis untuk menyelesaikan studi, Ketua Jurusan Ilmu

Administrasi Negara, Burhanuddin, S.Sos., M.Si. atas segala pengertiannya jika saya melalaikan tugas mengajar dalam masa studi, dan kepada segenap rekan sejawat pada Fisip dan Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Makassar atas kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih. Dan tidak terlupakan rekan kerja (staf) pada Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Makassar, Drs. M.Yasin Tawakal (KTU), Aslan, Ida, Pipit dan Ahmad yang selalu menuntaskan pekerjaan sehingga tugas-tugas saya selaku ketua program Magister Administrasi Publik tetap dapat terlaksana dengan baik dan lancar selama saya menempuh studi. Semoga Allah Swt melimpahkan pahala atas segala kebaikannya.

Terkhusus kepada sahabat/saudara mahasiswa program doktor ilmu administrasi publik Universitas Hasanuddin angkatan 2008 masing-masing Subhan, La Mansur, A. Fahsar (Pak Bupati), Awat, Sulaeman, Alam, Ajis, Samson, Syofyan, Ibrahim, Syamsudduha, Maimuna, Fitriani, dan Arfan yang merupakan rekan seperjuangan dalam suka dan duka dalam mengarungi samudra ilmu dan serangkaian proses perkuliahan, diskusi-diskusi, debat, strategi-strategi untuk lolos dalam lubang jarum ujian mata kuliah sungguh sangat luar biasa, pertemanan yang tulus yang tidak mengenal sekat-sekat strata sosial maupun jabatan sungguh mengagumkan, dan kalian adalah sahabat terbaik.

Segenap keluarga penulis terutama kepada kedua orang tua (Ayahanda Abdul Madjid dan Ibunda Hj. St. Aisyah) dan juga kedua orang-tua/mertua (Alm. H. Sulaiman Ismail, dan Hj. Nurhayati) dan semua saudara

kandung dan saudara Ipar yang senantiasa mendoakan dan memompa semangat penulis untuk menyelesaikan studi. Teristimewa istri saya yang terkasih Ir. Asniati, atas segala cinta, perhatian, pengorbanan yang tulus dan upaya memotivasi penulis yang tidak mengenal lelah, serta kepada putri-putra kami (Sheila Shafira, Sheren Shalsabila, Shafin Shaki Sharfaras) dimana dalam rentang waktu yang cukup panjang sebagian waktunya bersama-sama telah tersita dan perhatian yang mungkin kurang oleh kesibukan orang tuanya dalam studi dan terutama saat-saat penyusunan disertasi ini. Iringan doa dan semangat yang selalu diberikan menjadi suplemen penguat dalam berjuang untuk menyelesaikan tugas akademik yang sangat berat ini. Dan kepadanya disertasi ini didedikasikan sebagai bagian kecil dari keteladanan menuju kemuliaan kehidupan dunia dan diakhirat kelak.

Kendati segala kemampuan terbaik penulis telah dikerahkan untuk lebih cermat dalam mengkaji, menganalisis, dan memaparkan temuan-temuan hasil penelitian ini ternyata masih juga ditemukan kekurangan dan ketidaksempurnaan, namun disadari sepenuhnya bahwa dalam berilmu pengetahuan tidak ada kesempurnaan yang dapat didapatkan sehingga masih terbuka ruang-ruang yang luas untuk mengembangkan ilmu pengetahuan ini. Ketidaksempurnaan tulisan ini lebih disebabkan oleh banyak faktor terutama masih minimnya pengetahuan penulis terhadap kayanya konsep dan teori-teori administrasi publik, selain dari pada itu hal ini merupakan konsekuensi daripada fenomena sosial dalam administrasi publik

yang senantiasa dinamis terutama dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Olehnya itu segala kekurangan penulis dalam penulisan disertasi ini sangat diharapkan dapat diminimalkan dengan adanya kritikan dan saran yang konstruktif sehingga tulisan ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Terakhir kepada seluruh pihak yang tidak sempat disebutkan namanya satu persatu, saya menghaturkan banyak terima kasih atas segala perhatian dan bantuannya serta do'a dalam mendukung saya selama studi dan proses penyusunan disertasi. Dan permohonan maaf sebesar-besarnya jika ada kesalahan saya yang terjadi tanpa disadari selama dalam proses studi. Semoga Allah Subhanahuwata'ala mencatatnya sebagai amal ibadah kepada bapak, ibu, saudara, kerabat semuanya. Amien.....

Bangkala Village Makassar, 28 Agustus 2013

Penulis

Abdul Mahsyar

ABSTRAK

ABDUL MAHSYAR. *Coping Behaviors* oleh *Street-Level Bureaucrats* dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kota Makassar (dibimbing oleh Rakhmat, Sulaiman Asang, dan Hasniati).

Penelitian ini bertujuan menjelaskan secara deskriptif bentuk *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* ketika berinteraksi dengan warga masyarakat pada saat penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas dalam wilayah Kota Makassar dan respon warga masyarakat terhadap *coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas pelayanan pada tataran *street-level bureaucrats*.

Penelitian ini dilaksanakan dengan lokus pada enam Puskesmas di Kota Makassar dengan memerhatikan perbedaan karakteristik organisasi dan lingkungan tempat pelayanan dilaksanakan. Unit analisisnya adalah aparat pelaksana pelayanan pada Puskesmas. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode naturalistik. Sumber data diperoleh dari informan yang terdiri atas petugas pelayanan kesehatan, warga masyarakat, dan pimpinan instansi terkait. Data penelitian diperoleh melalui wawancara, observasi langsung dan partisipatif, dan data sekunder diperoleh dari dokumen yang ada pada instansi Dinas Kesehatan Kota Makassar, dan Puskesmas, dan Kantor Walikota Makassar. Analisis data melalui tahapan reduksi data, penyajian data, pengambilan kesimpulan, dan verifikasi data.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat keragaman bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* pada saat memberikan pelayanan yang dikelompokkan pada dua model perilaku, yakni perilaku mendistribusikan atau menjatah layanan, dan perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan. Respon warga terhadap *coping behaviors* cukup beragam dan tidak ada respon yang sangat ekstrim seperti menolak atau menerima secara mutlak, tetapi sifatnya kondisional. Hasil penelitian menegaskan bahwa konsep Lipsky tentang perilaku *street-level bureaucrats*, terutama *coping behaviors* yang ditampilkan dalam menyikapi pekerjaannya dapat berbeda pada situasi dan kondisi dengan tempat lainnya, hal ini sangat bergantung pada lingkungan di mana kalangan birokrat itu bekerja.

Kata kunci: perilaku, *coping behaviors*, *street-level bureaucrats*



ABSTRACT

ABDUL MAHSYAR. *Coping Behaviours by Street-Level Bureaucrats in Public Health Service in Makassar City (supervised by Rakhmat, Sulaiman Asang and Hasniati).*

The research aimed to elaborate descriptively the forms of the coping behaviours by the street-level bureaucrats when interacting with the community members at the moment of the health service implementation in Public Health Centres (PHC's) in Makassar City area, and to explain the community members responses on the coping behaviours carried out by the service officials on the street-level bureaucrats.

The research was conducted in six PHC's in Makassar City by considering the characteristic differences of organization and environment where the services were carried out. Analysis units in the research were the coping behaviours by street-level bureaucrats. The research used the qualitative approach and naturalistic method. Data were obtained from the informants who comprised the health service officials, community members, management of the related instances. The data were collected through an interview, direct and participative observation. The secondary data were obtained from the existing documents in the Health Office, PHC's, and the Office of Makassar Mayor. The data were analysed through the stages of data reduction, data presentation, conclusion taking, and data verification.

The research result indicates that there are various forms of the coping behaviours carried out by the street-level bureaucrats when they give the services which can be grouped into two behaviours models i.e. the behaviours of distributing or rationing the services, and modifying the concept concerning the occupation. The community members responses on the *coping behaviours* are sufficiently various and there is no very extreme response such as refusing or accepting absolutely, but conditional. The research result clarifies that Lipsky's concept concerning the behaviour of the street-level bureaucrats primarily the coping behaviours presented in treating their occupation can be different in the situation and condition with the other places. This is very dependent on the environment where the bureaucrats work.

Key-words: Behaviour, coping behaviours, street-level bureaucrats.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGANTAR.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	xiii
<i>ABSTRACT</i>	xiv
DAFTAR ISI.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR ISTILAH, SINGKATAN DAN AKRONIM.....	xxii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Fokus Permasalahan.....	10
C. Tujuan Penelitian.....	11
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Teori Perilaku dan Birokrasi.....	13
1. Konsep dan Teori Perilaku	13
2. Dimensi-dimensi Pembentuk Perilaku individu dalam Organisasi	19
3. Teori Birokrasi	32
4. Perilaku Birokrat dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik	41
B. Teori <i>Street-Level Bureaucracy</i> dan <i>Coping Behaviors</i>	57
1. Konsep dan Pengertian <i>Coping Behaviors</i>	57
2. Teori Michael Lipsky tentang <i>Street-Level Bureaucracy</i>	60
3. <i>Coping Behaviors</i> oleh <i>Street-Level Bureaucrats</i>	67

C.	Dimensi Pelayanan Publik dalam Perspektif Administrasi Publik.....	72
1.	Teori Pelayanan Publik.....	72
2.	Perspektif Administrasi Publik dalam Pelayanan Publik	90
3.	Konsep Etika dan Etika dalam Pelayanan Publik	109
4.	Teori Kualitas dan Kualitas Pelayanan Publik.....	122
D.	Lembaga Pelayanan Kesehatan	142
1.	Tinjauan Beberapa Model Pelayanan Kesehatan	142
2.	Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	145
E.	Hasil Penelitian Terdahulu	152
F.	Kerangka Pemikiran	159
BAB III	METODE PENELITIAN.....	163
A.	Pendekatan dan Jenis Penelitian.....	163
B.	Deskripsi Fokus Penelitian.....	166
C.	Lokasi Tempat Penelitian, Waktu dan Fokus Studi dan Unit Analisis.....	168
D.	Data yang Diperlukan	175
E.	Sumber Data dan cara Menentukan Informan	176
F.	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	180
G.	Rancangan dan Analisis Data.....	182
BAB IV	DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN	186
A.	Karakteristik Wilayah Kota Makassar.....	186
1.	Keadaan Geografis dan Pemerintahan.....	186
2.	Keadaan Wilayah dan Penduduk	188
B.	Profil Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat	192
1.	Sejarah dan Perkembangan Puskesmas.....	192
2.	Struktur Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas	195
3.	Fungsi dan Tugas Pokok Puskesmas.....	201
4.	Kedudukan dan Jaringan Pelayanan Puskesmas.....	209

5. Asas Penyelenggaraan Puskesmas	212
6. Pembiayaan Puskesmas	219
C. Profil Pelaksanaan Pelayanan Puskesmas di Kota Makassar	223
1. Organisasi Puskesmas di Kota Makassar.....	223
2. Keadaan Puskesmas dan Penyebarannya di Kota Makassar.....	225
3. Cakupan dan Jenis Pelayanan Puskesmas	229
4. Ketenagaan Puskesmas di Kota Makassar	244
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	259
A. Bentuk <i>Coping Behaviors</i> oleh <i>Street-Level Bureaucrats</i> dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas ..	259
1. Mendistribusikan atau Menjatah Layanan (<i>Rationing Service</i>).....	264
a. Perilaku Membatasi Layanan	267
b. Perilaku Menjatah Layanan.....	272
c. Perilaku Memberi Perlakuan Khusus	277
d. Perilaku Mengabaikan.....	280
e. Perilaku Memberi Prioritas	289
2. Memodifikasi Konsep tentang Pekerjaan.....	294
a. Perilaku Memodifikasi Pekerjaan Sesuai dengan Kemampuan.....	294
b. Perilaku Pemanfaatan Sumber Daya Manusia secara Maksimal	302
c. Perilaku Mengurangi atau Tidak Melaksanakan Beberapa Program.....	305
d. Perilaku Menyederhanakan Kegiatan.....	308
e. Perilaku Memaksakan Kepatuhan Pelanggan (Biaya Psikologis)	310
B. Respon Warga Pengguna Layanan Puskesmas terhadap <i>Coping Behaviors</i> oleh <i>Street-Level Bureaucrats</i>	314

1. Mendistribusikan atau Menjajah Layanan.....	315
a. Perilaku Membatasi Layanan	315
b. Perilaku Menjajah Layanan	318
c. Perilaku Memberi Perlakuan Khusus.....	321
d. Perilaku Mengabaikan.....	323
e. Perilaku Memberi Prioritas	325
2. Memodifikasi Konsep tentang Pekerjaan.....	327
a. Perilaku Memodifikasi Pekerjaan Sesuai dengan Kemampuan.....	328
b. Perilaku Pemanfaatan Sumber Daya Manusia secara Maksimal	330
c. Perilaku Mengurangi atau Tidak Melaksanakan Beberapa Program.....	332
d. Perilaku Menyederhanakan Kegiatan.....	335
e. Perilaku Memaksakan Kepatuhan Pelanggan (Biaya Psikologis).....	337
C. Pembahasan	342
1. Bentuk <i>Coping Behaviors</i> oleh <i>Street-Level Bureaucrats</i> dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas.....	343
2. Respon Warga Pengguna Layanan Puskesmas terhadap <i>Coping Behaviors</i> oleh <i>Street-Level Bureaucrats</i>	365
D. Proposisi Penelitian	379
BAB VI PENUTUP.....	381
A. Simpulan	381
B. Saran.....	383
DAFTAR PUSTAKA.....	386
RIWAYAT HIDUP	396
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	400

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbedaan asas pelayanan publik dengan pelayanan swasta	83
Tabel 2.2	Perbandingan <i>perspektif old public administration, new public management</i> dan <i>new public service</i>	93
Tabel 2.3	Penelitian terdahulu tentang bentuk-bentuk perilaku <i>street-level bureaucracy</i> dalam pelayanan publik.....	157
Tabel 3.1	Nama puskesmas dan kriteria penetapan sumber data	170
Tabel 4.1	Jumlah kelurahan dan luas wilayah menurut kecamatan di Kota Makassar	187
Tabel 4.2	Persentase luas wilayah kecamatan dan jumlah penduduk di Kota Makassar	189
Tabel 4.3	Jumlah rumah tangga dan rata-rata anggota rumah tangga menurut kecamatan di Kota Makassar (Data Tahun 2010) ..	191
Tabel 4.4	Hubungan dan tata kerja Puskesmas dengan unit kerja lain dan <i>stakeholders</i> yang terkait.....	197
Tabel 4.5	Jumlah Puskesmas dan penyebarannya menurut kecamatan di Kota Makassar	226
Tabel 4.6	Keadaan sarana dan jaringan pelayanan Puskesmas di Kota Makassar (Data Tahun 2009).....	231
Tabel 4.7	Keadaan Puskesmas dan cakupan pelayanannya menurut lokasi kecamatan dan jumlah kelurahan di Kota Makassar ..	232
Tabel 4.8	Data kunjungan warga ke Puskesmas di Kota Makassar	240
Tabel 4.9	Keadaan pegawai Puskesmas di Kota Makassar menurut pangkat/golongan kepegawaian.....	246
Tabel 4.10	Keadaan pegawai Puskesmas di Kota Makassar menurut tingkat pendidikan	250
Tabel 4.11	Keadaan ketenagaan organik Puskesmas pada lokasi penelitian	256
Tabel 5.1	Respon warga terhadap <i>coping behaviors</i> pada perilaku mendistribusikan atau menjatah layanan	372
Tabel 5.2	Respon warga terhadap <i>coping behaviors</i> pada perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan	378

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Elemen-elemen dalam menjelaskan perilaku.....	20
Gambar 2.2	Variabel yang mempengaruhi perilaku dan prestasi individu	21
Gambar 2.3	Karakteristik perilaku individu dalam organisasi.....	23
Gambar 2.4	Model perilaku birokrasi	44
Gambar 2.5	Segi tiga pelayanan publik	139
Gambar 2.6	Model kerangka pikir penelitian.....	162
Gambar 3.1	Alur proses tahapan penelitian menurut pendekatan kualitatif	185
Gambar 4.1	Bagan organisasi UPTD Puskesmas	225

DAFTAR LAMPIRAN

1	Daftar Nama Informan	401
2	Foto Dokumentasi Penelitian.....	404
3	Perizinan Penelitian.....	415

DAFTAR ISTILAH, SINGKATAN DAN AKRONIM

ASKES, Asuransi Kesehatan adalah jenis pembiayaan dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh badan usaha milik negara yang mengelola pembiayaan kesehatan warga masyarakat.

Behaviors, perilaku yang ditampilkan oleh birokrat.

Birokrat, adalah pegawai atau aparat pemerintah yang bertugas memberikan pelayanan kepada publik

Coping adalah istilah yang digunakan untuk menunjuk pada pengertian menanggulangi, mengatasi, menguasai situasi, atau mengalihkan keadaan.

Coping Behaviors, adalah perilaku yang ditampilkan oleh aparat pelayanan kesehatan untuk menanggulangi, mengatasi, menguasai situasi atau mengalihkan keadaan ketika petugas pelayanan diperhadapkan pada situasi keterbatasan sumber daya dalam memberikan pelayanan kepada warga masyarakat.

DPRD, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

IASMO Bebas, adalah tagline politik salah satu pasangan calon walikota Makassar pada Pilkada/Pilwalkot Kota Makassar Periode 2009-2014

Jamkesda, Jaminan Kesehatan Daerah adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin yang pendanaannya dijamin oleh daerah. Jamkesda diberikan kepada warga yang belum memperoleh Jamkesmas.

Jamkesmas, Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin.

Kadis, Kepala Dinas.

KK, Kartu Keluarga.

KTP, Kartu Tanda Penduduk.

LSM, Lembaga Swadaya Masyarakat.

NPM, singkatan dari *New Public Management* atau manajemen publik baru.

NPS, singkatan dari *New Public Service* atau pelayanan publik baru.

OPA, singkatan dari *Old Public Administration* atau administrasi publik klasik.

Pemkot, Pemerintah Kota.

Pemprov, Pemerintah Provinsi.

Perda, Peraturan Daerah.

PHC, *Public Health Services* adalah istilah dari kata bahasa Inggris untuk menunjukkan pemakaian istilah yang sama pada akronim Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat).

PKK, Program Kesejahteraan Keluarga.

PKL, Praktek Kerja Lapang adalah siswa atau mahasiswa yang magang kerja pada Puskesmas sebagai persyaratan penyelesaian studinya.

PKM, Pusat Kesehatan Masyarakat, bentuk akronim lain dari Puskesmas.

Posyandu, Pos Pelayanan Terpadu adalah salah satu unit pelayanan pada Puskesmas yang melaksanakan kegiatan keterpaduan beberapa program biasanya ditempatkan pada kelurahan/desa atau RW untuk mendekatkan pemberian pelayanan kepada warga.

Puskesmas, Pusat Kesehatan Masyarakat adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada warga masyarakat.

PUSTU, Puskesmas Pembantu adalah unit layanan Puskesmas yang ditempatkan pada salah satu kelurahan/desa untuk mendekatkan pelayanan kepada warga masyarakat.

PUSLING, Puskesmas Keliling adalah unit pelayanan Puskesmas yang sifatnya mobile (bergerak) yang bertujuan untuk menjangkau warga masyarakat yang bermukim jauh dari Puskesmas induk.

RSUD, Rumah Sakit Umum Daerah.

SKPD, Satuan Kerja Perangkat Daerah.

SOP, Standar Operasional Prosedur.

Street-Level Bureaucracy, istilah yang digunakan untuk menunjukkan instansi pemerintah yang berinteraksi dan memberikan pelayanan langsung kepada warga masyarakat

Street-Level Bureaucrats, istilah yang digunakan untuk menunjukkan pegawai/aparat yang bekerja pada Puskesmas dan berhadapan langsung dengan warga masyarakat sebagai pelayan publik.

UGD, Unit Gawat Darurat.

UKS, Usaha Kesehatan Sekolah.

UNDP, *United Nations Development Programme* adalah salah satu lembaga pada PBB yang bergerak dalam bidang pembangunan.

UPTD, Unit Pelaksana Teknis Dinas adalah unit kerja terdepan dari satuan kerja perangkat daerah.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Perkembangan studi administrasi publik telah mengalami kemajuan yang cukup pesat, perkembangan bidang ilmu ini ditandai pada perubahan paradigma atau perspektifnya yang membuktikan bahwa bidang ilmu ini sangat dinamis. Mengenai perspektif administrasi publik tersebut, Denhard dan Denhard (2003:28-29) telah menjelaskan paradigma administrasi publik atas tiga perspektif yakni perspektif *old public administration*, *new public management*, dan *new public services*.

Pelayanan publik merupakan salah satu bidang kajian utama dalam administrasi publik, fokus kajian ini menjadi penting sebab terlihat pada setiap perubahan paradigma administrasi publik dalam teori-teori yang ada selalu fokus studinya diarahkan pada aspek pelayanan. Kondisi ini tidak dapat disangkal dalam kajian administrasi publik yang menjadikan negara/pemerintah sebagai lokus studinya. Dimana indikator keberhasilan pemerintah dalam menyelenggarakan pemerintahannya dapat diukur pada kemampuan pemerintah memberikan pelayanan berkualitas kepada warga-negara dalam berbagai aspek kebutuhannya. Pelayanan publik dipandang sangat urgen dalam kajian administrasi publik karena aspek ini merupakan salah satu isu pokok dan permasalahan penting yang sering dibahas dalam agenda reformasi administrasi publik disamping aspek lainnya seperti etika administrasi publik, kinerja dan akuntabilitas publik (Mariana, et.al, 2010:9).

Pelayanan merupakan tugas pemerintah selain fungsi mengatur (Thoha, 2007:10). Sekalipun terdapat sederetan peraturan normatif dalam penyelenggaraan pelayanan publik, namun kualitas pelayanan masih berada pada tataran harapan - *das sollen* (apa yang seharusnya) belum sampai pada tingkat kenyataan - *das sein* (apa yang senyatanya). Dari keadaan tersebut tidak mengherankan pada tataran empiris menunjukkan kondisi lapangan dalam pelaksanaan pelayanan publik masih menuai berbagai keluhan, hujatan, kritikan dan kekecewaan warga masyarakat kepada birokrat penyelenggara pelayanan terutama yang dilaksanakan sendiri oleh birokrasi.

Berdasarkan pada beberapa kajian terhadap penyelenggaraan pelayanan publik di Indonesia dijumpai berbagai kelemahan dalam pelaksanaannya. Kelemahan ini teridentifikasi pada dua aspek yakni dari sisi pola penyelenggaraannya dan dari sisi sumber daya manusianya (Kumorotomo, 2001:266; Dwiyanto, 2005:21). Dari aspek penyelenggaraannya, pelayanan publik masih memiliki kelemahan antara lain: (1) kurang responsive, (2) kurang informatif, (3) kurang *accessible*, (4) kurang koordinasi, (5) birokratis, (6) kurang mau mendengar keluhan/saran/aspirasi masyarakat, dan (7) inefisiensi. Sedangkan dari sisi sumber daya manusianya kelemahan utamanya adalah berkaitan dengan profesionalisme, kompetensi, *emphaty* dan etika. Selain itu beberapa pendapat yang menilai bahwa kelemahan sumber daya manusia aparatur pemerintah dalam memberikan pelayanan disebabkan oleh sistem kompensasi yang rendah dan tidak tepat sasaran (Mahsyar, 2011:85).

Pentingnya pelayanan publik karena fungsi pemerintah ini termasuk pelayanan konstitusional, sehingga menjadi kewajiban pemerintah untuk melaksanakan. Data World Bank tahun 2004 mencantumkan klausul konstitusi pada beberapa negara di dunia menyebutkan bahwa negara harus memberikan berbagai fasilitas kepada warga negara. Dari konstitusi 165 negara di dunia ditemukan terdapat 116 yang mengatur hak warganegara untuk memperoleh pendidikan, 73 diantaranya mengatur hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan, dan 29 konstitusi yang mengatur hak warga negara untuk pelayanan kesehatan gratis (Nurmandi, 2010:34).

Dalam manajemen sektor publik, sektor kesehatan merupakan salah satu bagian yang mendapat perhatian karena termasuk salah satu pelayanan dasar bagi masyarakat, selain itu pelayanan kesehatan ini termasuk unik karena sektor kinerjanya sulit diukur secara ekonomis saja karena sangat sarat dengan aspek sosial kemasyarakatan. Oleh sebab itu pelayanan sektor kesehatan ini masih memerlukan peran pemerintah, karena status kesehatan warganegara selalu menjadi prioritas nasional dan merupakan pelayanan dasar yang esensial. World Bank sendiri masih mengkategorikan sektor ini sebagai sektor yang masih memerlukan peran pemerintah, karena sifat barang dan jasanya sebagai *social goods* (Widaningrum, 2009:356).

Kualitas pelayanan publik yang ditampilkan oleh birokrasi belum menunjukkan hasil yang menggembirakan semenjak dilaksanakannya reformasi penyelenggaraan pemerintahan. Indikasi rendahnya kualitas pelayanan tersebut dapat dilihat pada masih adanya berbagai keluhan dari

masyarakat terkait dengan pelayanan yang diperoleh dari aparat pemerintah. Hasil penelitian Dwiyanto (2005:252) pada tiga Provinsi di Indonesia termasuk Provinsi Sulawesi Selatan memperlihatkan di daerah ini sebanyak 55,3% dari 300 responden yang disurvei ternyata masih sering mengeluh terkait dengan layanan publik yang diperoleh dari aparat pemerintah.

Rendahnya kualitas pelayanan publik yang terjadi disebabkan oleh banyak faktor. Dari beberapa kajian yang ada teridentifikasi dua aspek penyebab yaitu faktor organisasi dan perilaku pegawai penyelenggara pelayanan publik. Dari segi organisasi terlihat masih terjadi kesenjangan antara kebijakan yang ideal dengan implementasinya karena tidak didukung oleh ketersediaan sumber daya baik manusia maupun sumber daya lainnya. Adanya keterbatasan tersebut biasanya aparat melakukan penyesuaian (*coping*) supaya tugas pelayanan tetap dapat terlaksana.

Terkait dengan perilaku penyesuaian (*coping behaviors*) yang dilakukan oleh *street level bureaucrats* dalam penyelenggaraan pelayanan publik, Lipsky (1980:81) telah menjelaskan dalam bukunya "*Street-Level Bureaucracy Dilemmas of the Individual in Public Services*", bahwa aparat terdepan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat seringkali menghadapi dilema. Pada satu sisi mereka diharuskan memberikan pelayanan terbaik, namun pada sisi yang lain mereka menghadapi kenyataan bahwa pelayanan tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan standar tertinggi pengambilan keputusan, karena mereka mengalami keterbatasan seperti tidak memiliki waktu yang cukup, informasi, atau keterbatasan sumber daya lainnya yang diperlukan untuk merespon dengan benar terhadap berbagai

kebutuhan pelayanan dari masyarakat. Keterbatasan sumber daya seringkali kurang diperhitungkan para pembuat kebijakan.

Penelitian yang dilakukan oleh Lipsky (1980:87) terkait dengan kelahiran teori ini dilaksanakan dengan mengambil lokus pada kebijakan-kebijakan sosial di Amerika Serikat. *Coping Behaviors* juga telah diidentifikasi dalam beberapa studi di Amerika Serikat, sebagaimana disebutkan oleh Winter (2002:4-5) terdapat beberapa hasil studi yang telah dilakukan antara lain oleh Brodtkin, Meyers, Glaser, dan Mac Donald, Meyers dan Vorsanger. Dari berbagai hasil studi yang ada terkait dengan *coping behaviors* ini, Lipsky mengatakan bahwa sikap dan perilaku *street-level bureaucrats* dipengaruhi oleh norma-norma masyarakat dimana mereka bekerja.

Coping behaviors pada dasarnya merupakan salah satu bentuk fenomena dalam pelayanan khususnya dalam pelayanan publik yang dilakukan oleh aparat. Beberapa bentuk perilaku birokrasi dalam pelaksanaan pelayanan seperti patuh dan taat pada peraturan, sangat ketat pada mekanisme dan prosedur kerja sesuai tuntutan birokrasi, namun belum berorientasi pada pelayanan masyarakat. Keadaan demikian dapat dikatakan bahwa perilaku aparat dalam pelayanan publik masih menjalankan nilai-nilai *old public administration*. Pada kondisi tersebut aparat dalam melaksanakan tugasnya lebih mengedepankan kepatuhan pada hukum, kepatuhan pada atasan sehingga cenderung proinstitusi ketimbang *pro-public interest*.

Pengkondisian pegawai yang bekerja dengan mengedepankan aturan-aturan dalam organisasi penyelenggara pelayanan publik, justru

membentuk karakter aparatur yang cenderung proseduralis dan lebih responsif terhadap organisasi ketimbang pada masyarakat yang menjadi target group layanannya. Seperti halnya dalam pelaksanaan pelayanan di Puskesmas dimana petugas pelayanan dalam melaksanakan tugasnya belum berorientasi klien, ini disebabkan karena Puskesmas diposisikan sebagai unit birokrasi ketimbang sebagai unit pelayanan (Ruby, 2011:3).

Sikap dan perilaku birokrat dalam bekerja seperti itu tidak sedikit membuat kekecewaan bagi pasien di Puskesmas, misalnya pasien dari keluarga miskin yang ditolak berobat karena tidak memiliki atau tidak membawa kartu berobat gratis khusus keluarga miskin. Berdasar pada keadaan tersebut idealnya pelayanan publik dapat diberikan tanpa terikat pada ketentuan-ketentuan yang birokratis.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada Puskesmas di Kota Makassar, secara empiris masih ditemukan, dan didengar berbagai keluhan yang disampaikan masyarakat, misalnya sikap arogansi dari petugas, mengabaikan pelanggan (menelantarkan pasien), bertindak tidak adil dan bentuk perilaku yang kurang menyenangkan lainnya.

Berbagai bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas pelayanan kesehatan dapat saja menguntungkan warga masyarakat (berefek positif) namun terdapat juga perilaku aparat yang mengecewakan warga masyarakat. Sebagai contoh dapat dilihat kasus penolakan pasien oleh petugas salah satu Puskesmas di Kota Makassar seperti ilustrasi berikut "*Gara-gara bergosip ditelepon, pegawai (seorang suster) salah satu Puskesmas di Makassar menolak pasiennya. Karena ditolak, XX (25 thn)*

*terpaksa pindah berobat ke dokter praktik. XX mendatangi puskesmas tersebut bersama istri dan membawa anaknya, XY (5 bulan) karena panas tinggi, usai magrib. Awalnya ia diminta menunggu oleh suster tersebut. Tapi berselang 15 menit kemudian XX tidak direspon sedikitpun olehnya. Ia malah sibuk menelepon sambil sesekali tertawa layaknya orang bergosip. Merasa tidak mendapat pelayanan baik, XX emosi. Si Suster juga emosi. "pergiko dari sini. Tidak berdarahji anakmu toh," kata XX menirukan ucapan suster tersebut", (Koran Tribun Timur, Kamis, 18 Nopember 2010), perilaku demikian timbul karena petugas (perawat) yang ada tidak sanggup memberikan pelayanan medis karena berbagai faktor, seperti dokter tidak ada di tempat, atau petugas tidak memiliki kemampuan memberikan tindakan medis. Perilaku yang ditunjukkan itu tidak lain bentuk *coping behavior* yakni penghindaran dan pengabaian.*

Selain keluhan terhadap antrean pelayanan, masyarakat juga mengungkapkan keluhannya terhadap keterlambatan dokter, keramahan petugas, prosedur berbelit-belit, waktu pelayanan, fasilitas toilet, dan diskriminasi pelayanan. Selain itu pasien juga kurang memperoleh informasi terkait dengan kesehatan atau penyakitnya termasuk informasi mengenai obat dari petugas yang memeriksa (Fajar online diakses pada Hari Sabtu tanggal 6 Pebruari 2011, Pukul 14.44 WITA).

Berbagai macam bentuk sikap dan perilaku aparat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang kurang memuaskan juga digambarkan oleh Prottas sebagaimana dikutip oleh Nurmandi (2010:137) melalui studi yang dilakukan pada birokrasi pelayanan sosial untuk warga negara yang

tidak mampu, hasil penelitiannya menemukan bahwa perilaku aparat pelayanan di tingkat bawah sangat tergantung pada perilaku klien yang dilayani. Bilamana kliennya sangat menuntut, agresif dan banyak mengetahui tentang pelayanan, perilaku aparat cenderung kurang responsif. Namun jika perilaku kliennya kooperatif, perilaku aparat cenderung responsive.

Perilaku birokrat untuk mengatasi keterbatasan sumber daya organisasi yang ada, maka *street-level bureaucracy* melakukan *coping behaviors*. *Coping behaviors* tidak lain adalah perilaku penyiasatan yang dilakukan oleh *street level bureaucrats* dalam mengatasi masalah organisasi yang terkait dengan pelaksanaan pelayanan. *Coping behaviors* yang ditunjukkan oleh *street-level bureaucracy* dapat bermacam-macam bentuknya tergantung pada organisasi pelayanan tempat mereka bekerja.

Sebagaimana dikemukakan oleh Weatherley dan Lipsky yang dikutip oleh Winter (2002:5) bahwa masalah yang cukup universal dihadapi oleh *street level bureaucracy* adalah keterbatasan sumber daya yang cukup kronis dan serius yang kadangkala tidak dapat memenuhi tuntutan masyarakat yang dilayani. Pada keadaan tersebut *street level bureaucracy* memberi respon secara sadar terhadap konflik yang dihadapi dengan melakukan mekanisme *coping* bawah sadar. Lebih lanjut dikatakan bahwa ada beberapa trik yang dilakukan oleh *street level bureaucrats* seperti mencoba mengurangi permintaan untuk layanan mereka dengan membatasi informasi tentang pelayanan, membiarkan klien menunggu, membuat akses

sulit, dan memaksakan berbagai biaya psikologis lain pada klien. Mekanisme lain yang dilakukan pada kasus pelayanan yang berbeda adalah menetapkan prioritas diantara tugas-tugas dengan berkonsentrasi pada sejumlah klien yang dipilih. Pada kasus lain sebagaimana dijelaskan oleh Lipsky, bahwa *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street level bureaucrats* adalah memilih melayani klien yang paling mungkin berhasil dalam hal kriteria keberhasilan birokrasi sekalipun klien yang dimaksud tidak terlalu membutuhkan pelayanan dibandingkan dengan klien yang lainnya.

Teori yang dikemukakan oleh Lipsky tentang *street-level bureaucracy* menurut penjelasan Winter (2002:2) bahwa teori tersebut lebih banyak mengungkap atau mengidentifikasi daripada menjelaskan pola *coping behaviors*. Dengan demikian teori ini belum mampu menawarkan atau memberikan saran mengenai bagaimana mengurangi *coping* dalam organisasi penyelenggara pelayanan.

Coping behaviors yang ditampilkan oleh petugas pelayanan kesehatan di Puskesmas pada khususnya kadang-kadang muncul sesuai dengan kondisi dan situasi tertentu, perilaku tersebut dapat saja “positif” maupun negatif (misalnya mempersulit, cuek, tidak peka, tidak memberi informasi, pembiaran, menghindar atau yang berbentuk positif seperti memberikan tindakan pelayanan minimal). Sehubungan dengan fenomena tersebut, pola sikap dan perilaku yang ditampilkan oleh petugas pelayanan kesehatan seperti halnya di Puskesmas selalu menarik untuk dijadikan objek studi.

Salah satu alasan dari studi pada puskesmas ini karena institusi ini merupakan lembaga pelayanan dasar pada bidang kesehatan sehingga

banyak warga masyarakat khususnya masyarakat lapisan bawah yang menggantungkan pelayanan kesehatannya pada lembaga ini. Selain itu pelayanan kesehatan ini merupakan pelayanan yang unik karena sangat bersentuhan dengan perasaan seperti rasa ketenangan dan ketentraman hati, sehingga untuk mencapai kepuasan warga masyarakat dari pelayanan yang diterima sangat bergantung pada perilaku individu yang ditampilkan birokrat ketika berinteraksi dengan warga masyarakat yang dilayani.

Urgensi kajian terhadap pelayanan masyarakat pada sektor kesehatan khususnya pelayanan pada Puskesmas di Kota Makassar ini karena peningkatan kualitas pelayanan sudah menjadi agenda politik pemerintah dengan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat sementara pada sisi yang lain masih dijumpai berbagai kelemahan dalam pelaksanaannya khususnya pada tataran *street level bureaucrats*. Sehubungan dengan fenomena yang dipaparkan di atas, terutama adanya kesenjangan teoritis dalam ilmu administrasi publik pada konteks pelayanan publik yang sudah demikian majunya dibandingkan dengan praktek-praktek secara pragmatis dalam penyelenggaraan pelayanan publik di Indonesia pada umumnya, maka hal ini yang menarik penulis mengkaji topik penelitian tersebut.

B. Fokus Permasalahan

Sesuai latar belakang masalah di atas, dapat diidentifikasi permasalahan penelitian yang dirumuskan dalam pertanyaan penelitian berikut:

1. Bagaimana bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* pada saat proses pelayanan di Puskesmas dalam wilayah Kota Makassar?

2. Bagaimana respon warga masyarakat penerima layanan terhadap *coping behaviors* yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* pada saat pelaksanaan pelayanan?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan, menganalisis, dan menginterpretasikan hal-hal sebagai berikut:

1. Bentuk-bentuk *coping behaviors* yang dilakukan *street-level bureaucrats* saat proses pemberian pelayanan di Puskesmas dalam wilayah Kota Makassar.
2. Respon warga masyarakat penerima layanan terhadap *coping behaviors* yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* pada saat pelaksanaan pelayanan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Akademis:
 - a. Secara teoritis diharapkan dapat memperkaya konsep dan teori yang berkaitan dengan perilaku birokrasi dan pelayanan publik khususnya model-model *coping behaviors* dalam pelayanan kesehatan.
 - b. Secara metodologis, hasil penelitian ini memberikan penjelasan tentang kontribusi beberapa teori yang dapat digunakan dalam mengkaji perilaku *street-level bureaucrats* dalam pelayanan publik. Kegunaan lainnya adalah sebagai alternatif sumber rujukan atau referensi bagi peneliti yang berminat pada kajian perilaku birokrasi.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi pemikiran ilmiah yang dapat dijadikan rujukan bagi pembuat kebijakan yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada Puskesmas terutama dalam membuat kebijakan dan melaksanakan pelayanan kepada masyarakat.
- b. Secara praktis sebagai bahan informasi dan dapat menjadi rujukan bagi petugas pelayanan puskesmas dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan memuaskan kepada masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Perilaku dan Birokrasi

1. Konsep dan Teori Perilaku

Perilaku keorganisasian merupakan bidang ilmu yang mempunyai pengaruh besar dalam menentukan efektivitas organisasi. Perilaku keorganisasian mempelajari tentang interaksi manusia di dalam organisasi yang meliputi suatu studi tentang perilaku, struktur dan proses dalam organisasi (Gibson, et.al, 1996:8). Oleh sebab itu, kajian perilaku terhadap organisasi publik menjadi kajian utama selain pada aspek kajian lain seperti proses maupun struktur organisasi.

Organisasi sangat penting dalam kehidupan manusia, hal ini disebabkan karena ada tujuan-tujuan pribadi dari setiap orang yang tidak dapat dicapai tanpa melalui organisasi. Tujuan-tujuan tersebut dapat bermacam-macam, misalnya kebutuhan pendidikan, memperoleh pelayanan kesehatan, dan lainnya. Organisasi dicirikan oleh perilakunya yang terarah pada tujuan. Tujuan dan sasaran organisasi dapat dicapai lebih efisien dan efektif melalui tindakan-tindakan individu dan kelompok yang diselenggarakan dengan persetujuan bersama (Gibson, et.al., 1996:7).

Ada tiga nama besar yang merupakan penggagas dan berpengaruh kuat terhadap studi perilaku organisasi ini sebagaimana dikemukakan oleh Rivai dan Mulyadi (2010:175-176) yakni Adam Smith dari hasil studinya pada

tahun 1776, Charles Babbage pada dekade 1832, dan Robert Owen sekitar tahun 1825. Smith telah memberikan kontribusi yang sangat penting dengan doktrin ekonominya yaitu spesialisasi bidang kerja atau pembagian tugas. Dari pandangan Smith disimpulkan bahwa dengan pembagian kerja dan spesialisasi pekerjaan yang diberikan kepada karyawan akan meningkatkan produktivitas organisasi.

Sementara pandangan Babbage (Rivai dan Mulyadi, 2010:175) yang mengembangkan pandangan Adam Smith tentang spesialisasi dan pembagian kerja tersebut menyebutkan beberapa keuntungan dari kedua gagasan itu yakni mempersingkat waktu yang diperlukan untuk mempelajari pekerjaan; menghemat pemborosan materil; memungkinkan untuk menghasilkan tingkat keterampilan yang tinggi; dan memungkinkan kemampuan untuk membandingkan keterampilan seseorang dan bakat fisik dengan tugas-tugas tertentu.

Sedangkan pandangan Robert Owen (dalam Rivai dan Mulyadi, 2010:176) memberikan kontribusi bagi studi perilaku organisasi ini terlihat pada perhatiannya terhadap manusia dalam organisasi. Owen mengkritik praktek-praktek yang dilaksanakan dalam industri khususnya di pabrik-pabrik yang merendahkan harkat dan martabat para pekerja, misalnya terjadinya kekerasan, jam kerja yang tidak manusiawi, eksploitasi pekerja anak, dan upah kerja yang tidak adil. Kritik Owen yang lain adalah investasi yang dilakukan oleh industri dalam pembelian mesin-mesin disebutkannya jauh

lebih baik jika dana yang besar itu digunakan untuk investasi sumber daya manusia dengan meningkatkan kualitasnya. Perkembangan selanjutnya dalam studi perilaku ini dapat dilihat pada berbagai kajian-kajian tentang organisasi yang selanjutnya berimplikasi terhadap teori perilaku organisasi.

Hasil kajian para pakar tersebut selanjutnya dapat diklasifikasikan kedalam beberapa fase dan perspektif perkembangan teori organisasi. Robbins (1994:34-35) mengemukakan evolusi teori organisasi atas beberapa kerangka waktu dengan mengklasifikasi atas beberapa tipe yaitu tipe 1: teori-teori klasik (1900-1930), tipe 2: teori-teori humanistik (1930-1960), tipe 3: teori-teori kontingensi (1960-1975), dan tipe 4: teori-teori politis (1975-sekarang). Hampir sama dengan pengklasifikasian teori organisasi yang dikemukakan Robbins, Shafritz dan Ott (1987:6) mengklasifikasikan teori organisasi atas beberapa periodisasi yaitu: (1) *classical theory*, (2) *neoclassical theory*, (3) *modern theory*, (4) *contingency theory*, dan (5) *power and politics theory*. Sedangkan Mary Jo Hatch (1997:114) mengemukakan perkembangan teori organisasi atas beberapa perspektif yaitu: (1) *classical – era 1900an*; (2) *modern – era 1950an*; (3) *symbolic-interpretive – era 1980an*; dan *post moderen – era 1980an*.

Pada dasarnya aspek perilaku manusia dan etika menjadi salah satu pendekatan dan tema sentral dalam studi administrasi publik (Rakhmat, 2009:113). Pernyataan tersebut dilatarbelakangi oleh pendapat Simon (1997)

yang memperkenalkan suatu teori mengenai perilaku rasionalitas dalam pengambilan keputusan organisasi.

Determinan perilaku dalam organisasi yang terdiri atas perorangan (individu), kelompok, dan struktur. Oleh sebab itu dalam kajian perilaku organisasi dapat dilakukan dengan tiga tingkat analisis yaitu tingkat individu, kelompok dan organisasi formal (Ivancevich, et.al., 2006:11), selanjutnya permasalahan yang terjadi dalam organisasi dapat dianalisis dengan merujuk pada tiga determinasi kajian tersebut.

Pada tingkat individu, kejadian-kejadian yang ada dalam organisasi dianalisis dalam hubungannya dengan perilaku seseorang dan interaksi kepribadian dalam suatu situasi dimana setiap individu dalam organisasi membawa sikap, nilai dan pengalaman masa lalu yang berbeda. Pada tingkat kelompok, perilaku kelompok dipengaruhi oleh dinamika kelompok, regulasi dan nilai-nilai yang dianut oleh kelompok. Sedangkan analisis pada tingkat organisasi, struktur dan posisi seseorang dalam organisasi membawa pengaruh pada setiap interaksi sosial dalam organisasi (Rivai dan Mulyadi, 2010:172).

Terkait dengan tingkat analisis dalam studi perilaku tersebut, maka fokus kajian yang dilakukan dalam studi ini adalah berada pada tingkatan analisis perilaku individu dalam organisasi, yang secara khusus mengkaji tentang perilaku individu dalam penyelenggaraan pelayanan pada organisasi publik yakni penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat pada level

pelaksana pelayanan di tingkat Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat).

Perilaku menyangkut tingkah laku manusia dalam suatu organisasi. Konsep perilaku sudah banyak ahli yang memberikan batasan. Hersey dan Blanchard (1986:15) mengatakan bahwa perilaku pada dasarnya berorientasi pada tujuan, artinya perilaku orang pada umumnya dimotivasi oleh keinginan untuk meraih tujuan-tujuan tertentu, tetapi tujuan tersebut tidak selamanya diketahui secara sadar oleh yang bersangkutan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa satuan perilaku yang utama adalah aktivitas. Nyatanya, semua perilaku merupakan suatu rangkaian aktivitas.

Hersey dan Blanchard (1986:16) lebih lanjut menguraikan bahwa untuk memperkirakan perilaku yang tercermin dari aktivitas-aktivitas, perlu diketahui motif atau kebutuhan seseorang yang menimbulkan sesuatu aktivitas pada saat tertentu. Motif adalah ikhwal mengapanya perilaku. Motif adalah karena diartikan sebagai kebutuhan, keinginan, dorongan, ataupun gerak hati dalam diri seseorang. Menurut esensinya, motif merupakan dorongan utama aktivitas yang merupakan satuan terkecil dari perilaku.

Batasan lainnya mengenai perilaku dapat dilihat dari pandangan Ndraha (2005:33) yang memberikan perbedaan pengertian antara perilaku dengan sikap. Menurutnya perilaku adalah operasionalisasi dan aktualisasi seseorang atau suatu kelompok dalam atau terhadap suatu (situasi dan kondisi) lingkungan (masyarakat, alam, teknologi, atau organisasi), sementara sikap adalah operasionalisasi dan aktualisasi dari pendirian.

Pengertian perilaku sebagaimana yang dikemukakan oleh Gibson, et.al. (1996:52) menjelaskan pengertian perilaku seseorang pegawai adalah fungsi dari individu (i), organisasi (O), dan variabel psikologis (P), pengertian tersebut diformulasi dalam rumus:

$$B = f(I, O, P)$$

dimana: B adalah *behavior*, f adalah *function*, I adalah *individual*, O adalah *organization*, dan P adalah *psycology*.

Pengertian lain tentang perilaku adalah merupakan suatu fungsi dari interaksi antara seorang individu dengan lingkungannya (Thoha, 2002:34). Thoha sendiri membuat formulasi psikologi tentang perilaku ini dengan menyederhanakan model dari Gibson yaitu: dimana P adalah $P = f(I, L)$ adalah fungsi, I adalah individu dan L adalah lingkungan.

Sesuai dengan formulasi tersebut dapat dijelaskan bahwa perilaku seseorang tidak hanya ditentukan oleh dirinya sendiri, melainkan ditentukan oleh beberapa variabel yang terkait dengan lingkungan artinya perilaku terbentuk sebagai fungsi interaksi antara individu dengan lingkungannya. Oleh karena itu perilaku individu dapat saja berbeda antara individu yang satu dengan individu lainnya termasuk yang terjadi dalam organisasi. Perilaku dari seseorang tersebut bergantung pada motif yang ada dalam dirinya.

Pendapat Winardi (2004:196-200) tentang perilaku disebutkan bahwa perilaku merupakan sebuah fungsi yang dapat ditentukan oleh variabel individual, variabel organisatoris, dan variabel psikological. Variabel individual

meliputi kemampuan dan keterampilan, latar belakang demografi. Variabel organisatoris meliputi sumber-sumber daya, kepemimpinan, struktur dan desain pekerjaan. Sedangkan variabel psikologikal meliputi sikap, kepribadian dan motivasi.

Individu membawa ke dalam tatanan organisasi berupa kemampuan, kepercayaan, pribadi, pengharapan, pengalaman. Sebuah perilaku manusia sangat ditentukan oleh adanya sifat dasar manusia disamping faktor lingkungan. Dalam dunia organisasi, manusia mempunyai posisi yang sentral dan menentukan, sehingga dalam aktivitasnya memperlihatkan tingkah lakunya untuk mencapai suatu tujuan (Rakhmat, 2009:113-114).

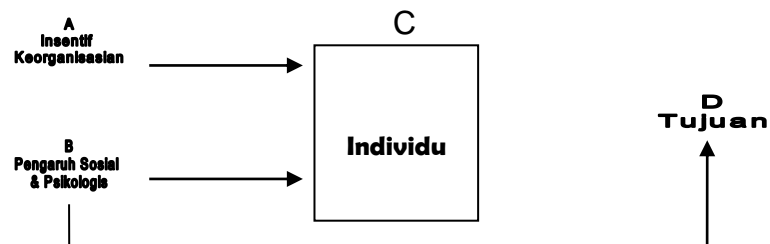
Sesuai dengan beberapa pendapat tentang konsep perilaku yang dijelaskan oleh beberapa ahli, menunjukkan bahwa makna perilaku adalah segala hal yang dilakukan oleh seseorang dan kelompok tertentu yang meliputi nilai dan kepercayaan serta keyakinan yang membentuk dan mempengaruhi mereka bertindak dalam dan keluar lingkungan mereka (Thoha, 2002:37).

2. Dimensi-dimensi Pembentuk Perilaku Individu dalam Organisasi

Sesuai dengan pendapat para ahli tentang pengertian dan batasan perilaku sebagaimana diterangkan di atas, menunjukkan terdapat beberapa pendapat yang menyebutkan bahwa banyak variabel yang mempengaruhi perilaku individu.

Penjelasan teori tentang perilaku yang dikemukakan oleh Bryant dan White (1987:104) dapat dijadikan acuan untuk menjelaskan perilaku organisasi. Menurutnya terdapat tiga model perilaku yaitu (1) model rasional, model ini memusatkan perhatian pada individu anggota dan tujuan-tujuannya; (2) model sosiologis atau sosial-psikologis, pendekatan ini memeriksa berbagai faktor yang mempengaruhi sikap maupun perilaku individu, serta cara perilaku mempengaruhi sikap; (3) model pembangunan atau model hubungan manusiawi, model ini merepresentasikan jenis-jenis tujuan yang dikejar oleh manusia, dan menekankan pentingnya cara-cara untuk merancang organisasi sedemikian rupa sehingga dapat memancing motif-motif yang lebih dikehendaki dari manusia. Hubungan dari ketiga Model tersebut digambarkan oleh Bryant dan White sebagai berikut:

Gambar 2.1: Elemen-elemen dalam menjelaskan perilaku



Sumber : Bryan dan White (1987:106)

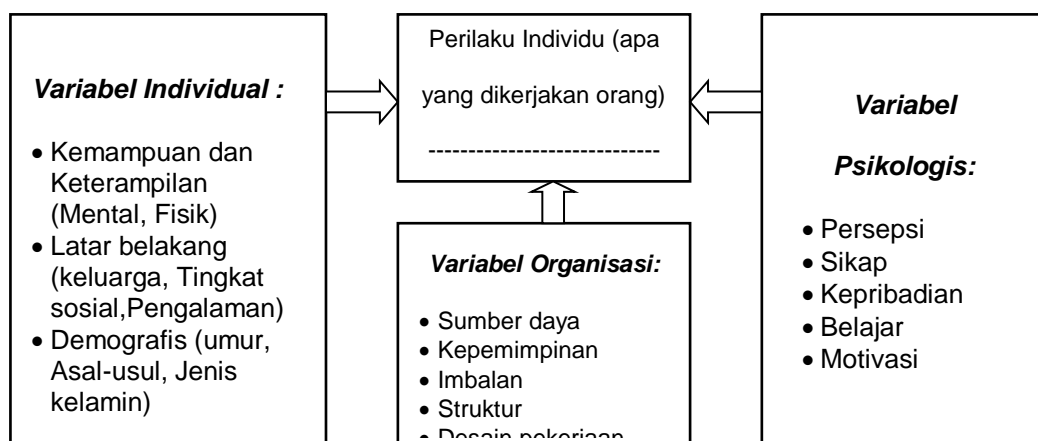
Berdasarkan gambar 1 di atas, dapat dijelaskan bahwa model rasional dan model hubungan manusia menitikberatkan A, C, D. sedangkan model-model sosial dan psikologis menitikberatkan pada B, C, D. sesuai dengan model tersebut menunjukkan bahwa terdapat banyak faktor yang

mempengaruhi perilaku individu yakni dapat bersumber dari organisasi sendiri maupun dari pengaruh sosial dan psikologis. Dan dari elemen-elemen tersebut dapat dijelaskan perilaku.

Berdasarkan pada model sosial-psikologis dalam menjelaskan perilaku, Bryant dan White (1987:112), menyebutkan terdapat delapan determinan pembentuk perilaku administratif yaitu lingkungan, teknologi, struktur sosial, peristiwa dan kejadian, nilai-nilai, sikap-sikap, emosi, peran dalam organisasi. Sedangkan dalam model rasional, motivasi merupakan faktor utama yang mempengaruhi individu dalam berperilaku dalam organisasi.

Terkait dengan hal itu, Gibson, et.al (1996:51-52) mengatakan bahwa perilaku manusia amat kompleks untuk dijelaskan dengan suatu penyamarataan yang dapat diterapkan untuk semua orang. Secara sederhana kompleksitas faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku individu dijelaskan oleh Gibson, et.al. (1996:52) dalam gambar berikut:

Gambar 2.2: variabel yang mempengaruhi perilaku dan prestasi individu



Sumber : Gibson, et.al., 1996.

Berdasarkan gambar 2 di atas, Gibson menjelaskan bahwa Perilaku yang menghasilkan pekerjaan merupakan keunikan masing-masing orang, sedangkan proses yang melandasinya sama bagi setiap orang.

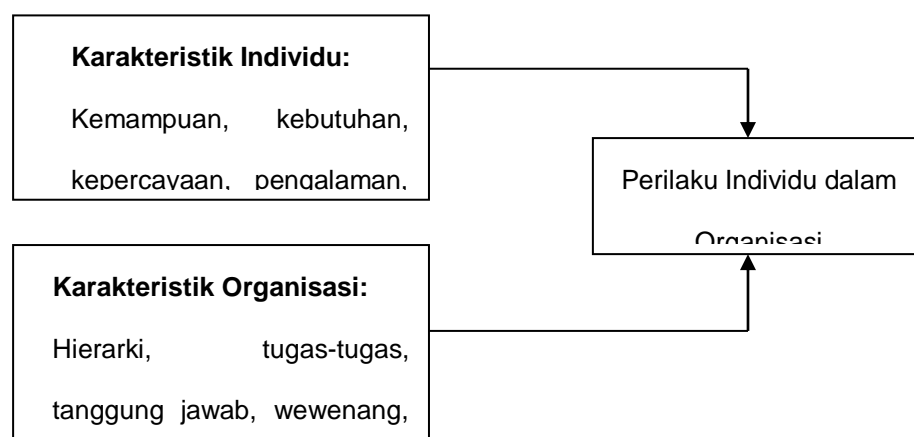
Sesuai dengan hasil riset yang dikembangkan dalam waktu yang lama mengenai studi perilaku ini, akhirnya disepakati bahwa: (1) perilaku timbul karena sesuatu sebab; (2) perilaku diarahkan kepada tujuan; (3) perilaku yang bisa diamati dapat diukur; (4) perilaku yang tidak langsung dapat diamati (seperti berpikir, berpersepsi) juga penting dalam mencapai tujuan; dan (5) perilaku bermotivasi (Gibson, 1996:53).

Faktor-faktor tersebut berbeda-beda pada setiap manusia, oleh sebab itu perilaku yang muncul dari setiap orang dapat saja berbeda. Karena banyaknya faktor yang mempengaruhi perilaku manusia dalam suatu organisasi maka seringkali suatu organisasi menghadapi kesulitan didalam menciptakan sebuah keadaan yang dapat mengarahkan tercapainya efektivitas pelaksanaan tugas dan tanggung jawab (Rakhmat, 2009:114).

Faktor keorganisasian yang mempengaruhi perilaku individu termasuk kedalam aspek lingkungan. Lingkungan dalam organisasi terdiri atas lingkungan eksternal dan lingkungan internal. Dalam perspektif administrasi negara lingkungan eksternal ini oleh Riggs sebagaimana dikutip oleh Rakhmat (2009:116) disebut sebagai ekologi administrasi. Aspek

lingkungan tersebut merupakan salah satu determinan penting determinan pembentuk perilaku seseorang. Sebagaimana telah dijelaskan di atas bahwa perilaku individu adalah suatu fungsi dari interaksi antara individu dengan lingkungannya. Individu membawa tatanan dalam organisasi berupa kemampuan, kepercayaan pribadi, pengharapan, kebutuhan pengalaman, dan lainnya. Sementara itu karakteristik individu akan dibawa memasuki suatu lingkungan baru yaitu organisasi. Organisasi sendiri memiliki karakteristik seperti hierarki, tugas dan wewenang, tanggung jawab, reward system, pengendalian, dan lainnya. Selanjutnya karakteristik individu berinteraksi dengan karakteristik organisasi yang akan mewujudkan perilaku individu dalam organisasi (Rivai dan Mulyadi, 2010:230). Pola hubungan tersebut divisualisasikan dalam gambar berikut:

Gambar 2.3. Karakteristik perilaku individu dalam organisasi



Sumber: Rivai dan Mulyadi (2010:231)

Terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik, dalam aktivitas ini terdapat dua atau lebih orang yang terlibat atau saling berinteraksi yakni

interaksi antara individu dalam organisasi (birokrat) dengan individu atau masyarakat yang memperoleh pelayanan. Dalam interaksi tersebut akan terjadi perilaku penyelenggara pelayanan yang mana perilaku tersebut bukan saja ditentukan atau dipengaruhi oleh faktor internal dari pegawai seperti kemampuan dan keterampilan, latar belakang pribadi dan demografis serta aspek psikologis, tetapi juga faktor eksternal yang bersumber dari masyarakat. Selain aspek individual yang mempengaruhi perilaku, pengaruh lain bisa juga berasal dari faktor organisasi dimana kegiatan penyelenggaraan pelayanan publik tersebut berlangsung. Faktor keorganisasian ini antara lain dapat berupa regulasi, kewenangan dan prosedur. Oleh sebab itu kedua elemen yang terlibat dalam pelayanan (penyelenggara maupun masyarakat yang dilayani) tidak dapat mengabaikan faktor keorganisasian dimaksud.

Berdasarkan pandangan tentang faktor pembentuk perilaku individu dalam organisasi, secara umum dapat dikategorikan atas dua dimensi yang membentuk perilaku individu yaitu dimensi internal individu dan dimensi eksternal individu. Kedua dimensi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Dimensi internal individu, yang termasuk dalam dimensi ini, jika merujuk pendapat Gibson, et.al. (1996:52) terdiri atas kemampuan dan keterampilan yang meliputi mental dan fisik, latar belakang yang meliputi keluarga, tingkat sosial dan pengalaman, dan faktor demografis yang meliputi umur, asal-usul dan jenis kelamin. Sedangkan faktor

psikologisnya meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Pendapat dari Robbins (2008:47-54) menjelaskan dimensi individu terdiri atas kemampuan meliputi kemampuan intelektual dan fisik, dan karakteristik-karakteristik biografis meliputi usia, gender, ras, dan masa kerja/jabatan. Sedangkan Ivancevich, et.al. (2006:83) mengemukakan dimensi individu adalah kepribadian, sikap, persepsi, dan kemampuan dan keterampilan.

Berdasarkan berbagai dimensi yang disebutkan di atas, berikut dapat dijelaskan beberapa dimensi yang relevan dengan studi ini, yaitu:

- 1) Kemampuan dan keterampilan; dimensi ini dalam diri individu memainkan peran sangat penting dalam membentuk perilaku terutama terkait dengan performance individu dalam organisasi. Robbins (2008:52-53) memberi pengertian kemampuan (*ability*) sebagai kapasitas seseorang individu untuk melakukan beragam tugas dalam suatu pekerjaan. Kemampuan adalah sebuah penilaian terkini atas apa yang dapat dilakukan seseorang. Lebih lanjut Robbins mengklasifikasi kemampuan ini atas kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Selain kedua kemampuan tersebut, juga terdapat kemampuan emosional (EQ) dan kemampuan spiritual (SQ) (Rivai dan Mulyadi, 2010:234). Sedangkan keterampilan secara spesifik diartikan sebagai kompetensi yang berhubungan dengan

tugas yang bersifat teknis baik yang bersifat fisik maupun nonfisik seperti keterampilan berkomunikasi.

- 2) Latar belakang; dalam hal ini latar belakang dapat mempengaruhi perilaku individu terdiri atas latar belakang keluarga, kelas sosial, dan pengalaman. Perbedaan karakteristik latar belakang keluarga maupun kelas sosial misalnya dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan pekerjaan terutama pelaksanaan pelayanan publik. Individu atau pegawai yang berasal dari latar belakang keluarga dan kelas sosial yang lebih tinggi dalam memberikan pelayanandibandingkan dengan orang yang dilayani cenderung menimbulkan rasa enggan dari kedua pihak, apalagi jika kedua pihak tersebut masih memegang atau dipengaruhi nilai-nilai budaya feodalistik seperti pada umumnya yang terjadi dalam masyarakat di Indonesia.
- 3) Sikap; dimensi ini tidak lain determinan utama perilaku, karena sikap adalah kecenderungan bertindak atau tidak terhadap objek (*inner behavior*). Sikap juga merupakan kesiapan mental yang diorganisasikan lewat pengalaman yang mempunyai pengaruh kepada tanggapan seseorang terhadap orang lain dan situasi yang berhubungan dengannya. Krech, Crutchfield dan Ballanchey sebagaimana dikutip oleh Mangkunegara (Mangkunegara, 2005:15) mengemukakan pengertian sikap sebagai suatu sistem peng-

evaluasi yang positif dan negatif, perasaan emosi, kecenderungan bertingkah laku pro atau kontra terhadap objek. Sikap mengandung tiga aspek, yaitu aspek kognitif, aspek afektif, dan aspek konatif.

- 4) Kepribadian; Kepribadian seseorang ialah seperangkat karakteristik yang relatif mantap, kecenderungan dan perangai yang sebagian besar dibentuk oleh faktor keturunan dan oleh faktor-faktor sosial, kultural dan lingkungan (Gibson, et.al., 1996:70). Perangkat variabel tersebut yang menentukan persamaan dan perbedaan perilaku individu. Sementara Robbins (2008:126-128) menyebutkan faktor penentu kepribadian seseorang ada tiga yaitu keturunan, lingkungan dan situasi.

Faktor pembentuk kepribadian yang bersumber dari Keturunan, aspek ini merujuk kepada faktor-faktor yang ditentukan pada saat pembuahan. Sosok fisik, daya tarik wajah, kelamin, temperamen, komposisi otot dan refleks, tingkat energi merupakan karakteristik yang umumnya dianggap sebagai atau sama sekali atau sebagian besar dipengaruhi oleh siapa kedua orang tuanya.

Faktor lingkungan dalam hal ini terkait dengan pengaruh aspek kultur dimana seseorang itu dibesarkan, norma-norma diantara keluarga, teman-teman dan kelompok-kelompok sosial serta pengaruh-pengaruh lain yang dialami, membentuk kepribadian seseorang.

Faktor situasi mempengaruhi dampak keturunan dan lingkungan terhadap kepribadian. Kepribadian seseorang individu sekalipun umumnya stabil dan konsisten, namun dapat berubah dalam situasi yang berbeda. tuntutan yang berbeda dari situasi yang berlainan memunculkan aspek-aspek yang berlainan dari kepribadian seseorang. Oleh sebab itu faktor situasi merupakan hal penting dalam membentuk kepribadian.

- 5) Kebutuhan dan motivasi, Gibson, et.al. (1996:95) menjelaskan bahwa motivasi berhubungan erat dengan perilaku. sedangkan Hersey dan Blanchard (1986:15) mengemukakan bahwa perilaku pada dasarnya berorientasi tujuan. Dengan kata lain perilaku individu pada umumnya dimotivasi oleh keinginan untuk memperoleh tujuan tertentu.

Dimensi kebutuhan dan motivasi ini dalam berbagai pandangan para ahli merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan. Motivasi muncul karena adanya kebutuhan seseorang yang harus dipenuhi. Kebutuhan tidak lain adalah kekurangan yang dialami oleh individu pada waktu dan kondisi tertentu. Kekurangan dapat bersifat fisik, psikologis, atau sosiologis. Kebutuhan-kebutuhan tersebut merupakan pemicu dari respon perilaku.

Dari berbagai teori tentang motivasi, Gibson, et.al., (1996:95) mengategorikan atas 2 jenis teori yakni teori kepuasan dan teori proses. Teori kepuasan berasumsi bahwa terdapat faktor-faktor

dalam diri seseorang yang menggerakkan, mengarahkan, mendukung dan menghentikan perilaku. Oleh sebab itu untuk memenuhi kepuasan tersebut, maka perlu dipenuhi kebutuhan individu. Berbeda halnya dengan teori kepuasan yang memusatkan perhatian dalam diri individu, teori proses menguraikan dan menganalisis bagaimana perilaku itu digerakkan, diarahkan, didukung dan dihentikan. Oleh sebab itu faktor yang dapat membentuk perilaku dapat bersumber dari luar yang memotivasi pegawai.

Berdasar pada teori ini kita dapat menjelaskan perbedaan-perbedaan dalam intensitas perilaku, misalnya perilaku yang lebih intens sebagai hasil dari tingkat motivasi yang lebih tinggi, dan juga untuk menunjukkan arah tindakan seseorang. Oleh sebab itu perbedaan motivasi menyebabkan perbedaan perilaku. Bentuk perilaku dari seseorang yang diharapkan oleh organisasi bukan hanya semangat atau gairah kerjanya namun juga harus didukung oleh kemampuan, sehingga jika motivasi saja yang ada tanpa ada kemampuan maka tujuan-tujuan organisasi juga sulit tercapai. Seperti yang dijelaskan oleh Robbins (2008:208) bahwa motivasi merupakan faktor-faktor dasar yang turut menentukan kinerja seseorang. Oleh sebab itu dikatakan bahwa motivasi merupakan kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi untuk tujuan organisasi yang

dikondisikan oleh kemampuan dan upaya itu dalam memenuhi beberapa kebutuhan individual.

- b. Dimensi eksternal individu, terdapat beberapa dimensi yang membentuk perilaku individu yang bersumber dari luar diantaranya adalah variabel organisasi, lingkungan dan budaya setempat. Adapun penjelasan dari dimensi tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor organisasi, dimensi ini dapat mempengaruhi perilaku individu, sebagaimana diketahui dalam organisasi formal misalnya terdapat beberapa karakteristik organisasi seperti hirarki, tugas, wewenang, tanggungjawab, sistem insentif dan penghargaan, desain pekerjaan, keteraturan, dan pengawasan. Hal tersebut turut berpengaruh terhadap perilaku anggota organisasi dalam melaksanakan tugasnya.

Organisasi muncul dengan sejumlah mekanisme pengendalian yang formal dan informal, membentuk, mengarahkan dan menghambat perilaku anggota-anggotanya. Demikian pula sistem dokumentasi yang formal yang dimiliki oleh hampir semua organisasi, secara tidak langsung membatasi dan membentuk perilaku para pekerjanya, seperti kebijakan, prosedur aturan, uraian tugas, dan instruksi tugas (Robbins, 2008:2009).

- 2) Faktor lingkungan, ada beberapa pendapat mengenai lingkungan organisasi. Hersey dan Blanchard (1986:150) menyebut lingkungan organisasi terdiri atas pemimpin, para pengikut pemimpin itu, atasan,

rekan sejawat, organisasi, dan tuntutan pekerjaan. Pemahaman lingkungan organisasi sebagaimana disebutkan di atas tidak lain adalah lingkungan individu dalam organisasi. Di luar daripada itu terdapat lingkungan eksternal organisasi. Sedangkan Bryant dan White (1987:114) mengatakan bahwa dalam konteks model sosial-psikologis, istilah lingkungan mempunyai konotasi-konotasi yang luas, seperti ekonomi, sosial maupun fisik. Dampak lingkungan bagi organisasi sebagaimana dikatakan oleh Bryant dan White sedemikian kuatnya sehingga tidak lagi dianggap sebagai variabel melainkan suatu ketentuan yang diterima.

Secara umum lingkungan dapat didefinisikan sebagai segala sesuatu yang berada di luar batas organisasi. Menurut Robbins (2008) lingkungan organisasi terdiri atas lingkungan khusus dan lingkungan umum, lingkungan aktual dan lingkungan yang dipersepsikan.

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat dipahami bahwa lingkungan eksternal organisasi dapat mempengaruhi perilaku individu. Dalam konteks makro, lingkungan umum misalnya dapat mempengaruhi penyelenggaraan pelayanan masyarakat. Misalnya dengan adanya peraturan-peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, maka kedua komponen yang berinteraksi dalam pelayanan, baik pelaksana

maupun orang yang dilayani harus tunduk pada regulasi pelayanan yang ada. Tidak sedikit dari beberapa aturan yang ada dapat menghambat penyelenggaraan pelayanan.

- 3) Faktor budaya, dimensi ini dalam organisasi pada dasarnya dapat dimasukkan menjadi bagian lingkungan organisasi, baik secara internal dan eksternal. Secara internal terdapat budaya organisasi, dan secara eksternal terdapat budaya yang terdapat pada lingkungan eksternal organisasi yang dapat berpengaruh terhadap organisasi.

Pengaruh budaya terhadap organisasi telah banyak menjadi obyek kajian para ahli. Riggs (1987) berpendapat bahwa faktor budaya masyarakat khususnya di negara-negara berkembang dapat menghambat efektifitas penyelenggaraan birokrasi, sekalipun demikian terdapat juga budaya masyarakat yang sebenarnya mendukung dan relevan dengan prinsip-prinsip birokrasi.

Menurut Thoha (2002) bahwa pengaruh budaya terhadap organisasi tidak lain disebabkan karena nilai-nilai budaya lokal yang dianut oleh masyarakat setempat yang turut mempengaruhi perilaku individu dalam organisasi dibawa serta masuk kedalam organisasi dan hal ini turut mempengaruhi perilaku individu dalam menjalankan peranannya sebagai anggota organisasi.

Berdasarkan penjelasan yang diuraikan tersebut, menunjukkan bahwa terdapat beberapa dimensi-dimensi yang dapat membentuk perilaku individu dalam organisasi. Sehingga hal tersebut diasumsikan bahwa perilaku

birokrat dalam menjalankan fungsinya sebagai pelayanan masyarakat tidak terlepas dari faktor pembentuk perilaku tersebut.

3. Teori Birokrasi

Istilah birokrasi (*bureaucracy*) itu sendiri diyakini pertamakali dicetuskan oleh seorang fisiokrat dan pemikir ekonomi politik Vincent de Gournay pada tahun 1745. Pada awalnya, istilah ini digunakan dalam artian peyoratif yaitu untuk menyebut bentuk pemerintahan yang dijalankan oleh para pejabat dan kekuasaan yang terlalu besar yang berada ditangan para pejabat (Etzioni dan Halevy, 2011:13).

Pengertian tersebut di atas merupakan salah satu dari sekian banyak pengertian dari birokrasi. Berbagai asumsi dan pengertian yang diberikan terhadap birokrasi, mengambil contoh dalam penyelenggaraan tugas-tugas pemerintahan misalnya bentuk pelayanan publik yang berbelit-belit, ruwet, terlalu banyak prosedur, membutuhkan waktu yang lama dan berbagai bentuk kesulitan yang dialami seseorang dalam berbagai urusan yang berhubungan dengan organisasi atau lembaga baik lembaga publik maupun privat selalu diklaim bahwa urusan itu terlalu birokratis.

Dalam literatur ilmu sosial, birokrasi umumnya dipandang sebagai aktor yang sekedar menerapkan kebijaksanaan yang telah diputuskan di tempat lain. Namun kalau diperhatikan pengalaman berbagai masyarakat, terutama di Dunia Ketiga, kita akan mendapati bahwa birokrasi tidak hanya

mendominasi kegiatan administrasi pemerintahan, tetapi juga kehidupan politik masyarakat secara keseluruhan (Mas'ood, 1994:68).

Pengertian birokrasi selain daripada itu, sering juga dimaknai sebagai organisasi yang tidak efisien, pegawainya malas, pejabatnya dianggap sewenang-wenang dan dianggap terlalu banyak ikut campur dalam kehidupan sosial dan menyalahgunakan kekuasaannya. Juga dipandang kegiatan-kegiatan yang dilakukan birokrasi adalah demi kepentingan birokrasi itu sendiri dan menindas serta menghambat kegiatan dalam bidang-bidang lainnya dalam kehidupan masyarakat (Etzioni dan Halevy, 2011:13).

Pengalaman ini tidak sepenuhnya benar dan tidak pula sepenuhnya dapat disalahkan, karena bagi masyarakat, apapun yang diperolehnya dari aparat pemerintah yang sering disebut sebagai birokrat itulah yang disebut dengan proses birokrasi, yang dalam bahasa sehari-hari telah menjadi satu julukan yang menunjukkan inefisiensi dan inefektifitas pemerintahan. Padahal definisi dan makna birokrasi yang sebenarnya tidaklah seperti itu. Birokrasi dalam keseharian juga selalu dimaknai sebagai institusi resmi yang melakukan fungsi pelayanan terhadap kebutuhan publik.

Berdasarkan pada berbagai terminologi maupun definisi tentang birokrasi, maka untuk memahami makna atau pengertian birokrasi dapat ditelusuri pada beberapa pendapat para pakar yang telah meletakkan dasar konseptual dan teoritis tentang makna dan hakekat birokrasi itu.

Martin Albrow (1989:81-103) menyebutkan bahwa terminologi birokrasi dalam literatur administrasi publik dan ilmu politik sering dipergunakan beberapa pengertian. Sekurang-kurangnya terdapat tujuh pengertian seperti yang terkandung dalam istilah birokrasi ini, yaitu:

- a. *Rational organization* (organisasi yang rasional)
- b. *Organizational inefficiency* (ketidakefisienan organisasi)
- c. *Rule of officials* (pemerintahan oleh para pejabat)
- d. *Public administration* (administrasi negara)
- e. *Administration by officials* (administrasi oleh pejabat)
- f. *Type of organization with specific characteristic and quality as hierarchies and rules*, (bentuk organisasi dengan ciri-ciri dan kualitas tertentu seperti hirarki dan peraturan-peraturan).
- g. *An essential quality of modern society* (salah satu ciri yang esensial dari masyarakat moderen).

Dari berbagai macam pengertian yang sering muncul dalam term birokrasi di atas, dapat disistematisasikan dalam tiga kategori, yaitu: (1) birokrasi dalam pengertian yang rasional atau baik (*bureau-rationality*); (2) birokrasi dalam pengertian sebagai suatu penyakit (*bureau pathology*), (3) birokrasi dalam pengertian netral (*value-free*) (Santoso, 1993:14).

Konsep birokrasi dalam pengertian yang rasional dapat ditemui dalam beberapa tulisan seperti konsep Hegelian *Bureaucracy* dan Weberian *Bureaucracy*. Konsep ini melihat bahwa birokrasi sebagai institusi yang

menjembatani antara negara yang memmanifestasikan kepentingan umum dan civil society yang memmanifestasikan kepentingan khusus dalam masyarakat. Dalam konsep ini Hegel (dalam Santoso, 1993:15) beranggapan bahwa melalui birokrasi negara secara apriori melayani kepentingan umum, karena ia merupakan sintesis dari pertentangan-pertentangan individu yang subyektif dan tidak rasional.

Sementara pandangan yang melihat terminologi birokrasi sebagai suatu penyakit (*bureau phatology*) dapat dilihat pada beberapa tulisan yang dikemukakan antara lain dari pandangan Karl Marx yang dikenal dengan konsep *Marxian Bureacracy*. Dalam terminologi ini birokrasi dianggap sebagai organisasi yang kejam yang mempunyai aturan yang aneh-aneh, dan sewenang-wenang, dan menindas, bahkan Crocier dalam penelitiannya tentang birokrasi di Perancis mengatakan bahwa organisasi birokratik adalah suatu organisasi yang tidak dapat mengoreksi tingkah lakunya dengan cara belajar dari kesalahan-kesalahan (Santoso, 1993:18).

Selain mengandung pengertian *bureau-rationality* dan *bureau-ptiology* seperti dikemukakan di atas, birokrasi juga diartikan dalam pengertian *value-free*, yaitu dalam pengertian yang terbatas dan tidak terkait dengan pengertian baik dan buruk. Pengertian yang terbatas ini sejalan dengan istilah *governmental bureaucracy* seperti dipakai oleh Almond dan Powel (Santoso, 1993:19). Pengertian birokrasi dalam hal ini adalah sekumpulan tugas dan

jabatan yang terorganisasi secara formal, berkaitan dengan jenjang yang kompleks dan tunduk pada pembuat peran formal.

Bagi Max Weber (1864-1920) sebagai salah seorang tokoh pencetus konsep birokrasi mengatakan bahwa birokrasi bukan istilah yang merendahkan tetapi merupakan suatu tipe organisasi yang modern dan secara teknis efisien. Dalam Schultz (2004: 39), Max Weber adalah seorang sosiolog Jerman yang mendefinisikan Birokrasi dalam bukunya yang berjudul *The Theory of Social and Economic Organization*. Birokrasi adalah “*These organizational qualities include a high degree of job specialization, a hierarchical authority structure with limited areas of command and responsibility, and impersonality of relationships between and among organizational members*”.(Kualitas organisasi ini mencakup spesialisasi pekerjaan tingkat tinggi, struktur otoritas hirarki dengan wilayah komando dan tanggung jawab terbatas, dan hubungan impersonal di antara dan dalam lingkup anggota organisasi). Dari pengertian tersebut terlihat pandangan Weber tersebut termasuk kedalam golongan yang memandang birokrasi dalam pengertian yang rasional.

Definisi yang dikemukakan oleh Weber tersebut selanjutnya dijadikan dasar oleh David Schultz untuk membangun definisi birokrasi dalam bukunya yang berjudul *Encyclopedia of Public Administration and Public Policy* (2004: 39) yang dikatakannya bahwa “*Bureaucracy is a common term used to describe the system by which the business of government is carried*

out by departments, each under the control of a chief. In fact, when citizens transact business with their government, they would consider their point of contact as a bureau, and the person in charge of this bureau as a bureaucrat". (Birokrasi adalah sebuah terminologi umum yang digunakan untuk menjelaskan sistem di mana urusan pemerintah dilaksanakan oleh setiap departemen yang berada di bawah pengawasan seorang kepala. Kenyataannya, ketika warga negara melakukan transaksi urusan dengan pemerintahnya, mereka menganggap kontak utamanya sebagai sebuah biro, dan orang yang memungut biaya di biro ini sebagai seorang birokrat).

Konsep birokrasi Weber sebagaimana dikemukakan di atas dikenal dengan tipe ideal birokrasi (*ideal type of bureaucracy*), yang oleh Farazman (2009:52) dikatakan bahwa "*Weberian model, referring to any organization of modern society with several ideal characteristics such as unity of command, clear line of hierarchy, division of labor and specialization, record keeping, and merit system for recruitment and promotion, and finally, rules and regulations to govern relationship and organizational performance*". (Model Weberian, mengacu kepada organisasi masyarakat modern apa saja dengan beberapa karakteristik ideal seperti kesatuan komando, garis hirarki yang jelas, pembagian tenaga kerja dan spesialisasi, dokumentasi, dan sistem yang patut dalam hal rekrutmen dan promosi, dan akhirnya, aturan dan regulasi untuk menentukan hubungan dan kinerja organisasi).

Dari berbagai definisi dan pengertian tentang birokrasi, secara jelas menggambarkan bahwa birokrasi merupakan tipe organisasi yang dirancang untuk menyelesaikan tugas-tugas administratif dalam skala besar dengan cara mengkoordinasi pekerjaan banyak orang secara sistematis itulah yang disebut dengan birokrasi.

Jadi jelas keliru jika birokrasi itu dimaknai sebagai bentuk organisasi yang berbelit-belit, inefisien, inefektif, tidak terkoordinasi dan tidak tersistematis atau tidak dapat diprediksi (*unpredictable*). Karena dari definisi birokrasi menurut ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa birokrasi itu merupakan bentuk pengorganisasian banyak orang dalam suatu tugas atau pekerjaan secara sistematis, dan terkoordinasi agar tugas atau pekerjaan tersebut dapat diselesaikan secara efektif, efisien, dan *predictable*.

Bagi Weber suatu birokrasi berarti: presisi, kecepatan, kepastian, kesinambungan, kebijaksanaan, dan pengurangan pergeseran dalam organisasi. Dengan mengambil data dari kondisi birokrasi di Jerman dan Inggris Weber menyusun sebuah model birokrasi dengan ciri-ciri sebagai berikut (Santoso, 1993:14; Etzioni, 2011:42-43):

- a. Spesialisasi fungsi. Tugas dipecah-pecah ke dalam bagian-bagian yang merupakan unsur-unsur pokok, dan tiap bagian tersebut merupakan pekerjaan resmi pekerja tersebut.

- b. Hirarki. Tiap manajer mempunyai wewenang untuk memerintah yang diperlukan dalam melaksanakan tugas kewajibannya. Setiap jabatan yang lebih rendah berada di bawah perintah jabatan yang lebih tinggi.
- c. Individu-individu ditunjuk untuk menduduki posisi dalam birokrasi melalui suatu ujian dan dipromosikan berdasarkan kompetensi.
- d. Tugas-tugas resmi dilakukan secara impersonal.
- e. Adanya aturan-aturan, regulasi-regulasi dan standar-standar formal yang mengatur tata kerja organisasi dan tingkah laku para anggotanya.
- f. Spesifikasi tentang hubungan antara spesialis. Hubungan-hubungan antara para manajer dan departemen dinyatakan secara jelas.

Selanjutnya Schultz (2004:39) mengemukakan karakteristik yang paling penting tentang birokrasi dengan mengatakan bahwa: "*Other important characteristics of bureaucratic organizations include the recruitment of officials based on ability and technical knowledge, and the fact that employees—regardless of their level within the organization—have no personal ownership rights. Under feudal organizations, employees followed rules, but these rules were based on tradition. In a bureaucratic organization, employees follow rules based on public laws and public policies as adopted by officials elected by the citizens they serve.*" (Karakteristik penting organisasi birokratis lainnya mencakup rekrutmen pegawai berdasarkan kemampuan dan pengetahuan teknis, dan fakta bahwa para pekerja (tanpa memperhatikan tingkatan mereka dalam organisasi) tidak mempunyai hak

kepemilikan personal. Di bawah organisasi yang feodal, para pegawai mengikuti aturan, tetapi aturan-aturan ini didasarkan atas tradisi. Dalam sebuah organisasi birokratis, para pegawai mengikuti aturan yang berdasarkan hukum publik dan kebijakan publik seperti yang diadopsi oleh para pejabat terpilih melalui warga negara yang mereka layani).

Secara eksplisit, Weber sebenarnya memberikan suatu analisis fungsional birokrasi, mendeskripsikan suatu analisis struktur sosial dengan cara memperlihatkan bagaimana setiap elemen-elemennya memberikan kontribusi terhadap presistensi dan efektivitas operasi-operasi birokrasi.

Berdasarkan uraian tersebut di atas dapat disarikan beberapa nilai dan kepercayaan yang merupakan ciri dan landasan teori-teori klasik tentang organisasi dan manajemen. Nilai dan kepercayaan yang dimaksud ialah rasionalitas, legalitas, efisiensi, impersonaliti, kesempurnaan, spesialisasi, kausalitas, integritas, kerja keras, rentang kendali yang terbatas, disiplin, dan ketatertiban (peraturan dan prosedur harus dilaksanakan secara benar) atas dasar prinsip-prinsip umum yang baku, garis komando dan sentralisasi dalam pengambilan keputusan.

Berdasarkan konsep dan terminologi birokrasi sebagaimana dikemukakan di atas menunjukkan bahwa birokrasi lebih banyak dimaknai sebagai organisasi pemerintah yang terikat dengan peraturan-peraturan dan segala tindakannya bersifat legalistik, dan bertujuan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Pengertian ini senada dengan yang

dikemukakan oleh Santoso (1993:14) mengenai birokrasi yakni keseluruhan organisasi pemerintah, yang menjalankan tugas-tugas negara dalam berbagai unit organisasi pemerintah di bawah departemen dan lembaga-lembaga non-departemen, baik di pusat maupun di daerah, seperti ditingkat provinsi, kabupaten, kecamatan, maupun desa atau kelurahan.

Karena banyaknya fungsi daripada birokrasi ini, maka tugas pokok dan misi yang mendasari birokrasi dapat dibedakan atas tiga kategori (Abdullah, 1991:45), yaitu:

- a. Birokrasi pemerintahan umum, yaitu rangkaian organisasi pemerintahan yang menjalankan tugas-tugas pemerintahan umum termasuk memelihara ketertiban dan keamanan, dari tingkat pusat sampai daerah. Tugas birokrasi ini lebih bersifat *regulatif-function*.
- b. Birokrasi pembangunan, yaitu organisasi pemerintahan yang menjalankan salah satu bidang sektor yang khusus guna mencapai tujuan pembangunan, seperti pertanian, kesehatan, industri, pendidikan. Fungsi pokoknya adalah *development-function* atau *adaptif-function*.
- c. Birokrasi pelayanan, yaitu unit organisasi pemerintahan yang berhubungan langsung dengan masyarakat. Fungsi utamanya adalah *service* atau pelayanan langsung kepada masyarakat.

Dari ketiga kategori birokrasi dalam organisasi pemerintahan tersebut, salah satu diantaranya yakni birokrasi pelayanan sejalan dengan yang dikemukakan oleh Osborne (2004), Sinambela (2006), Dwiyanto (2006)

bahwa birokrasi adalah merupakan institusi moderen yang wajib ada dalam konteks penyelenggaraan pelayanan publik (*public service*). Birokrasi pelayanan sebagaimana dimaksudkan di atas adalah yang berhubungan langsung dengan tema kajian ini yakni penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat. Sekalipun tugas pemerintahan dalam bidang kesehatan juga termasuk kedalam bagian daripada birokrasi pembangunan yakni pembangunan bidang kesehatan, namun pembangunan dalam hal ini lebih dimaknai sebagai pelaksanaan program-program seperti pembangunan sarana dan prasarana fisik maupun pengembangan sumber daya manusia. Sedangkan pelayanan oleh birokrat lebih bermakna pada interaksi yang dilakukan oleh birokrat dengan warga masyarakat dalam memberikan pelayanan sebagai perwujudan daripada hasil-hasil pembangunan khususnya pada bidang kesehatan.

4. Perilaku Birokrat dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Konsep birokrat dalam konteks kajian ini diartikan sebagai orang yang bekerja pada institusi atau lembaga pemerintahan. Di Indonesia sendiri pengertian ini mengikut pada konsep birokrasi sebagai organisasi pemerintah, sehingga orang atau pegawai yang bekerja dalam lembaga birokrasi tersebut disebut sebagai birokrat atau pegawai pemerintah.

Birokrasi pelayanan publik adalah lembaga pemerintah yang sehari-hari selalu bersentuhan dengan kepentingan dan kebutuhan masyarakat.

Penyelenggaraan pelayanan publik merupakan kewajiban pokok pemerintah (birokrasi negara) untuk menyediakan dan menyelenggarakannya. Dalam kegiatan berpemerintahan sehari-hari yang diutamakan adalah pelayanan sehingga pelayanan merupakan hal penting yang mesti menjadi perhatian serius setiap lembaga birokrasi pemerintah.

Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan publik ikut ditentukan oleh perilaku aparatnya dalam mengemban misi sebagai pelayan masyarakat, namun dalam kenyataannya pelaksanaan pelayanan publik belum optimal karena tidak tersedianya aparat pelayanan yang profesional, berdedikasi, akuntabel dan responsif serta loyal terhadap tugas dan kewajibannya sebagai abdi negara dan pelayanan masyarakat.

Perilaku birokrat yang ditunjukkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat merupakan cerminan daripada perilaku birokrasi tersebut secara institusional. Sehingga hal tersebut merupakan kondisi utama bagi terciptanya iklim yang mampu menumbuhkan kepercayaan masyarakat. Cara pandang birokrasi terhadap pelayanan dan kualitasnya sangat menentukan tindakan yang akan diambil dan kelancaran pelayanan yang diberikan oleh organisasi.

Penelusuran kepustakaan tentang perilaku birokrasi sebagaimana dikemukakan oleh Thoha (1991:185), bahwa konsep ini jarang ditemui dalam literatur barat, yang sering digunakan adalah konsep perilaku organisasi (*organizational behavior*) atau perilaku administrasi (*administratif behavior*)

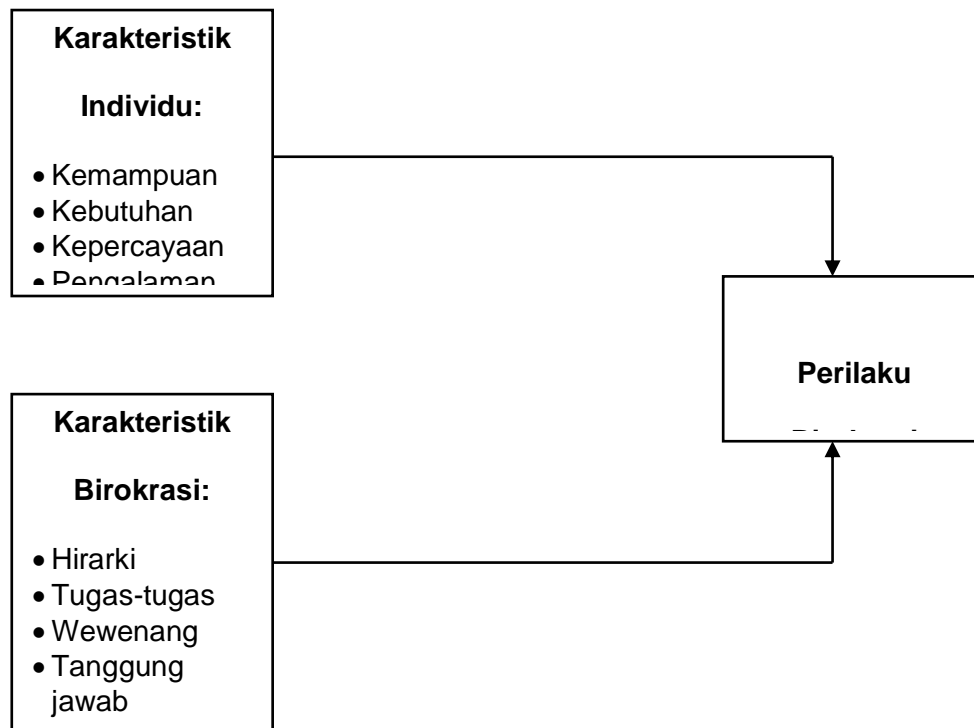
yang digunakan oleh Simon. Thoha menggunakan istilah perilaku birokrasi untuk memberikan penekanan tentang bagaimana sikap dan aktivitas birokrasi yang cocok dengan lingkungannya. Lebih lanjut dijelaskan bahwa, birokrasi merupakan sistem yang mencoba memahami perilaku-perilaku di dalam organisasi bisa tetap rasional sehingga usaha pencapaian tujuan organisasi yang ada tetap bisa efektif.

Sifat-sifat rasionalitas inilah sebenarnya merupakan esensi utama dari birokrasi dalam menjalankan fungsinya. Ketika rasionalitas ini hilang, maka fungsi birokrasi tidak lagi berjalan sebagaimana mestinya. Rasionalitas dalam birokrasi sangat dipengaruhi oleh perilaku individu atau manusia yang berada dalam birokrasi tersebut.

Sebagaimana telah dijelaskan di depan, menurut Thoha bahwa perilaku merupakan fungsi dari interaksi antara seorang individu dengan lingkungannya. Dari definisi tersebut mengandung pengertian bahwa perilaku seseorang itu tidak hanya ditentukan oleh dirinya sendiri, melainkan ditentukan sampai seberapa jauh interaksi antara dirinya dengan lingkungannya. Lebih lanjut dijelaskan oleh Thoha (1991:186) bahwa perilaku birokrasi pada hakikatnya merupakan hasil interaksi antara individu-individu dengan organisasinya. Oleh karena itu untuk memahami perilaku birokrasi sebaiknya diketahui terlebih dahulu individu-individu sebagai pendukung organisasi tersebut.

Adapun model perilaku birokrasi sebagai hasil interaksi antara individu dengan lembaga birokrasi digambarkan oleh Thoha (1991:187) sebagaimana dapat dilihat pada gambar 2.4. Berdasarkan model interaksi karakteristik individu dengan karakteristik birokrasi yang menyebabkan terjadinya perilaku birokrasi sebagaimana yang dikemukakan oleh Thoha tersebut, dijelaskan bahwa dalam organisasi birokrasi terdapat individu-individu yang membawa karakteristiknya masing-masing yang berbeda antara individu yang satu dengan lainnya ke dalam tatanan birokrasi, seperti kemampuan, kepercayaan pribadi, pengharapan, kebutuhan, dan pengalaman. Karakteristik tersebut terbawa oleh individu setiap memasuki suatu lingkungan baru termasuk birokrasi atau organisasi lainnya.

Gambar 2.4. Model perilaku birokrasi



Sumber: Thoha, (1991:187).

Sementara birokrasi sebagai suatu sistem untuk merasionalkan organisasi itu juga mempunyai karakteristik sendiri. Karakteristik tersebut menurut Thoha (1991:187) meliputi adanya keteraturan yang diwujudkan dalam susunan hirarki, adanya pembagian kerja, adanya tugas-tugas dalam jabatan tertentu, adanya wewenang dan tanggung jawab, adanya sistem penggajian tertentu, adanya sistem kontrol dan lain sebagainya. Interaksi dari kedua elemen tersebut yang menyebabkan munculnya perilaku birokrasi yang juga memiliki karakteristik sendiri.

Hampir sama dengan model perilaku birokrasi yang digambarkan di atas, Supriatna (1997:47) secara lebih spesifik menunjukkan bahwa perilaku birokrasi pemerintahan sebagai hasil interaksi antara karakteristik individu/aparat dengan karakteristik birokrasi. Adapun karakteristik individu/aparat meliputi kemampuan fisiologi (fisik dan mental), kemampuan psikologis (persepsi, sikap, kepribadian dan motivasi), dan kemampuan lingkungan (keluarga, kelas sosial dan budaya). Sedangkan karakteristik birokrasi terdiri atas struktur dan hirarki kekuasaan, pembagian tugas dan wewenang, sistem dan prosedur formal, hubungan impersonal, sistem karier dan promosi, sistem penggajian, manajemen dan kepemimpinan, komunikasi, koordinasi dan interaksi.

Sesuai dengan pandangan Thoha dan Supriatna di atas dapat dikatakan bahwa faktor determinan utama dalam penyelenggaraan pelayanan baik pada sektor publik maupun dalam pelayanan privat adalah manusia yang memberikan pelayanan. Manusia memegang posisi strategis yang menentukan efektif atau berhasilnya penyelenggaraan pelayanan. Sebaik apapun regulasi yang mengatur penyelenggaraan pelayanan publik, jika manusia atau aparat penyelenggara pelayanan tidak baik, maka penyelenggaraan pelayanan tersebut tidak akan mencapai sasarannya yakni memberikan kepuasan kepada masyarakat.

Perilaku birokrasi sebagaimana dijelaskan diatas merupakan fungsi interaksi antar faktor individu dengan lingkungan. Adanya pengaruh aspek lingkungan tersebut seperti faktor sosio-kultural memberi implikasi berbeda terhadap perilaku individu dalam birokrasi terutama dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Oleh sebab itu aspek sosio-kultural ini tidak dapat diabaikan keberadaannya. Pendapat ini ditegaskan oleh Jreisat (1989:35-40) dari hasil kajian yang dilakukan untuk mengkaji perbandingan pola perilaku birokrat di Negara Arab Saudi dan Amerika Serikat dengan mengadopsi teori motivasi “dua faktor” dari Herzberg, menemukan bahwa aspek yang paling memotivasi birokrat di Negara Arab Saudi adalah karena ingin memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat, sementara birokrat di Amerika Serikat memberikan pelayanan kepada masyarakat merupakan kesempatan menggunakan pengetahuan dan keterampilan. Pada kajian tersebut

disimpulkan bahwa faktor individu tetap berpengaruh terhadap birokrat. Namun perbedaan motivasi yang terjadi, lebih banyak disebabkan oleh sosio-kultural yang berlaku pada dua negara tersebut (Hasbi, 2008:151).

Aspek perilaku aparat ini di Indonesia pada khususnya seringkali menghambat efektifnya penyelenggaraan pelayanan, hasil studi Dwiyanto (2003:5) yang meneliti tentang kinerja pelayanan publik menempatkan unsur manusia ini sebagai salah satu aspek yang menyebabkan rendahnya kualitas kinerja pelayanan publik. Variabel yang dijadikan parameter oleh Dwiyanto dalam penelitiannya yakni efisiensi, efektivitas, responsivitas, kesamaan perlakuan, dan besar kecilnya rente birokrasi.

Salah satu tugas birokrasi pemerintah adalah menyelenggarakan pelayanan publik, yakni sebuah kegiatan pemenuhan kebutuhan dasar warga masyarakat (Hasniati, 2010). Organisasi publik dibentuk atau didirikan karena adanya kebutuhan masyarakat yang akan dilayani. Sama halnya dengan organisasi bisnis dibentuk karena adanya kebutuhan masyarakat yang merupakan peluang bisnis. Meskipun birokrasi publik memiliki karakteristik yang berbeda dengan organisasi bisnis, tetapi dalam menjalankan misi, tujuan dan programnya menganut prinsip-prinsip efisiensi, efektivitas, dan menempatkan masyarakat sebagai stakeholder yang harus dilayani secara optimal.

Pandangan tentang perilaku birokrasi sebagaimana dijelaskan di atas, dapat dimaknai bahwa kultur birokrasi yang seharusnya lebih menekankan

pada pelayanan publik, namun hal itu tidak dapat dilakukan secara efektif oleh birokrasi di Indonesia pada khususnya sehingga masih banyak masyarakat yang kecewa terhadap pelayanan birokrasi terutama yang terkait dengan perilaku birokrasi penyelenggara pelayanan publik.

Statemen tersebut dipertegas dalam temuan Dwiyanto (2002) yang menjelaskan bahwa hal demikian disebabkan oleh dua faktor yakni faktor struktural dan kultural. Pertama, secara struktural kondisi tersebut merupakan implikasi dari sistem politik orde baru yang menempatkan birokrasi tidak lebih dari sekedar instrumen politik kekuasaan daripada agen pelayanan publik. Sekalipun reformasi politik dan birokrasi telah dilakukan sejak lebih dari satu dasa warsa yang lalu, namun perilaku tersebut masih saja sering dijumpai terutama dalam penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat. Kedua, secara kultural, tidak efektifnya penyelenggaraan pelayanan publik lebih disebabkan karena akar sejarah kultural feodalistik birokrasi yang mengakar dalam budaya Indonesia. Seperti masih banyak terlihat diadopsinya kultur budaya priyayi yang sangat bersifat paternalistik.

Menurut Ismail (2009:12) bahwa aktualisasi dari sistem nilai priyayi (borjuis) membawa efek psikologis pada aparat birokrasi. Sehingga hal ini mengakibatkan birokrasi beserta aparatnya mengasumsikan sebagai pihak yang harus dihormati oleh masyarakat.

Terkait dengan hal tersebut, dijelaskan oleh Dwiyanto (2002) bahwa mental priyayi yang melekat pada sebagian aparat birokrasi sehingga membuat birokrasi tidak merasa berkewajiban untuk memberikan pelayanan

kepada masyarakat karena birokrasi bukan sebagai pelayan, melainkan justru masyarakatlah yang harus melayani dan mengerti keinginan birokrasi. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Nurmandi (2010:134) bahwa birokrasi patrimonial masih sangat mewarnai birokrasi pelayanan publik di Indonesia. Pada organisasi yang patrimonial, pola pelayanan akan sangat berorientasi pada pelayan dan bukan pada pelanggan.

Apa yang dikemukakan di atas, jauh sebelumnya sudah dijelaskan oleh Riggs (1998) dalam bukunya yang mengupas tentang teori masyarakat prismatic, dijelaskan bahwa birokrasi di negara berkembang seperti halnya Indonesia, masyarakatnya ditandai oleh ciri masyarakat sedang dalam proses transisi dari masyarakat tradisional menuju masyarakat moderen, dalam birokrasinya ditandai oleh karakteristik seperti birokrasi yang paternalistik, formalistik, tumpang tindih (*over lapping*), nepotisme dan mekanistik. Dalam birokrasi pemerintahan seperti itu masih dapat dijumpai berbagai bentuk perilaku yang orientasinya pada status, struktur yang statis dan mekanistik, sikap mental yang kental dengan seremonial dan sloganisme, kurang profesional, dan poliferasi birokrasi yang ditandai dengan budaya birokrasi paternalistik, sehingga akan menjadi penghambat terhadap penyelenggaraan pelayanan publik. Birokrasi semacam itu dinamakan oleh Riggs sebagai "*Sala Model*".

Terkait dengan perilaku birokrasi yang tidak efektif dalam menyelenggarakan pelayanan, dalam konteks term birokrasi sebagaimana telah dijelaskan di atas, hal tersebut termasuk kedalam pengertian birokrasi

sebagai patologi (Santoso, 1993:14). Patologi birokrasi bisa juga diartikan sama dengan penyakit birokrasi. Ismail (2009:13) mengartikan patologi birokrasi sebagai persoalan atau permasalahan yang terjadi dalam penyelenggaraan pemerintahan akibat kinerja birokrasi tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan publik secara optimal. Patologi birokrasi dapat saja berwujud misalnya para agen pemerintah atau para birokrat tidak mampu memberikan kepuasan publik (Teruna, 2007).

Sementara Siagian (1994:91) menyebutkan salah satu bentuk patologi birokrasi yaitu disebabkan karena kurangnya atau rendahnya pengetahuan dan keterampilan para petugas pelaksana berbagai kegiatan operasional, dan juga dimanifestasikan dalam perilaku para birokrat yang bersifat disfungsional atau negatif. Selanjutnya dikemukakan bahwa perilaku birokrasi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat harus bersifat adil, peduli, disiplin, peka dan tanggung jawab. Dan apabila hal tersebut tidak terlaksana, maka terjadilah disfungsional birokrasi atau *mal-administration*. Kedua hal tersebut dalam terminologi birokrasi disebut sebagai patologi birokrasi.

Berkenaan dengan kinerja birokrasi yang buruk, secara detail ruang lingkup patologi birokrasi dijelaskan oleh Smith sebagaimana dikutip oleh Ismail (2009) dengan memetakan atas dua konsep patologi yaitu:

- a. *Disfunctions of bureaucracy*, yakni berkaitan dengan struktur, aturan dan prosedur atau berkaitan dengan karakteristik birokrasi atau birokrasi secara kelembagaan yang jelek sehingga tidak mampu mewujudkan

kinerja yang baik, atau erat kaitannya dengan kualitas birokrasi secara institusional.

- b. *Mal-administration*, yakni berkaitan dengan ketidakmampuan atau perilaku yang dapat disogok, meliputi: perilaku korup, tidak sensitif, arogan, misinformasi, tidak peduli dan bias, atau erat kaitannya dengan kualitas sumber daya manusianya atau birokrat yang ada didalam birokrasi.

Mal-administrasi sebagaimana dijelaskan oleh Hartono, dkk (2003) dalam buku Panduan Investigasi untuk ombudsman Indonesia memberikan pengertian tentang mal-administrasi sebagai perilaku yang tidak wajar (termasuk penundaan pemberian pelayanan), tidak sopan dan kurang peduli terhadap masalah yang menimpa seseorang disebabkan oleh perbuatan penyalahgunaan kekuasaan termasuk penggunaan kekuasaan secara semena-mena atau kekuasaan yang digunakan untuk perbuatan yang tidak wajar, tidak adil, intimidatif atau diskriminatif, dan tidak patut didasarkan seluruhnya atau sebagian atas ketentuan undang-undang atau fakta, tidak masuk akal, atau tidak berdasarkan tindakan *unreasonable, unjust, oppressive, improper* dan diskriminatif.

Pendapat Masthuri yang dikutip oleh Hasniati (2010) mengklasifikasi bentuk dan jenis mal-administrasi atas enam kategori, diantara kategori tersebut yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan secara langsung, seperti pelaksanaan pelayanan kesehatan yaitu (1) mal-administrasi yang

terkait dengan ketepatan waktu dalam proses pemberian pelayanan umum, tindakan ini dapat berwujud seperti penundaan berlarut, tidak menangani, dan melalaikan kewajiban; (2) bentuk mal-administrasi yang mencerminkan keberpihakan, implikasi dari bentuk ini adalah menimbulkan rasa ketidakadilan dan diskriminasi, wujudnya dapat berupa persekokongkolan, kolusi dan nepotisme, bertindak tidak adil, dan nyata-nyata berpihak; (3) bentuk mal-administrasi yang mencerminkan pelanggaran terhadap hukum dan peraturan perundang-undangan, seperti pelanggaran undang-undang, perbuatan melawan hukum; (4) mal-administrasi yang terkait dengan kewenangan/kompetensi atau ketentuan yang berdampak pada kualitas pelayanan yang diberikan pejabat publik kepada masyarakat, seperti diluar kompetensi, tidak kompeten, intervensi, dan penyimpangan prosedur; (5) bentuk mal-administrasi yang mencerminkan sikap arogansi seorang pejabat publik, seperti bertindak sewenang-wenang, penyalahgunaan wewenang, bertindak tidak layak/tidak patut; (6) bentuk mal-administrasi yang mencerminkan sebagai bentuk korupsi secara aktif, seperti permintaan imbalan uang.

Segala bentuk mal-administrasi seperti dijelaskan di atas berpeluang besar untuk terjadi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, hal ini disebabkan karena proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan secara langsung dimana pihak pemberi pelayanan selalu berhadapan (kontak langsung) dengan pihak yang dilayani. Berbeda halnya dengan jenis pelayanan lain seperti pelayanan administratif dimana pihak penyelenggara

layanan dengan pihak yang dilayani dapat saja tidak melakukan kontak langsung dalam proses layanan sehingga dapat diterapkan model pelayanan melalui sistem *electronic government (E-Gov)*. Seperti dikatakan Hasniati (2010) bahwa praktek-praktek yang memberi peluang dan mengakibatkan terjadinya mal-administrasi memang dimungkinkan dalam penyediaan layanan melalui kontak langsung.

Statement tersebut terbukti dari hasil studi Prottas terhadap birokrasi pelayanan sosial untuk warga negara yang tidak mampu, ditemukan bahwa perilaku aparat pelayan di tingkat bawah sangat tergantung pada perilaku klien yang dilayani. Bilamana kliennya sangat menuntut, agresif dan banyak mengetahui tentang pelayanan, perilaku aparat cenderung kurang responsif. Sebaliknya, bilamana perilaku kliennya kooperatif, perilaku aparat cenderung responsif. Dalam kasus ini perilaku aparat pada tingkat bawah akan cenderung menghindar pada situasi dan kondisi pelayanan publik dimana kliennya sangat agresif dan menuntut, sebaliknya perilaku mereka akan lebih responsif dan ramah pada klien yang kurang menuntut (Nurmandi, 2010:128).

Wujud perilaku birokrat dalam pelayanan publik seperti dikemukakan di atas adalah salah satu bentuk dari mal-administrasi, dan segala bentuk mal-administrasi tersebut sesungguhnya merupakan wujud daripada patologi birokrasi. Istilah patologi birokrasi telah disebut oleh Osborne dan Gaebler, Sinambela, Mazur, Koll, Peregudov, dan Prasojo. Bentuk patologi tersebut

ditinjau dari perspektif perilaku birokrat merefleksikan bahwa birokrat sebagai pemilik kewenangan menyelenggarakan pemerintahan tentu memiliki kekuasaan relatif yang sangat rentan terhadap dorongan untuk melakukan hal-hal yang menguntungkan diri dan kelompoknya yang diwujudkan dalam berbagai perilaku buruk. Dikaitkan dengan patologi birokrasi dalam penyelenggaraan pelayanan publik dalam perspektif perilaku, maka yang dijadikan indikator adalah berbagai perilaku buruk dari birokrat itu sendiri.

Pandangan Perry sebagaimana dikutip oleh Nurmandi (2010:134) dalam penelitiannya membedakan tiga motif birokrat organisasi publik dalam memberikan pelayanan publik, yaitu motif instrumental, motif normative, dan motif afektif, berikut penjelasannya:

- a. Motif instrumental mengacu kepada motif berpartisipasi dalam formulasi kebijakan publik, komitmen pada program publik untuk identifikasi pribadinya, dan advokasi pada kepentingan khusus, misalnya kepentingan pribadi atau kelompok.
- b. Motif normative mengacu kepada kehendak untuk melindungi kepentingan umum, loyalitas dan tugas pada pemerintah dan keadilan sosial.
- c. Motif afektif menunjukkan pada komitmen pada kepentingan umum dan patriotisme.

Sementara itu, James Q. Wilson (dalam Nurmandi, 2010:135) membagi tiga kategori birokrat dalam organisasi pelayanan publik secara hirarkis yakni operator, manajer dan eksekutif. Ketiga kategori birokrat tersebut

memiliki perbedaan sikap dan perilaku dalam memberikan pelayanan atau melaksanakan tugas kesehariannya. Dalam organisasi publik birokrat yang paling sering berhadapan langsung dengan masyarakat yang dilayani adalah yang berada pada hirarki terbawah yakni operator.

Adapun jenis perilaku birokrat bawah dalam menjalankan tugasnya. Sebagaimana dijelaskan oleh Wilson, yaitu mendefinisikan tugas sebagai goal, tugas dalam situasi tertentu yang berdasarkan pada tugas sehari-hari, mendefinisikan tugas sebagai harapan kelompok. Pada yang terakhir ini, perilaku organisasi publik tidak lebih sebagai jumlah dari perilaku rasional yang mementingkan diri sendiri. Dalam situasi tertentu, solidaritas kelompok menjadi sumber motivasi dari penentu dalam mendefinisikan tugas yang dapat dilakukan atau yang tidak dilakukan. Dapat pula dalam mendefinisikan tugas, birokrat mendasarkan pada pengalaman sebelumnya (Nurmandi, 2010:135).

Apa yang dikemukakan oleh Wilson dari hasil penelitiannya dapat dicatat bahwa sikap aparat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sangat tergantung kepada sikap mereka pada evaluasi sejauh mana *reward* dan *pinalti* (hukuman) yang diperoleh dari tindakan yang dilakukan. Dengan kata lain apakah tindakan dalam memberikan pelayanan kepada seorang anggota masyarakat akan memperoleh ganjaran yang cukup baik berupa materiil maupun immateriil. Sebaliknya bilamana aparat melihat

bahwa perilakunya akan memperoleh hukuman maka cenderung akan menghindar.

Pemerintah sebagai penanggungjawab pelayanan publik menempati posisi strategis dan sangat menentukan, hal tersebut tidak lain disebabkan karena pemerintah memiliki hak monopoli terhadap pelayanan-pelayanan tertentu. Sehubungan dengan itu sehingga aspek kemampuan dan perilaku menjadi determinan penting yang menentukan keberhasilan pelayanan (Rakhmat, 2009:123). Terkait dengan hal itu, menurut Said, 1993 (dalam Rakhmat, 2009:123-124) terdapat tiga kondisi perilaku aparatur pemerintah yang perlu diciptakan dalam rangka meningkatkan pelayanan, yaitu: (1) terbuka, yakni bahwa perilaku aparatur pemerintah dalam sistem administrasi yang ada perlu transparan terutama terhadap pengelolaan pelayanan masyarakat; (2) manfaat, yaitu keterlibatan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan dapat mendatangkan manfaat bagi kepentingan seluruh masyarakat, sekalipun kemanfaatan tersebut tidak selalu sama dengan makna keuntungan yang bersifat ekonomi; (3) berkelanjutan, yakni perilaku aparatur pemerintah dalam kegiatan pelayanan publik hendaknya berlangsung secara kontinyu berhubungan dengan masyarakat, dan dengan perilaku aparatur yang baik diharapkan mampu membuka diri berkomunikasi dengan masyarakat.

Penjelasan dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, Pasal 34 secara tegas disebutkan perilaku yang harus ditampilkan aparat dalam

memberikan pelayanan publik terdapat 15 poin bentuk perilaku, yaitu: (1) adil dan tidak diskriminatif, (2) cermat, (3) santun dan ramah, (4) tegas, andal, dan tidak memberikan putusan yang berlarut-larut, (5) profesional, (6) tidak mempersulit, (7) patuh pada perintah atasan yang sah dan wajar, (8) menjunjung tinggi nilai-nilai akuntabilitas dan integritas institusi penyelenggara, (9) tidak membocorkan informasi atau dokumen yang wajib dirahasiakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan, (10) terbuka dan mengambil langkah yang tepat untuk menghindari benturan kepentingan, (11) tidak menyalahgunakan sarana dan prasarana serta fasilitas pelayanan publik, (12) tidak memberikan informasi yang salah atau menyesatkan dalam menanggapi permintaan informasi serta proaktif dalam memenuhi kepentingan masyarakat, (13) tidak menyalahgunakan informasi, jabatan, dan/atau kewenangan yang dimiliki, (14) sesuai dengan kepatutan, (15) tidak menyimpang dari prosedur.

Berdasarkan penjelasan yang diuraikan di atas Keseluruhan perilaku birokrasi sesungguhnya tercermin pada pelayanan yang diberikan kepada seluruh masyarakat. Kewajiban birokrasi dalam memberikan pelayanan masyarakat tidak lain karena pemberian pelayanan adalah salah satu wujud daripada fungsi dari pemerintahan. Sebagaimana dijelaskan oleh Moenir (1995:41) bahwa hak atas pelayanan itu sifatnya sudah universal, berlaku terhadap siapa saja yang berkepentingan atas hak itu, dan oleh organisasi apapun juga yang tugasnya menyelenggarakan pelayanan. Sedangkan

Rasyid (2002:71) mengatakan bahwa pemenuhan kegiatan kebutuhan masyarakat berkenaan dengan hak-hak dasar dan hak pemberian yang wujudnya dapat berupa jasa dan layanan. Pelayanan tidak lain adalah fungsi hakiki dari pemerintah.

B. Teori *Street-Level Bureucracy* dan *Coping Behaviors*

1. Konsep dan Pengertian *Coping Behaviors*

Secara etimologi istilah *coping* berasal dari kata bahasa Inggris yakni *cope*. Dalam Kamus Bahasa Inggris-Indonesia (Echols dan Sadily, 1990:147) disebutkan kata *cope* sebagai kata kerja *intransitif* yang memiliki beberapa arti yakni menanggulangi, mengatasi, atau menguasai. Sebagai kata kerja dasar (*infinitives*) kata *cope* dalam pemaknaan sebagai kegiatan yang sedang berlangsung berubah menjadi kata *coping* (penambahan *ing* dibelakang kata *cope* digunakan untuk menyatakan suatu perbuatan atau keadaan yang masih atau sementara berlangsung).

Berdasarkan tinjauan etimologis dari kata *cope* tersebut dalam penggunaan konsep ini pada kegiatan manajemen atau untuk menyatakan suatu keadaan atau kegiatan yang sedang berlangsung maka konsep yang digunakan adalah *coping*. Istilah *koping* (*coping*) dalam beberapa literatur banyak dijumpai penggunaannya pada literatur tentang psikososial. Dari beberapa penjelasan tentang konsep *coping* ini dapat diketahui bahwa *coping* tidak lain adalah perilaku yang dilakukan oleh

individu untuk menanggulangi, mengatasi atau menguasai keadaan tertentu. Dapat juga dimaknai sebagai pengalihan sesuatu masalah atau situasi yang dihadapi.

Penggunaan istilah *coping* ini pada konsep psikososial seperti yang dijelaskan oleh Smet (1994) bahwa *coping* adalah cara atau perilaku yang dilakukan individu untuk menghindari atau mengalihkan perasaan hati yang menekan atau stres. Sementara Stuart dan Laraia (2005) mendefinisikan *coping* sebagai upaya perilaku dan kognitif seseorang dalam menghadapi ancaman fisik dan psikososial.

Fleming, et.al (1984) mengartikan *coping* sebagai respon terhadap stres, yaitu apa yang dirasakan, dipikirkan dan dilakukan oleh individu untuk mengontrol, mentolerir dan mengurangi efek negatif dari situasi yang dihadapi. *Coping* adalah cara yang dilakukan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, atau respon terhadap situasi yang mengancam. Upaya individu dapat berupa perubahan cara berpikir (kognitif), perubahan perilaku atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan stres yang dihadapi. *Coping* yang efektif akan menghasilkan adaptasi.

Berdasarkan definisi dan pengertian tentang coping tersebut, dapat disimpulkan bahwa coping adalah mekanisme atau cara yang digunakan individu dalam menanggulangi, mengatasi, menyelesaikan atau mengalihkan

masalah, menguasai atau mengatasi perubahan yang dihadapi atau beban yang diterima dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Terdapat macam-macam mekanisme *coping* yang sering digunakan oleh individu dalam mengatasi masalah yang dihadapi.

Mekanisme *coping* adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999). Pendapat dari Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa mekanisme *coping* adalah suatu keadaan dimana seseorang harus bisa menyesuaikan diri terhadap masalah yang dihadapinya. Sementara menurut Lazarus dan Folkman sebagaimana dikutip oleh Friedman (2003) dijelaskan bahwa mekanisme *coping* merupakan suatu perubahan yang konstan dari usaha kognitif dan tingkah laku untuk menata tuntutan eksternal dan internal yang dinilai sebagai hal yang membebani atau melebihi sumber daya individu.

Berdasarkan pengertian dan definisi tersebut dapat dikatakan bahwa mekanisme *coping* merupakan reaksi individu ketika menghadapi suatu tekanan dan bagaimana individu tersebut menanggulangi, menguasai atau mengatasi tekanan yang dihadapi. Dalam konteks organisasi, mekanisme *coping* dapat juga diartikan sebagai perilaku pemecahan masalah yang bertujuan untuk meredakan ketegangan dalam melaksanakan tugas pelayanan kepada masyarakat.

Mekanisme *coping* menurut penggolongannya dapat dibagi menjadi dua (2), seperti dijelaskan oleh Stuart dan Laraia (2005) yaitu:

a. Mekanisme *coping* positif (adaptif)

Mekanisme *coping* ini mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, atau berbagai aktivitas konstruktif.

b. Mekanisme *coping* negatif (*mal-adaptif*)

Mekanisme *coping* yang sifatnya menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah dapat dilihat seperti pada aktivitas bekerja berlebihan, atau perilaku menghindar.

Penggunaan konsep *coping* ini dalam literatur administrasi publik, sepanjang penelusuran dalam studi pustaka yang dilakukan belum banyak ahli yang menggunakan istilah konsep ini. Lipsky yang mula-mula memunculkan teori *street-level bureaucracy* sudah mengidentifikasi dalam penyelenggaraan pelayanan oleh *street-level bureaucrat* kadangkala memunculkan mekanisme *coping* pada perilaku pelayanan yang dilaksanakan. Studi selanjutnya seperti yang dilakukan oleh Winter juga melihat *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dalam mengimplementasikan kebijakan-kebijakan sosial. Studi Winter ini menggunakan pendekatan sebagaimana yang digunakan oleh Lipsky, hanya

saja dijelaskan oleh Winter (2002) terkait dengan *coping behaviors* ini bahwa Lipsky berhasil mengidentifikasi bentuk-bentuk *coping* itu tetapi belum sampai menganalisis lebih jauh faktor yang menyebabkan munculnya *coping behaviors* tersebut.

2. Teori Michael Lipsky tentang *Street-Level Bureaucracy*

Michael Lipsky dalam bukunya *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services* yang diterbitkan pada tahun 1980 mendefinisikan konsep *street-level bureaucrats*. Dalam Bahasa Indonesia konsep *street-level bureaucrats* dialihbahasakan ke dalam bahasa Indonesia oleh beberapa penulis dengan berbagai istilah seperti birokrat garis depan, birokrat jalanan, dan petugas pelaksana tingkat lapangan. Karena tidak adanya konsep yang sama yang digunakan untuk menterjemahkan konsep *street-level bureaucracy* sebagaimana yang dimaknai oleh Lipsky dan untuk menghindari pengaburan makna, maka dalam tulisan ini tetap digunakan konsep sebagaimana bahasa aslinya yakni *street-level bureaucrats* untuk menunjukkan pengertian konsep yang sama dengan individu-individu (birokrat) pelaksana pekerjaan-pekerjaan pemerintah yang bersentuhan langsung dengan warga masyarakat ketika melaksanakan pekerjaannya sebagai aktor pelaksana tugas kedinasan (birokrasi).

Street-level bureaucracy dipahami sebagai *public service workers who inter-act directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in the execution of their work*. Dalam pandangan Lipsky

(1980:3) disebutkan bahwa *bureaucrats who not only deliver but actively shape policy outcomes by interpreting rules and allocating scarce resources. Through their day-to-day routines and the decisions they make, these workers in effect produce public policy as citizens experience.*

Berdasarkan pengertian tersebut dapat dijelaskan bahwa *street-level bureaucracy* sebagai pegawai publik yang berinteraksi secara langsung dengan masyarakat dalam mengimplementasikan kebijakan publik, yang mana dalam melaksanakan pekerjaannya seringkali memiliki kebijaksanaan sendiri dalam bentuk diskresi. Mengacu pada pengertian tersebut, ada beberapa pegawai-pegawai publik yang dicontohkan oleh Lipsky sebagai *street-level bureaucrats* yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat seperti pekerja pada lembaga pendidikan (guru), petugas kepolisian, atau pegawai-pegawai yang bersentuhan langsung dengan kesejahteraan masyarakat termasuk dalam hal ini adalah petugas pemberi layanan kesehatan pada pusat pelayanan kesehatan Masyarakat seperti dokter, perawat, petugas administrasi kesehatan, dan lain-lain.

Street-level bureaucracy sebagaimana dijelaskan oleh Winter (2002:2) adalah bidang kerja yang berinteraksi langsung dengan warga dalam menerapkan dan melaksanakan kebijakan publik. Oleh sebab itu para *street-level bureaucrats* ini merupakan aktor penting dalam proses implementasi kebijakan. Sebagaimana dijelaskan oleh Winter bahwa sebuah

kebijakan hanyalah berupa kertas jika tidak dilaksanakan atau disampaikan oleh aparat birokrasi kepada warga masyarakat.

Penjelasan Lipsky (1980:4) mengenai *street-level bureaucracy* ini dikatakan bahwa sebagai aktor yang penting dalam melaksanakan kebijakan publik dan berinteraksi dengan masyarakat yang dilayani, para birokrat ini memiliki banyak pola perilaku dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, sementara pola perilaku tersebut tidak seragam dan berbeda-beda antara instansi maupun antara individu satu dengan yang lain dalam membuat kebijakan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Lebih lanjut dijelaskan oleh Lipsky bahwa sikap dan perilaku *street-level bureaucrats* dipengaruhi oleh norma dan budaya masyarakat dimana *street-level bureaucrats* tersebut bekerja.

Tugas pekerjaan yang dilaksanakan oleh *street-level bureaucrats* adalah pekerjaan yang bersifat teknis sehingga kebijakan-kebijakan yang diambil terkait dengan implementasi kebijakan adalah yang bersifat teknis juga. Pada umumnya pola pekerjaan *street-level bureaucrats* bersifat rutin, dan sehari-hari cenderung menghadapi pekerjaan yang sama. Pola interaksi dengan warga cukup intens sehingga hubungan antara petugas dengan warga masyarakat cukup dekat dan bahkan kadang-kadang terus bersentuhan langsung setiap hari. Misalnya saja petugas kesehatan yang bekerja di Puskesmas secara berkala atau setiap saat dapat berinteraksi dengan warga masyarakat karena pilihan masyarakat pada Puskesmas

sebagai tempat berobat berlangsung secara relatif tetap, karena biasanya warga yang berobat pada Puskesmas adalah mereka yang menetap di wilayah Puskesmas bersangkutan.

Berdasarkan penjelasan-penjelasan mengenai konsep *Street-Level Bureaucracy* menunjukkan bahwa ruang lingkup *street-level bureaucracy* ini mencakup semua tingkatan organisasi yang berada pada level paling dasar dari sebuah struktur organisasi birokrasi atau berada pada tataran *lower management*. Sehingga dengan posisi seperti ini, maka *street-level bureaucracy* memiliki substansi layanan yang diberikan selalu berinteraksi langsung dengan warga masyarakat yang dilayaninya.

Pejabat atau pegawai yang menempati posisi pada tataran *street-level bureaucrats* ini umumnya memiliki keahlian yang cukup strategis dan bukan hanya melaksanakan tugas formal rutin, tetapi juga menjadi mediator antara masyarakat dengan organisasi pemberi layanan secara umum. Sehubungan dengan itu *performance* organisasi dalam perspektif pelayanan publik sangatlah ditentukan oleh sejauhmana *street-level bureaucracy* ini mampu menerjemahkan berbagai kepentingan dan keinginan atau kebutuhan masyarakat terhadap birokrasi sebagai penyelenggara pelayanan publik.

Pendapat lain dari teori *street-level bureaucrats* menjelaskan bahwa sebagian besar dari masyarakat tidak membaca peraturan perundang-undangan dari sebuah kebijakan, sehingga diantara masyarakat yang ada sering menyangka bahwa apa yang dikerjakan dan diputuskan oleh *street-*

level bureaucrats dalam memberikan pelayanan adalah sudah sesuai aturan yang berlaku. Sekalipun beberapa kebijakan yang dilaksanakan itu sebenarnya melanggar atau menyimpang dari aturan yang ada. Namun perilaku *street-level bureaucrats* tersebut dinilai oleh masyarakat sebagai hukum atau aturan yang berlaku.

Kenyataannya seringkali dijumpai sebuah kebijakan mengalami perubahan atau distorsi dari apa yang dirumuskan sebelumnya. Pada situasi inilah peran *street-level bureaucrats* menjadi pengambil keputusan yang penting (Lipsky, 1980:82). Sebagai pengambil keputusan, posisi *street-level bureaucrats* seringkali harus melakukan diskresi ketika menghadapi suatu masalah yang berkaitan dengan tugas pekerjaannya dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Menurut Lipsky (1980:82) bahwa peran *street-level bureaucrats* sebagai pengambil kebijakan berkaitan dengan dua hal, yakni: (1) terkait dengan tugas mereka dalam melayani masyarakat dimana mereka berinteraksi, dan (2) terkait dengan kebijakan yang diambil oleh lembaga (agen) yang diwakilinya.

Diskresi pada dasarnya merupakan bentuk katup pengaman yang dapat digunakan oleh *street-level bureaucrats* dalam mengatasi kesenjangan kebijakan terutama yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dengan kebutuhan riil masyarakat di daerah yang lebih dinamis. Masih sering dijumpai adanya kebijakan atau peraturan yang dioperasionalkan di daerah yang ternyata kurang sesuai dan tidak menjawab kebutuhan masyarakat.

Selain daripada itu keterbatasan-keterbatasan sumber daya yang dimiliki oleh *street-level bureaucracy* juga kadangkala luput dari perhatian para pembuat kebijakan di tingkat pusat. Memang tidak dapat dihindari kesiapan sumber daya selalu terbatas karena tidak ada kebijakan yang dapat mengidentifikasi semua kemungkinan yang bisa terjadi dalam penerapannya, dimana penyelenggaraan pelayanan sifatnya sangat dinamis.

Terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik, pemanfaatan ruang diskresi oleh birokrat menjadi penting, karena faktor keterbatasan yang sering muncul pada saat pelaksanaan pelayanan yang sulit diidentifikasi dan dihindari. Sebagaimana disebutkan oleh John Locke (dalam Astuti, 2009:31) bahwa diskresi merupakan persyaratan untuk menjalankan pemerintahan yang efektif dan efisien. Ia menegaskan bahwa untuk pelayanan publik kadangkala diperlukan kewenangan diskresi yang tidak diatur dalam undang-undang atau kebijakan tertentu bahkan bisa jadi bertentangan dengan peraturan yang ada. Kewenangan diskresi diperlukan karena tidak ada undang-undang atau peraturan yang mampu mengantisipasi setiap kejadian dan konsekuensi-konsekuensi yang tidak diinginkan. Tindakan diskretif yang diambil oleh pejabat birokrasi tidak lain untuk memecahkan permasalahan yang timbul khususnya dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

Rendahnya kualitas pelayanan publik ini antara lain disebabkan oleh masih rendahnya profesionalisme birokrasi sehingga tidak mampu memanfaatkan ruang diskresi yang seharusnya dapat digunakan demi

meningkatkan responsivitas terhadap tuntutan masyarakat (Astuti, 2009:29). Perlunya pemanfaatan ruang diskresi ini khususnya dalam pelayanan publik terutama oleh *street-level bureaucrats*, hal ini tidak terlepas daripada tuntutan warga masyarakat akan tindakan pelayanan yang cepat dan efisien dari aparat penyelenggara layanan.

Penyelenggaraan pelayanan oleh *street-level bureaucrats* kadangkala menemui hambatan atau sering muncul kendala yang dihadapi oleh petugas penyelenggara layanan yang disebabkan oleh ketersediaan sumber daya yang terbatas, adanya regulasi yang memberikan batasan bertindak, dan lain sebagainya. Sebagaimana dijelaskan oleh Lipsky (1980:84) bahwa para birokrat yang berada pada *front liner* seringkali bekerja dengan sumber daya yang tidak memadai dalam beberapa keadaan dimana permintaan (*demand*) akan selalu meningkat untuk memenuhi penawaran (*supply*) layanan/jasa. Dalam pelayanan publik, khususnya pemberian pelayanan dasar seperti pelayanan kesehatan, biasanya masyarakat tidak mau tahu keterbatasan para birokrat sehingga mau tidak mau supaya pelayanan berjalan efektif atau terlaksana apa adanya maka biasanya *street-level bureaucrats* melakukan upaya-upaya pengendalian untuk mengatasi dan menanggulangi masalah terkait dengan pekerjaannya (*coping*).

3. *Coping Behaviors* oleh *Street-level Bureaucrats*

Street-level bureaucrats menempati posisi strategis dalam mengimplementasikan kebijakan. Sebagaimana diketahui implementasi kebijakan merupakan perwujudan daripada artikulasi kepentingan warga masyarakat yang telah diproses melalui formulasi kebijakan oleh berbagai *stakeholders* yang terlibat. Sebagian besar diantara kebijakan publik yang dirasakan langsung oleh warga masyarakat adalah melalui pelayanan publik.

Peran *street-level bureaucrats* sebagai pelaksana pelayanan publik seringkali menghadapi dilema. Sebagaimana diketahui dalam penyelenggaraan pelayanan publik pada umumnya terkait dengan berbagai aspek seperti jumlah dan variasi kelompok masyarakat yang dilayani, begitu juga dengan reaksi kelompok sasaran yang dilayani sedemikian cepat. Sementara pada sisi yang lain, pada umumnya *street-level bureaucrats* merasa bahwa sumber daya yang tersedia tidak mampu untuk mencukupi kebutuhan permintaan yang ditujukan kepadanya (Weatherley dan Lipsky, dalam Winter 2002:2).

Pandangan Lipsky tentang perilaku *street-level bureaucracy* dalam melaksanakan tugas pekerjaannya bahwa pada umumnya mereka selalu mencoba untuk melakukan pekerjaan yang baik dalam beberapa cara dan memenuhi persyaratan. Namun pada sisi yang lain *street-level bureaucracy* menghadapi dilema untuk menyatakan bahwa masalah *street-level bureaucracy* merupakan salah satu dari pengambil keputusan dalam kondisi

ketidakpastian dimana keputusan yang memuaskan tentang alokasi sumber daya harus didapatkan secara pribadi maupun organisatoris. Konteks kerja pada *street-level bureaucracy* menunjukkan pengembangan mekanisme dalam menyediakan layanan yang memuaskan dalam konteks di mana kualitas, kuantitas, dan tujuan khusus layanan tetap dibatasi.

Berbagai permasalahan yang dihadapi oleh *street-level bureaucracy* tersebut, untuk mengatasinya para *street-level bureaucracy* membuat sejumlah kesepakatan untuk mengatasi kekurangan yang ada dengan menggunakan berbagai trik atau cara, seperti mencoba mengurangi permintaan atas layanan mereka dengan melakukan pembatasan informasi tentang pelayanan, membiarkan klien menunggu, membuat akses terhadap pelayanan menjadi sulit, dan memaksakan berbagai biaya psikologis yang lain bagi klien (Winter, 2002:2). Terkait dengan hal tersebut Lipsky (1980) mengatakan bahwa tugas atau pekerjaan dalam suatu pengertian adalah tidak mungkin dilakukan dengan hal yang ideal atau sesuai dengan kebijakan yang telah dibuat, pada level implementasi kebijakan berbagai masalah dapat terjadi seperti terbatasnya sumber daya. Oleh sebab itu *street-level bureaucrats* selalu berupaya bagaimana mencapai tujuan pekerjaan dengan sumber daya yang tidak memadai, kontrol yang lemah, obyektivitas yang tidak menentu dan mengurangi fakta-fakta yang ada.

Perilaku birokrat seperti dicontohkan di atas merupakan strategi *coping* yakni suatu bentuk penyesuaian atau pengalihan yang dilakukan oleh aparat dalam memberikan pelayanan kepada warga masyarakat untuk

menyembunyikan kelemahan atau keterbatasan sumber daya yang dimiliki. Bentuk strategi *coping* dalam pelayanan yang lain adalah menjatah pelayanan dengan memberikan prioritas kegiatan yang dikonsentrasikan pada pembatasan jumlah klien yang dipilih, kasus-kasus, dan solusi (Lipsky, 1980). Sementara Winter (2002:3) menambahkan teori Lipsky dengan menggabungkannya dengan gagasan yang dikemukakan oleh March dan Simon tentang hukum *Gresham*, yakni menyelenggarakan kegiatan-kegiatan yang lebih dikuasai dan telah diprogram dengan baik melalui perencanaan yang matang.

Menurut Lipsky (1980:82) *street-level bureaucrats* cenderung memberi prioritas bagi kegiatan yang mudah dilakukan, kasus-kasus rutin yang telah diprogramkan dengan mengorbankan kegiatan yang lebih kompleks, yang tidak diprogramkan, dan kasus-kasus yang memakan waktu yang banyak. Demikian pula untuk program-program kegiatan yang dianggap mendesak dan sangat dibutuhkan oleh masyarakat biasanya lebih diprioritaskan dibandingkan dengan kegiatan-kegiatan preventif atau pencegahan, dan kegiatan yang tidak terjangkau dan tidak bisa dicapai, atau kegiatan-kegiatan yang memerlukan tindak lanjut. Pada kenyataan tersebut, dapat dikatakan bahwa *street-level bureaucrats* tidak ingin mengambil resiko yang terlalu besar terhadap apa yang dilakukannya. Umumnya mereka melakukan kegiatan yang lebih mudah dilaksanakan dan tidak memerlukan perhatian yang lebih serius.

Faktor penyebab *street-level bureaucrats* melakukan *coping behaviors* tersebut, sebagaimana dikatakan oleh Lipsky (1980:83) adalah karena para *street-level bureaucrats* bekerja dengan sumber daya yang tidak memadai dalam beberapa keadaan dimana permintaan akan selalu meningkat untuk memenuhi penawaran layanan/jasa. Oleh sebab itu mereka tidak pernah bisa bebas dari implikasi batasan-batasan secara signifikan. Dalam menghadapi keterbatasan-keterbatasan sumber daya tersebut, *street-level bureaucrats* memiliki kebijaksanaan yang luas dalam kaitannya dengan pemanfaatan sumber daya sesuai keterbatasan yang ada. Dalam penerapan sumber daya terhadap pekerjaan, mereka dihadapkan pada ketidakpastian yang bersumber dari konflik atau tujuan yang tidak jelas yang memberikan petunjuk tidak merata atas pekerjaan mereka. *Street-level bureaucrats* juga dihadapkan pada ketidakpastian lain yang timbul dari kesulitan-kesulitan dalam mengukur dan mengevaluasi hasil kerja.

Bentuk *coping behaviors* lainnya yang dilakukan *street-level bureaucrats* adalah menguasai klien dalam rangka membuat proses menjadi gampang, secara berangsur-angsur membangun persepsi klien yang lebih sinis, dan memodifikasi tujuan-tujuan program agar lebih mudah dicapai. Sebaliknya *coping behaviors* yang fungsional dapat membuat lingkungan kerja yang dapat dikendalikan. Lipsky (1980) mengatakan bahwa *coping* yang tidak fungsional yang secara sistematis menyimpang dan menghambat implementasi dan keberhasilan mencapai tujuan kebijakan.

Bangun teori yang dikemukakan oleh Lipsky dalam teori *street-level bureaucracy* yang didalamnya menjelaskan tentang *coping behaviors* ini lebih kuat dalam mengidentifikasi daripada menjelaskan pola perilaku *coping*. Teori ini sebenarnya tidak dibangun berdasarkan hasil penelitian empirik yang sistematis, tetapi hanya menggunakan beberapa contoh empiris dari literatur penunjang dalam rangka menjelaskan argumen teoritisnya. Oleh sebab itu, maka teori tersebut tidak sepenuhnya berhasil dalam menjelaskan mengapa *coping behaviors* tersebut dapat terjadi, dan mengapa pulaterjadi protes atau komplain terhadap birokrat yang tidak melakukan *coping behaviors* pada kasus-kasus pelayanan tertentu. Pada kenyataannya seringkali warga masyarakat memberikan stigma terhadap birokrasi pemerintah atas pelayanan yang mereka lakukan. Padahal tidak semua *street-level bureaucrats* melakukan perilaku-perilaku yang merugikan masyarakat yang dilayaninya. Masih banyak juga birokrat yang menjalankan tugasnya dengan baik dan mengikuti aturan yang ada.

Meskipun *street-level bureaucrats* diperhadapkan pada keterbatasan sumber daya dalam memberikan pelayanan dan juga keterbatasan kewenangan dalam membuat keputusan terkait dengan pekerjaan mereka, tetapi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan birokrasi, maka birokrat harus melakukan berbagai cara seperti melalui mekanisme *coping* tersebut.

Berbagai hasil penelitian mengenai birokrasi pelayanan publik khususnya berkaitan dengan peran *street-level bureaucrats* dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat di Indonesia menunjukkan adanya patologi dan stigma birokrasi pelayanan publik. Secara empirik gejala tersebut menurut Islamy (1999:17) terlihat pada:

- a. Aparat birokrasi garis depan (pelayanan) lebih menampilkan diri sebagai majikan daripada aparat pelayanan.
- b. Aparat pelayanan lebih berorientasi pada status quo daripada peningkatan pelayanan.
- c. Aparat pelayanan lebih memusatkan pada kekuasaan daripada keinginan untuk melakukan perubahan (terutama kapasitas diri).
- d. Aparat pelayanan lebih mementingkan prosedur daripada substansi.
- e. Aparat pelayanan lebih mementingkan diri sendiri daripada masyarakat yang harus dilayani.

Munculnya berbagai tuntutan dan masalah terkait dengan pelayanan publik tersebut, telah mendorong berbagai pihak terutama pimpinan birokrasi pemerintah untuk melakukan redefinisi, reposisi, dan reaktualisasi peran birokrasi publik dalam memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat. Upaya ini tidak lain untuk memperbaiki penyelenggaraan pelayanan publik dikenal dengan istilah profesionalisme pelayanan publik yang pada akhirnya nanti menciptakan pelayanan prima (*service excellent*).

C. Dimensi Pelayanan Publik dalam Perspektif Administrasi Publik

1. Teori Pelayanan Publik

Konsep atau terminologi pelayanan berasal dari bahasa Inggris yakni *service*. Menurut DeVrye (2001:6) bahwa ada dua pengertian yang terkandung dalam istilah *service* tersebut yakni “...*the attendance of an inferior upon a superior* atau “*to be useful*” pengertian pertama mengandung unsur ikut serta atau tunduk dan pengertian kedua mengandung suatu kebermanfaatan atau kegunaan. Pengertian kedua dari pendapat DeVrye tersebut sejalan dengan pendapat Davidow dan Uttal (1989:19) yang memberikan pengertian lebih luas tentang *service* ini yaitu “.....*whatever enhances customer satisfaction*”. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa pelayanan merupakan suatu usaha untuk mempertinggi kepuasan pelanggan.

Davidow dan Uttal (1989:19) memberi pengertian pelayanan sebagai aktivitas/manfaat yang ditawarkan oleh organisasi atau perorangan kepada konsumen yang bersifat tidak berwujud dan tidak dapat dimiliki. Sifat tidak berwujud dalam pelayanan berarti pelayanan itu hanya dapat dirasakan.

Normann sebagaimana dikutip Trilestasi (2001) menyebutkan bahwa, pelayanan adalah proses sosial, dan manajemen merupakan kemampuan untuk mengarahkan proses-proses sosial. Lebih lanjut Normann memberikan karakteristik pelayanan bahwa pelayanan merupakan suatu produksi yang sifatnya tidak dapat diraba, berbeda dengan barang produksi lain (barang industri yang berwujud). Hal yang sama dikemukakan oleh Kotler (Lukman,

1999:27) bahwa pelayanan adalah setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pelayanan itu kenyataannya terdiri dari tindakan nyata dan merupakan pengaruh yang sifatnya adalah tindakan sosial. Produksi dan konsumsi dari pelayanan tidak dapat dipisahkan secara nyata, karena kejadiannya bersamaan dan terjadi ditempat yang sama.

Pengertian pelayanan sudah banyak didefinisikan oleh beberapa pakar lainnya dengan melihat dari berbagai sudut pandang. Dalam literatur manajemen dijumpai setidaknya empat lingkup definisi konsep pelayanan (Sugandi, 2011:121) yaitu: Pertama, *service* menggambarkan berbagai subsektor dalam kategorisasi aktivitas ekonomi atau lingkup industri, pelayanan dalam hal ini mencakup kegiatan-kegiatan antara lain seperti transportasi, finansial, perdagangan ritel, personal service, kesehatan, pendidikan dan layanan publik. Kedua, *service* dipandang sebagai produk intangible dalam hal ini berada dalam lingkup penawaran produk hasil pelayanan ini lebih berupa aktivitas ketimbang obyek fisik, meskipun kenyataannya bisa saja berupa produk fisik dilibatkan, misalnya makanan dan minuman di restoran dan pesawat pada jasa penerbangan. Ketiga, *service* yang merefleksikan proses, yang mencakup penyampaian produk utama, interaksi personal, kinerja dalam arti luas, serta pengalaman layanan. Keempat, *service* dipandang sebagai sebuah sistem yang terdiri atas dua komponen utama,

yakni service operation yang kerap kali tidak tampak atau tidak diketahui keberadaannya oleh pelanggan dan *service delivery* yang biasanya tampak atau diketahui pelanggan sering disebut juga dengan istilah *front office*.

Sebelum sampai kepada pemahaman tentang pelayanan publik ada baiknya diuraikan terlebih dahulu mengenai makna publik dalam pelayanan publik yang dapat dipahami melalui penelusuran konsep publik itu sendiri. Secara etimologi istilah publik berasal dari bahasa Inggris "*public*" yang berarti umum, masyarakat, negara. Kata publik sebenarnya sudah diterima menjadi Bahasa Indonesia Baku menjadi publik yang berarti umum, orang banyak, ramai (Badudu, dalam Sinambela, 2008:5). Menurut Nurmandi (2010:1), dalam perkembangannya istilah publik dapat dilihat secara historis atau latar belakang munculnya dan aplikasinya di dalam manajemen publik. Dalam perkembangan ilmu administrasi publik, konsep publik bermakna luas daripada hanya *government* (pemerintah).

Terminologi publik oleh Frederickson (1997:21) diberikan pengertian sebagai "*.....the public as a political community the polis in which all citizens (that is adult males and nonslaves) participated*". Artinya, publik tidak lain adalah suatu komunitas politik dimana seluruh warga negara atau masyarakat berpartisipasi didalamnya. Konsep publik ini selanjutnya berkembang di negara Inggris moderen dimana publik diberikan pengertian bahwa "*....the public to mean all the people in a society, without distinguish between them*" kedua pengertian tersebut saling memperkuat pengertian

publik atau masyarakat, yakni semua penduduk tanpa kecuali dalam suatu komunitas yang ikut berpartisipasi di dalam pemerintahan.

Frederickson (1997:30-52) secara lebih mendalam memberikan pengertian publik dengan mengemukakan lima perspektif yaitu:

a. *The public as interest groups (the pluralist perspective)*

Perspektif pluralis ini menekankan bahwa publik dapat dipahami sebagai kelompok kepentingan, dalam konteks ini pengertian publik lebih banyak ditemukan dalam pandangan ilmuwan politik yang memaknai bahwa publik adalah kelompok kepentingan (*public interest*), misalnya dapat dilihat dalam bentuk artikulasi kepentingan, maupun agregasi kepentingan. Dalam negara demokrasi yang majemuk, kelompok-kelompok kepentingan ini melakukan aliansi dengan partai politik untuk mengartikulasikan kepentingannya.

b. *The public as rational chooser (the public choice perspective)*

Perspektif publik tentang pilihan rasional dikembangkan oleh Buchanan dan Tullock. Pada perspektif ini mereka mengembangkan model ekonomi untuk memformulasikan perilaku individu dalam sistem politik. Salah satu karya yang menerapkan model Buchanan dan Tullock adalah Down (Frederickson, 1997:34-35) pada perilaku birokrasi didalam mengkalkulasi preferensi pribadinya. Teori Down tentang instansi pemerintah disebutkan bahwa: (1) menekankan *benefit* positif pada kegiatan instansi pemerintah dan mengurangi biaya; (2) menunjukkan

bahwa perluasan pelayanan instansi akan lebih memenuhi harapan dan pengiritan akan kurang memenuhi harapan; (3) instansi lebih memberikan pelayanan pada kepentingan masyarakat dalam arti luas daripada yang spesifik; (4) menekankan pada efisiensi pada instansi tingkat atas; dan (5) menekankan pada prestasi dan kemampuan dan mengabaikan kegagalan dan ketidakmampuan. Pandangan Down selanjutnya menegaskan bahwa ideologi birokrasi publik lebih ditandai dengan loyalitas yang lebih pada organisasi dan keamanan jobnya daripada melayani publik.

c. *The public as represented (the legislative perspective)*

Perspektif legislatif ini juga diambil dari beberapa pendapat dari ilmuwan politik yang melihat bahwa publik adalah pihak yang diwakili oleh politisi (*elected officials*). Pada perspektif ini kepentingan publik diasumsikan telah diwakili oleh wakilnya yang duduk di lembaga legislatif (perwakilan). Kelemahan utama perspektif ini adalah pada kenyataannya politisi tidak menyuarakan kepentingan publik, dan politisipun tidak pernah melibatkan masyarakat didalam perumusan kebijakan.

d. *The public as customer (the service-providing perspective)*

Pada perspektif ini publik dipandang sebagai pelanggan daripada pelayanan publik. Lipsky (1980) mengembangkan konsep *street level bureaucracy*, untuk menunjukkan interaksi yang erat antara aparat pelayanan publik dengan masyarakat yang dilayani. Namun, Lipsky pun

mensinyalir bahwa birokrasi lebih melayani kepentingannya daripada kepentingan masyarakat, dan *street level bureaucracy* lebih memfungsikan dirinya sebagai kelompok kepentingan. Pada perspektif ini kelemahan yang terlihat adalah aktualisasi kepentingan publik kurang diperhatikan ketimbang dengan pengutamaan kepentingan kelompok. Sekalipun demikian dalam pembahasan manajemen publik pengertian dari perspektif ini lebih banyak digunakan.

e. *The public as citizen.*

Perspektif ini memandang publik sebagai warga negara. Sebagai warga negara, seseorang tidak hanya mewakili kepentingan individu namun juga kepentingan publik. Model-model partisipasi publik dalam pengambilan keputusan lebih banyak menerapkan perspektif ini.

Berdasarkan pandangan Frederickson tentang publik di atas, juga menjadi dasar oleh Denhard dan Denhard (2003) yang menyebutkan bahwa publik sebagai *citizen* merupakan akar daripada manajemen pelayanan publik perspektif baru (*new public service*). Sedangkan publik diasumsikan sebagai pelanggan lebih merupakan akar dari pelayanan publik dalam perspektif lama yang berasal dari paradigma manajemen publik.

Perkembangan teoritis tentang publik tersebut menunjukkan bahwa penggunaan istilah publik telah muncul dari studi tentang sistem politik pada tahun 1960-an yang melihat publik sebagai kepentingan yang merupakan input dari sistem politik yang ada dalam sebuah negara. Kepentingan

dibedakan menjadi dua jenis dalam bagian input yakni tuntutan dan dukungan. Sedangkan dalam studi pelayanan publik, isu publik menjadi semakin penting sejak tahun 1980-an, pada saat mana nilai-nilai keadilan, pemerataan, non-diskriminasi menjadi nilai-nilai penting didalam *public policy* (Nurmandi, 2011:4).

Berdasarkan penjelasan pada kedua terminologi di atas yaitu pelayanan dan publik, sehingga dapat memberikan dasar pemahaman untuk memberikan pengertian terhadap pelayanan publik. Pelayanan publik dalam konteks kajian administrasi publik merupakan kajian baru dimana sebelumnya *public administration* dalam pandangan tradisional (*old public administration*) yang lebih fokus kepada kelembagaan yakni negara, dengan adanya pergeseran paradigma dalam administrasi publik tersebut sehingga fokus administrasi publik ini pada pelayanan publik tidak lain untuk melihat sejauhmana hubungan atau pengaruh lembaga negara dengan kepentingan publik (Islamy, 1998).

Istilah pelayanan publik (*public service*) dalam konteks ke-Indonesiaan, penggunaannya dianggap memiliki kesamaan arti dengan istilah pelayanan umum atau pelayanan masyarakat, oleh sebab itu ketiga istilah tersebut dipergunakan secara *interchangeable*, dan dianggap tidak memiliki perbedaan mendasar. Memang dijumpai beberapa definisi yang berbeda dari penggunaan konsep tersebut namun makna yang ada dalam definisi itu pada dasarnya memiliki kesamaan.

Selain perbedaan pengertian pelayanan publik dengan pelayanan masyarakat tersebut, pengertian pelayanan publik telah banyak didefinisikan dan diberikan pengertian oleh banyak pakar. Roth (1987:1) mendefinisikan pelayanan publik sebagai *“any services available to the public whether provided publicly (as is a museum) or privately (as is restaurant meal)”*. *Any service* yang dimaksudkan oleh Roth tersebut adalah berkaitan dengan semua barang dan jasa dalam pelayanan. Pelayanan publik yang dimaksud adalah segala bentuk kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh suatu organisasi atau individu dalam bentuk barang dan jasa kepada masyarakat baik secara individu maupun kelompok atau organisasi.

Pandangan lain tentang pelayanan publik yang mengkaitkan pengertian pelayanan publik dengan organisasi penyelenggaranya dikemukakan oleh Sutopo dengan menamakan pelayanan umum yaitu segala bentuk kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan lingkungan BUMN/BUMD dalam bentuk barang dan atau jasa baik dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan perundang-undangan.

Berdasarkan pengertian tersebut, jelas menunjukkan bahwa pelayanan publik adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh organisasi pemerintah, Savas (1987:62) menyebutnya sebagai *government service* (pelayanan pemerintah). Terminologi pelayanan pemerintah oleh Savas didefinisikan sebagai pemberian pelayanan oleh agen pemerintah melalui

pegawainya (*the delivery of service by a government agency using its own employees*).

Selanjutnya dalam Oxford Dictionary dijelaskan pengertian *public service* sebagai “*a service such as transport or health care that a government or an official organization provides for people in general in particular society*”. Pengertian yang luas tentang pelayanan publik identik dengan *public administration* yaitu berkorban atas nama orang lain dalam mencapai kepentingan publik (Perry, 1989:625).

Dalam konteks ini pelayanan publik lebih dititik beratkan kepada bagaimana elemen-elemen administrasi publik seperti *policy making*, desain organisasi, dan proses manajemen dimanfaatkan untuk mensukseskan pemberian pelayanan publik, dimana pemerintah merupakan pihak provider yang diberi tanggung jawab (Keban, 2008).

Pelayanan publik sebagai domain daripada administrasi publik, maka dalam penyelenggarannya supaya terlaksana dengan tertib perlu dibuat suatu peraturan terkait dengan pelaksanaannya. Di Indonesia berbagai peraturan telah dibuat berkaitan dengan pelayanan publik yakni mulai peraturan setingkat menteri sampai peraturan terakhir berupa undang-undang yakni Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang pelayanan publik.

Secara konstitusional berdasarkan pada Undang-Undang R.I. Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Pelayanan publik diberikan pengertian sebagai kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka

pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

Selanjutnya dalam undang-undang tersebut menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan penyelenggara pelayanan publik adalah institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik. Sedangkan pelaksana pelayanan publik adalah pejabat, pegawai, petugas, dan setiap orang yang bekerja didalam organisasi penyelenggara yang bertugas melaksanakan tindakan atau serangkaian tindakan pelayanan publik.

Pemberian pelayanan kepada masyarakat dapat saja dilakukan oleh organisasi pemerintah maupun organisasi swasta. Pelayanan yang diberikan oleh pemerintah sering dinamakan dengan istilah pelayanan umum. Sekalipun pelayanan umum dapat juga diberikan oleh organisasi swasta, hanya saja pemberian pelayanan umum oleh pihak swasta terbatas adanya, dan disertai dengan beberapa regulasi yang ditetapkan oleh pemerintah.

Penyelenggaraan pelayanan publik memang menjadi area dimana aparat pemerintah paling banyak bersentuhan dengan kepentingan dan kebutuhan publik, sehingga lembaga birokrasi pemerintahlah yang paling

banyak melaksanakan kegiatan ini. Adapun ciri-ciri pokok pelayanan publik menurut Purwoko (2007:147) adalah:

- a. Pelayanan untuk *pure public goods* (barang dan jasa utama/murni) seperti pertahanan-keamanan dan perlindungan lingkungan hidup. Pelayanan jenis ini diselenggarakan oleh pemerintah dan tidak dapat dilaihan kepada organisasi swasta dengan mekanisme pasar.
- b. Penyediaan pelayanan publik untuk barang ataupun jasa yang mengandung eksternalitas positif dan menguntungkan masyarakat secara keseluruhan, dan bukan anggota masyarakat secara individual juga lebih tepat diselenggarakan oleh pemerintah. Misalnya pelayanan kesehatan seperti imunisasi anak untuk penyakit menular.
- c. Kegiatan pelayanan publik yang bersifat monopoli seperti penyediaan air, dan pelayanan infrastruktur lain akan lebih efisien diselenggarakan oleh organisasi tunggal (*single firm*). Oleh karena itu, organisasi swasta seringkali kurang tepat sebagai penyelenggara kegiatan seperti ini.

Perbedaan pokok azas pelayanan publik dengan pelayanan swasta digambarkan oleh Purwoko (2007:185-186) sebagai berikut:

Tabel 2.1. Perbedaan Azas Pelayanan Publik dengan Pelayanan Swasta

No	Pelayanan Publik	Pelayanan Swasta
1	Berdasarkan regulasi pemerintah	Berdasarkan keputusan rapat pemegang saham atau dewan komisaris/direksi
2	Memerlukan manajemen ekonomi secara nasional	Berdasarkan sinyal/harga pasar, misalnya tingkat harga saham/uang dunia.
3	Keputusan pemerintah relatif terbuka;	Keputusan relatif terbatas pada

	menekankan pada keterwakilan	organisasi yang bersangkutan
4	Memerlukan stakeholders yang lebih luas	Penekanan pada shareholders dan manajemen
5	Memiliki nilai dan tujuan yang beragam: a) pelayanan; b) kepentingan publik; c) pemerataan; d) profesionalisme; e) partisipasi masyarakat; f) tukar-imbang (trade-off) yang lebih kompleks.	Memiliki nilai dan tujuan yang relatif terbatas.
6	Sumber pokok berdasarkan pajak.	Sumber daya pokok berdasarkan keuntungan perusahaan dan pinjaman.
7	Akuntabilitas publik yang luas	Akuntabilitas publik yang terbatas
8	Bertanggung jawab pada kekuasaan politik dan berdasarkan kerangka waktu.	Tidak bergantung pada kekuasaan politik, dan relatif tidak berdasarkan kerangka waktu.
9	Memiliki tujuan-tujuan sosial	Tujuan pokoknya meraih keuntungan
10	Indikator kinerjanya lebih kompleks dan sarat dengan debat.	Berdasarkan ukuran-ukuran kuantitatif ekonomi.
11	Implementasi kebijakannya lebih kompleks.	Implementasi kebijakannya lebih sederhana.

Sumber: Purwoko, et.al., 2007.

Alasan mendasar mengapa pelayanan publik harus diberikan adalah karena adanya *public interest* atau kepentingan publik yang harus dipenuhi oleh pemerintah karena pemerintahlah yang memiliki tanggung jawab atau *responsibility*. Dalam memberikan pelayanan ini pemerintah diharapkan secara profesional melaksanakannya, dan harus mengambil keputusan politik secara tepat mengenai siapa mendapat apa, berapa banyak, dimana, kapan, dan sebagainya (Keban, 2008).

Pelayanan umum yang diselenggarakan oleh pemerintah sebagai bentuk tanggung jawab negara kepada warga masyarakat, karena masyarakat umumnya tidak mampu memenuhi segala kebutuhannya kecuali dilaksanakan secara kolektif. Misalnya penyediaan pelayanan penyelenggaraan pendidikan, pelayanan kesehatan, pelayanan keamanan dan lain-lain.

Londsdale dan Eyendi (1991:3) mengemukakan pengertian pelayanan publik adalah *something made available to the whole of population, and it involves thing people can not provide for themselves, i.e: people must act collectively*. Selanjutnya Londsdale menilai bahwa pelayanan publik sebagai pemenuhan kebutuhan yang dilakukan untuk seluruh masyarakat guna kesejahteraan sosial. Dari definisi tersebut memberikan ciri bahwa pelayanan publik diselenggarakan karena setiap orang tidak dapat menyediakan kebutuhannya sendirimelainkan harus disediakan secara berkelompok.

Organisasi publik dalam menyediakan pelayanan kepada warga menurut sifat layanan yang disediakan sebagaimana dijelaskan oleh Kusdi (2009:47-48) yang mengutip pendapat Webb, ada tiga jenis layanan yaitu:

- a. Pelayanan regulatif, pelayanan ini bertujuan untuk mengendalikan keamanan dan ketertiban dalam masyarakat, baik secara langsung maupun tidak langsung. Disini mencakup institusi lembaga pemasyarakatan, pusat-pusat krisis, dinas pengaturan lalu lintas, badan-badan pengawasan lingkungan hidup.
- b. Pelayanan adaptif, pelayanan jenis ini bertujuan untuk menangani permasalahan-permasalahan sosial tertentu dalam masyarakat, seperti kenakalan remaja, pengangguran, orang lanjut usia, dan lain-lain.
- c. Pelayanan biasa, adalah pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat dan biasanya bernilai ekonomis sehingga dikenakan tarif tertentu untuk

memperolehnya. Jenis pelayanan ini mencakup rumah sakit, sekolah, asuransi, dana pensiun, dan lain-lain.

Terkait dengan jenis-jenis pelayanan tersebut, penyelenggaraan pelayanan publik dalam Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dijelaskan ruang lingkup pelayanan publik meliputi pelayanan barang publik dan jasa publik serta pelayanan administratif. Jenis-jenis pelayanan tersebut meliputi pendidikan, pengajaran, pekerjaan dan usaha, tempat tinggal, komunikasi dan informasi, lingkungan hidup, kesehatan, jaminan sosial, energi, perbankan, perhubungan, sumber daya alam, pariwisata, dan sektor strategis lainnya.

Penyelenggaraan pelayanan publik memiliki ciri khas yang dapat dilihat pada prinsip-prinsip pelayanan publik. Menurut Whitfield (2001:254) yang mengambil contoh manajemen pelayanan publik yang diselenggarakan di beberapa negara seperti Australia, Amerika Serikat, Portugal, Inggris dan Selandia Baru menemukan terdapat sepuluh prinsip pelayanan publik yakni:

- a. *Selflessness (motivated by service rather than by profit, commitment and degree of altruism and attraction to serve the public)*
- b. *Integrity (commitment to the organization's values and objectives)*
- c. *Objectivity (impartial judgment and assessment and clarity in communication)*
- d. *Accountability (acceptance of legitimacy of the political institutions and processes, serving collective and community needs).*

- e. Participation and involvement (civil society and labour involvement in design, planning and policy making processes).*
- f. Openness (transparency and responsiveness).*
- g. Honesty (highest standards of probity and conduct)*
- h. Leadership (high standards and fiscal responsibility)*
- i. Equality (respecting cultural diversity and commitment to justice and fairness)*
- j. Competence (using skills and experience for the public good with a commitment to training and service improvement).*

Berdasarkan prinsip-prinsip pelayanan publik tersebut di atas secara jelas menunjukkan bahwa karakteristik khas pelayanan publik terlihat pada aspek-aspek seperti mengedepankan kepentingan umum dan motivasi pelayanan bukan untuk mencari keuntungan melainkan untuk kepentingan publik; komitmen terhadap nilai-nilai dan tujuan organisasi; tidak memihak; dapat dipertanggungjawabkan; keterlibatan masyarakat dan segenap petugas pelayanan mulai dari desain pelayanan, perumusan kebijakan, dan proses; keterbukaan dalam arti transparan dan tanggap; kejujuran; kepemimpinan dengan menerapkan standar-standar dan pertanggungjawaban fiskal; kesetaraan dalam arti tidak membedakan dan komitmen terhadap hukum dan keadilan; dan kompetensi yakni menggunakan keterampilan, kecakapan dan pengalaman untuk kepentingan publik.

Sehubungan dengan prinsip-prinsip pelayanan publik yang dikemukakan di atas, lebih lanjut Whitfield (2001:254) menjelaskan bahwa manajemen pelayanan publik yang baru dan khas harus berpusat pada:

- a. The effectiveness of service, investment and the process of provision, not just on results;*
- b. Participatory governance, not more consultation;*
- c. Participatory management inclusive of frontline staff and trade unions;*
- d. Commitment to the improvement of in-house service by redesign and valuing staff, not by outsourcing, competitive tendering or making markets;*
- e. Accountability to users, civil society and labour, not merely to business;*
- f. Implementation of equalities, social justice and environmental sustainability as an integral part of public service provision, not as lip-service to promote corporate image;*
- g. Integrated management and organisational structures, not divisive separation or purchaser and provider functions.*

Sesuai dengan penjelasan tersebut menunjukkan bahwa perhatian manajemen pelayanan publik berpusat pada efektivitas pelayanan, investasi dan penyediaan bukan hanya pada hasil, adanya partisipasi pemerintah tidak hanya sebatas konsultasi, adanya manajemen partisipasi dari segenap stakeholders, komitmen untuk perbaikan, akuntabilitas bagi pengguna baik masyarakat atau petugas pelayanan tidak hanya untuk kepentingan bisnis,

pelaksanaan pelayanan dengan mengedepankan kesetaraan, keadilan sosial dan kelestarian lingkungan, tidak hanya lip service untuk mempromosikan citra organisasi, dan keterpaduan manajemen dan struktur organisasi.

Penyelenggaraan pelayanan publik yang dilaksanakan oleh pemerintah, pada umumnya pemerintah menetapkan suatu regulasi terhadap barang publik maupun barang setengah publik. Barang dan jasa dalam pelayanan publik oleh Olson dan Mc.Lean sebagaimana dikuti oleh Trilestasi (2004) dikategorisasi kedalam dua kelompok besar yaitu barang publik (*public goods*) dan barang privat (*private goods*). Kedua jenis barang ini memiliki karakteristik yang berbeda. Adapun karakteristik barang publik dapat dilihat dari definisi tentang barang publik yang dikemukakan oleh Mc.Lean yakni "*a pure public goods is defined as a good requiring indivisibility of production and consumption, non rivalness, and non-excludability*".

Berdasarkan definisi Mc.lean tersebut dapat dijelaskan bahwa barang publik memiliki ciri yaitu penggunaan yang tidak bersaing (*non-rivalry*) dan tidak dapat diterapkan prinsip pengecualian (*non-excludability*). Dalam hal konsumsi barang publik dikonsumsi secara bersama-sama dan setiap orang tidak dapat dicegah untuk mengkonsumsinya, selain itu tidak dapat dipisahkan antara konsumen dan produsen. Akibatnya tidak ada seorangpun yang mau memproduksi, sehingga tidak mengundang adanya persaingan (Trilestari, 2004).

Hal yang berbeda dengan barang privat yakni barang yang memiliki *excludability* dan daya saing tinggi. Konsumen atau orang yang memanfaatkan jelas, sehingga mudah dikenakan biaya. Peruntukannya dibatasi hanya kepada konsumsi yang dapat diidentifikasi. Produksi dan konsumsi barang swasta bersifat kompetitif atau adanya rivalitas, sehingga harga pasar mudah ditentukan oleh produsen dan konsumen. Adanya mekanisme pasar dalam penyediaan barang privat menyebabkan persediaan secara efisien dapat dilakukan oleh pasar (Nurmandi, 2010:24).

Dilihat dari sektor permintaan (*demand*) oleh masyarakat kedua jenis barang tersebut ditentukan oleh selera konsumen. Perbedaannya, jika barang privat sektor persediaan (*supply*) ditentukan oleh produsen yang bertujuan mencari untung (*profit motive*), persediaan barang publik ditetapkan berdasarkan atau melalui proses politik. Diantara keduanya terdapat barang privat yang memiliki nilai strategis sehingga mengundang campur tangan pemerintah untuk mengelolanya. Disisi lain terdapat juga barang publik yang diminati oleh pihak swasta (*privat*) untuk mengelolanya (Rochadi, 2008:14).

Adapun aspek pemanfaatan atau penggunaan barang, barang publik dan barang privat memiliki perbedaan. Pemanfaatan barang publik oleh konsumen dapat dinilai secara berbeda, tergantung pada kondisi pasar dan tingkat teknologi. Misalnya dalam pelayanan kesehatan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dapat dipersepsikan sebagai pelayanan yang baik, apabila tingkat persaingan pelayanan kesehatan di suatu daerah

tidak kompetitif, atau tidak ada pilihan lain. Masyarakat sangat tergantung kepada pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah karena tidak memiliki alternatif lain dalam memperoleh pelayanan. Sebaliknya bilamana terdapat pelayanan kesehatan lain seperti dari pihak swasta misalnya poliklinik dokter praktek, atau klinik kesehatan lainnya, maka masyarakat memiliki pilihan yang beragam, sehingga persepsi terhadap penggunaan jenis pelayanan dapat saja berbeda.

Melihat pengertian dan definisi pelayanan publik tersebut menunjukkan bahwa fungsi pelayanan publik adalah salah satu fungsi fundamental yang harus diemban pemerintah baik di tingkat pusat maupun di daerah. Fungsi ini juga diemban oleh BUMN/BUMD dalam memberikan dan menyediakan layanan jasa atau barang publik. Sehubungan dengan penjelasan di atas, dapat dimaknai bahwa pelayanan publik memiliki implikasi terhadap masalah sosial, ekonomi, dan politik.

2. Perspektif Administrasi Publik dalam Pelayanan Publik

Perkembangan studi administrasi publik dapat ditelusuri melalui perkembangan paradigmatik terhadap ilmu ini, sebagian dari ilmuwan administrasi publik menyebut pergeseran paradigma tersebut sebagai perspektif administrasi publik. Sebagaimana diketahui ilmu administrasi publik telah mengalami perkembangan dan kemajuan yang sedemikian pesat

seiring dengan perkembangan dalam kehidupan bernegara dan bermasyarakat termasuk kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Seiring dengan perkembangan studi administrasi publik, dari berbagai literatur yang ada dapat diketahui bahwa perubahan-perubahan paradigmatis daripada administrasi publik tersebut tidak lain sebagai bentuk kemajuan dan perkembangan studi dari disiplin ilmu ini yang tidak lain sebagai bentuk pengaruh lingkungan sosial budaya, kemasyarakatan, politik, perkembangan dan kemajuan ekonomi, serta pengaruh perkembangan dan kemajuan teknologi komunikasi.

Beberapa literatur ilmu administrasi publik dapat ditelusuri perkembangan ilmu ini antara lain melalui perkembangan paradigmatisnya atau tepatnya pergeseran paradigma (Keban, 2008:31). Nicolas Henry (1995:31-65) mengungkapkan bahwa berdasarkan pada fokus dan lokus daripada disiplin ilmu administrasi publik telah terjadi lima paradigma yaitu: paradigma pertama (1900-1926) dikenal sebagai paradigma dikotomi politik dan administrasi; paradigma kedua (1927-1937) disebut sebagai paradigma prinsip-prinsip administrasi; paradigma ketiga (1950-1970) adalah administrasi negara sebagai ilmu politik; paradigma keempat (1956-1970) yaitu administrasi publik sebagai ilmu administrasi; dan paradigma kelima (1970-sekarang) disebut sebagai administrasi publik sebagai administrasi publik.

Pergeseran paradigmatik ilmu administrasi publik tersebut juga dapat ditelusuri dari berbagai pandangan para ahli, diantaranya dijelaskan oleh George H. Frederickson. Pada tahun 1970an, Frederickson memunculkan model Administrasi publik Baru (*New Public Administration*). Paradigma ini merupakan kritik terhadap paradigma administrasi publik lama yang cenderung mengutamakan pentingnya nilai ekonomi seperti efisiensi dan efektivitas sebagai tolok ukur kinerja administrasi negara. Menurut paradigma Administrasi publik baru, administrasi publik selain bertujuan meraih efisiensi dan efektivitas pencapaian tujuan juga mempunyai komitmen untuk mewujudkan manajemen publik yang responsif dan berkeadilan (*social equity*).

Tahun 1980 – 1990an muncul paradigma baru dengan berbagai macam sebutan seperti '*managerialism*', '*new public management*', '*reinventing government*', dan sebagainya (Thoha, 2008; Keban, 2008). Paradigma administrasi negara yang lahir pada era tahun 1990an pada hakekatnya berisi kritikan terhadap administrasi model lama yang sentralistik dan birokratis. Ide dasar dari paradigma semacam NPM dan *Reinventing Government* adalah bagaimana mengadopsi model manajemen di dunia bisnis untuk mereformasi birokrasi agar siap menghadapi tantangan global.

Perkembangan selanjutnya pada tahun 2003, muncul paradigma *New Public Service* (NPS) yang dikemukakan oleh Denhardt dan Derhardt. Paradigma ini mengkritisi pokok-pokok pemikiran paradigma administrasi negara pro-pasar. Ide pokok paradigma NPS adalah mewujudkan

administrasi negara yang menghargai citizenship, demokrasi dan hak asasi manusia. Dalam kaitannya dengan penyelenggaraan pelayanan publik, untuk memberikan gambaran tentang perkembangan paradigma dalam teori administrasi publik, pembahasan teoritis ini dibatasi pada tiga paradigma yaitu Paradigma administrasi publik klasik atau *Old Public Administration*, Paradigma *New Public Management*, dan Paradigma *Governance/New Public Service*. Untuk jelasnya dapat dilihat dalam Tabel 2.2.

Perkembangan administrasi publik sebagaimana dapat dilihat pada tiga perspektif yang dimulai dari *old public administration* (OPA), *new public management* (NPM), dan *new public service* (NPS) menunjukkan adanya perbedaan mendasar dari masing-masing perspektif tersebut yang secara khusus jika dikaitkan dengan penyelenggaraan pelayanan publik. Pada pendekatan OPA yang dasar epistemologinya banyak dipengaruhi oleh teori-teori politik, maka dalam konteks pelayanan publik perspektif ini melihat kepentingan publik diterjemahkan secara politis dan tercantum dalam berbagai aturan. Dalam penyelenggaraan pelayanan publiknya dilaksanakan melalui mekanisme kontrol internal, sehingga menutup pintu terhadap adanya kritik dan oposisi terhadap pelayanan yang dilakukan. Paradigma ini membawa konsekuensi pelayanan publik berjalan pada level akuntabilitas yang rendah, sebab hanya mengakui evaluasi internal saja.

Tabel 2.2. Perbandingan perspektif *old public administration*, *new public management* dan *new public service*

Perspective	Old Public Administration	New Public Management	New Public Service
<i>Primary theoretical and epistemological foundations</i>	<i>Political theory, social and political commentary augmented by halva social science</i>	<i>Economic theory, more sophisticated dialogue based on positivist social science</i>	<i>Democratic theory, varied approaches to knowledge including positive, interpretive, and critical</i>
<i>Prevailing rationality and associated models of human behavior</i>	<i>Synoptic rationality, "administrative man"</i>	<i>Technical and economic rationality "economic man" or the self-interested decision maker</i>	<i>Strategic or formal rationality, multiple tests of rationality (political, economic, and organizational)</i>
<i>Conception of the public interest</i>	<i>Public interest is politically defined and expressed in law</i>	<i>Public interest represents the aggregations of individual interests</i>	<i>Public interest is the results of a dialogue about shared values</i>
<i>To whom are public servants responsive</i>	<i>Clients and constituents</i>	<i>Customers</i>	<i>Citizens</i>
<i>Role of government</i>	<i>Rowing (designing and implementing policies focusing on a single, politically defined objective)</i>	<i>Steering (acting as a catalyst to unleash market forces)</i>	<i>Serving (negotiating and brokering interests among citizens and community groups creating shared values)</i>
<i>Mechanism for achieving policy objectives</i>	<i>Administering programs through existing government agencies</i>	<i>Creating mechanisms and incentive policy objectives through private and nonprofit agencies</i>	<i>Building coalitions of public, nonprofit, and private agencies to meet mutually agreed upon needs</i>
<i>Approach to accountability</i>	<i>Hierarchical administrators are responsible to democratically elected political leaders</i>	<i>Market driven-the accumulation of self-interests will result in outcomes desired by broad groups of citizens (or cutomers)</i>	<i>Multifaceted-Public servants must attend to law, community values, political norms, professional standards, and citizen interests</i>
<i>Administrative discretion</i>	<i>Limited discretion allowed administrative officials</i>	<i>Wide latitude to meet entrepreneurial goals</i>	<i>Discretion needed but constrained and accountable</i>
<i>Assumed organizational structure</i>	<i>Bureaucratic organizations marked by top down authority within agencies and control or regulation of clients</i>	<i>Decentralized public organizations with primary control remaining within the agencies</i>	<i>Collaborative structures with leadership shared internally and externally</i>
<i>Assumed motivational basis of public servants and administrators</i>	<i>Pay and benefits, civil service protections</i>	<i>Entrepreneurial spirit, ideological desire to reduce size of government</i>	<i>Public service, desire to contribute to society</i>

Sumber: Denhardt and Denhardt (2003: 28-29).

Sementara paradigma NPM memandang kepentingan publik sebagai agregasi dari kepentingan pribadi hal ini terjadi karena perpektif ini banyak dipengaruhi oleh teori-teori ekonomi dan manajemen bisnis. Sehingga

paradigma ini beranggapan bahwa pelayanan publik dapat berjalan dengan baik, jika publik didudukan sebagai *customer*. *Customer* merupakan icon penting dalam paradigma NPM. Paradigma ini meyakini bahwa ketika organisasi publik mulai menganggap bahwa publik adalah sama dengan *customer* maka aparat pemerintah pun seharusnya sudah mulai mendudukan diri sebagai alat pemuas *customer* tersebut. Simplikasi yang terjadi dalam NPM pun ternyata tidak sepenuhnya benar, sebab publik berbeda dengan *customer* yang ada pada sektor swasta. Pelayanan pada aras pelanggan bermakna, harus ada input atas pelayanan yang diberikan, dan ini bisa berasas kepada *profit oriented* (Indiahono, 2009:163). Padahal dalam pelayanan publik tidaklah selalu demikian, sebab terdapat jenis pelayanan publik yang tidak bermuatan keuntungan seperti sekolah, pelayanan kesehatan masyarakat, panti jompo, pertahanan keamanan, dan kebersihan. Sehingga, paradigma ini oleh Denhardt dan Denhardt (2003) dianggap tidak mungkin membawa publik memperoleh kepuasan dalam pelayanan publik.

Paradigma NPM yang mengadakan simplikasi *public (citizen) as customer*, memperoleh banyak kritikan sehingga muncullah paradigma baru yang disebut new public service (NPS). Perspektif ini banyak dipengaruhi oleh teori-teori demokrasi yang melihat kepentingan publik tidak lain merupakan hasil dialog tentang nilai yang diakui bersama. Paradigma NPS ini menyatakan bahwa pelayanan publik dapat berjalan dengan baik manakala publik didudukan sebagai publik. *Public (citizen) as public*, setiap warga

negara adalah publik yang berhak mendapatkan pelayanan publik secara baik. Sedangkan, pemerintah berkewajiban mendesain pelayanan yang bermuara kepada kepuasan publik. Untuk menuju hal tersebut pemerintah dapat membuat pelayanan publik secara lebih baik melalui mekanisme demokrasi yang dimiliki pemerintah.

Berdasarkan beberapa pandangan bahwa administrasi publik dalam menyelenggarakan pelayanan harus lebih mengedepankan kepentingan masyarakat, maka hal itu terjawab dengan munculnya perspektif baru dalam administrasi publik yang terkait dengan pelayanan publik yaitu *new public service (NPS)* yang digagas oleh Janet V. Denhardt dan Robert B. Denhardt. Ada beberapa prinsip dari paradigma ini dimana administrasi publik harus:

- a. Melayani warga masyarakat bukan pelanggan
- b. Mengutamakan kepentingan publik
- c. Lebih menghargai kewarganegaraan daripada kewirausahaan
- d. Berpikir strategis, dan bertindak demokratis
- e. Menyadari bahwa akuntabilitas bukan merupakan suatu yang mudah
- f. Melayani daripada mengendalikan
- g. Menghargai orang, bukannya produktivitas semata.

Prinsip-prinsip yang dikemukakan dalam perspektif NPS tersebut tidak lain merupakan kritik terhadap NPM yang menggunakan pendekatan bisnis dalam sektor publik, dan mereduksi warga negara sebagai konsumen. Kritik terhadap NPM tersebut yang melahirkan perspektif NPS yang

memandang bahwa pelayanan publik merupakan hubungan antara lembaga publik secara keseluruhan dengan *citizen* secara keseluruhan. Sehingga pelayanan publik tidak hanya selalu merespon pelanggan tetapi lebih berfokus pada membangun hubungan baik dengan kepercayaan dan kolaborasi dengan dan antar warga negara.

Berdasarkan pandangan tersebut, maka dapat dikatakan dasar teoritis pelayanan publik yang ideal menurut perspektif *new public service* yaitu pelayanan publik harus responsif terhadap berbagai kepentingan dan nilai-nilai publik yang ada. Oleh sebab itu tugas pemerintah adalah melakukan negosiasi dan mengelaborasi berbagai kepentingan warga negara dan kelompok komunitas. Ini mengandung arti bahwa karakter dan nilai yang terkandung di dalam pelayanan publik tersebut harus berisi preferensi nilai-nilai yang ada dalam masyarakat. Karena masyarakat bersifat dinamis, maka karakter pelayanan publik juga harus selalu berubah mengikuti perkembangan masyarakat (Subarsono, 2005:144).

Pergeseran paradigma administrasi publik sebagaimana terlihat dalam uraian di atas tidak lain merupakan konsekuensi daripada orientasi administrasi publik yang mengalami perubahan yakni dari pendekatan negara (*state*) menuju kepada pendekatan masyarakat (*citizens*) yang lebih berorientasi kepada pelayanan. Adanya perubahan tersebut otomatis memiliki implikasi secara keseluruhan terhadap administrasi publik, hal inilah yang memunculkan istilah reformasi administrasi. Menurut Caiden, United

Nations, Leemans bahwa reformasi administrasi publik adalah usaha untuk melakukan perubahan terhadap administrasi publik (Simatupang dan Bake, 2011:259).

Perubahan dalam administrasi publik tersebut dapat dibedakan menjadi dua yaitu: (1) *administrative reform or improvement of an incremental nature*, yakni perubahan yang berkaitan dengan perubahan struktur, fungsi, proses, atau prosedur administrasi dengan tujuan untuk memperkuat kapasitas administrasi pemerintah; dan (2) *major administrative reform*, yang berkaitan dengan perubahan yang ada dalam administrasi publik. Perubahan yang dilakukan antara lain berkaitan dengan perubahan paradigma administrasi publik itu sendiri, inovasi organisasi, pembangunan institusi, perbaikan teknologi manajemen dan reformasi sistem administrasi secara luas (Simatupang dan Bake, 2011:259).

Paradigma lama administrasi publik yang banyak dikritik karena lebih birokratis, lamban dan tidak efisien, dianggap sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan zaman. Oleh sebab itu jika berbicara tentang efisiensi maka mau tidak mau kita akan berbicara mengenai manajemen. Dengan demikian upaya yang dilakukan oleh para pakar administrasi publik dalam melakukan reformasi administrasi publik ada beberapa yang mengadopsi teori-teori manajemen yang dipakai dalam administrasi bisnis untuk diterapkan dalam administrasi publik, hal ini banyak dilakukan oleh pendukung perspektif *New Public Management*.

Sekalipun demikian antara organisasi publik dengan organisasi bisnis dalam tataran praktis memiliki perbedaan terutama dalam ukuran kinerja dan kegiatan manajemennya. Menurut Parsons (1995:9) kriteria atau ukuran bagi organisasi publik dalam setiap kegiatannya adalah kesejahteraan sosial (*social welfare*). Artinya, dengan segenap sumber daya yang ada padanya, pengelola organisasi publik dituntut menyediakan sebaik-baiknya pelayanan yang dibutuhkan masyarakat, berbeda halnya dengan organisasi bisnis dituntut untuk menghasilkan keuntungan sebesar-besarnya. Hal yang sama juga dikatakan oleh Anthony dan Herzlinger bahwa organisasi publik bertujuan menghasilkan *best possible services with available resources*, sehingga kinerjanya selayaknya diukur dengan kemampuan dalam memproduksi dan menyediakan pelayanan yang ditugaskan kepadanya (dalam Kusdi, 2009:55).

Masalah yang lebih umum ditemukan dalam organisasi publik adalah lemahnya manajemen dalam pelayanan publik. Disini harus diakui bahwa organisasi publik sering kali tidak efisien dan tidak efektif dalam proses penyediaan layanannya, dibandingkan swasta. Hal tersebut terjadi menurut Lovell (1994:151) bahwa birokrasi pemerintahan hingga saat ini umumnya masih didominasi oleh dorongan dari stimulus eksternal, serta lebih menekankan prosedur dan aturan-aturan. Artinya, kelemahan-kelemahan administrasi publik selama ini dibanding administrasi bisnis adalah dikarenakan sifatnya yang reaktif. Aparat pelayanan publik baru bereaksi jika ada suatu

masalah, padahal respons semacam ini acapkali sudah terlambat. Tidak jarang permasalahan yang ada telah mencapai stadium yang akut sehingga sulit untuk diurai dan diselesaikan dengan baik (Kusdi, 2009:56).

Mekanisme kerja administrasi publik yang terkesan lamban dan birokratis sudah tidak sesuai lagi dengan tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan yang cepat, dan efisien. Berdasarkan keadaan tersebut Lovell (1994) menyarankan agar mekanisme kerja seperti itu diubah dengan mekanisme baru yang disebut *conversion process*, dimana peraturan-peraturan dan prosedur tidak lagi menjadi penghambat yang kaku dan bersifat mengikat, melainkan sekedar sebagai pedoman untuk memecahkan berbagai permasalahan yang timbul di masyarakat. Oleh sebab itu, aparat birokrasi pemerintahan sebaiknya harus lebih menitikberatkan pada aktivitas pemecahan masalah secara kreatif dan pencarian solusi, daripada penegakan aturan-aturan semata. Titik berat pada sifat proaktif ini diperlukan agar organisasi publik dapat mendeteksi secara dini adanya masalah-masalah sebelum berkembang menjadi lebih parah. Terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik tersebut, Lovell (1994) menyarankan perlunya badan-badan publik menyusun suatu strategi pelayanan (*service strategy*) sebagai dasar untuk memperbaiki kinerjanya dimasa mendatang.

Seiring dengan perubahan-perubahan sistem politik pada setiap negara termasuk Indonesia yang menerapkan sistem demokrasi dalam penyelenggaraan pemerintahannya, maka mau tidak mau sistem administrasi

publik juga harus menyesuaikan diri terhadap kondisi politik yang ada. Bertolak dari argumen tersebut, maka pemerintah harus mendesain pelayanan publik yang dikelola secara demokratis. Pemerintah harus merubah orientasinya dari *political authority* menuju *political commitment* yang salah satunya adalah *customers oriented* atau *customer perspective* atau pelayanan yang berorientasi kepada kepentingan dan kebutuhan publik (Utomo, 2003).

Beberapa teori yang memberi kontribusi terhadap perubahan penyelenggaraan pelayanan publik yang berorientasi kemasyarakatan atau pelayanan yang demokratis diantaranya adalah teori *governance*, Menurut Chema sebagaimana dikutip oleh Keban (2008:38) esensi dari paradigma ini adalah memperkuat interaksi antar ketiga aktor yakni pemerintah, swasta dan masyarakat dalam mempromosikan *people-centered development*.

Teori ini memandang bahwa peran aktor pemerintah (*public sector*), swasta (*private sector*) dan masyarakat (*civil sector*) tidak lagi dipandang dalam kacamata birokrasi yang hirarkis, tetapi sebagai mitra kerja atau jaringan (*network*) yang memiliki peran dan kesempatan yang sama dalam menyediakan layanan publik (Achmad, 2010:129). Atau dengan kata lain *governance* adalah suatu sistem nilai, kebijakan, dan kelembagaan dimana urusan-urusan ekonomi, sosial dan politik dikelola melalui interaksi antara masyarakat, pemerintah dan sektor swasta (Keban, 2008:38).

Paradigma *governance* ini mengutamakan mekanisme dan proses dimana para warga masyarakat dan kelompok dapat mengartikulasikan kepentingannya, memediasi berbagai perbedaan-perbedaannya, dan menjalankan hak dan kewajibannya. Pemerintah diharapkan dapat memainkan perannya dalam menciptakan lingkungan politik dan hukum yang kondusif, sementara sektor swasta memainkan perannya dalam menciptakan lapangan pekerjaan, dan pendapatan, sedangkan masyarakat madani (*civil society*) menyelenggarakan interaksi sosial dan politik secara sehat.

Perkembangan teori *governance* ini mendapat perhatian yang cukup besar dari berbagai negara melalui UNDP dengan menggunakan istilah *good governance*. Model *good governance* dalam penyelenggaraan tata pemerintahan dipaksakan kepada negara-negara berkembang atau penerima bantuan negara-negara donor ini untuk membenahi birokrasinya di negaranya. Menurut Rondinelli (dalam Keban, 2008:38) karakteristik *good governance* dari UNDP ini meliputi:

- a. *Participation* yaitu bahwa semua orang harus diberi kesempatan untuk bersuara dalam pengambilan keputusan baik langsung atau melalui institusi perantara yang mewakili kepentingannya.
- b. *Rule of law* yaitu bahwa aturan hukum harus adil dan ditegakkan tanpa pandang bulu, termasuk hukum yang mengatur hak-hak asasi manusia.
- c. *Transparency* yaitu bahwa keterbukaan harus dibangun diatas aliran informasi yang bebas. Berbagai proses, intitusi dan informasi harus dapat diakses oleh semua orang yang berkepentingan.

- d. *Responsiveness* yaitu bahwa institusi-institusi dan proses yang ada harus diarahkan untuk melayani para pemangku kepentingan atau stakeholders.
- e. *Consensus orientation* yaitu bahwa harus ada proses mediasi untuk sampai kepada konsensus umum yang didasarkan atas kepentingan kelompok, dan sedapat mungkin didasarkan pada kebijakan dan prosedur.
- f. *Equility* yaitu bahwa semua orang (baik laki-laki maupun wanita) memiliki kesempatan yang sama untuk memperbaiki dan mempertahankan kesejahteraannya.
- g. *Effectiveness dan efficiency* yaitu bahwa proses dan institusi-institusi yang ada sedapat mungkin memenuhi kebutuhan masyarakat melalui pemanfaatan terbaik (*best use*) terhadap sumberdaya-sumber daya yang ada.
- h. *Accountability* yaitu bahwa para pengambil keputusan di instansi pemerintah, sektor publik dan organisasi masyarakat madani (*civil society*) harus mampu mempertanggungjawabkan apa yang dilakukan dan diputuskannya kepada publik sekaligus kepada para pemangku kepentingan.
- i. *Strategic vision* yaitu bahwa para pemimpin dan masyarakat publik harus memiliki perspektif yang luas dan jangka panjang terhadap pembangunan manusia, dengan memperhatikan latarbelakang sejarah, dan kompleksitas sosial budaya.

Berdasarkan beberapa paradigma yang diuraikan di atas jelas menunjukkan bahwa dalam beberapa dasawarsa terakhir telah terjadi perubahan orientasi administrasi publik secara cepat. Hal ini tidak lain disebabkan

oleh beberapa aspek baik oleh kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, semakin luas dan besarnya kebutuhan dan tuntutan masyarakat yang semakin dinamis, perubahan dalam kehidupan politik dan ekonomi, maupun globalisasi.

Kegagalan yang dialami oleh suatu negara telah disadari sebagai akibat dari kegagalannya dalam merespon perubahan paradigma administrasi publik (Keban, 2008:39). Sementara paradigma *good governance* ini telah menjadi *role model* yang diterapkan oleh negara-negara donor atau lembaga keuangan internasional khususnya yang tergabung dalam UNDP terhadap negara-negara berkembang yang menerima donasi dari UNDP tersebut, model *good governance* ini menjadi alasan bagi lembaga donor atau mengkaitkan jika akan memberikan bantuan kepada negara-negara berkembang pada khususnya untuk mengubah paradigma penyelenggaraan pemerintahannya. Disisi lain bagi masyarakat sendiri penerapan *good governance* merupakan sesuatu yang dirindukan sebab mereka akan dapat memiliki kualitas pemerintahan yang lebih baik. Banyak diantara masyarakat yang membayangkan bahwa dengan memiliki praktik *governance* yang lebih baik maka kualitas pelayanan publik menjadi semakin baik, dan pemerintah semakin peduli pada kepentingan warga (Dwiyanto, 2005:1).

Pelayanan publik ini sering dikatakan sebagai titik strategis untuk memulai pengembangan *good governance*, seperti dijelaskan oleh Dwiyanto (2005:20) karena beberapa alasan yakni: pertama, pelayanan publik selama ini menjadi ranah dimana negara yang diwakili oleh pemerintah berinteraksi

dengan lembaga-lembaga non-pemerintah. Kedua, pelayanan publik adalah ranah dimana berbagai aspek *good governance* dapat diartikulasikan secara relatif lebih mudah. Ketiga, pelayanan publik melibatkan kepentingan semua unsur *governance* yakni negara, swasta, dan masyarakat sipil.

Penerapan *good governance* dalam penyelenggaraan pelayanan publik sangat dirasakan oleh warga dan masyarakat luas. Ini berarti jika terjadi perubahan yang signifikan pada ranah pelayanan publik dengan sendirinya dapat dirasakan manfaatnya secara langsung oleh warga dan masyarakat luas. Keberhasilan dalam mewujudkan praktik *good governance* dalam ranah pelayanan publik mampu membangkitkan dukungan dan kepercayaan dari masyarakat luas kepada pemerintah, begitu juga sebaliknya.

Apalagi dalam era dimana warga dapat menggunakan hak-hak politiknya secara demokratis untuk menentukan nasib sebuah rezim dengan cara memilih, maka legitimasi kekuasaan akan sangat ditentukan oleh penilaian warga sebagai pengguna jasa terhadap kemampuan sebuah rezim. Dalam penyelenggaraan pelayanan publik, warga bangsa yang merasa tidak puas terhadap pelayanan yang diselenggarakan oleh sebuah rezim atau penguasa pada berbagai strata juga memiliki banyak cara untuk menghukum rezim penguasa tersebut. Cara tersebut menurut Dwiyanto (2005:24) terbentang luas mulai dari tidak menggunakan pelayanan, mengajukan protes pada penguasa, mengajukan mosi tidak percaya melalui wakil-wakilnya di

lembaga perwakilan, sampai dengan menentukan nasib penguasa ketika pemilu diselenggarakan. Rezim yang gagal menjalankan kewajibannya dalam menyelenggarakan pelayanan publik yang baik akan diakhiri kekuasaannya melalui pemilu yang kredibel.

Beberapa implikasi penerapan *good governance* ini khususnya dalam penyelenggaraan pelayanan publik diantaranya pelayanan publik yang efisien, responsif, non-partisan, dan partisipatif (Subarsono, 2005:150-158; Purwanto, 2005:193-196). Adapun penjelasan model penyelenggaraan pelayanan tersebut dapat dilihat berikut ini:

a. Pelayanan publik yang efisien

Efisiensi adalah rasio perbandingan terbaik antara input dengan output. Pelayanan publik yang efisien tercapai apabila suatu output dicapai dengan input yang minimal maka tingkat efisiensi semakin baik. Input dalam pelayanan publik dapat berupa dana, tenaga, waktu dan materi yang digunakan untuk menghasilkan atau mencapai suatu output. Artinya harga pelayanan publik harus dapat terjangkau oleh kemampuan ekonomi masyarakat. Di samping itu masyarakat dapat memperoleh pelayanan publik dalam waktu yang relatif singkat dan tidak banyak menggunakan energi. Dengan bantuan perangkat teknologi komputer misalnya, maka proses pelayanan publik dapat dilakukan dengan cepat dan hemat tenaga.

b. Pelayanan publik yang responsif

Responsivitas atau daya tanggap adalah kemampuan organisasi untuk mengidentifikasi kebutuhan masyarakat, menyusun prioritas

kebutuhan, dan mengembangkannya ke dalam berbagai program pelayanan. Responsivitas mengukur daya tanggap organisasi terhadap harapan, keinginan dan aspirasi. Serta tuntutan warga pengguna layanan.

Tujuan utama pelayanan publik adalah memenuhi kebutuhan warga pengguna agar dapat memperoleh pelayanan yang diinginkan dan memuaskan. Oleh sebab, penyedia layanan harus mampu meng-identifikasi kebutuhan dan keinginan warga pengguna, kemudian memberikan pelayanan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan warga tersebut. Untuk meningkatkan responsivitas organisasi terhadap kebutuhan pelanggan, terdapat dua strategi yang dapat digunakan, yaitu menerapkan strategi KYC (*Know Your Customers*) dan menerapkan model *citizen's charter*.

Menurut Osborne dan Plastrik (2004:36) *citizen's charter* (kontrak pelayanan) yaitu adanya standar pelayanan publik yang ditetapkan berdasarkan masukan pelanggan, dan birokrasi berjanji untuk memenuhinya. Model ini tidak lain merupakan suatu pendekatan dalam memberikan pelayanan publik yang menempatkan pengguna layanan atau pelanggan sebagai pusat perhatian. Ini berarti, kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan harus menjadi pertimbangan utama dalam proses pelayanan. Dengan mengadopsi *citizen's charter*, birokrasi juga harus menetapkan sistem untuk menangani keluhan pelanggan dengan tujuan memperbaiki kinerjanya secara terus menerus.

Citizen's charter membuka kesempatan lahirnya dialog antara pemerintah dengan publik. Sehingga kedua belah pihak mengetahui keterbatasan masing-masing dan mencari solusi dan memberikan yang terbaik guna perbaikan pelayanan (Indiahono, 2009:160).

c. Pelayanan publik yang non-partisan

Pelayanan publik yang non-partisan adalah sistem pelayanan yang memperlakukan semua pengguna layanan secara adil tanpa membedakan berdasarkan status sosial ekonomi, kesukuan, etnik, agama, kepartaian, dan sebagainya. Latar belakang sosial ekonomi pengguna layanan tidak boleh dijadikan pertimbangan dalam memberikan pelayanan. Penyelenggara pelayanan harus berdasarkan asas *equal before the law* (kesamaan di depan hukum). Prinsip ini memberikan akses yang sama bagi semua warga negara di dalam menerima pelayanan publik, sehingga masyarakat dapat merasakan keadilan dan kesetaraan dalam menerima pelayanan publik.

Konsep pelayanan publik yang non-partisan ini sebenarnya sejalan dengan konsep demokrasi dalam pengaturan negara. Demokrasi menuntut adanya persamaan perlakuan dan akses bagi setiap warga negara untuk memperoleh hak-hak mereka. Di samping itu demokrasi menempatkan semua warga negara dalam posisi yang sama di depan hukum, hal yang menonjol dalam prinsip ini adalah kesetaraan.

d. Pelayanan publik partisipatif

Pelayanan publik yang partisipatif sebenarnya merupakan dampak dari pergeseran paradigmatis dari *government* ke *governance*. *Governance* pada hakikatnya mengisyaratkan tentang perlunya pemerintah melibatkan berbagai *stakeholders* di luar pemerintah dalam proses pembuatan berbagai kebijakan yang menyangkut kepentingan publik. Peran pemerintah yang terlalu dominan tidak selamanya menghasilkan pelayanan publik yang prima (Indiahono, 2009:160).

Dalam literatur ilmu politik, partisipasi publik merupakan salah satu indikator penting atau ciri-ciri eksistensi sistem pemerintahan yang demokratis. Partisipasi publik disini tidak hanya sebatas pada keterlibatan masyarakat dalam pemilihan umum, tetapi juga dalam berbagai aktivitas politik lain yang berimplikasi terhadap kepentingan masyarakat banyak. Misalnya, dalam pembuatan kebijakan publik yang dilakukan oleh pemerintah. Partisipasi masyarakat dalam pelayanan publik dapat diartikan sebagai pelibatan masyarakat sejak awal dalam merumuskan berbagai hal yang menyangkut pelayanan publik, hal ini berkenaan dengan formulasi kebijakan terkait dengan pelayanan publik, keterlibatan masyarakat dalam hal ini misalnya menentukan jenis pelayanan publik apa yang mereka butuhkan, cara terbaik untuk menyelenggarakan pelayanan publik, mekanisme untuk mengawasi proses pelayanan, dan yang tak kalah pentingnya adalah mekanisme untuk mengevaluasi pelayanan.

Model yang tepat digunakan dalam mewujudkan pelayanan partisipatif ini adalah *citizen's charter*. Sebagaimana telah dijelaskan di

atas, konsep *citizen's charter* menjadi mengemuka paska adanya tuntutan diberinya ruang yang lebih bagi publik untuk berpartisipasi dalam pelayanan publik. Publik dalam *citizen's charter* dapat memberikan tuntutan yang rasional untuk meningkatkan kepuasan publik atas pelayanan yang diberikan oleh pemerintah, pemerintahpun diberikan kesempatan untuk memberikan informasi tentang mekanisme dan prosedur pelayanan yang jelas (Indiahono, 2009:161).

Secara khusus di Indonesia, partisipasi publik dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik memperoleh momentum yang tepat seiring dengan berlakunya sistem pemerintahan yang memberikan otonomi kepada daerah-daerah, dimana daerah memiliki keleluasan kewenangan yang lebih besar untuk merancang dan menentukan sendiri jenis pelayanan yang paling dibutuhkan masyarakat.

Sekalipun Indonesia telah menerapkan sistem demokrasi dalam penyelenggaraan pemerintahannya yang notabene sebenarnya sistem ini juga berimplikasi terhadap penyelenggaraan pelayanan publik. Namun yang sering dijumpai pada berbagai kasus dalam pelayanan publik termasuk pelayanan kesehatan masih kurang memenuhi harapan publik karena hanya didesain oleh penyedia layanan tanpa pernah menanyakan keinginan, kebutuhan, maupun keluhan para pengguna layanan. Kondisi seperti ini seringkali melahirkan pelayanan publik yang kurang sesuai dengan harapan warga pengguna.

3. Konsep Etika dan Etika Pelayanan Publik

Konsep tentang etika telah banyak dibahas terutama oleh para filosof. Bertens (2000:10) menggambarkan konsep etika dengan beberapa arti, salah satu diantaranya dan biasa digunakan orang adalah kebiasaan, adat atau akhlak dan watak. Aristoteles, seorang filsuf besar sebagaimana dikatakan oleh Bertens telah menggunakan kata etika ini dalam menggambarkan filsafat moral, yaitu ilmu tentang apa yang biasa dilakukan atau ilmu tentang adat kebiasaan.

Secara etimologis, konsep etika berasal dari bahasa Yunani kuno yakni *Ethikos* yang berarti timbul dari kebiasaan, adalah cabang utama dari filsafat yang mempelajari nilai atau kualitas yang menjadi studi mengenai standar dan penilaian moral. Etika mencakup analisis dan penerapan konsep seperti benar, salah, baik, buruk dan tanggung jawab (Indahwardani, 2012).

Istilah etika dalam lingkup filsafat sering diartikan sebagai filsafat moral. Istilah ini dalam Kamus Umum Bahasa Indonesia karangan Purwadarminta (1985:278) etika dirumuskan sebagai ilmu pengetahuan tentang asas-asas akhlak (moral), sedangkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia terbitan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (1994:271), istilah etika disebut sebagai: (1) ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral; (2) kumpulan asas atau nilai

yang berkenaan dengan akhlak; dan (3) nilai mengenai benar dan salah yang dianut suatu golongan atau masyarakat.

Berdasarkan berbagai pengertian terhadap konsep etika dari berbagai sumber yang ada, Bertens (2000:10) berkesimpulan bahwa terdapat tiga arti penting etika, yaitu etika (1) sebagai nilai-nilai moral dan norma-norma moral yang menjadi pegangan bagi seseorang atau suatu kelompok dalam mengatur tingkah lakunya, atau disebut dengan sistem nilai; (2) sebagai kumpulan asas atau nilai moral yang sering dikenal dengan kode etik; dan (3) sebagai ilmu tentang yang baik atau buruk, yang acap kali disebut "filsafat moral".

Etika dalam kaitannya dengan nilai dan norma, ditemukan dua macam etika (Salam, 1997:3-4), yaitu (1) etika deskriptif, yakni etika yang berusaha menyorong secara kritis dan rasional sikap dan pola perilaku manusia dan apa yang dikejar oleh manusia dalam hidup ini sebagai sesuatu yang bernilai. Etika ini berbicara mengenai fakta apa adanya, yaitu mengenai nilai dan pola perilaku manusia sebagai suatu fakta yang terkait dengan situasi dan realitas konkret yang membudaya; (2) etika normatif, yakni etika yang berusaha menetapkan berbagai sikap dan pola perilaku ideal yang seharusnya dimiliki oleh manusia, atau apa yang seharusnya dijalankan oleh manusia, dan apa tindakan yang seharusnya diambil untuk mencapai apa yang bernilai dalam hidup ini. Etika ini menghimbau manusia untuk bertindak yang baik dan menghindari yang jelek.

Persoalan etika akhir-akhir ini menjadi pembahasan utama dalam menilai kinerja aparatur pemerintah secara umum. Dalam beberapa literatur administrasi publik etika ini terus mendapat sorotan sebagaimana dikutip oleh Astuti dan Supriyanto (2011) bahwa beberapa ahli telah membahas masalah etika dalam administrasi publik ini seperti Cooper, Donahue, dan Berman. Etika dapat menjadi suatu faktor yang mensukseskan tetapi juga sebaliknya menjadi pemicu dalam menggagalkan tujuan kebijakan, struktur organisasi, serta manajemen publik. Sebagaimana disebutkan oleh Henry (1995), dan Frederickson (1997) bahwa perilaku dan orientasi tindakan yang secara riil dilaksanakan oleh para pejabat dan staf di lingkungan birokrasi pemerintah daerah seringkali tidak sesuai dengan ketentuan formal dan nilai-nilai etika pemerintahan yang seharusnya dipegang teguh.

Pengertian etika dalam administrasi publik dijelaskan oleh Chandler and Plano sebagaimana dikutip oleh Keban (2001:5) dalam buku *The Public Administration Dictionary*, bahwa *ethics is the rules or standards governing, the moral conduct of the members of an organization or management profession*. Dari pengertian tersebut dapat dipahami bahwa etika administrasi publik tidak lain adalah aturan atau standar pengelolaan yang merupakan arahan moral bagi administrator publik dalam melaksanakan tugasnya melayani masyarakat.

Pentingnya dimensi etika dalam administrasi publik inimenurut Keban (2008:165) termasuk dimensi strategis, dimensi ini dapat dianalogikan

sebagai sistem sensor, karena dimensi etika dapat berpengaruh pada dimensi-dimensi lain dari administrasi publik seperti dimensi kebijakan dan manajemen dan sangat mempengaruhi tercapai tidaknya tujuan administrasi publik pada umumnya dan organisasi publik pada khususnya. Khusus dalam konteks penyelenggaraan pelayanan publik, perilaku birokrat pemerintah dalam melayani seperti mengabaikan, tidak peduli atau pembiaran, bertindak tidak adil merupakan bentuk atau wujud daripada rendahnya etika aparat dalam memberikan pelayanan.

Pentingnya aparat memegang etika yang dijadikan tuntunan dalam melaksanakan tugas pelayanan, tidak lain karena setiap warga negara tidak akan pernah bisa menghindar dari berhubungan dengan birokrasi pemerintahan. Pada saat yang sama, birokrasi pemerintah adalah satu-satunya organisasi yang memiliki legitimasi untuk memaksakan berbagai peraturan dan kebijakan menyangkut masyarakat dan setiap warga negara. Itulah sebabnya pelayanan yang diberikan oleh birokrasi pemerintah menuntut tanggungjawab moral yang tinggi. Namun sayangnya tanggungjawab moral dan tanggung jawab profesional ini menjadi salah satu titik lemah yang krusial dalam birokrasi pelayanan publik di Indonesia (Kumorotomo, 2005:98).

Hasil laporan *World Development Report* pada tahun 2004 dan hasil penelitian *Governance and Desentralization Survey-GDS* pada tahun 2002

menyimpulkan bahwa kualitas pelayanan publik di Indonesia masih sangat rendah. Buruknya pelayanan publik memang bukan hal baru, fakta di lapangan banyak menunjukkan hal ini. GDS 2002 menemukan tiga masalah penting yang banyak terjadi di lapangan dalam penyelenggaraan pelayanan publik (Dwiyanto dan Kusmasan, 2003), yaitu:

- a. Besarnya diskriminasi pelayanan. Penyelenggaraan pelayanan masih amat dipengaruhi oleh hubungan per-konco-an, kesamaan afiliasi politik, etnis, dan agama. Fenomena seperti ini kerap kali dijumpai dan tetap marak terjadi sekalipun dalam peraturan penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat menurut Undang-Undang No.28 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan negara yang Bersih dari KKN yang secara tegas menyatakan keharusan adanya kesamaan pelayanan, bukannya diskriminasi.
- b. Tidak adanya kepastian biaya dan waktu pelayanan. Ketidakpastian ini sering menjadi penyebab munculnya KKN, sebab para pengguna jasa cenderung memilih menyogok (menyuap) dengan biaya tinggi kepada penyelenggara pelayanan untuk mendapatkan kepastian dan kualitas pelayanan sesuai keinginannya.
- c. Rendahnya tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan publik. Ini merupakan konsekuensi logis dari adanya diskriminasi pelayanan dan ketidakpastian tadi.

Isu tentang etika dalam pelayanan publik di Indonesia kurang dibahas secara luas dan tuntas sebagaimana terdapat di negara maju, meskipun telah disadari bahwa salah satu kelemahan dasar dalam pelayanan publik di Indonesia adalah masalah moralitas. Etika sering dilihat sebagai elemen yang kurang berkaitan dengan dunia pelayanan publik (Keban, 2001:12).

Beberapa literatur dalam administrasi publik atau secara khusus tentang pelayanan publik menjelaskan bahwa etika merupakan salah satu elemen yang sangat menentukan kepuasan publik yang dilayani sekaligus keberhasilan organisasi pelayanan publik itu sendiri (Denhardt, 1988:47). Dalam dunia administrasi publik atau pelayanan publik, etika diartikan sebagai filsafat dan *profesional standards* (kode etik), atau moral atau *right rules of conduct* (aturan berperilaku yang benar) yang seharusnya dipatuhi oleh pemberi pelayanan publik atau administrator publik.

Berdasarkan konsep etika tersebut dan pelayanan publik yang telah dijelaskan di atas, maka menurut Keban (2008:167) yang dimaksudkan dengan etika pelayanan publik adalah suatu praktek administrasi publik dan atau pemberian pelayanan publik (*delivery system*) yang didasarkan atas serangkaian tuntunan perilaku (*rules of conduct*) atau kode etik yang mengatur hal-hal yang baik yang harus dilakukan atau sebaliknya yang tidak baik agar dihindarkan.

Lebih lanjut dijelaskan oleh Keban (2008:167) bahwa aspek etika merupakan elemen yang penting diperhatikan dalam setiap fase pelayanan

publik mulai dari penyusunan kebijakan pelayanan, desain struktur organisasi pelayanan, sampai pada manajemen pelayanan untuk mencapai tujuan akhir dari pelayanan tersebut. Dalam konteks ini pusat perhatian ditujukan kepada aktor yang terlibat dalam setiap fase, termasuk kepentingan aktor-aktor tersebut. Pertanyaan yang dapat diajukan terkait dengan etika para aktor yang terlibat dalam pelayanan tersebut misalnya apakah para aktor telah benar-benar mengutamakan kepentingan publik diatas kepentingan-kepentingan yang lain. Untuk mengukur etika para aktor tersebut dapat digunakan standar nilai-nilai moral yang berlaku umum seperti nilai kebenaran, kebaikan, kebebasan, kesetaraan, dan keadilan.

Menurut Keban (2008:169) dalam pelayanan publik, perbuatan melanggar moral atau etika sulit ditelusuri dan dipersoalkan karena adanya kebiasaan masyarakat kita melarang orang membuka rahasia atau mengancam mereka yang mengadu. Sementara itu, kita juga diperhadapkan pada tantangan ke depan yang semakin berat karena standar penilaian etika pelayanan yang terus berubah sesuai dengan perkembangan paradigmanya.

Pemberian pelayanan kepada publik yang dilaksanakan oleh pemerintah hendaknya dilaksanakan secara profesional. Namun pada kenyataannya menunjukkan bahwa pemerintah tidak memiliki tuntunan atau pegangan kode etik atau moral secara memadai. Asumsi bahwa semua pegawai pemerintah atau pejabat dalam pengangkatannya telah dilakukan sumpah jabatan, namun hal itu tidak menjamin para aparat tersebut tidak

melakukan pelanggaran etika. Banyak kasus membuktikan bahwa kepentingan pribadi, keluarga, kelompok, partai dan bahkan struktur yang lebih tinggi justru mendikte perilaku seseorang birokrat atau aparat pemerintahan. Birokrat dalam hal ini tidak memiliki independensi dalam bertindak etis.

Pentingnya mengedepankan etika dalam pelayanan publik telah dijelaskan secara mendalam oleh Denhardt (1988) berkenaan dengan lingkungan didalam birokrasi yang memberikan pelayanan itu sendiri. Dalam literatur tentang aliran *human relations* dan *human resources*, telah dianjurkan agar manajer harus bersikap etis, yaitu memperlakukan manusia atau anggota organisasi secara manusiawi.

Penyelenggaraan pelayanan publik sebagaimana diketahui pihak penyelenggara pelayanan berhadapan dengan karakteristik masyarakat publik yang terkadang begitu variatif sehingga membutuhkan perlakuan khusus. Pelayanan publik tidak sesederhana sebagaimana dibayangkan, karena begitu kompleksitas sifatnya baik berkenaan dengan nilai pemberian pelayanan itu sendiri maupun mengenai cara terbaik pemberian pelayanan publik itu sendiri. Kompleksitas dan ketidakmenentuan ini mendorong pemberi pelayanan publik mengambil langkah-langkah profesional yang didasarkan kepada keluasaan bertindak (*discretion*). Dan keluasaan inilah yang sering menjerumuskan pemberi pelayanan publik atau aparat pemerintah untuk bertindak tidak sesuai dengan kode etik atau tuntunan perilaku yang ada.

Pemberian pelayanan publik khususnya di Indonesia, pelanggaran moral dan etika dapat diamati mulai dari proses kebijakan publik (pengusulan program, proyek/kegiatan yang tidak didasarkan atas kenyataan atau kebutuhan publik), desain organisasi pelayanan publik (pengaturan struktur, formalisasi, dispersi otoritas) yang sangat bias terhadap kepentingan tertentu, proses manajemen pelayanan publik yang penuh rekayasa dan kamufase, yang semuanya itu nampak dari sifat-sifat tidak transparan, tidak responsif, tidak akuntabel, tidak adil dan sebagainya (Keban, 2008:176).

Standarisasi etika penyelenggara pelayanan publik di Indonesia sebenarnya sudah diatur dalam berbagai peraturan pemerintah tentang pelayanan publik maupun peraturan pemerintah tentang kepegawaian, hal ini dapat dilihat antara lain pada Kepmenpan Nomor 81 tahun 1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum, Kepmenpan Nomor 63/Kep/M.Pan/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, PP Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil, Undang-undang Nomor 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme, Undang-undang Nomor 43 tahun 1999 tentang Pegawai Negeri Sipil, dan terakhir adalah Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Kesemua peraturan-peraturan tersebut secara tersurat didalamnya sudah menegaskan tentang etika birokrasi dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Hanya saja yang menjadi persoalan peraturan-peraturan tersebut masih bersifat umum, dalam

penerapan standar etika tersebut belum ditindaklanjuti dalam bentuk etika profesi atau semacam kode etik yang menjadi pegangan setiap aparat dalam melaksanakan pelayanan.

Seringkali terjadi aparat penyelenggara pelayanan publik lebih mengedepankan melaksanakan aturan-aturan formal dalam menyelenggarakan pelayanan secara kaku dan rigid dibandingkan dengan melaksanakan substansi tugas pelayanan masyarakat. Sebagaimana dikemukakan Kumorotomo (2001:129) bahwa aparat dalam melaksanakan pelayanan kepada masyarakat hanya menjadi rutinitas tugas-tugas dan penekanan yang berlebihan kepada pertanggungjawaban formal yang mengakibatkan adanya prosedur yang kaku dan lamban, sehingga hal tersebut menimbulkan persepsi masyarakat yang menilai pelayanan birokrasi pemerintahan yang kurang responsive terhadap kebutuhan masyarakat, misalnya yang dipersepsikan masyarakat apabila berhubungan dengan birokrasi berarti berhadapan dengan prosedur yang berbelit-belit, makan waktu, menyebalkan, dan berbiaya tinggi. Hal ini terjadi karena sering juga ada aparat yang memanfaatkan kesempatan dengan menjadikan jabatannya sebagai komoditas, dengan kata lain untuk memperlancar urusan harus disertai dengan biaya-biaya tertentu.

Perspektif etika dalam pelayanan publik dapat diamati pada empat tingkatan atau hirarki dalam perwujudannya, yaitu (1) etika atau moral pribadi yaitu yang memberikan teguran tentang baik atau buruk, yang sangat

tergantung pada beberapa faktor antara lain pengaruh orang tua, keyakinan agama, budaya, adat istiadat, dan pengalaman masa lalu; (2) etika profesi, yaitu serangkaian norma atau aturan yang menuntun perilaku kalangan profesi tertentu; (3) etika organisasi yaitu serangkaian aturan dan norma yang bersifat formal dan tidak formal yang menuntun perilaku dan tindakan anggota organisasi yang bersangkutan ; dan (4) etika sosial, yaitu norma-norma yang menuntun perilaku dan tindakan anggota masyarakat agar keutuhan kelompok dan anggota masyarakat selalu terjaga dan terpelihara (Shafritz dan Russell, 1997:607-608).

Sebagaimana terlihat etika yang sering dikedepankan dalam birokrasi pemerintahan adalah etika organisasi dimana para birokrat atau aparat penyelenggara pelayanan publik selalu berpedoman pada aturan-aturan organisasi baik formal maupun tidak formal yang menuntun perilaku dan tindakannya. Berdasarkan pada hirarki etika yang dijelaskan di atas, menunjukkan bahwa dalam organisasi pelayanan publik khususnya nilai etika dari keempat tingkatan tersebut saling bersaing sehingga para aktor harus pandai-pandai dalam melihat situasi dan kondisi yang terjadi.

Melihat kondisi tersebut dalam menyikapi persoalan moral dan etika dalam pelayanan publik, Keban (2008:175) menyatakan bahwa pada akhirnya kembali kepada tingkatan etika yang paling mendominasi keputusan seorang aktor kunci pelayanan publik. Konflik antara nilai-nilai dari tingkatan etika yang berbeda ini sering membingungkan para pembuat keputusan

sehingga kadang-kadang mereka menyerahkan keputusan akhirnya kepada pihak lain yang mereka percaya atau segani seperti pejabat yang paling tinggi.

Terkait dengan hal tersebut untuk mengefektifkan penerapan etika dalam penyelenggaraan pelayanan publik dibutuhkan kode etik (Keban, 2008:176). Kode etik pelayanan publik di Indonesia masih terbatas pada beberapa profesi seperti ahli hukum dan kedokteran, namun pada profesi lainnya kode etik ini masih belum ada. Persoalan kode etik pada setiap profesi ini masih terjadi pro dan kontra di tengah-tengah masyarakat, ada yang mengatakan perlu ada namun di lain pihak menilai tidak perlu ada karena adanya pendapat bahwa sesungguhnya di Indonesia sudah memiliki etika yang kedudukannya lebih tinggi dibandingkan nilai etika lain misalnya etika keagamaan, maupun budaya atau adat istiadat. Namun tidak dipungkiri bahwa nilai etika tersebut dalam lingkup birokrasi seringkali dilanggar oknum aparat. Hal ini terjadi karena disebabkan tidak adanya sanksi bagi pelanggar nilai etika dimaksud, sementara di satu sisi bagi aparat yang patuh terhadap nilai etika itu justru tidak memperoleh insentif.

Permasalahan dalam penegakan etika dalam pelayanan publik pada khususnya yang terjadi di Indonesia, dalam mengatasinya kita dapat belajar pada negara-negara lain yang memiliki kedewasaan beretika. Di Amerika Serikat, misalnya kesadaran beretika dalam pelayanan publik telah begitu meningkat sehingga banyak profesi pelayanan publik yang telah memiliki

kode etik. Salah satu contoh yang relevan dengan pelayanan publik adalah kode etik yang dimiliki *American Society for Public Administration (ASPA)* yang telah direvisi berulang kali dan terus mendapat kritikan serta penyempurnaan dari para anggotanya. Nilai-nilai yang dijadikan pegangan perilaku para anggotanya antara lain integritas, kebenaran, kejujuran, ketabahan, respek, menaruh perhatian, keramahan, cepat tanggap, mengutamakan kepentingan publik di atas kepentingan lain, bekerja profesional, pengembangan profesionalisme, komunikasi terbuka dan transparansi, kreativitas, dedikasi, kasih sayang, penggunaan keleluasaan untuk kepentingan publik, memberi perlindungan terhadap informasi yang sepatutnya dirahasiakan, dukungan terhadap sistem *merit* dan program *affirmative action*.

Persoalan etika dalam administrasi publik selalu mengemuka dan menarik untuk didiskusikan, hal ini juga sangat dipengaruhi oleh beberapa pandangan pada ahli tentang etika. Menurut Denis Thompson (Shafritz, 1997), di dalam administrasi publik terdapat isu etika yang kontroversial dan dilematis, yaitu etika netralitas dan etika struktur. Etika netralitas menuntut seorang administrator untuk netral, artinya menerapkan prinsip etika sesuai kebijakan organisasi atau sebagaimana diputuskan oleh organisasi, dan tidak boleh menerapkan prinsip etika yang dianutnya. Etika seperti ini menuntut loyalitas tinggi bagi seorang administrator, dan menyangkal otonomi beretika.

Sementara itu, etika struktur menyatakan bahwa organisasi atau pimpinan organisasi adalah yang bertanggung jawab atas semua keputusan dan

kebijakan yang dibuat, dan bukan individu aparat. Karena itu, bila terjadi suatu masalah dalam organisasi sebagai akibat dari keputusan dan kebijakan organisasi, pimpinan harus siap memikul resiko, kalau perlu menarik diri atau berhenti dari pekerjaannya (Keban, 2008:176).

Bagi penyelenggara pelayanan publik dalam praktek pelayanan publik di Indonesia menurut Keban perlu memperhatikan aliran-aliran etika yang ada seperti halnya disebutkan di atas. Selain itu dalam etika terdapat norma-norma yang bersifat absolut dan relatif. Dimana norma absolut merupakan norma etika bersifat universal, untuk itu aparat birokrasi dapat menggunakannya sebagai penuntun tingkah lakunya. Akan tetapi norma-norma tersebut juga terikat situasi sehingga menerima norma-norma tersebut sebaiknya tidak kaku sebab terkadang norma-norma tersebut terikat situasi atau kondisi tertentu. Kelemahan yang terlihat di Indonesia sekarang ini terkait dengan etika tersebut adalah ketiadaan atau kekurangan kode etik. Kebebasan dalam menguji dan mempertanyakan norma-norma moralitas yang berlaku belum ada. Bahkan seringkali kita bersikap kaku terhadap normamoralitas yang sudah ada tanpa melihat perubahan jaman atau situasi.

4. Teori Kualitas dan Kualitas Pelayanan Publik

Teori-teori tentang kualitas telah banyak dibahas dalam berbagai literatur manajemen. Dalam lingkup administrasi publik atau secara khusus dalam organisasi publik pembahasan tentang kualitas terutama kualitas

pelayanan banyak mengadopsi konsep-konsep yang berasal dari teori-teori manajemen tersebut.

Kualitas telah menjadi harapan dan impian bagi semua orang baik yang berada pada posisi konsumen maupun sebagai produsen. Oleh karena itu membicarakan tentang pengertian atau definisi kualitas dapat berbeda makna bagi setiap orang, karena kualitas memiliki banyak kriteria dan sangat tergantung pada konteksnya. Banyak pakar dibidang kualitas yang mencoba untuk mendefinisikan kualitas berdasarkan perspektifnya masing-masing, beberapa diantaranya yang cukup populer adalah yang dikembangkan oleh tiga pakar kualitas, yaitu W.Edwards Deming, Philip B. Crosby, dan Joseph M.Juran (Yamit, 2002:7). Definisi kualitas yang dikemukakan oleh para ahli tersebut yaitu kualitas adalah apapun yang menjadi kebutuhan dan keinginan konsumen (Deming). Sementara Crosby mempersepsikan kualitas sebagai nihil cacat, kesempurnaan dan kesesuaian terhadap persyaratan. Sedangkan Juran mendefinisikan kualitas (mutu) sebagai kesesuaian terhadap spesifikasi (Yamit, 2002:7)

Berbagai definisi tentang kualitas tersebut dapat dikategorikan atas definisi yang bersifat konvensional dan yang bersifat strategis. Definisi konvensional dari kualitas biasanya menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk seperti (a) kinerja-*performance*, (b) keandalan-*reliability*, (c) mudah dalam penggunaan-*ease of use*, dan (d) estetika-*esthetics*. Sedang-

kan definisi strategis dinyatakan bahwa kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan/masyarakat (*meeting the needs of customers*) (Sinambela, 2008:6).

Menurut Tjiptono (2002:3) meskipun tidak ada definisi mengenai kualitas yang diterima secara universal, namun dari definisi-definisi yang ada terdapat beberapa kesamaan, yaitu dalam elemen-elemen sebagai berikut:

- a. Kualitas meliputi usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.
- b. Kualitas mencakup produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan.
- c. Kualitas merupakan kondisi yang selalu berubah (misalnya apa yang dianggap merupakan kualitas saat ini mungkin dianggap kurang berkualitas pada masa mendatang).

Berdasarkan elemen diatas Goetsch dan Davis (Tjiptono, 2002:4) mendefinisikan kualitas yang memiliki cakupan lebih luas yaitu: Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Definisi tersebut menegaskan bahwa kualitas bukan hanya menekankan pada aspek hasil akhir, yaitu produk dan jasa tetapi juga menyangkut kualitas manusia, kualitas proses dan kualitas lingkungan. Sangatlah mustahil meng-hasilkan produk dan jasa yang berkualitas tanpa melalui manusia dan proses yang berkualitas. Sedangkan Gaspersz (Lukman,

1999:9) mengatakan bahwa pada dasarnya kualitas mengacu kepada pengertian pokok, yaitu:

- a. Kualitas terdiri atas sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung, maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan memberikan kepuasan atas penggunaan produk.
- b. Kualitas terdiri atas segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan.

Berdasarkan definisi dan pengertian kualitas yang beragam sebagaimana telah diuraikan oleh para ahli, hal ini disebabkan karena perbedaan perspektif atau pandangan yang digunakan. Menurut David Garvin, sebagaimana dikutip oleh Tjiptono (2002:24-25) menyebutkan terdapat lima alternatif perspektif kualitas yang biasa digunakan, yakni:

- a. *Transcendental approach*, kualitas dalam hal ini dapat dirasakan atau diketahui, tetapi sulit didefinisikan dan dioperasionalkan. Sudut pandang ini biasanya diterapkan dalam hal melihat kualitas produk-produk kesenian. Penilaian kualitas demikian ini lebih mengedepankan aspek perasaan atau selera.
- b. *Product based approach*, pada perspektif ini kualitas ditunjukkan pada karakteristik atau atribut yang dapat dikuantifikasikan, dan dapat diukur. Perbedaan dalam kualitas mencerminkan perbedaan dalam jumlah beberapa unsur atau atribut yang dimiliki produk.

- c. *User based approach*, pendekatan ini didasarkan pada pemikiran bahwa kualitas tergantung pada orang yang memandangnya, dan produk yang paling memuaskan preferensi seseorang merupakan produk yang berkualitas paling tinggi. Perspektif yang subjektif dan *demand-oriented* ini juga menyatakan bahwa pelanggan yang berbeda memiliki kebutuhan dan keinginan yang berbeda pula. Sehingga kualitas bagi seseorang adalah sama dengan kepuasan maksimum yang dirasakannya.
- d. *Manufacturing based approach*, perspektif ini bersifat *supply-based* dan terutama memperhatikan praktik-praktik rekayasa dan pemanufakturan, serta mendefinisikan kualitas sebagai sama dengan persyaratannya. Dalam sektor jasa, dapat dikatakan bahwa kualitasnya bersifat *operations-derived*. Pendekatan ini berfokus pada penyesuaian spesifikasi yang dikembangkan secara internal, yang seringkali didorong oleh peningkatan produktivitas dan penekanan biaya. Dalam hal ini yang menentukan kualitas adalah standar-standar yang ditetapkan organisasi, bukan pelanggan yang menggunakannya.
- e. *Value-based approach*, pendekatan ini memandang kualitas dari segi nilai dan harga dengan mempertimbangkan trade off antara kinerja dan harga, kualitas didefinisikan sebagai *affordable excellence*. Kualitas dalam perspektif ini bersifat relatif, sehingga produk yang memiliki kualitas paling

tinggi belum tentu produk yang paling bernilai. Akan tetapi yang paling bernilai adalah produk atau jasa yang paling tepat dibeli.

Sesuai dengan pengertian dan definisi kualitas yang dikemukakan di atas, maka kualitas dalam perspektif pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai kondisi proses dan produk pelayanan yang memuaskan sesuai harapan masyarakat dan sesuai pula dengan standar pelayanan dan asas-asas pelayanan publik/pelanggan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kualitas sebuah pelayanan publik sangat ditentukan oleh persepsi dari masyarakat, namun tidak hanya itu karena pelayanan publik adalah suatu pelayanan yang bersifat legalistik, artinya penyelenggara pelayanan juga harus patuh terhadap tata tertib penyelenggaraan pelayanan sebagaimana ketentuan yang berlaku. Oleh sebab itu kualitas pelayanan juga harus sesuai dengan asas, standar, dan perilaku penyelenggara sesuai dengan regulasi yang ada.

Berbagai pemikiran tentang perbaikan birokrasi pemerintah untuk dapat melayani masyarakat secara lebih baik tersebut misalnya: *Reinventing Government* (Osborne & Gaebler, 1992), *Creating A Government That Work Better & Cost Less* (Gore, 1993), *Banishing Bureaucracy* (Osborne & Plastrik, 2004), *The New Public Service* (2003) dan lain-lain. Berbagai pemikiran tersebut, pada akhir-akhir ini berujung pada upaya meningkatkan kinerja birokrasi agar dapat memberikan pelayanan pada publik secara menyeluruh, dapat memuaskan semua pihak tanpa adanya diskriminasi, dan yang utama adalah untuk dapat memberdayakan rakyatnya dan bukan memperdayainya.

Perkembangan terakhir dalam studi administrasi publik terkait dengan pelayanan publik secara lebih jelas dapat ditelaah hasil pemikiran Denhardt & Denhardt (2003:xii), dalam bukunya *The New Public Service*, sebagai berikut: semangat pelayanan publik telah melampaui mereka yang secara resmi bekerja pada instansi pemerintah yang kita kenal sebagai pegawai pelayanan publik. Masyarakat pada umumnya juga berharap dapat berkontribusi. Namun, kesempatan di mana mereka bisa memberikan kemampuannya untuk terlibat cukup terbatas, sebagian, kita berpikir, karena selama beberapa dekade terakhir peran warga negara sangat dibatasi dalam memilih untuk memikirkan orang-orang sebagai pelanggan atau konsumen dibandingkan sebagai warga negara.

Berdasarkan argumentasi Denhardt dan Denhardt tersebut memperlihatkan bahwa efektifnya penyelenggaraan pelayanan publik tidak hanya semata-mata yang berperan adalah pemerintah namun juga perlu keterlibatan masyarakat yang ingin berkontribusi terhadap penyelenggaraan pelayanan. Jadi masyarakat tidak hanya dipandang sebagai pelanggan atau konsumen daripada warga negara. Sejalan dengan hal tersebut dalam penyelenggaraan pelayanan publik di Indonesia telah dibuat sebuah peraturan yakni Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik. Didalam undang-undang tersebut termuat tentang asas-asas dan standar dalam pelayanan publik, dimana didalamnya terbuka ruang bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi di dalam pelayanan publik.

Mengenai asas-asas penyelenggaraan pelayanan publik dalam Undang-undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik Pasal 4 menyebutkan asas-asas pelayanan publik adalah berasaskan pada: (a) kepentingan umum; (b) kepastian hukum; (c) kesamaan hak; (d) keseimbangan hak dan kewajiban; (e) keprofesionalan; (f) partisipatif; (g) persamaan perlakuan/tidak diskriminatif; (h) keterbukaan; (i) akuntabilitas; (j) fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan; (k) ketepatan waktu; dan (l) kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan.

Penyelenggaraan pelayanan yang taat azas tersebut menunjukkan bahwa dalam penyelenggaraan pelayanan publik memiliki perbedaan dengan penyelenggaraan pelayanan pelanggan pada sektor privat, dimana pelayanan publik lebih mengedepankan pada aspek kepentingan umum. Sekalipun demikian standar penyelenggaraan pelayanan publik memiliki kesamaan penyelenggaraan pelayanan pada sektor swasta.

Adapun standar pelayanan publik sebagaimana ditegaskan dalam Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 Pasal 21 yaitu meliputi: (a) dasar hukum; (b) persyaratan; (c) sistem, mekanisme, dan prosedur; (d) jangka waktu penyelesaian; (e) biaya/tarif; (f) produk pelayanan; (g) sarana, prasarana, dan/atau fasilitas; (h) kompetensi pelaksana; (i) pengawasan internal; (j) penanganan pengaduan, saran dan masukan; (k) jumlah pelaksana; (l) jaminan pelayanan yang memberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan; (m) jaminan keamanan dan keselamatan

pelayanan dalam bentuk komitmen untuk memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, dan resiko keragu-raguan; dan (n) evaluasi kinerja pelaksana.

Terkait dengan adanya asas-asas dan standar dalam penyelenggaraan pelayanan termasuk pelayanan publik, hal ini menunjukkan bahwa penyelenggaraan pelayanan lebih mengedepankan pada kualitas proses. Dan hal tersebut dapat terwujud jika penyelenggara pelayanan maupun penerima pelayanan taat terhadap asas yang ada dan penyelenggara pelayanan patuh pada standar yang telah ditetapkan. Pernyataan yang sama juga ditegaskan oleh Yamit (2002:9), bahwa organisasi yang bergerak dalam bidang jasa dan pelayanan lebih menekankan pada kualitas proses, karena biasanya pelanggan (*customers*) terlibat langsung dalam proses tersebut. Sedangkan organisasi yang menghasilkan produk lebih menekankan pada hasil, karena pelanggan umumnya tidak terlibat secara langsung dalam prosesnya. Untuk itu diperlukan sistem manajemen kualitas yang dapat memberikan jaminan kepada pihak konsumen bahwa produk tersebut dihasilkan oleh proses yang berkualitas (Yamit, 2002:9).

Berdasarkan pada perspektif kualitas tersebut, maka para ahli dapat menetapkan beberapa dimensi untuk menilai kualitas produk barang dan jasa. Mengenai konsep tentang kualitas pelayanan termasuk dalam organisasi publik belum terdapat kesepakatan yang seragam tentang pengertiannya diantara para ahli. Hal ini disebabkan karena perbedaan perspektif dalam memandang kualitas, juga perbedaan lokus maupun fokus riset yang dilaksanakan. Namun sebagai gambaran tentang konsep kualitas

pelayanan secara umum dapat dirujuk pada standar kualitas pelayanan dalam organisasi privat sebagaimana telah dikemukakan oleh banyak pakar diantaranya oleh Zeithaml, Parasuraman dan Berry (1990), Lovelock (1994) dengan mengajukan konsep yang disebut *Servqual*, dan DeVrye (2001) dengan konsep *SERVICE*.

Menurut pandangan Zeithaml, Berry, dan Parasuraman (Yamit, 2002:10) berdasarkan berbagai penelitian terhadap beberapa jenis jasa yang telah dilakukan mereka berhasil mengidentifikasi lima dimensi karakteristik yang digunakan oleh pelanggan dalam mengevaluasi kualitas pelayanan. Secara khusus untuk menilai kualitas produk jasa pelayanan dapat diukur pada kelima dimensi karakteristik kualitas pelayanan yaitu:

- a. *Tangibles* (bukti langsung), yaitu meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
- b. *Reliability* (kehandalan) yaitu kemampuan dalam memberikan pelayanan dengan segera dan memuaskan serta sesuai dengan yang telah dijanjikan.
- c. *Responsiveness* (daya tanggap), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
- d. *Assurance* (jaminan), yaitu mencakup kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko ataupun keragu-raguan.

- e. *Empaty*, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, dan perhatian dengan tulus terhadap kebutuhan pelanggan.

Sementara Lovelock (1994:179) memberikan argumentasi tentang kualitas pelayanan dengan mengemukakan *the eight petals on the flower of service* sebagai gambaran tentang mutu pelayanan yang baik yang harus dipenuhi yaitu terdiri atas *information, construction, order taking, hospitality, caretaking, exception, billing and payment*. Lovelock mengatakan bahwa mutu pelayanan ditentukan oleh terpenuhinya kedelapan helai bunga pelayanan tersebut yang berlaku umum pada pemberian pelayanan atau produk.

Pendapat lain yang dapat dijadikan rujukan dalam melakukan pengukuran terhadap pelayanan adalah pendapat dari DeVrye (2001:9-16) mengemukakan tujuh jenis strategi sederhana menuju sukses dalam pemberian pelayanan yang disingkat dalam kata *SERVICE*, beberapa hal tersebut yang perlu diperhatikan yaitu: (a) *S...self esteem*-memberi nilai pada diri sendiri; (b) *E...exceed expectations*-melampaui yang diharapkan; (c) *R...recover*-memulihkan; (d) *V..vision*-visi; (e) *I..improvel*-peningkatan; (f) *C...care*-perhatian; (g) *E...empower*-pemberdayaan.

Membandingkan antara ketiga konsep kualitas pelayanan yang dikemukakan oleh Zeithaml, Parasuraman, Berry dengan Lovelock serta DeVrye. Ternyata bahwa apa yang dikemukakan oleh Lovelock pada dasarnya menggambarkan bahwa kualitas pelayanan ditentukan pada prosesnya atau dari sudut rangkaian pemberian pelayanan yang setiap

tahapannya memerlukan suasana atau kondisi tertentu. Sedangkan konsep kualitas pelayanan yang ditawarkan oleh Zeithaml, Parasuraman, Berry lebih mengedepankan pendekatan yang komprehensif atau menyeluruh yang dituntut dari suatu produk atau pelayanan yang diberikan. Sementara konsep yang ditawarkan oleh DeVrye lebih lengkap lagi dengan menambahkan aspek kelembagaan organisasi penyelenggara pelayanan yaitu perlunya penetapan visi pelayanan dan pemberdayaan (*empowerment*) terhadap organisasi sebagai indikator mutu pelayanan.

Apabila ketiga konsep diatas digabungkan, ternyata konsep kualitas pelayanan secara garis besar tertuju pada empat dimensi yakni:(1) dimensi proses pemberian pelayanan; (2) dimensi luaran pelayanan yakni barang atau jasa; (3) dimensi pemanfaatan berupa kesan atau kepuasan setelah menerima pelayanan, dan keempat pada dimensi organisasi pemberi pelayanan.

Dimensi pertama, yakni proses pemberian pelayanan, terdapat beberapa kondisi yang perlu dipenuhi agar pelayanan dikatakan bermutu yakni, *information, consultation, undertaking, hospitality, caretaking, exceptions, billing and payment*. Pada dimensi kedua, mengenai produk barang atau jasa yang diberikan haruslah *tangibles, realibility*, dalam wujud standar yang harus dipenuhi. Pada dimensi yang ketiga, pemanfaatan terdapat *assurance* dan *empathy*. Pada dimensi keempat, yakni organisasi pemberi pelayanan haruslah memiliki struktur dan kelengkapan peralatan dan tenaga yang mampu memberikan proses pelayanan, dengan terpenuhinya *information,*

consultation, hospitality, caretaking, responsiveness, secara dekat dan kontak langsung dengan penerima pelayanan (Saleh, 2006:127-128).

Sejalan dengan keempat dimensi dalam peningkatan kualitas pelayanan, Schneider and Bowen (1995:2-5) menyebutkan adanya *the three tiers of a winning service organization*, yakni:

- a. *The customer tier*, pada tingkatan ini *customer* memiliki karakteristik yang harus dipahami pemberi layanan seperti *expectation, need, and competencies*. Mutu pelayanan yang diberikan akan ditentukan apakah memenuhi harapan, kebutuhan dan kompetensi dari pelanggan.
- b. *The boundary tier*, berkaitan dengan pertemuan antara *customer* dengan organisasi. Pada level ini terjadi *the moment of truth*.
- c. *The coordination tier*, adalah proses manajemen oleh pimpinan organisasi yang mengatur strategi dan penataan *customer* dan *boundary tier* agar berlangsung sesuai harapan.

Terkait dengan itu, Lenvine (1990:188) mengatakan, produk pelayanan publik di dalam negara demokrasi paling tidak harus memenuhi tiga indikator:

- a. *Responsiveness* adalah daya tanggap penyedia layanan terhadap harapan, keinginan, aspirasi maupun tuntutan pengguna layanan.
- b. *Responsibility* atau *responsibilitas* adalah suatu ukuran yang menunjukkan seberapa jauh proses pemberian pelayanan publik itu dilakukan sesuai

dengan prinsip-prinsip atau ketentuan-ketentuan administrasi dan organisasi yang benar dan telah ditetapkan.

c. *Accountability* adalah suatu ukuran yang menunjukkan seberapa besar proses penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan kepentingan stakeholders dan norma-norma yang berkembang dari masyarakat.

Teori dan konsep yang terkait dengan analisis penyelenggaraan pelayanan publik seperti dikemukakan oleh beberapa pakar lainnya terdiri atas efisien, efektif, ekonomis, responsive, dan equality (Frederickson, 1997; Savas, 1987; dan Grindle, 1997). Kriteria efisien berhubungan dengan biaya, efektivitas berhubungan dengan ketepatan, dan ekonomis berhubungan dengan biaya penyelenggaraan pelayanan, responsive berkaitan dengan daya tanggap pemberi pelayanan kepada masyarakat yang membutuhkan, dan equity berkaitan dengan kesetaraan atau keadilan yang diterima oleh penerima layanan.

Secara khusus dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan lembaga pelayanan kesehatan seperti halnya rumah sakit dijelaskan oleh Robert dan Prevost (dalam Rokiah, 1994:11) bahwa mutu pelayanan terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramahtamahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.

Seperti halnya dengan pelayanan jasa lainnya, kualitas pelayanan lembaga kesehatan dapat dilihat pada dimensi kualitas jasa. Pudjirahardjo (dalam Adiwijaya, 2001:19) mengemukakan masalah kualitas pelayanan kesehatan secara umum dapat dilihat pada indikator-indikator yaitu:

- a. *Empathy*, merupakan kemampuan seseorang untuk mengerti sepenuhnya tentang kondisi dan perasaan pasien (konsumen). Petugas memandang melalui pandangan klien, merasakan melalui perasaan klien, kemudian mengidentifikasi masalah klien serta membantu klien mengatasi masalah tersebut. Seseorang yang mempunyai empati akan termotivasi untuk menolong orang lain.
- b. *Reliability*, dalam memberikan pelayanan keterbukaan sangat penting untuk pembentukan rasa percaya pada konsumen. Pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan yang dijanjikan.
- c. *Responsiveness* (tanggap), yaitu dalam memberikan pelayanan petugas memberi respon segera pada kondisi pasien yang sedang membutuhkan pertolongan.
- d. *Communication*, yaitu dalam memberikan pelayanan kesehatan petugas mau berdialog dengan pasien dan terbuka untuk menerima keluhan atau tuntutan kebutuhan dari pasien.
- e. *Caring* (pemeliharaan), dalam memberikan pemeliharaan/perawatan pada pelayanan kesehatan bertujuan untuk menentramkan hati, penuh perhatian dan respek terhadap pasien.

Memperhatikan dimensi pelayanan kesehatan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa penilaian pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan pada dasarnya terkait pada berbagai dimensi yaitu dimensi kompetensi teknis (profesionalisme petugas), hubungan antarmanusia (petugas dan pasien), kenyamanan, keamanan dan kemudahan dalam memperoleh pelayanan.

Perwujudan kinerja organisasi publik dalam penyelenggaraan pelayanan publik secara berkualitas secara umum telah ditegaskan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 81 Tahun 1995 dengan menetapkan indikator-indikator seperti kesederhanaan, kejelasan dan kepastian, keamanan, keterbukaan, efisien, ekonomis, keadilan yang merata, dan ketepatan waktu. Indikator-indikator tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kesederhaan adalah prosedur atau tata cara pelayanan umum harus didesain sedemikian rupa sehingga penyelenggaraan pelayanan umum menjadi mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
- b. Kejelasan dan kepastian tentang tatacara, rincian biaya layanan dan cara pembayarannya, jadwal waktu penyelesaian layanan, dan unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan umum.
- c. Keamanan, yaitu usaha untuk memberikan rasa aman dan bebas pada pelanggan dari adanya bahaya, resiko, dan keragu-raguan. Proses serta

hasil pelayanan umum dapat memberikan keamanan dan kenyamanan serta dapat memberikan kepastian hukum.

- d. Keterbukaan, yaitu bahwa pelanggan dapat mengetahui seluruh informasi yang mereka butuhkan secara mudah dan jelas, yang meliputi informasi tata cara, persyaratan, waktu penyelesaian, biaya, dan lain-lain.
- e. Efisien, yaitu persyaratan pelayanan umumnya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dan produk pelayanan publik yang diberikan. Disamping itu, juga harus dicegah adanya pengulangan di dalam pemenuhan kelengkapan persyaratan, yaitu mempersyaratkan kelengkapan persyaratan dari satuan kerja atau instansi pemerintah lain yang terkait.
- f. Ekonomis, yaitu agar pengenaan biaya pelayanan ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan nilai barang/jasa dan kemampuan pelanggan untuk membayar.
- g. Keadilan yang merata, yaitu cakupan atau jangkauan pelayanan umum harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diperlakukan secara adil.
- h. Ketepatan waktu, yaitu agar pelaksanaan pelayanan umum dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

Beberapa pendapat tentang kualitas pelayanan yang telah dikemukakan oleh para ahli pada dasarnya memiliki kesamaan dalam

menetapkan dimensi-dimensi kualitas, perbedaan yang ada hanya sifatnya penambahan atau saling melengkapi dimensi yang ada. Sebagaimana dijelaskan oleh Sinambela (2008:6) bahwa tujuan pelayanan publik adalah memuaskan masyarakat. Untuk mencapai kepuasan itu dituntut kualitas pelayanan prima yang tercermin dari:

- a. Transparansi, yakni pelayanan yang bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara meadai serta mudah dimengerti.
- b. Akuntabilitas, yakni pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Kondisional, yakni pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
- d. Partisipatif, yaitu pelayanan yang dapat mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat.
- e. Kesamaan hak, yaitu pelayanan yang tidak melakukan diskriminasi dilihat dari aspek apa pun khususnya suku, ras, agama, golongan, status sosial, dan lain-lain.
- f. Keseimbangan hak dan kewajiban, yaitu pelayanan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan publik.

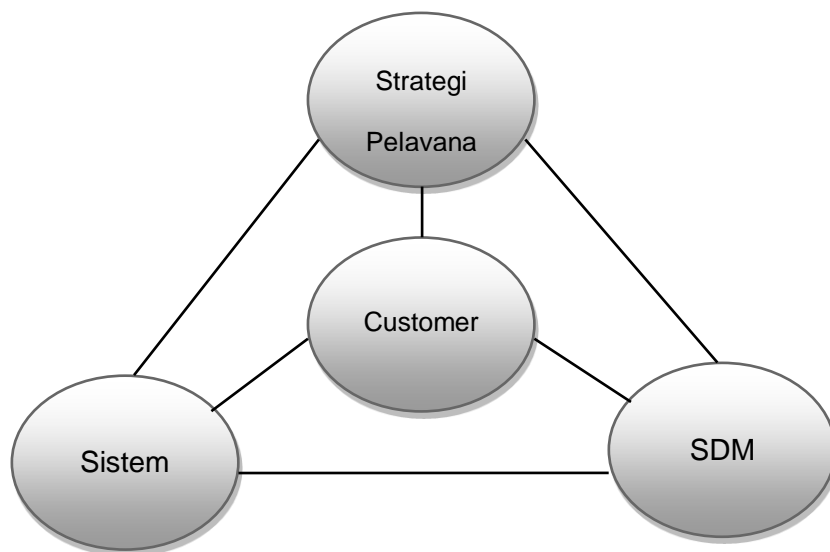
Sehubungan dengan itu, untuk mewujudkan kualitas penyelenggaraan pelayanan yang prima, maka perlu dikembangkan dalam diri penyelenggara pelayanan beberapa prinsip-prinsip pelayanan prima (*service excellence*). Sebagaimana dikemukakan oleh Barata (2003:31-32) terdapat 6 (enam) prinsip yang digunakan untuk mengembangkan pelayanan prima yang dinamakan A6 yaitu: *ability* (kemampuan), *attitude* (sikap), *appearance* (penampilan), *attention* (perhatian), *action* (tindakan), *accountability* (akuntabilitas).

Berbagai perspektif tentang kualitas pelayanan yang telah dijelaskan di atas, maka dapat dikatakan bahwa untuk mewujudkan kualitas pelayanan publik tidak hanya melihat indikator-indikator kualitas pelayanan tetapi terdapat hal-hal yang sangat urgen diperhatikan yakni pelayanan publik harus responsif terhadap berbagai kepentingan dan nilai-nilai publik yang ada (Subarsono, 2005:144). Hal yang sama kurang mendapat perhatian dalam penyelenggaraan pelayanan pada sektor privat, sebagaimana diketahui fokus pelayanan privat adalah kepada pelanggan (*customer*).

Pandangan Albrecht dan Zemke (1990:41) mengatakan bahwa kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi dari berbagai aspek yaitu sistem pelayanan, sumber daya manusia pemberi pelayanan, strategi, dan pelanggan (*customers*). Hubungan antara aspek tersebut digambarkan dalam Gambar 2.5.

Sistem pelayanan publik yang baik akan menghasilkan kualitas pelayanan publik yang baik pula. Suatu sistem yang baik akan memberikan prosedur pelayanan yang terstandar dan memberikan mekanisme kontrol di dalam dirinya (*built in control*) sehingga segala bentuk penyimpangan yang terjadi akan mudah diketahui. Selain itu, sistem pelayanan juga harus sesuai dengan kebutuhan pelanggan. Ini berarti organisasi harus mampu merespons kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan menyediakan sistem pelayanan dan strategi yang tepat.

Gambar 2.5. Segi tiga pelayanan publik



Sumber: Albrecht and Zemke (1990:41)

Sementara sumber daya manusia dalam organisasi pelayanan menempati posisi yang sangat urgen karena setiap lembaga pelayanan publik membutuhkan petugas pelayanan yang mampu memahami dan

mengoperasikan sistem pelayanan secara baik. Selain itu, petugas pelayanan juga harus mampu memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan.

Sifat, karakter dan jenis pelanggan yang bervariasi membutuhkan strategi pelayanan yang berbeda dan ini harus diketahui oleh petugas pelayanan. Petugas pelayanan perlu mengenal pelanggan dengan baik sebelum dia memberikan pelayanan. Di dalam sistem pelayanan perbankan, cara ini dikenal sebagai strategi *Know Your Customers* (KYC) (Subarsono, 2005:146). Dari pandangan tersebut secara jelas menunjukkan bahwa untuk mewujudkan pelayanan berkualitas yang memberikan kepuasan kepada masyarakat atau pengguna layanan, hal yang terpenting diperhatikan adalah kondisi pelanggan saat mereka dilayani, oleh sebab itu ketentuan-ketentuan baku dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang biasanya lebih mengedepankan keteraturan administratif (legalitas) yang kadang-kadang menjadi penghambat dalam pelaksanaan pelayanan terutama dalam pelayanan kesehatan perlu dikondisikan dengan situasi pada saat pelayanan.

Konsep kualitas bersifat relatif. Sebab penilaian kualitas bergantung pada perspektif yang digunakan untuk menentukan karakteristik pelayanan yang spesifik. Dengan demikian seperti yang ditegaskan oleh Schedler dan Felix (2000:137) bahwa dalam mengukur kualitas pelayanan masyarakatlah yang ditempatkan sebagai penentu kualitas pelayanan sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku. Sehubungan dengan itu pada dasarnya terdapat tiga

orientasi kualitas yang seharusnya konsisten antara yang satu dengan yang lain, yaitu persepsi pelanggan, produk, dan proses. Untuk produk jasa pelayanan misalnya, ketiga orientasi tersebut dapat menyumbangkan keberhasilan organisasi ditinjau dari kepuasan pelanggan.

Dewasa ini kualitas merupakan bahasan yang sangat penting dalam pelayanan publik. Konsep kualitas menjadi ukuran keberhasilan organisasi. Kualitas tidak hanya untuk lembaga penyelenggara jasa komersial, tetapi juga telah merembes ke lembaga-lembaga pemerintahan yang selama ini resisten terhadap tuntutan akan kualitas pelayanan publik (Trilestari, 2004:41-42).

Suatu pelayanan aparatur yang berkualitas menurut Frederickson (1984) dalam Rakhmat, 2009:108, apabila memenuhi beberapa ciri yaitu bersifat anti birokratis, distribusi pelayanan, desentralisasi dan berorientasi pada klien. Layanan publik merupakan hak masyarakat yang pada dasarnya mengandung prinsip kesederhanaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi, keamanan, tanggungjawab, kelengkapan sarana, dan prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan, kesopanan, keramahan, dan kenyamanan (Sugandi, 2011:124).

Terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, untuk mengukur kualitas pelayanan tersebut dapat dirujuk pada hasil penelitian Frimpong, Nwanko dan Dason (2010). Hasil penelitian yang dimuat dalam *Journal Public Service Management* yang berjudul *"measuring service quality, believeness, image, and satisfaction with access to public healthcare*

delivery". Temuan penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan layanan kesehatan ditentukan oleh bagusnya kualitas layanan secara interaksi, lingkungan fisik dan hasil dengan kepercayaan layanan disesuaikan dengan tingkat kompetensi, kejujuran, integritas dan terprediksikan dalam memberikan imej layanan yang bagus sesuai dengan reputasi, keberhasilan, keunggulan dan familiar. Layanan yang bernilai akan memberikan tingkat kepuasan sesuai dengan keinginan dan harapan.

D. Lembaga Pelayanan Kesehatan

1. Tinjauan Beberapa Model Pelayanan Kesehatan

Pergeseran paradigmatik dalam administrasi publik juga membawa konsekuensi terhadap penyelenggaraan pelayanan publik. Paradigma *governance* dalam penyelenggaraan pemerintahan membawa konsekuensi pada pendistribusian peran pemerintah dalam pelayanan publik tidak lagi sebagai lembaga yang dominan atau yang memonopoli fungsi pelayanan publik tersebut, namun harus berbagai dengan pihak swasta baik badan-badan internasional, NGO (*non government organization*), maupun institusi lokal pada level komunitas.

Dewasa ini di negara-negara demokrasi barat, ada keinginan besar untuk mengurangi peran negara seluas-luasnya dan memberi peran yang lebih besar kepada masyarakat untuk mengatur dirinya sendiri. Pandangan ini dikenal dengan tesis *hollowing out of the state* atau pengosongan dan berkurangnya peran negara (Dale, dalam Kusdi, 2009:48). Di sini, negara

cenderung melepas berbagai aktivitas yang sebelumnya menjadi wilayah pengaturannya, baik ke atas pada level nasional maupun ke bawah pada level subnasional atau daerah. Hal ini dilakukan secara konkret melalui kebijakan privatisasi dan desentralisasi.

Konsekuensi dari gagasan *hollowing out of the state* tersebut adalah peran organisasi publik makin dipersempit. Penyediaan barang-barang publik yang sebelumnya menjadi monopoli organisasi publik makin banyak yang diserahkan kepada badan-badan swasta. Sekalipun demikian, berdasarkan pendapat tersebut banyak juga menuai beberapa kritik bahwa penyediaan barang publik yang akan dialihkan kepada pihak swasta perlu dikaji lebih mendalam. Menurut Ralf Dahrendorf (1984) sebagaimana dikutip oleh Kusdi (2009:48) pelayanan publik terbagi ke dalam dua jenis, yaitu: (a) produk dan jasa yang tersedia untuk konsumen, kendati tidak semua orang bisa menikmatinya karena disediakan berdasarkan kemampuan (*ability to pay*); (b) produk dan jasa yang wajib (*entitlement-based*) sebagai hak warga negara tanpa membedakan latar belakang identitas yang harus tersedia dengan distribusi seluas mungkin. Pada kategori pelayanan publik jenis kedua inilah yang bersifat wajib, dengan demikian organisasi publik tidak bisa sepenuhnya digantikan perannya oleh organisasi bisnis.

Ada beberapa bentuk-bentuk kompromistis yang kemudian direalisasikan dalam penyediaan barang-barang publik biasanya mengambil pola kerja sama antara sektor publik dan sektor privat. Salah satu yang paling pesat mengalami perkembangan di bidang kolaborasi sektor publik dan privat

ini adalah pelayanan bidang kesehatan. Menurut Vincent-Jones (2005), dalam analisisnya terhadap sistem pelayanan kesehatan di Inggris dan di daratan Eropa, dewasa ini pilihan-pilihan dalam pelayanan kesehatan terdapat beberapa model yang digunakan (dalam Kusdi, 2009:48-49), yaitu:

- a. Model Pemerintah Murni, yaitu pelayanan kesehatan secara langsung ditangani oleh pemerintah melalui rumah-rumah sakit milik pemerintah, maupun institusi-institusi penyedia layanan kesehatan lain yang dibangun dan dikelola secara murni oleh pemerintah dengan sistem pembiayaan publik.
- b. Model Sistem Setengah-Pasar, yaitu pelayanan melalui mekanisme campuran publik dan swasta (*quasi-market*), dimana pemerintah menjamin penyediaan pelayanan kesehatan sebagian dilakukan pemerintah dan sebagian lagi melalui mekanisme kontrak pelayanan (*purchase-of-service contracting*) kepada badan-badan swasta yang ditunjuk. Tujuannya agar ada kompetisi yang memacu penyedia layanan milik pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Di sini, pemerintah bertindak sebagai pembeli (*purchaser*) atas nama masyarakat, dengan menunjuk seorang pejabat publik dari suatu badan yang khusus mengatur masalah pelayanan kesehatan masyarakat.
- c. Model Sistem Pasar Terbatas atau *Regulated Market*, di mana sarana-sarana pelayanan milik pemerintah diprivatisasi, dan masyarakat harus secara individual membayar setiap pelayanan yang ia gunakan. Tujuannya

untuk memberikan kebebasan memilih (walaupun secara terbatas) kepada pengguna layanan. Tugas pemerintah adalah mengatur agar pelayanan tersebut aman (*safety*), menetapkan standar-standar harga pelayanan, asas-asas pokok dalam pelayanan, dan lain-lain yang menjamin terpenuhinya hak kesehatan masyarakat secara wajar.

- d. Model Sistem Swasta Murni, yaitu penyedia layanan oleh swasta yang diatur dengan peraturan-peraturan pemerintah (khususnya Kementerian Kesehatan dan lembaga profesi medik), sehingga masyarakat sebagai pengguna jasa tetap terjamin dalam koridor pelayanan kesehatan yang aman (*safety*), kendati layanan tersebut bukan disediakan oleh pemerintah. Di sini terjadi kompetisi penuh, dan biasanya pemerintah tidak lagi mengatur harga melainkan diserahkan kepada mekanisme *supply and demand* pasar kesehatan yang saling berkompetisi tersebut.

2. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Lembaga pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah di Indonesia secara resmi dikenal beberapa jenis lembaga pelayanan kesehatan diantaranya Rumah Sakit Pemerintah dengan berbagai tipenya, Puskesmas suatu singkatan Pusat Kesehatan Masyarakat, dan Balai Pengobatan lainnya yang diperuntukkan bagi penderita penyakit tertentu. Lembaga Puskesmas ini adalah lembaga pelayanan kesehatan yang berada di garis terdepan dalam usaha pemerintah di dalam memastikan layanan kesehatan masyarakat, karena keberadaannya yang sebenarnya dapat di

jangkau secara luas oleh masyarakat, karena tersebar sampai ke pelosok daerah seperti di kecamatan maupun desa atau kelurahan.

Puskesmas diberi batasan sebagai unit organisasi pelayanan kesehatan terdepan yang mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat yang tinggal di suatu wilayah kerja tertentu (Muninjaya, 1999:80). Pengertian lain dari puskesmas sebagaimana dijelaskan dalam Kepmenkes Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pelaksanaan Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu atau sebagian wilayah kecamatan. Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna, dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja puskesmas. Program dan upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat (Sulaeman, 2009:9).

Wilayah kerja Puskesmas pada mulanya ditetapkan ditetapkan satu kecamatan, kemudian dengan semakin berkembangnya kemampuan dana yang dimiliki oleh pemerintah untuk membangun Puskesmas, wilayah kerja Puskesmas ditetapkan berdasarkan jumlah penduduk di satu kecamatan, kepadatan dan mobilitasnya. Sehingga dengan keadaan seperti itu dapat saja

didirikan lebih dari satu Puskesmas dalam satu wilayah kecamatan yang disesuaikan dengan kebutuhan. Pada umumnya satu Puskesmas mempunyai penduduk binaan antara 30.000-50.000 jiwa (Muninjaya, 1999:80).

Keberadaan Puskesmas ini sebagai pusat pelayanan kesehatan menjadi harapan masyarakat dalam rangka pemeliharaan kesehatannya dan sebagai tempat berobat dikala mereka tertimpa musibah sakit. Puskesmas menjadi dambaan masyarakat khususnya masyarakat marginal, lembaga pelayanan kesehatan ini menjadi garda terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan karena berbagai program pelayanan kesehatan yang menjadi kebijakan pemerintah harus ditindaki di tempat ini. Oleh sebab itu Puskesmas mempunyai kewenangan dan tanggungjawab memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat yang secara administratif berdomisili di wilayah kerjanya (Muninjaya, 1999:80).

Keberadaan Puskesmas di Indonesia telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pelaksanaan Pusat Kesehatan Masyarakat. Adapun fungsi daripada Puskesmas yaitu: (1) sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan; (2) pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat; (3) pusat pelayanan kesehatan strata satu yang meliputi pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*), dan pelayanan kesehatan perorangan (*private goods*).Sehubungan dengan itu bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas bersifat menyeluruh (*comprehensive health care cervice*) yaitu pelayanan

kesehatan yang meliputi aspek *promotive, preventive, curative, dan rehabilitative*. Prioritas pelayanan yang dikembangkan oleh Puskesmas lebih diarahkan ke bentuk pelayanan kesehatan dasar (*basic health care services*) yang lebih mengutamakan upaya promosi dan pencegahan (*public health services*) (Muninjaya, 1999:81).

Sementara menurut Ruby (2011:4) peran dari puskesmas yaitu sebagai ujung tombak penyelenggaraan upaya kesehatan tingkat pertama terutama usaha kesehatan masyarakat, pembinaan kesehatan di wilayah kerja, pengawasan kondisi kesehatan di wilayah kerjanya, dan penggerak pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Berdasarkan fungsi dan peran dari Puskesmas tersebut, terlihat bahwa peran lembaga ini sangat strategis dan cukup luas, sehingga pelaksanaan pelayanan yang dilakukan dapat mencakup penyelenggaraan layanan di dalam gedung dan di luar gedung (Sudayasa, 2012). Oleh sebab itu petugas Puskesmas sebenarnya tidak hanya berada dalam gedung memberikan pelayanan baik kepada masyarakat yang akan berobat maupun berkonsultasi terhadap masalah kesehatan, namun juga aktivitas petugas Puskesmas dapat berada di luar gedung, misalnya aktivitas melakukan pemantauan kehidupan terkait dengan kesehatan masyarakat, dan melakukan penyuluhan-penyuluhan kesehatan.

Sesuai dengan Kebijakan Dasar tentang Puskesmas yang diatur dalam keputusan Menteri Kesehatan disebutkan terdapat sembilan program pokok kegiatan puskesmas yang mencakup (Sudayana, 2012):

- a. Program promosi kesehatan, meliputi kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM), sosialisasi program kesehatan, survey perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), penilaian strata Posyandu.
- b. Program pencegahan penyakit menular (P2M) meliputi kegiatan surveilens terpadu penyakit (STP), pelacakan kasus: TBC, Kusta, DBD, Malaria, Flu Burung, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Diare, Infeksi Menular Seksual (IMS), penyuluhan penyakit menular.
- c. Program Pengobatan, kegiatan pengobatan dapat dilakukan pada dua tempat yakni pengobatan dalam gedung meliputi poli umum, poli gigi (rawat jalan), apotek, unit gawat darurat (UGD), perawatan penyakit (rawat inap), pertolongan persalinan (kebidanan). Sedangkan pengobatan luar gedung meliputi kegiatan rujukan kasus, pelayanan puskesmas keliling.
- d. Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) :ANC (*Antenatal Care*), PNC (*Post Natal Care*), pertolongan persalinan, rujukan ibu hamil risiko tinggi, pelayanan neonatus, kemitraandukun bersalin, manajemen terpadu balita sakit (MTBS).
- e. Program Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana (KB) :pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR), imunisasi calon pengantin (TT Catin), pelayanan KB pasangan usia subur (PUS), penyuluhan KB.

- f. Program Upaya Peningkatan Gizi Masyarakat :penimbangan bayi balita, pelacakan dan perawatan gizi buruk, stimulasi dan deteksi dini tumbuh kembang anak, penyuluhan gizi.
- g. Program Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan :pengawasan kesehatan lingkungan: SPAL (saluran pembuangan air limbah), SAMI-JAGA (sumber air minum-jamban keluarga), pemeriksaan sanitasi : TTU (tempat-tempat umum), institusi perkantoran, survey jentik nyamuk (SJN).
- h. Program Pelayanan Kesehatan Komunitas, meliputi kegiatan pelayanan kesehatan mata, kesehatan jiwa, kesehatan lansia, kesehatan olahraga, perawatan kesehatan masyarakat, upaya kesehatan sekolah (UKS).
- i. Program Pencatatan dan Pelaporan merupakan kegiatan administratif terdiri atas sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP) disebut juga sistem informasi dan manajemen puskesmas (SIMPUS).

Program-program pokok Puskesmas sebagaimana terlihat di atas, dapat terselenggara dengan efektif jika didukung oleh sumber daya manusia yang memadai. Ada beberapa petugas yang terlibat dalam pemberian pelayanan puskesmas masing-masing mempunyai peranan yang bisa saling mendukung keberhasilan pelayanan Puskesmas, petugas tersebut adalah:

a. Petugas medis, terdiri atas:

- 1) Dokter Umum, tugas pelayanan yang dilakukan yakni memberi pelayanan medis di poli umum, puskel (Puskesmas keliling), pustu (Puskesmas pembantu), dan posyandu (Pos pelayanan terpadu).

- 2) Dokter Gigi, tugas pelayanan yang diberikan adalah melaksanakan pelayanan medis di poli gigi, puskel Puskesmas keliling), Pustu (Puskesmas pembantu).
- 3) Dokter Spesialis, khusus untuk puskesmas rawat inap bagus juga ada kunjungan dokter spesialis sebagai dokter konsultan, misalnya: dokter ahli anak, kandungan dan penyakit dalam

b. Petugas Para Medis, terdiri atas:

- 1) Bidan, bertugas memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), pelaksana asuhan kebidanan.
- 2) Perawat Umum, bertugas dalam pelayanan sebagai pendamping tugas dokter umum, pelaksana asuhan keperawatan umum.
- 3) Perawat Gigi, memberikan pelayanan sebagai pendamping tugas dokter gigi, pelaksana asuhan keperawatangigi.
- 4) Perawat Gizi, memberikan pelayanan penimbangan dan pelacakan masalah gizi masyarakat.
- 5) Sanitarian, memiliki tugas pelayanan secara khusus pelayanan kesehatan lingkungan pemukiman dan institusi lainnya.
- 6) Sarjana Farmasi, memberikan pelayanan kesehatan obat dan perlengkapan kesehatan.
- 7) Sarjana Kesehatan Masyarakat, melaksanakan pelayanan administrasi, penyuluhan, pencegahan dan pelacakan masalah kesehatan masyarakat

c. Petugas Non Medis, terdiri atas:

- 1) Petugas Administrasi, melaksanakan pelayanan administrasi pencatatan dan pelaporan kegiatan puskesmas
- 2) Petugas Dapur, melakukan pelayanan seperti menyiapkan menu masakan dan makanan pasien puskesmas perawatan.
- 3) Petugas Kebersihan, memberikan pelayanan berupa kegiatan kebersihanruangan dan lingkungan Puskesmas.
- 4) Petugas Keamanan, memberikan pelayanan dengan bertugas menjaga keamanan pelayanan khususnya ruangan rawat inap
- 5) Sopir, memberikan kegiatan pelayanan seperti mengantar, membantu seluruh kegiatan pelayanan puskesmas di luar gedung puskesmas.

Memperhatikan fungsi dan peran dari Puskesmas tersebut dan perangkat-perangkat tenaga yang dimiliki, maka untuk menciptakan kualitas penyelenggaraan pelayanan harus didukung oleh dua aspek yakni ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas dan ketersediaan sarana serta prasana. Untuk mengefektifkan pelaksanaan fungsi Puskesmas, maka lembaga ini harus membuka diri dari masyarakat. Oleh sebab itu dengan adanya partisipasi dari masyarakat dalam rangka mendukung kegiatan-kegiatan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada warga masyarakat, maka diharapkan kepuasan masyarakat dari pelayanan publik yang diterima dari Puskesmas dapat terwujud sesuai harapannya.

E. Hasil Penelitian Terdahulu

Beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan terkait dengan *street-level bureaucracy* ini yang dapat dijadikan rujukan dari penelitian tentang *da coping behaviors street-level bureaucrats* ini, diantaranya adalah:

1. Penelitian Teruna (2007), yang berjudul “Patologi Birokrasi dalam Penyelenggaraan Pemerintahan di Daerah”, dari hasil penelitian disertasi ini bertujuan untuk mengkaji perilaku *street-level bureaucracy* khususnya perilaku yang menyimpang atau patologi yang dilakukan oleh birokrat dalam melaksanakan tugasnya. Hasil penelitian menunjukkan terdapat beberapa bentuk perilaku patologi khususnya dalam hal: (a) proses penyusunan rencana, ditemukan beberapa bentuk perilaku seperti merasa paling tahu atau mengerti, arogan, diskriminatif, subyektif, tidak transparan, meminta imbal jasa (ikut atau menitip kegiatan), lepas tanggungjawab, mempercayai segelintir orang dalam menyortir lembar kegiatan, menerima order. (b) pelaksanaan kegiatan, perilaku patologi yang ditemukan seperti mementingkan angka, mencari aman dan orang yang bisa mengamankan, memainkan praktek administrasi, meminta komisi, arogan, dan (c) evaluasi kegiatan, perilaku yang ditemukan adalah perilaku arogan, diskriminatif, lamban, dan ingin mudah.
2. Hasil kajian Ambar Widaningrum (2006) yang dipaparkan dalam makalah berjudul “*Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of Profiders in Health Centres*”. Penelitian yang dilaksanakan di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah dengan obyek penelitian adalah pelayanan kesehatan

masyarakat pada Puskesmas di daerah tersebut. Penelitian yang menggunakan teori Lipsky (1980) tentang *street-level bureaucracy* dengan fokus kajian ini pada peran dari pusat kesehatan masyarakat dalam mengorganisir penyediaan program layanan kesehatan. Penelitian dengan pendekatan kualitatif ini mengumpulkan data dari klien dan staf Puskesmas melalui wawancara *focus group discussion* dan observasi. Hasil penelitian menemukan bahwa kompetensi, orientasi, motivasi dan daya tarik publik pada staff puskesmas adalah penting sebab mereka adalah aktor yang berhadapan langsung dengan kenyataan dan potensi pelanggan.

Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa peran *street-level bureaucracy* dalam melaksanakan kebijakan sangat luas, dan menghadapi kenyataan bahwa tidak semua tugas dapat dilaksanakan secara simultan. *Street-level bureaucracy* dalam menghadapi klien dipengaruhi oleh isyarat dan respon dari klien dari kegiatan rutin yang terus berkembang, penafsiran instruksi dan kebijakan yang mereka terima dan pada akhirnya mereka membuat keputusan. Dari hasil studi ini menunjukkan bahwa kesuksesan implementasi kebijakan publik di bidang kesehatan khususnya terhadap masyarakat miskin, peran dari *street-level bureaucracy* dan cara mereka berperilaku benar-benar tidak dapat diabaikan atau sangat menentukan keberhasilan implementasi kebijakan.

3. Penelitian yang mengambil fokus terhadap perilaku pelayanan *street-level bureaucracy* ini dapat juga dirujuk pada penelitian yang dilaksanakan oleh Hasniati (2008), lokus penelitian pada instansi pelayanan surat izin mengemudi di Kantor Satuan Lalu Lintas Polwiltabes Kota Makassar. Penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis serta menginterpretasikan bentuk-bentuk perilaku diferensial dari interaksi *street-level bureaucrats* dengan warga masyarakat. Pendekatan penelitian secara kualitatif fenomenologis dengan pengumpulan data melalui pengamatan, wawancara mendalam dan dokumenter, menemukan bahwa terdapat sepuluh bentuk perilaku diferensial dari hasil interaksi antara gaya-gaya negosiasi *street-level bureaucrats* dengan warga masyarakat yang mencakup perilaku superior, mengabaikan, sebagai calo, mempersulit, mogok, menolak membayar, mencari gampang, melayani, memperlakukan khusus korps tertentu, serta perilaku menyogok. Dari sepuluh bentuk perilaku tersebut terdapat perilaku yang menguntungkan petugas dan warga masyarakat maupun pelaku interaksi. Dari hasil penelitian ini juga menemukan bahwa *street level bureaucrats* adalah aktor dominan penentu perilaku pelayanan sedangkan warga masyarakat berada pada kondisi atau posisi lemah.
4. Kajian Zhan dan Lo (2009), dalam paper yang berjudul "*Contextual Change and Environment Policy Implementation in China: A Longitudinal Study of Street Level Bureaucracy in Ghuangzhou*". Penelitian ini

mengoperasionalkan teori Lipsky dalam implementasi kebijakan publik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam implementasi kebijakan publik, *street-level bureaucracy* dipengaruhi oleh beberapa variabel dalam melaksanakan kebijakan yaitu *goal ambiguity* (kemenduaan terhadap tujuan), *administrative authority* (kewenangan administratif), *administrative resources* (sumber daya administratif), dan *governmental and societal stakeholder support* (dukungan stakeholder pemerintah dan stakeholder sosial).

5. Hasil kajian Soren C. Winter (2002) yang dipaparkan dalam makalahnya berjudul "*Explaining Street-Level Bureaucratic Behavior in Social and Regulatory Policies*". Penelitian yang mengoperasionalkan teori dari Lipsky ini menggunakan pendekatan penelitian kualitatif dalam menganalisis *coping behaviors* yang dilakukan *street-level bureaucracy* dalam mengimplementasikan kebijakan-kebijakan sosial yang ada di Negara Denmark. Penelitian yang dilakukan oleh Winter ini mencoba mengembangkan model konseptual untuk menjelaskan variasi dalam menghadapi kebijakan sosial dan berbagai peraturan yang ada. Penelitian difokuskan pada penerapan undang-undang integrasi pengungsi dan imigran dan kebijakan agroenvironmental. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa perilaku *street-level bureaucracy* dalam menerapkan strategi penanganan terhadap kebijakan maupun peraturan-peraturan secara berbeda dalam skala nasional, hal ini terjadi karena *street-level bureaucracy* merasa beban kerja yang besar dan terjadinya

gap antara permintaan dengan sumber daya. Dalam situasi seperti ini mereka menggunakan kebijakan yang luas untuk menerapkan berbagai mekanisme *coping* dengan berbagai cara seperti mengurangi permintaan klien untuk layanan ransum jasa, rutinitas bekerja dengan mengelompokkan klien dalam kategori standar kasar dan menggunakan aturan praktis untuk memproses pekerjaan tersebut. *Coping mechanism* lainnya yang diterapkan adalah mengendalikan klien, memodifikasi tujuan kebijakan, dan mengembangkan persepsi sinis klien.

Mekanisme *coping* yang dilakukan oleh *street-level bureaucracy* dalam melaksanakan kebijakan tersebut cenderung mendistorsi pelaksanaan kebijakan sosial. Identifikasi *coping behaviors* yang ditemukan dari hasil penelitian ini memiliki kemiripan yang ada di Denmark dengan di Amerika Serikat sebagai negara tempat teori ini pertamakali dikembangkan oleh Lipsky (1980). Hanya saja yang berbeda strategi *coping* yang dijalankan oleh birokrat dari kedua negara itu adalah di Denmark *coping behaviors* birokrat lebih menguntungkan klien, hal ini tidak terlepas daripada kondisi negara ini sebagai negara yang tingkat kesejahterannya lebih baik.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan oleh beberapa peneliti sebelumnya dapat diketahui bahwa terdapat keberagaman bentuk perilaku *street-level bureaucracy* dalam pelaksanaan pelayanan publik. Untuk jelasnya perbandingan antara hasil penelitian mengenai perilaku *street-level bureaucracy* dalam pelayanan publik dan faktor yang mempengaruhi *street-*

level bureaucracy dalam penyelenggaraan pelayanan dapat dilihat dalam Tabel 2.3 berikut ini:

Tabel 2.3. Penelitian terdahulu tentang bentuk-bentuk perilaku *street-level bureaucracy* dalam pelayanan publik

No	Peneliti	Judul	Hasil Penelitian
1	Sakban Rosidi (1998)	Pencemaran Masuk Desa Ladang: Kajian Anatomik Perbenturan Kepentingan dan Pembentukan Tertib Tersasi antara Pemilik Pabrik Pupuk Cair, Pelaku Pemerintahan Setempat, dan Warga Sekitar	Kajian ini menemukan enam gaya penyiasatan dalam lembaga sosial yaitu kompromi, pertukaran, korupsi, penipuan, percekocokan, dan intimidasi. Sedangkan pada latar keseharian gaya penyiasatan yang muncul berupa persekongkolan, pelanggaran aturan, dan pemberian ancaman.
2	Soren C. Winter (2002)	<i>Explaining Street-level Bureaucratic Behavior in Social and Regulatory Policies</i>	Penelitian yang menganalisis perilaku SLB dalam implementasi kebijakan sosial di Negara Denmark menemukan bentuk-bentuk <i>coping behaviors</i> SLB seperti mengurangi permintaan klien, mengklasifikasikan klien, menggunakan aturan praktis, mengendalikan klien, memodifikasi tujuan kebijakan, mengembangkan persepsi sinis klien.
3	Sukadji Budiharjo (2003)	Perilaku Birokrasi dalam Pelayanan Publik (Studi Kasus Perilaku Birokrasi Pemerintahan Kelurahan Teluk Tiran Kecamatan Banjarmasin Barat Kota Banjarmasin)	Hasil penelitian menemukan bahwa nilai dan kode etik birokrat mengacu kepada kepentingan organisasi dibandingkan kepentingan masyarakat, masih menguatnya nilai-nilai tradisional/ primordial sebagai sumber otoritas, birokrasi pelayanan yang dijalankan bersifat formalistik, dan primordial.
4	Ambar Widaningrum (2006)	<i>Street-level Bureaucracy: Dilemmas of Providers in Health Centres</i>	Penelitian yg dilaksanakan di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah dengan obyek pelayanan kesehatan di Puskesmas, menemukan bahwa efektifnya pelayanan di Puskesmas sangat ditentukan oleh kompetensi, orientasi, motivasi dan daya tarik publik pada staf Puskesmas sebagai aktor penyelenggara pelayanan yang berhadapan langsung dengan kenyataan dan potensi pelanggan (masyarakat), peran SLB sangat luas, dan

			tidak semua tugas dapat terlaksana secara simultan, birokrat dalam menghadapi klien dipengaruhi oleh isyarat dan respon dari klien, SLB sering membuat keputusan sendiri.
--	--	--	---

Lanjutan Tabel 2.3

No	Peneliti	Judul	Hasil Penelitian
			Hasil penelitian menyimpulkan bahwa peran SLB dan cara mereka berperilaku tidak dapat diabaikan karena sangat menentukan keberhasilan implementasi kebijakan.
5	Mada Teruna (2007)	Patologi Birokrasi dalam Penyelenggaraan Pemerintahan di Daerah	Dari kajian ini mengidentifikasi bentuk-bentuk perilaku menyimpang (patologi) birokrasi pada beberapa kegiatan manajemen pemerintahan, seperti perilaku merasa paling tahu, arogan, diskriminatif, subyektif, tidak transparan, meminta imbal jasa, mencari aman, lamban, dan ingin mudah.
6	Hasniati (2008)	Perilaku Pelayanan Birokrat Garis Depan: Studi tentang Interaksi Birokrasi Kepolisian dengan Warga Masyarakat dalam Pelayanan Surat Izin Mengemudi di Kota Makassar	Hasil penelitian ini berhasil menemukan bentuk-bentuk perilaku dari interaksi SLB dengan warga masyarakat yang disebut perilaku diferensial terdiri dari perilaku superior, mengabaikan, sebagai calo, mempersulit, mogok, menolak membayar, mencari gampang, melayani, diskriminatif, dan menyogok.
7	Xueyong Zhan, et.al (2009)	Contextual Change and Environment Policy Implementation in China: A Longitudinal Study of Street Level Bureaucracy in Ghuangzhou	Penelitian ini lebih fokus pada faktor yang mempengaruhi Street-level Bureaucracy dalam melaksanakan kebijakan yaitu <i>goal ambiguity, administrative authority, administrative resources, dan governmental and societal stakeholder support</i>

Sumber: Diolah dari beberapa sumber hasil penelitian, 2013.

F. Kerangka Pemikiran

Berbagai pandangan mengenai penyelenggaraan pelayanan publik supaya dapat terlaksana secara efisien dan efektif dengan kata lain penyelenggaraan pelayanan publik yang benar-benar dapat memberikan kepuasan bagi warga masyarakat sebagai pihak penerima layanan. Berbagai teori yang telah dikemukakan oleh para ahli yang berkontribusi cukup besar terhadap salah satu fokus kajian administrasi publik tersebut.

Kajian terhadap penyelenggaraan pelayanan publik selalu dikaitkan dengan aspek perilaku manusia baik sebagai individu maupun sebagai bagian daripada organisasi. Manusia dalam organisasi memiliki peran strategis dalam mengefektifkan penyelenggaraan pelayanan publik. Dari berbagai teori perilaku yang ada disebutkan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi perilaku individu menurut Gibson meliputi aspek kemampuan dan keterampilan, latar belakang sosial, dan faktor demografis. Faktor-faktor tersebut dapat berbeda antara satu orang dengan orang lainnya, sehingga membentuk perilaku organisasi dari manusia yang ada dalam organisasi merupakan sesuatu yang sulit namun bukan berarti tidak dapat dilakukan.

Perilaku organisasi selalu diarahkan kepada pencapaian tujuan-tujuan organisasi sebagaimana telah ditetapkan sebelumnya oleh pemilik organisasi. Pada organisasi pemerintah, tujuan-tujuan organisasi tersebut ditetapkan melalui sebuah keputusan melalui kebijakan yang diambil oleh negara atau pemerintah. Faktor pembentuk perilaku organisasi selain dari

faktor pembentuk perilaku individu tersebut juga ditentukan oleh faktor yang termasuk dalam variabel organisasi seperti sumber daya, kepemimpinan, penggajian, struktur, dan desain pekerjaan.

Penyelenggaraan pelayanan publik khususnya dalam bidang pelayanan kesehatan berbagai dimensi yang terkait dengan pelayanan tersebut untuk memberikan kepuasan kepada warga masyarakat. Perangkat yang diperlukan untuk penyelenggaraan pelayanan tersebut adalah tersedianya sarana dan prasarana pelayanan yang memadai. Selain daripada itu penerapan prinsip-prinsip *good governance* dalam penyelenggaraan pelayanan publik juga menjadi perhatian dan dianggap sebagai solusi untuk meningkatkan pelayanan.

Efektifnya penyelenggaraan pelayanan termasuk dalam pelayanan publik, dalam struktur birokrasi yang berperan dan sangat menentukan keberhasilan layanan publik adalah *street-level bureaucrats*. Posisi *street-level bureaucrats* sangat urgen karena merekalah yang berhadapan langsung dengan warga masyarakat di lapangan dan menghadapi berbagai dinamika pelayanan publik yang kadangkala sulit diprediksi sebelumnya. Posisi strategis daripada *street-level bureaucrats* tersebut yang mampu meramu pelaksanaan kebijakan di lapangan, hal tersebut disebabkan karena tidak ada kebijakan publik yang sempurna yang mampu mengidentifikasi segala aspek yang mungkin terjadi di lapangan dalam pelaksanaannya.

Berhasilnya penyelenggaraan pelayanan publik harus ada sinergitas antara pihak penyelenggara pelayanan dengan warga yang dilayani termasuk

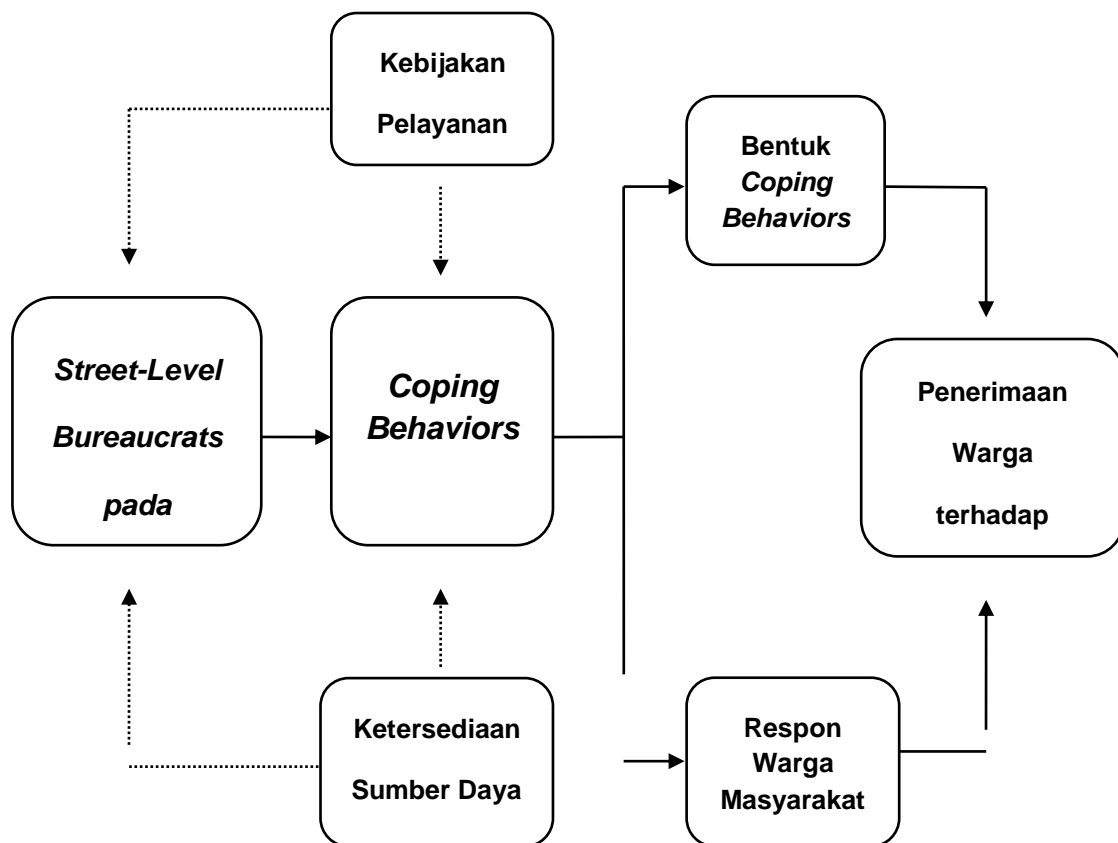
juga dengan elemen lainnya seperti sistem dan strategi pelayanan sebagaimana disebutkan oleh Albrecht dan Zemke. Oleh sebab itu peran *strategis street-level bureaucrats* tersebut adalah melakukan penyesuaian-penyesuaian terhadap kebijakan yang ada supaya dapat dilaksanakan dan diterima oleh warga masyarakat.

Kadangkala *street-level bureaucrats* menghadapi kendala dalam melaksanakan kebijakan yang telah dibuat sementara disatu sisi kebijakan tetap harus dilaksanakan karena dibutuhkan oleh warga, sehingga pada situasi seperti itu para birokrat menghadapi dilema pada dirinya. Untuk mengatasi hal tersebut *street-level bureaucrats* melakukan *coping behaviors* untuk mengendalikan atau mengatasi situasi yang mereka hadapi. Bagi birokrat pelaksanaan tugas pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya merupakan sarana untuk menunjukkan kinerjanya, baik secara individu maupun secara organisatoris, dengan demikian *coping behaviors* senantiasa muncul dalam pelaksanaan pelayanan dengan berbagai bentuknya.

Kajian yang memfokuskan pada *fenomena coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas ini berupaya menemukan bentuk-bentuk *coping behaviors* dan mengidentifikasi respon warga masyarakat terhadap *coping behaviors* yang ditampilkan oleh penyelenggara pelayanan.

Berdasarkan teori-teori dan konsep mengenai pelayanan publik yang telah dijelaskan di atas, dan berpedoman pada kerangka teori mengenai *street-level bureaucracy* yang dikemukakan oleh Lipsky (1980) maka dapat

disusun kerangka pemikiran penelitian ini dengan mengadaptasi model sistem sebagaimana telah banyak digunakan oleh para peneliti dalam menyusun kerangka penelitian. sebagai berikut:



Gambar 2.6 : Model Kerangka Pikir Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan metode naturalistik dan tipe deskriptif. Dengan menggunakan metode naturalistik sebagaimana dikemukakan oleh Bogdan dan Biklen (1982), peneliti dapat mengumpulkan data secara langsung pada kegiatan nyata sebagaimana adanya dimana subyek yang diteliti yakni *coping behaviors* yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* (petugas Puskesmas) ketika memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam bidang kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat (selanjutnya disebut Puskesmas) di Kota Makassar.

Penelitian dengan metode naturalistik dilakukan dengan cara peneliti mengamati tempat penelitian yakni Puskesmas dimana subyek penelitian melakukan aktivitas. Pengamatan dan pencatatan dilakukan dalam waktu tertentu secara rutin terhadap kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan seperti pemeriksaan, pengobatan rawat jalan, perawatan, dan pelaksanaan program lain dari Puskesmas seperti penyuluhan dan promosi kesehatan, survai dan kunjungan rumah warga. Rekaman dan atau catatan yang diperoleh kemudian direview secara keseluruhan oleh peneliti dengan menggunakan *insigh* peneliti sendiri.

Adapun jenis penelitian yang digunakan dalam studi ini adalah studi kasus (Denzin dan Lincoln, 2009). Studi kasus dalam penelitian dijelaskan bahwa penelitian yang dilakukan terhadap suatu 'obyek', yang disebut sebagai 'kasus', yang dilakukan secara seutuhnya, menyeluruh dan mendalam dengan menggunakan berbagai macam sumber data (Lincoln dan Guba, 1985; Creswell, 1998; Dooley, 2002; Yin, 2003; Stake, 2005; dan Hancock dan Algozzine, 2006;).

Sementara Yin (2003:9) menjelaskan studi kasus adalah "*case study is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between the phenomenon and context are not clearly defined*". Studi kasus adalah penyelidikan empiris yang menyelidiki fenomena kontemporer dalam konteks kehidupan nyata, terutama ketika batas-batas antara fenomena dan konteks tidak jelas. Apa yang dikatakan oleh Yin tersebut sejalan daripada maksud penelitian ini yaitu untuk mendeskripsikan *coping behaviors* petugas pelayanan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. *Coping behaviors* adalah fenomena yang dilakukan petugas pelayanan dalam menanggulangi, mengatasi, menguasai atau menghadapi suatu kegiatan yang ketersediaan sumber daya pelayanannya terbatas yang biasanya berlangsung pada saat interaksi antara petugas pelayanan dengan warga dan berlangsung pada suatu waktu, tempat dan keadaan tertentu.

Alasan pemilihan jenis penelitian ini didasari juga oleh pendapat Creswell (1998) yang mengatakan bahwa suatu obyek dapat diangkat sebagai kasus apabila obyek tersebut dapat dipandang sebagai suatu sistem yang dibatasi yang terikat dengan waktu dan tempat kejadian obyek. Mengacu pada kriteria tersebut, beberapa obyek yang dapat diangkat sebagai kasus dalam penelitian studi kasus adalah kejadian atau peristiwa (*event*), situasi, proses, program, dan kegiatan (Stake, 1995; Creswell, 1998; Hancock dan Algozzine, 2006). Lebih lanjut Creswell menjelaskan bahwa suatu penelitian dapat disebut sebagai penelitian studi kasus apabila proses penelitiannya dilakukan secara mendalam dan menyeluruh terhadap kasus yang diteliti, serta mengikuti struktur studi kasus seperti yang dikemukakan oleh Lincoln dan Guba, yaitu: permasalahan, konteks, isu, dan pelajaran yang dapat diambil.

Bertolak dari argumentasi tersebut, maka penelitian mengenai *coping behaviors* pada *street-level bureaucrats* dalam pelayanan publik di bidang kesehatan pada Puskesmas dengan menggunakan format studi kasus ini dilakukan dengan memberikan batasan waktu penelitian pada masa tertentu dan penentuan obyek atau tempat kejadian kasus yang ditentukan sebelumnya. Dalam hal ini *coping behaviors* secara jelas dapat diketahui ketika interaksi penyelenggara pelayanan dengan warga yang dilayani sedang berlangsung, dengan demikian pengamatan (*observasi*) perlu dilakukan dengan cermat, selain itu juga dilakukan wawancara mendalam

dari kedua aktor yang terlibat. Dengan pendekatan ini diharapkan dapat mengungkap berbagai bentuk *coping behaviors* pada *street-level bureaucrats* dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Mekanisme *coping behaviors* pada *street-level bureaucrats* dalam memberikan pelayanan bersifat tidak konstan atau selalu mengalami perubahan yang sifatnya situasional. Oleh sebab itu peneliti terlibat sepenuhnya sebagai instrumen penelitian utama atau alat ukur dalam mengkaji fenomena yang terjadi yaitu *coping behaviors* yang ditampilkan pada saat terjadi interaksi antara *street-level bureaucrats* dengan masyarakat yang dilayani.

B. Deskripsi Fokus Penelitian

Beberapa konsep yang digunakan dalam penelitian ini dapat saja memberikan pemahaman dan pengertian yang berbeda terhadap konsep yang dipakai. Oleh karena itu dibawah ini dideskripsikan secara operasional fokus penelitian sebagai berikut:

1. *Coping behaviors* adalah perilaku yang ditampilkan oleh petugas pelayanan kesehatan pada puskesmas yang bertujuan untuk mengatasi, menanggulangi, menguasai atau menghadapi suatu kegiatan pelayanan pada saat berinteraksi dengan masyarakat yang dilayani sebagai konsekuensi terbatasnya sumber daya pelayanan yang dimiliki. Model *coping behaviors* dapat berbentuk: (1) mendistribusikan atau menjatah

layanan terdiri atas perilaku membatasi layanan, menjatah layanan, memberi perlakuan khusus, mengabaikan, dan memberi prioritas. (2) memodifikasi konsep tentang pekerjaan terdiri atas perilaku memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan, pemanfaatan sumber daya manusia secara maksimal, mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program, menyederhanakan kegiatan, dan memaksakan kepatuhan pelanggan.

2. *Street-level bureaucrats* adalah petugas pelayanan terdepan dari organisasi pelayanan kesehatan pada Puskesmas yang berinteraksi secara langsung dengan warga masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan, baik untuk pengobatan, perawatan maupun keperluan lainnya. Pegawai yang dimaksud terdiri atas petugas medis (dokter ahli, dokter umum, dan dokter gigi), paramedis (tenaga perawat, bidan, laboran), staf administrasi pelayanan kesehatan, dan pegawai lainnya yang ada pada setiap Puskesmas.
3. Bentuk *coping behaviors* adalah mekanisme *coping* yang dilakukan oleh individu petugas dan organisasi yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - a. *Coping behaviors* individu adalah aspek yang menyebabkan munculnya perilaku mengatasi, menanggulangi, menguasai situasi penyelenggaraan pelayanan yang dapat disebabkan oleh pengetahuan, keterampilan, pengalaman, dan sikap petugas pelayanan.

- b. *Coping behaviors* organisasi adalah mekanisme yang dilakukan oleh Puskesmas sebagai bentuk kebijakan pimpinan untuk mengatasi, menanggulangi, menguasai atau menghadapi situasi keterbatasan sumber daya pelayanan. Unsur penggerak *coping* meliputi dana, fasilitas dan hubungan kerja antar individu.
 - c. Faktor penggerak *coping behaviors* adalah segenap aspek yang menyebabkan munculnya mekanisme *coping* yang terlihat pada perilaku mengatasi, menanggulangi, menguasai atau menghadapi situasi pelaksanaan pelayanan. Aspek penggerak dapat disebabkan oleh jumlah pasien yg dilayani, waktu pelaksanaan pelayanan terbatas, jenis-jenis pelayanan yang variatif, ketidaksesuaian persyaratan administratif, kebutuhan dan karakteristik warga yang dilayani berbeda, fasilitas terbatas, hubungan antara petugas dengan warga yg dilayani, adanya tugas atau kesibukan lain dari petugas, dana terbatas, dan hubungan kerja antar individu.
4. Respon warga masyarakat adalah perilaku yang ditampilkan oleh klien penerima layanan saat berinteraksi dengan petugas pelayanan kesehatan dan ketika mekanisme *coping behaviors* dilakukan oleh *street-level bureaucrats*. Sikap masyarakat dapat berbentuk menerima, mengeluh, menolak, ragu-ragu atau pura-pura menerima pelayanan yang diberikan.

C. Lokasi tempat penelitian, Waktu, Fokus Studi dan Unit Analisis

1. Lokasi Tempat Penelitian

Penelitian berlokasi di Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, bertempat pada unit pelayanan kesehatan masyarakat yakni Puskesmas. Jumlah UPTD Puskesmas di Kota Makassar sebanyak 43 unit (data Bulan Desember 2012) yang tersebar pada 14 Kecamatan. Pemilihan unit Puskesmas sebagai tempat penelitian didasarkan pada pertimbangan objektif bahwa: (1) Puskesmas merupakan pilihan pertama sebagian besar warga masyarakat khususnya masyarakat marginal untuk memperoleh pelayanan kesehatan, pada tahun 2012 terdata sebanyak 1.987.346 orang yang dilayani oleh Puskesmas yang ada di kota Makassar, jumlah ini meningkat secara signifikan semenjak dimulainya kebijakan pelayanan kesehatan gratis baik melalui Jamkesmas dari pemerintah pusat maupun yang pendanaannya bersumber dari Jamkesda, (2) Puskesmas merupakan tempat penyelenggara layanan kesehatan terdepan yang berinteraksi langsung dengan warga masyarakat, (3) pelayanan kesehatan yang dilakukan Puskesmas lebih banyak bersentuhan langsung dengan masyarakat marginal, yang sebagiannya mendapat subsidi dari pemerintah dalam memperoleh pelayanan, (4) sebagian besar layanan kesehatan yang diberikan Puskesmas merupakan implementasi kebijakan bagi masyarakat marginal, seperti penyelenggara layanan tidak berbayar bagi pemegang kartu Jamkesmas, Jamkesda, peserta Askes (bagi PNS), dan Veteran.

Lokasi penelitian ditentukan secara *purposive* dengan memperhatikan beberapa pertimbangan diantaranya: (1) kualifikasi Puskesmas sebagai unit pelayanan, yang dibedakan atas kategori standarisasi yakni Puskesmas yang sudah berstandar ISO dan yang belum; (2) karakteristik masyarakat yang dilayani oleh Puskesmas, yakni masyarakat yang bermukim di sekitar tengah Kota Makassar, dan yang bermukim dipinggiran Kota Makassar, dan (3) jenis pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas, yakni Puskesmas yang memberikan pelayanan rawat inap dan yang hanya memberikan perawatan jalan. Berdasarkan kriteria pengambilan informan tersebut, maka ditetapkan 6 (enam) Puskesmas dalam wilayah Kota Makassar sebagai sumber data yang dianggap dapat mengakomodasi karakteristik Puskesmas yang ada, yaitu masing-masing Puskesmas dengan kualifikasi sebagaimana tergambar dalam Tabel 3.1:

Tabel 3.1. Nama Puskesmas dan kriteria penetapan sumber data

Nama Puskesmas	Standar		Letak		Jenis Layanan	
	ISO	Non ISO	Tengah Kota	Pinggir Kota	Rawat Inap	Non Rawat Inap
PKM Kassi-Kassi	•		•		•	
PKM Batua	•		•		•	
PKM Pattingaloang		•		•	•	
PKM Cenderawasih		•	•			•
PKM Tamangapa		•		•		•
PKM Pampang		•		•		•

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Makassar, Pebruari 2013 (data diolah).

Sumber data yang diambil dari setiap Puskesmas dengan karakteristik yang ditentukan sedemikian rupa dimaksudkan supaya data yang diperoleh dapat lebih bervariasi dari berbagai karakteristik, baik yang ada pada organisasi dan petugas pelayanan kesehatan, dan masyarakat yang dilayani, sebab *coping behaviors* yang ditunjukkan oleh penyelenggara pelayananan dapat saja berbeda antara satu tempat pelaksana pelayanan dengan tempat pelayanan yang lain. Pengelompokan Puskesmas berdasarkan kualifikasi Puskesmas, seperti yang telah berstandar ISO dan yang belum, hal ini dimaksudkan supaya dapat diperoleh gambaran dan karakteristik kualitas pelayanan yang diberikan oleh petugas pelayanan. Selama ini diasumsikan bahwa kriteria kuantitatif standarisasi pelayanan pada unit pelayanan yang sudah berstandar ISO dianggap sudah baik begitu pula sebaliknya. Namun dari beberapa fakta yang ditemukan menunjukkan tidak selamanya unit pelayanan yang memiliki standar ISO tersebut dapat memberikan pelayanan yang terbaik.

Kriteria penentuan sumber data dengan melihat letak lokasi Puskesmas yang ada di Kota Makassar dengan menetapkan kriteria Puskesmas yang berada di tengah kota dan yang berlokasi di pinggir kota. Penentuan ini dimaksudkan supaya dapat diperoleh data yang beragam mengenai karakteristik penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada Puskesmas tersebut, karakteristik penyelenggara pelayanan (aparatur/petugas) dapat saja berbeda perilakunya dalam memberikan pelayanan dengan

mengaitkan tempat mereka melaksanakan pelayanannya. Puskesmas yang berada di pinggir kota cenderung memberikan pelayanan kepada warga sekitar tempat Puskesmas berada dimana antara petugas pelayanan dengan warga yang dilayani memiliki kedekatan yang erat dan sudah saling mengenal diantara mereka. Sedikit berbeda dengan Puskesmas yang berada di tengah kota yang memberikan pelayanan kepada warga masyarakat yang cenderung beragam, antara petugas pelayanan dengan masyarakat yang dilayani kurang memiliki kedekatan yang sama dengan petugas pelayanan kesehatan yang bekerja pada Puskesmas yang berada di pinggir kota.

Kriteria penetapan sumber data dengan kriteria jenis pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas dengan mengklasifikasikan atas Puskesmas perawatan dan non perawatan, didasarkan pada pertimbangan bahwa dari kedua jenis pelayanan ini memiliki perbedaan tingkat volume dan variasi pelayanan. Pada pelayanan Puskesmas perawatan tingkat volume dan variasi pelayanannya lebih banyak dibanding dengan non perawatan, begitu juga intensitas hubungan antara petugas pelayanan dengan warga yang dilayani. Pada Puskesmas perawatan menyelenggarakan pelayanan perawatan rawat inap, dimana pasien atau warga yang dilayani dapat dirawat inap sesuai dengan kondisi penyakit yang diderita, dan interaksi antara petugas pelayanan dengan pasien dan keluarga pasien menjadi lebih lama, karena pasien menginap di tempat perawatan, berbeda dengan perawatan jalan, interaksi petugas pelayanan dengan pasien hanya berlangsung cepat.

Data penelitian selain diperoleh dari tempat penelitian yaitu Puskesmas yang ada di Kota Makassar, data juga diperoleh dari beberapa lokasi yang menjadi sumber data pelengkap yakni penelitian juga dilakukan pada tempat atau instansi yang terkait dengan objek kajian. Pengumpulan data primer dan sekunder diperoleh dari beberapa sumber selain dari Puskesmas yang menjadi objek penelitian utama, data juga diperoleh dari instansi Dinas Kesehatan Kota Makassar, dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kota Makassar khususnya dari komisi yang menangani bidang kesehatan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini berlangsung selama 6 (enam) bulan terhitung sejak pengumpulan data awal dan penyusunan proposal penelitian yang dimulai dari kegiatan penelitian pendahuluan, pengumpulan data lapangan, dan proses penulisan hasil penelitian. Pelaksanaan penelitian berlangsung sejak tanggal 21 Januari 2013 sampai dengan akhir Bulan Juni 2013. Penelitian dilakukan pada beberapa tempat atau instansi yang terkait dengan objek kajian. Pengumpulan data primer dan sekunder diperoleh dari beberapa sumber selain dari Puskesmas yang menjadi objek penelitian utama, data juga diperoleh dari instansi Dinas Kesehatan Kota Makassar, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Makassar, Badan Kepegawaian Daerah Kota Makassar, dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kota

Makassar khususnya dari Komisi D Bidang Kesra yang menangani bidang kesehatan.

3. Fokus Studi

Lincoln dan Guba (1985) mengidentifikasi unsur-unsur atau elemen-elemen desain naturalistik dengan pertama-tama menentukan fokus penelitian yang dilakukan dengan memilih fokus atau pokok permasalahan yang dipilih untuk diteliti, dan bagaimana memfokuskannya, masalah yang dimulai dari hal-hal yang sangat umum, kemudian mendapatkan fokus yang ditujukan kepada hal-hal yang spesifik, tetapi fokus itu masih dapat berubah. Ditegaskan oleh Lincoln dan Guba bahwa fokus dalam penelitian sangat penting sebab tidak ada penelitian tanpa fokus, sedangkan sifat fokus tergantung dari jenis penelitian yang dilaksanakan.

Adapun yang menjadi fokus penelitian dalam studi ini *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* yang berpusat pada interaksi yang terjadi antara orang-orang yang terlibat atau mengalami kejadian dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas, para aktor tersebut terdiri atas petugas medis, paramedis, petugas administrasi kesehatan, para kader Puskesmas, dan warga masyarakat yang memperoleh pelayanan di Puskesmas.

Proses interaksi yang terjadi di Puskesmas antara petugas pelayanan dengan masyarakat dapat bermacam-macam bentuknya, oleh sebab itu

dalam penelitian ini difokuskan pada *coping behaviors* yang terjadi pada saat interaksi antara petugas pelayanan kesehatan dengan warga masyarakat yang memperoleh pelayan. *Coping behaviors* yang ditampilkan *street-level bureaucrats* di Puskesmas maupun warga masyarakat yang memperoleh pelayanan, dapat terjadi pada seluruh rangkaian proses pelayanan kesehatan mulai dari proses administrasi pelayanan yakni pada loket pendaftaran dan pengambilan kartu berobat, pemeriksaan atau perawatan sampai pada pengambilan obat, maupun yang terjadi pada pelayanan promosi kesehatan.

4. Unit Analisis

Sebagaimana telah diuraikan di atas mengenai fokus penelitian yang berpusat pada *coping behaviors*, maka unit analisis dalam penelitian ini adalah individu sebagai aktor pelaksana pelayanan pada Puskesmas atau para birokrat yang berinteraksi langsung dengan masyarakat pada Puskesmas. Penentuan unit analisis yang berfokus pada individu didasarkan pada argumen Lipsky (1980) yang mengatakan bahwa perilaku *street-level bureaucrats* dalam menjalankan tugas pelayanan dapat saja berbeda pada situasi dan kondisi yang berbeda di tempat kerja, hal yang sama terjadi pada situasi dan kondisi individu penyelenggara pelayanan yang sifatnya tidak konstan dan tidak memiliki pola tertentu secara baku.

Begitu pula dengan warga masyarakat yang dilayani, juga memiliki karakteristik yang berbeda antara individu yang satu dengan individu yang

lain. Karakteristik yang berbeda dari masyarakat yang dilayani ini dapat mempengaruhi perilaku penyelenggara pelayanan, beberapa karakteristik yang dimaksud seperti status sosial, tingkat pendidikan, aktivis sosial atau anggota partai politik . Seperti yang dikatakan oleh Nurmandi (2010:137) bahwa interaksi yang intensif antara warga masyarakat dengan petugas pelayanan dapat menyebabkan keputusan-keputusan yang diambil oleh *street-level bureaucrats* sebagai reaksi personal. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Prottas dalam studinya pada birokrasi pelayanan sosial untuk warga negara yang tidak mampu ditemukan bahwa perilaku pelayanan *street-level bureaucrats* sangat tergantung pada perilaku klien yang dilayani.

Berdasarkan pada argumen tersebut dengan menetapkan unit analisis pada individu penyelenggara pelayanan kesehatan pada Puskesmas dan klien atau warga masyarakat yang memperoleh pelayanan diharapkan dapat diidentifikasi berbagai mekanisme *coping behaviors* yang terjadi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan khususnya pada Pusat Kesehatan Masyarakat di Kota Makassar.

D. Data yang Diperlukan

Sesuai dengan fokus penelitian yang telah ditetapkan, maka data yang diperlukan untuk menjawab permasalahan yang diangkat dalam studi ini meliputi:

1. Data tentang pola dan bentuk *coping behaviors* yang ditampilkan oleh birokrat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
2. Data tentang perilaku dan sikap yang ditampilkan oleh warga masyarakat ketika memperoleh pelayanan.
3. Data yang bersifat sekunder seperti data ketersediaan sarana dan prasarana Puskesmas, data tentang administrasi pelayanan kesehatan, data tentang keadaan personalia, dan data lain yang dianggap relevan dengan kajian ini.

E. Sumber Data, dan Cara Menentukan Informan

1. Sumber Data

Penelitian tentang penyelenggaraan pelayanan publik sebagaimana telah banyak dilakukan oleh peneliti selalu mendapat banyak tantangan maupun kendala-kendala terutama dari pejabat publik yang instansinya dijadikan sebagai obyek penelitian. Hambatan utama yang sering dijumpai adalah tidak transparannya pejabat publik dalam memberikan informasi maupun dokumen-dokumen yang diperlukan peneliti. Selain itu adanya alasan-alasan subjektif pihak-pihak terkait terutama pejabat dan staf pada instansi yang menjadi obyek penelitian dimana mereka tidak ingin disorot berkaitan dengan kelemahan kinerja yang ditampilkan sehingga data yang sifatnya otentik agak sulit diperoleh sehingga membutuhkan cara atau strategi dan pendekatan-pendekatan tertentu untuk mengungkap data yang

ada. Hal ini disebabkan karena pimpinan instansi maupun pegawai (staf) selalu menjaga reputasinya. Tidak hanya itu data dari informan warga yang dilayani kadangkala juga sulit didapatkan karena adanya kecurigaan pada peneliti mengenai motif pengambilan data yang dilakukan, apalagi mengenai pelayanan kesehatan gratis, beberapa warga tidak terbuka mengenai status sosialnya.

Data dalam penelitian ini diperoleh dari beberapa sumber berbeda yang disesuaikan dengan data yang diperlukan baik data primer maupun data sekunder, adapun yang menjadi sumber data terdiri atas:

- a. informan yaitu sumber data yang dianggap dapat memberikan informasi terkait dengan fokus studi, informan penelitian meliputi para staf (penyelenggara pelayanan) dan klien (warga yang dilayani) di Puskesmas, pejabat terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Kota Makassar.
 - 1) Pejabat terkait dengan pelayanan kesehatan meliputi:
 - a) Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar
 - b) Kepala Bidang Bina Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Makassar
 - c) Kepala Puskesmas
 - 2) Petugas pelayanan kesehatan pada Puskesmas terdiri atas petugas administrasi kesehatan, tenaga medis dan paramedis, dan beberapa kader/warga binaan Puskesmas.

- 3) Warga masyarakat yang memperoleh pelayanan terdiri atas warga yang berobat atau sedang dirawat di Puskesmas dan beberapa keluarga pasien. Penentuan informan dari klien diupayakan diperoleh dari informan dengan memperhatikan perbedaan karakteristik yang dimiliki. Pengklasifikasian informan klien meliputi, warga yang mendapat pelayanan kesehatan gratis terdiri atas peserta Askes, Jamkesmas, Jamkesda, veteran, dan warga masyarakat dengan pelayanan umum. Selain memperhatikan karakteristik tersebut juga mempertimbangkan pekerjaan dan pendidikan informan.
 - 4) Data juga diperoleh dari pemangku kebijakan masing-masing satu orang dari anggota DPRD Kota Makassar yang membidangi masalah kesehatan (Kesra), dan aparat kelurahan.
- b. Peristiwa adalah data yang diperoleh dari setiap kejadian-kejadian seperti tampilan *coping behaviors* yang ditunjukkan oleh *street-level bureaucrats* ketika memberikan pelayanan kepada warga, termasuk sikap dan perilaku yang ditunjukkan oleh warga masyarakat ketika mereka memperoleh pelayanan dari petugas pelayanan kesehatan yang ada. Untuk memperoleh informasi dari peristiwa, pengamatan dimulai pada saat warga datang ke Puskesmas dengan melalui proses: (1) pendaftaran di loket (pengambilan kartu berobat), (2) menunggu (antrian) pemeriksaan petugas medis/paramedis, (3) pemberian tindakan medis, dan (4) pengambilan obat. Khusus untuk Puskesmas yang memberikan

pelayanan rawat inap, pengamatan terhadap peristiwa dilakukan pada ruang perawatan inap yang ada pada Puskesmas yang bersangkutan. Data dari peristiwa ini merupakan data primer dari penelitian.

- c. Dokumen adalah segala bentuk catatan meliputi data pengunjung Puskesmas, data kepegawaian, program atau kegiatan Puskesmas, peraturan terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas, atau kebijakan tertulis lainnya dari pemerintah yang terkait dengan studi ini. Dokumen ini termasuk data sekunder dalam penelitian.

2. Cara Menentukan Informan

Informan penelitian sebagaimana disebutkan di atas tidak ditentukan jumlah orangnya, tetapi hanya ditetapkan sumber data yang menjadi informan. Sebagaimana diketahui dalam penelitian kualitatif tidak ada pengertian populasi, *sampling* juga berbeda tafsirannya dengan metode lainnya. Dalam penelitian kualitatif, *sampling* merupakan pilihan peneliti tentang aspek apa, dari peristiwa apa, dan siapa yang dijadikan fokus pada saat dan situasi tertentu. Oleh karena itu dilakukan secara terus menerus sepanjang penelitian. Artinya, tujuan *sampling* adalah untuk mencakup sebanyak mungkin informasi yang bersifat holistik kontekstual. Dengan kata lain, *sampling* tidak harus representatif terhadap populasi (seperti dalam penelitian kuantitatif), melainkan representatif terhadap informasi yang holistik. Dalam merencanakan *sampling* dipertimbangkan langkah-langkah

berikut: (a) menyiapkan identifikasi unsur-unsur awal; (b) menyiapkan munculnya *sample* secara teratur dan purposif; (c) menyiapkan penghalusan atau pemfokusan *sample* secara terus-menerus; dan (d) menyiapkan penghentian *sampling*. Sebagai catatan bahwa rencana-rencana tersebut hanya bersifat sementara, sebab tidak ada satupun langkah yang dapat dikembangkan secara sempurna sebelum dimulainya penelitian di lapangan.

F. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Sumber data yang bersifat primer yaitu data dari informan maupun peristiwa diperoleh dengan berbagai cara yang dianggap legal dalam pengumpulan data penelitian. Data penelitian dari informan dan peristiwa dikumpulkan melalui wawancara langsung di kancah penelitian dari sumber data yang dianggap dapat memberikan informasi yang otentik baik dari pelaksana pelayanan maupun dari warga yang memperoleh pelayanan, selain itu juga dilakukan pengamatan (observasi) pada kancah penelitian secara langsung, baik pengamatan yang dilakukan terhadap interaksi yang terjadi antara pelaksana pelayanan dengan warga yang memperoleh pelayanan, maupun pengamatan langsung secara partisipatif yang dilakukan oleh peneliti, pengamatan langsung ini berguna untuk mengungkap perilaku-perilaku yang bersifat verbal maupun yang non verbal yang ditampilkan oleh petugas pelayanan.

Berdasarkan teknik pengumpulan data dari kedua sumber data tersebut, instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas:

1. Alat pengumpul data utama adalah peneliti sendiri sebagai instrumen utama dalam penelitian. Peran peneliti diwujudkan dalam bentuk mewawancarai informan, melakukan observasi langsung, melakukan penelaahan dokumen, mereduksi data, menyajikan data, menganalisis, dan menginterpretasikan hasil penelitian.
2. Pengumpulan data melalui instrumen pedoman wawancara. Sumber data yang diwawancarai secara mendalam (*in-depth interview*) terdiri atas informan penyelenggara pelayanan, informan penerima pelayanan (warga masyarakat/klien), dan informan lain yang mengetahui dan dipandang bisa memberikan informasi terkait dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada Puskesmas. Dalam melakukan wawancara peneliti menggunakan pedoman wawancara.

Dalam pelaksanaan wawancara kadangkala peneliti menemui kendala karena tidak semua informan bersedia diwawancarai atau memberikan data yang dapat dipercaya baik informan penyelenggara pelayanan maupun warga masyarakat. Apabila menghadapi kendala seperti itu, peneliti berusaha mengalihkan perhatian informan dengan menyamar sebagai pasien, atau jika kendala tetap ada peneliti mencari informan yang lain yang bersedia memberikan data.

3. Alat pengumpul data melalui observasi maupun *participant observation*, yaitu pelaksanaan observasi dilakukan secara langsung dengan mengamati kegiatan penyelenggaraan pelayanan, situasi tempat penyelenggaraan pelayanan, aktivitas petugas pelayanan, dan situasi perilaku warga yang dilayani. Dalam pengamatan juga digunakan seperangkat alat penunjang seperti kamera foto, alat rekam audio, dan kamera video, jika peralatan-peralatan tersebut tidak dapat digunakan peneliti juga mempersiapkan pencatatan dengan menggunakan alat tulis menulis. Hasil observasi dapat ditunjukkan pada sejumlah foto dan video sebagai bahan informasi.

Proses pengamatan secara partisipatif, peneliti menyamar sebagai pasien dan hal ini memudahkan peneliti untuk mengamati perilaku yang dilakukan oleh petugas pelayanan terutama petugas medis (dokter) ketika melakukan pemeriksaan terhadap pasien. Hal ini dilakukan karena pengamatan diruang periksa dokter tidak bisa dilakukan oleh orang luar, di ruang dokter ketika dilakukan pemeriksaan hanya pasien dan keluarga pasien atas izin dokter yang boleh masuk di ruang periksa.

Sumber data lain yang bersifat sekunder, data ini diperoleh dengan menggunakan teknik dokumentasi, yaitu data berupa dokumen-dokumen yang relevan dengan topik penelitian ini. Dokumen yang dimaksud diperoleh secara langsung dari instansi terkait yaitu dari Dinas Kesehatan Kota

Makassar diperoleh dokumen berupa data kepegawaian dan data organisasi Puskesmas dan Puskesmas yang menjadi obyek penelitian, atau dari petugas yang berwenang menyerahkan dokumen tersebut, atau dilakukan pencatatan terhadap dokumen-dokumen dari berbagai sumber yang relevan.

G. Rancangan dan Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak awal data dikumpulkan dan dilakukan secara terus menerus sampai akhir penelitian, hal ini dimaksudkan supaya dapat diketahui kekurangan dan kelemahan data yang diperoleh. Analisis data merupakan proses pelacakan dan pengaturan secara sistematis terhadap transkrip-transkrip wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain agar peneliti dapat menyajikan temuannya. Analisis data melibatkan pengerjaan pengorganisasian, pemecahan dan sintesis data serta pencarian pola-pola, pengungkapan hal-hal yang penting dan penentuan apa yang dilaporkan. Beberapa langkah yang dilakukan dalam proses analisis data ini diantaranya adalah melalui triangulasi, reduksi data, kategorisasi data, penentuan dan perguliran informan penelitian berikutnya.

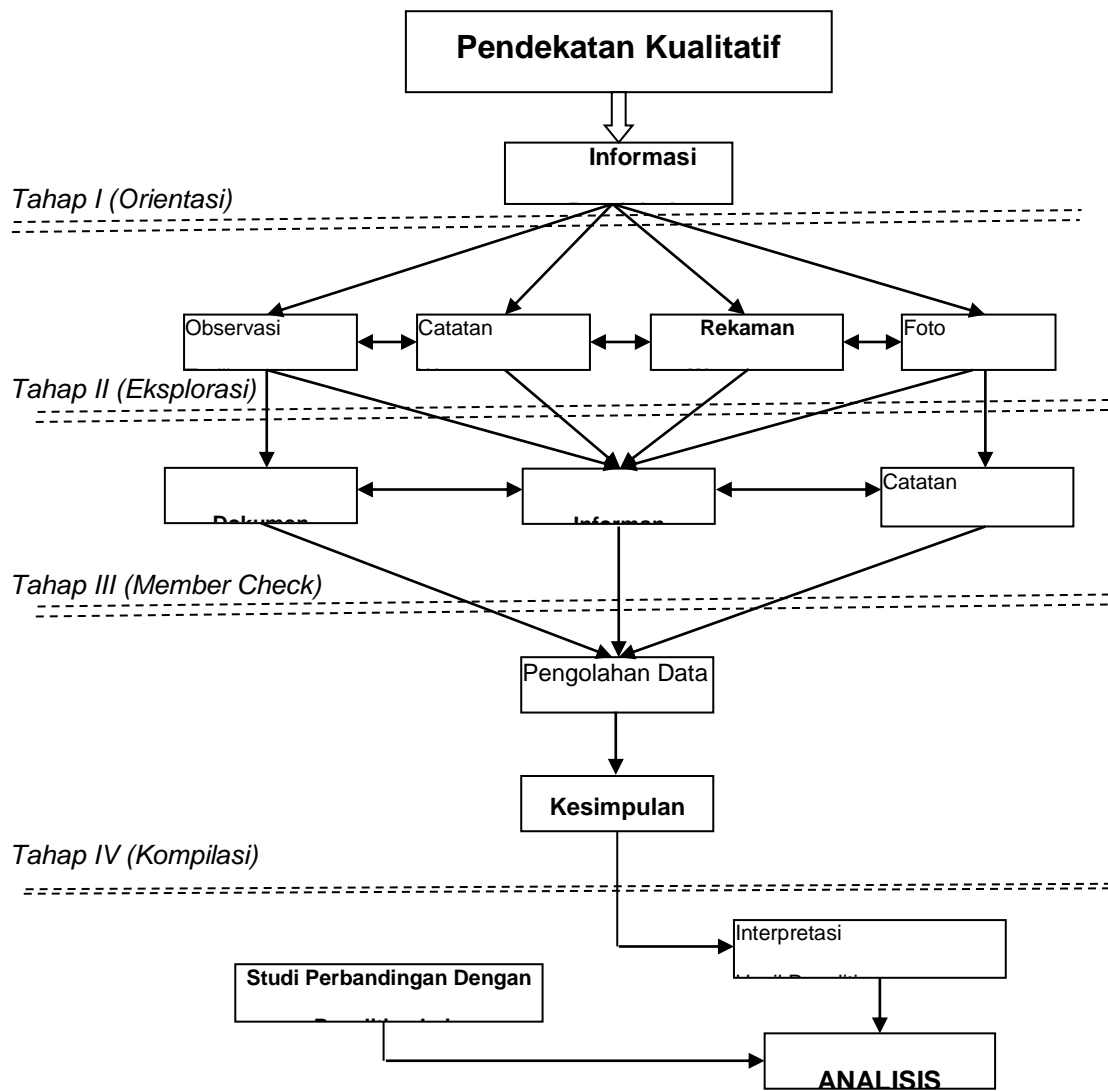
Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini meliputi empat teknik (Denzin dan Lincoln, 2009), yakni:

1. Kredibilitas (*credibility*) yaitu kriteria untuk memenuhi nilai kebenaran dari data dan informasi yang dikumpulkan. Artinya, hasil penelitian harus dapat dipercaya oleh semua pembaca secara kritis dari informan. Untuk hasil

penelitian yang kredibel, terdapat tujuh teknik yang diajukan, yaitu: perpanjangan kehadiran peneliti/ pengamat (*prolonged engagement*), pengamatan terus-menerus (*persistent observation*), triangulasi (*triangulation*), diskusi teman sejawat (*peer debriefing*), analisis kasus negatif (*negative case analysis*), pengecekan atas kecukupan referensial (*referencial adequacy checks*), dan pengecekan anggota (*member checking*).

2. Transferabilitas (*transferability*). Kriteria ini digunakan untuk memenuhi kriteria bahwa hasil penelitian yang dilakukan dalam konteks (*setting*) tertentu dapat ditransfer ke subyek lain yang memiliki tipologi yang sama.
3. Dependabilitas (*dependability*). Kriteria ini dapat digunakan untuk menilai apakah proses penelitian kualitatif bermutu atau tidak, dengan mengecek apakah si peneliti sudah cukup hati-hati, apakah membuat kesalahan dalam mengkonseptualisasikan rencana penelitiannya, pengumpulan data, dan penginterpretasiannya. Teknik terbaik yang digunakan adalah *dependability audit* dengan meminta *dependent* dan *independent auditor* untuk me-review aktifitas peneliti.
4. Konfirmabilitas (*confirmability*), merupakan kriteria untuk menilai bermutu tidaknya hasil penelitian. Jika dependabilitas digunakan untuk menilai kualitas dari proses yang ditempuh oleh peneliti, maka konfirmabilitas untuk menilai kualitas hasil penelitian, dengan tekanan pertanyaan apakah data dan informasi serta interpretasi dan lainnya didukung oleh materi yang ada dalam *audit trail*.

Penelitian dengan menggunakan pendekatan kualitatif ini, hasil penelitian sangat ditentukan oleh proses penelitian yang dilaksanakan sehingga benar-benar dapat menjamin kualitas penelitian yang dilaksanakan, dan hasil penelitian benar-benar berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Dalam proses penelitian ini dilaksanakan melalui beberapa tahap penelitian, dan bagaimana beranjaknya dari satu tahapan ke tahap yang lain dalam proses yang berbentuk siklus. Tahapan-tahapan tersebut memiliki empat fase, yaitu (1) tahap orientasi dengan mendapatkan informasi tentang apa yang penting untuk ditemukan, atau orientasi dan peninjauan; (2) tahap eksplorasi dengan menemukan sesuatu secara eksplorasi terfokus; (3) tahap *member check* dengan mengecek temuan menurut prosedur yang tepat; dan (4) tahap kompilasi yang dimaksudkan untuk memperoleh laporan akhir dan hasil penelitian. Secara sederhana, alur proses penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1: Alur Proses Tahapan Penelitian Menurut Pendekatan Kualitatif (Lincoln and Guba, 1985).

BAB IV

DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN

H. Karakteristik Wilayah Kota Makassar

Kota Makassar merupakan salah satu daerah otonom dari sejumlah 32 kabupaten dan kota yang ada di Propinsi Sulawesi Selatan. Posisi strategis Kota Makassar dibandingkan dengan daerah lain yang ada di Propinsi Sulawesi Selatan adalah karena daerah ini merupakan ibukota propinsi. Sebagai ibukota propinsi, Kota Makassar merupakan pusat pengembangan, pelayanan, distribusi, dan akumulasi barang dan jasa. Selain sebagai kota perdagangan, pada sisi yang lain kota ini juga merupakan kota pendidikan, khususnya pendidikan tinggi.

1. Keadaan Geografis dan Pemerintahan

Posisi Kota Makassar secara geografis terletak di pantai barat jazirah Sulawesi dengan titik koordinat berada pada $119^{\circ}24'17'38''$ Bujur Timur dan $5^{\circ}8'6'19''$ Lintang Selatan dengan batas-batas wilayah meliputi: sebelah utara dan sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Maros, sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Gowa dan Takalar, dan sebelah barat adalah Selat Makassar. Wilayah Kota Makassar memiliki luas sebesar 175,77 km persegi, secara administratif pemerintahan Kota Makassar terbagi menjadi 14 kecamatan dan 143 kelurahan yang meliputi 970 RW dan 4.789 RT. Dengan wilayah seluas itu di kota ini bermukim sebanyak 1.339.374 jiwa yang terdiri

dari 661.379 laki-laki dan 677.995 perempuan (Data 2010). Dengan jumlah penduduk seperti ini kelihatan kota ini cukup padat penduduknya.

Secara lebih jelas pembagian wilayah kecamatan dan kelurahan di Kota Makassar dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 4.1. Jumlah Kelurahan dan Luas Wilayah menurut Kecamatan di Kota Makassar (Data Tahun 2010)

No	Kecamatan	Kelurahan	RW	RT
1	Mariso	9	50	230
2	Mamajang	13	57	292
3	Tamalate	10	101	553
4	Rappocini	10	89	480
5	Makassar	14	71	308
6	Ujung Pandang	10	37	140
7	Wajo	8	45	159
8	Bontoala	12	58	262
9	Ujung Tanah	12	51	201
10	Tallo	15	82	504
11	Panakkukang	11	91	445
12	Manggala	6	66	368
13	Biringkanaya	7	91	420
14	Tamalanrea	6	82	427

Jumlah	143	971	4.789
--------	-----	-----	-------

Sumber: Makassar dalam Angka (2011), Januari 2013.

Data dalam Tabel 4.1 di atas memberikan gambaran bahwa dari 14 kecamatan yang ada di Kota Makassar dilihat dari pembagian wilayah kelurahan masing-masing memiliki jumlah kelurahan yang berbeda. Terdapat tiga wilayah kecamatan dengan jumlah kelurahan terbanyak yaitu Kecamatan Tallo sebanyak 15 kelurahan kemudian disusul Kecamatan Makassar sebanyak 14 kecamatan, dan Kecamatan Mamajang sebanyak 13 kecamatan. Sementara dari jumlah kecamatan tersebut terdapat pula tiga kecamatan yang paling kurang wilayah kelurahannya yaitu masing-masing Kecamatan Tamalanrea dan Kecamatan Manggala dengan jumlah kelurahan sebanyak 6 wilayah kelurahan, dan Kecamatan Biringkanaya yang memiliki hanya 7 wilayah kelurahan.

2. Keadaan Wilayah dan Penduduk

Pembagian wilayah kecamatan yang ada di Kota Makassar dari segi jumlah kelurahan yang ada didalamnya tidak terkait dengan luasnya wilayah setiap kecamatan yang ada tetapi lebih banyak dipengaruhi oleh faktor kepadatan penduduk yang ada pada setiap kecamatan, dalam Tabel 4.2. dapat dilihat persentase luas wilayah kecamatan yang di Kota Makassar dilihat dari jumlah penduduk dan luas wilayah.

Berdasarkan data yang ada menunjukkan terdapat kecamatan memiliki wilayah yang luas namun jumlah kelurahan yang ada didalamnya sedikit, seperti Kecamatan Tamalanrea yang hanya memiliki enam kelurahan padahal wilayahnya cukup luas yaitu sekitar 18,12 persen dari luas wilayah Kota Makassar secara keseluruhan. Begitu juga dengan Kecamatan Biringkanaya dengan luas wilayah sekitar 27,43 persen dari luas wilayah Kota Makassar, namun hanya memiliki tujuh kelurahan. Hal ini berbanding terbalik dengan beberapa kecamatan yang luas wilayahnya lebih kecil namun memiliki kelurahan lebih banyak seperti terlihat pada Kecamatan Makassar dengan luas wilayah hanya 1,43 persen dari luas wilayah Kota Makassar tetapi memiliki kelurahan sebanyak 14 buah, hal yang sama juga pada Kecamatan Mamajang yang memiliki kelurahan sebanyak 13 buah dari wilayah yang hanya 1,28 persen dari luas Kota Makassar. Begitu juga dengan Kecamatan Tallo yang memiliki jumlah kelurahan sebanyak 15 buah dari wilayah yang hanya 3,32 persen dari luas wilayah Kota Makassar.

Tabel 4.2. Persentase Luas Wilayah Kecamatan dan Jumlah Penduduk di Kota Makassar (Data Tahun 2010)

No	Kecamatan	Luas (km ²)	Persentase dari Luas Kota	Jumlah Penduduk
1	Mariso	1,82	1,04	55.875
2	Mamajang	2,75	1,28	58.998
3	Tamalate	20,21	11,50	170.878

4	Rappocini	9,23	5,25	151.091
5	Makassar	2,52	1,43	81.700
6	Ujung Pandang	2,63	1,50	26.904
7	Wajo	1,99	1,13	29.359
8	Bontoala	2,10	1,19	54.197
9	Ujung Tanah	5,94	3,38	46.688
10	Tallo	5,83	3,32	134.294
11	Panakkukang	17,05	9,70	141.382
12	Manggala	24,14	13,73	117.075
13	Biringkanaya	48,22	27,43	167.741
14	Tamalanrea	31,84	18,12	103.192
Jumlah		175,77	100	1.339.374

Sumber: Makassar dalam Angka (2011), Januari 2013.

Berdasarkan data dalam Tabel 4.2 di atas dapat diketahui penyebaran penduduk pada setiap wilayah kecamatan. Penduduk yang ada di Kota Makassar sebanyak 1.339.374 dirinci menurut kecamatan menunjukkan bahwa penduduk masih terkonsentrasi di wilayah Kecamatan Tamalate, yaitu sebanyak 170.878 atau sekitar 12,76 persen dari total penduduk yang ada, disusul Kecamatan Biringkanaya sebanyak 167.741 jiwa atau 12,52 persen, dan Kecamatan Rappocini menempati urutan tiga besar jumlah penduduk terbanyak yakni 151.091 jiwa atau 11,28 persen dari jumlah penduduk di Kota Makassar. Sedangkan kecamatan yang memiliki jumlah penduduk yang terendah adalah Kecamatan Ujung Pandang sebanyak

26,904 jiwa atau 2,01 persen dari keseluruhan jumlah penduduk yang ada di Kota Makassar.

Ditinjau dari segi kepadatan penduduk, wilayah kecamatan yang paling padat penduduknya adalah Kecamatan Makassar yaitu 32,421 jiwa per kilometer persegi, kemudian disusul Kecamatan Mariso sebanyak 30.701 jiwa per kilometer persegi, dan Kecamatan Mamajang sebanyak 26.221 jiwa per kilometer persegi. Sedangkan kecamatan dengan tingkat kepadatan penduduk terendah adalah Kecamatan Tamalanrea yaitu sekitar 3.241 jiwa per kilometer persegi, kemudian Kecamatan Biringkanaya 3.479 jiwa per kilometer persegi, dan Kecamatan Manggala dengan tingkat kepadatan 4.850 jiwa per kilometer persegi. Memperhatikan tingkat kepadatan penduduk pada setiap kecamatan yang ada terlihat bahwa kecamatan yang memiliki tingkat kepadatan penduduk paling padat berada di pusat kota sedangkan yang kecamatan yang memiliki tingkat kepadatan paling rendah berada pada wilayah pinggir kota. Namun dalam perkembangan laju pembangunan dan pengembangan Kota Makassar mengarah pada kawasan pinggir kota tersebut, maka terjadi pergeseran pemukiman penduduk yang sudah mulai terkonsentrasi pada wilayah-wilayah pinggir kota tersebut.

Tabel 4.3. Jumlah Rumah Tangga dan Rata-rata Anggota Rumah Tangga menurut Kecamatan di Kota Makassar (Data Tahun 2010)

No	Kecamatan	Rumah Tangga	Rata-rata Anggota Rumah Tangga
----	-----------	--------------	--------------------------------

1	Mariso	12.026	5
2	Mamajang	13.051	5
3	Tamalate	41.298	4
4	Rappocini	33.926	4
5	Makassar	17.087	5
6	Ujung Pandang	5.594	5
7	Wajo	5.923	5
8	Bontoala	11.074	5
9	Ujung Tanah	9.359	5
10	Tallo	27.493	5
11	Panakkukang	33.758	4
12	Manggala	25.363	5
13	Biringkanaya	39.272	4
14	Tamalanrea	30.879	3
Jumlah		306.067	4

Sumber: Makassar dalam Angka (2011), Januari 2013.

Data dalam Tabel 4.3 memberikan gambaran mengenai jumlah rumah tangga dan rata-rata anggota rumah tangga yang ada di Kota Makassar. Secara keseluruhan jumlah rumah tangga yang ada di daerah ini sebanyak 306.067 dengan rata-rata jumlah anggota keluarga sebanyak empat orang pada setiap rumah tangga. Dari data yang ada pada tabel tersebut memberikan informasi bahwa wilayah kecamatan yang luas tidak

selamanya terdapat rumah tangga didalamnya dalam jumlah yang banyak. Hal ini dapat dilihat pada Kecamatan Makassar yang wilayahnya tidak terlalu luas hanya 2,52 km² tetapi memiliki jumlah rumah tangga cukup banyak. Sedangkan kecamatan yang memiliki wilayah cukup luas seperti Kecamatan Biringkanaya dan Kecamatan Tamalanrea memiliki jumlah rumah tangga relatif sedikit dibandingkan dengan luas wilayah kecamatannya.

B. Profil Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

1. Sejarah dan Perkembangan Puskesmas

Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia tidak terlepas dari sejarah perkembangan kehidupan berbangsa dan bernegara itu sendiri. Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health program*) memang sejalan dengan perjuangan bangsa dalam men-sejahterakan manusia Indonesia. Menyimak perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia sejak pra kemerdekaan sampai masa kemerdekaan, beberapa catatan penting dapat dijadikan tonggak sejarah perkembangan program kesehatan masyarakat, yaitu sejak tahun 1924 mulai dirintis pengembangan program pendidikan kesehatan masyarakat untuk peningkatan sanitasi lingkungan di wilayah pedesaan, tahun 1952 pengembangan upaya usaha Kesehatan ibu dan Anak (KIA) mulai dirintis dengan didirikannya Direktorat KIA di lingkungan Kementerian Kesehatan,

tahun 1956 Proyek UKS diperkenalkan di wilayah Jakarta, tahun 1959 program pemberantasan penyakit malaria dimulai dengan bantuan WHO, tahun 1960 Undang-Undang Pokok Kesehatan dirumuskan, dan tahun 1969 dengan mulai tersusunnya Repelita (Rencana Pembangunan Lima Tahun), sektor kesehatan juga mulai menata perencanaannya secara nasional. Pada fase ini merupakan tonggak sejarah penting pembangunan kesehatan di Indonesia, dimana rencana pembangunan kesehatan jangka panjang dirumuskan yang merupakan awal dari Repelita I, dan pada tahun ini juga konsep Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) mulai diperkenalkan.

Pencetus dari konsep pelayanan kesehatan yang terintegrasi seperti institusi Puskesmas ini tidak terlepas daripada gagasan dr. J. Leimena yang mencetuskan pemikiran untuk mengintegrasikan berbagai institusi pelayanan kesehatan yang sebelumnya terdapat berbagai institusi penyelenggara kesehatan yang masing-masing berjalan sendiri-sendiri. Konsep pelayanan yang terintegrasi lebih berkembang dengan pembentukan *team work* dan *team approach* dalam pelayanan kesehatan.

Pembangunan Puskesmas di Indonesia mulai dirintis dengan berbagai pertimbangan yang bersifat strategis. Pertama, untuk mencegah kecenderungan dokter-dokter yang lebih senang bekerja di daerah perkotaan sedangkan masyarakat Indonesia sebagian besar tinggal di wilayah perdesaan. Kedua, untuk lebih pemeratakan pelayanan kesehatan dengan mendekatkan sarana pelayanan kesehatan kepada kelompok-kelompok

penduduk yang membutuhkan. Sampai akhir tahun 1960-an, sebagian besar pelayanan kesehatan dilakukan melalui rumah sakit yang lebih banyak berlokasi di daerah perkotaan, sehingga sukar dijangkau oleh masyarakat terutama yang tinggal di desa. Ketiga, untuk lebih menekan biaya pelayanan kesehatan. Biaya pelayanan di rumah sakit dan dokter praktek swasta yang lebih banyak berorientasi pada aspek kuratif jauh lebih mahal dibandingkan dengan upaya pencegahan yang merupakan prinsip dasar program *public health* (Muninjaya, 1999:36).

Gagasan yang dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di setiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970. Penggunaan istilah Puskesmas pertama kali dimuat pada *Master Plan of Operation for Strenghtening National Health Service in Indonesia* tahun 1969. Dalam dokumen tersebut disebutkan Puskesmas terdiri atas 3 (tiga) tipe Puskesmas yakni Tipe A, Tipe B, dan Tipe C. Dalam perkembangannya berdasarkan Rapat Kerja Nasional ke III tahun 1970 ditetapkan hanya ada satu tipe Puskesmas dengan 6 kegiatan pokok. Perkembangan selanjutnya dari Puskesmas lebih mengarah pada penambahan kegiatan pokok, seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan kemampuan pemerintah sehingga sekarang ini sudah berkembang 18 kegiatan pokok di Puskesmas, bahkan di DKI Jakarta terdapat 21 kegiatan pokok Puskesmas.

Perkembangan program pelayanan di Puskesmas sangat dipengaruhi atau terkait dengan berbagai bentuk transisi di bidang sosial, ekonomi, epidemiologi, dan demografi yang telah terjadi dengan pesat sejak dekade 80-an telah berpengaruh pada bentuk pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia. Pelayanan kesehatan di Indonesia sekarang ini sudah menghadapi beban ganda karena disatu sisi penyakit infeksi yang lama belum mampu diatasi, dan disatu sisi Indonesia sudah dihadapkan dengan munculnya berbagai macam masalah kesehatan seperti penyakit infeksi baru (AIDS, kanker, penyakit degeneratif, dan masalah kesehatan manula, dan sebagainya). Peranan Puskesmas sebagai pusat pelayanan, sebagai pusat pembinaan, dan pusat pengembangan kesehatan masyarakat untuk masyarakat di wilayah kerjanya juga akan ikut mengalami perubahan. Kondisi seperti inilah yang perlu dicermati dan diantisipasi oleh seluruh *stakeholders* yang terkait dengan penyelenggaraan layanan pada Puskesmas, mulai dari pihak pembuat kebijakan di tingkat pusat, daerah, Dinas Kesehatan dan beserta staf jajaran Puskesmas.

2. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang lebih umum dikenal dengan sebutan Puskesmas merupakan organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat terdepan yang bersentuhan langsung dengan warga masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Desain struktur

organisasi pada Puskesmas dibuat berdasarkan dari kegiatan dan beban tugas masing-masing Puskesmas. Penyusunan struktur organisasi Puskesmas di satu kabupaten/kota dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan penetapannya dilakukan dengan Peraturan Daerah. Acuan dalam penyusunan organisasi Puskesmas mengacu pada kebijakan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat .

Penyusunan struktur organisasi Puskesmas didasarkan pada pertimbangan beban kerja dan potensi sumber daya yang tersedia pada setiap Puskesmas. Pola organisasi Puskesmas dapat disusun sebagai berikut:

- a. Kepala Puskesmas
- b. Wakil Kepala Puskesmas (d disesuaikan beban kerja dan kebutuhan Puskesmas dan yang menetapkan ada atau tidak adalah Dinas Kesehatan Kabupaten dan Kota).
- c. Unit Tata Usaha (dalam unit ini dapat ditambahkan beberapa unit kerja seperti unit perencanaan, keuangan, perlengkapan, dan umum)
- d. Unit Fungsional

Organisasi Puskesmas sebagai unit terdepan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, dalam rangka mengefektifkan tugas yang menjadi tanggung jawabnya, maka organisasi memiliki hubungan dengan organisasi-organisasi lain yang terkait dengan

tugas dan fungsi Puskesmas ini. Sehubungan dengan itu Puskesmas memiliki hubungan dan tata kerja dengan instansi lain maupun *stakeholders* lainnya sebagaimana tergambar berikut ini:

Tabel 4.4. Hubungan dan tata kerja Puskesmas dengan unit kerja lain dan *stakeholders* yang terkait

No	Instansi terkait/ <i>stakeholders</i>	Deskripsi hubungan kerja
1	Kantor Kecamatan	Dalam melaksanakan fungsinya, puskesmas berkoordinasi dengan kantor kecamatan melalui pertemuan berkala yang diselenggarakan di tingkat kecamatan. Koordinasi tersebut mencakup perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian serta penilaian. Dalam hal pelaksanaan fungsi penggalian sumber daya masyarakat oleh puskesmas, koordinasi dengan kantor kecamatan mencakup pula kegiatan fasilitasi.
2	Dinas Kesehatan Kabupaten Kota	Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan demikian secara teknis dan administratif, puskesmas bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebaliknya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggungjawab membina serta memberikan bantuan administratif dan teknis kepada puskesmas.
3	Jaringan Pelayanan Kesehatan Strata Pertama	Sebagai mitra pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta, puskesmas menjalin kerjasama termasuk penyelenggaraan rujukan dan memantau kegiatan yang diselenggarakan. Sedangkan sebagai pembina upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, puskesmas melaksanakan bimbingan teknis, pemberdayaan dan rujukan sesuai kebutuhan.
4	Jaringan Pelayanan Kesehatan Rujukan	Dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat,

		<p>puskesmas menjalin kerjasama yang erat dengan berbagai pelayanan kesehatan rujukan. Untuk upaya kesehatan perorangan, jalinan kerjasama tersebut diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan perorangan seperti rumah sakit (kabupaten/kota) dan berbagai balai kesehatan masyarakat (balai pengobatan penyakit paru-paru, balai kesehatan mata masyarakat, balai kesehatan kerja masyarakat, balai kesehatan olahraga masyarakat, balai kesehatan jiwa masyarakat, balai kesehatan indra masyarakat). Sedangkan untuk upaya kesehatan masyarakat, jalinan kerjasama diselenggarakan dengan berbagai sarana pelayanan kesehatan masyarakat rujukan, seperti Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan, Balai Laboratorium Kesehatan serta berbagai balai kesehatan masyarakat. Kerjasama tersebut diselenggarakan melalui penerapan konsep rujukan yang menyeluruh dalam koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.</p>
5	Lintas Sektor	<p>Tanggungjawab puskesmas sebagai unit pelaksana teknis adalah menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Untuk mendapat hasil yang optimal, penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut harus dapat dikoordinasikan dengan berbagai lintas sektor terkait yang ada di tingkat kecamatan. Diharapkan di satu pihak, penyelenggaraan pembangunan kesehatan di kecamatan tersebut mendapat dukungan dari berbagai sektor terkait, sedangkan di pihak lain pembangunan yang diselenggarakan oleh sektor lain di tingkat kecamatan berdampak positif terhadap kesehatan.</p>
6	Masyarakat	<p>Sebagai penanggungjawab penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, puskesmas memerlukan dukungan aktif dari masyarakat sebagai objek dan subjek pembangunan. Dukungan aktif tersebut diwujudkan melalui pembentukan Badan Penyantun Puskesmas (BPP) yang menghimpun berbagai</p>

		<p>potensi masyarakat, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, organisasi kemasyarakatan, serta dunia usaha. BPP tersebut berperan sebagai mitra puskesmas dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan. Dalam BPP tersebut terhimpun tokoh-tokoh masyarakat peduli kesehatan yang berperan sebagai mitra Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya pembangunan kesehatan.</p>
--	--	---

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No. 28/Menkes/SK/II/2004 (data diolah)

Januari, 2013.

Hubungan dan tata kerja Puskesmas sebagaimana tergambar di atas menunjukkan bahwa Puskesmas menjalin kerjasama dan berhubungan dengan berbagai instansi, hubungan kerja tersebut baik bersifat koordinatif maupun bersifat struktural. Hubungan kerja yang bersifat koordinatif misalnya dengan kantor kecamatan dan kelurahan/desa dimana Puskesmas tersebut berada, hubungan tersebut terjadi karena berbagai program pokok puskesmas dapat terlaksana secara efektif dengan melaksanakan secara bersama-sama dengan instansi tersebut.

Sementara hubungan kerja dengan instansi lain secara sektoral dilaksanakan oleh puskesmas untuk mengefektifkan pelaksanaan program-program pokok maupun program pengembangan yang menjadi tanggung jawabnya. Kegiatan puskesmas hanya dapat terlaksana jika hubungan ini terjalin dengan baik. Misalnya saja jika puskesmas mengalami keterbatasan sumber daya dalam menyelenggarakan pelayanan ini dapat diatasi dengan bantuan tenaga maupun prasarana dari instansi lain.

Instansi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam hubungan dengan puskesmas bersifat struktural, dimana puskesmas sebagai unit pelaksana teknis dinas sehingga kedudukan puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan terdepan dalam melaksanakan tugas fungsi Dinas Kesehatan. Instansi ini bertanggungjawab dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan puskesmas, sehingga seluruh kegiatan manajemen puskesmas mulai dari perencanaan kegiatan, penyusunan program, pelaksanaan kegiatan, penganggaran, dan seluruh rangkaian manajemen puskesmas harus mendapat bantuan administratif dan teknis dari Dinas Kesehatan. Oleh sebab itu kepala puskesmas dalam melaksanakan tugas dan fungsinya bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Secara fungsional hubungan kerja dengan instansi lain penyelenggara pelayanan kesehatan yang dikelola oleh swasta atau masyarakat, dalam hal ini puskesmas berfungsi sebagai pembina kesehatan rujukan, pemantau kegiatan maupun memberikan bimbingan teknis, pemberdayaan dan rujukan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan hubungan secara fungsional dengan jaringan pelayanan kesehatan rujukan dengan rumah sakit maupun dengan berbagai balai pelayanan kesehatan masyarakat yang ada terjalin dalam mekanisme rujukan. Artinya pelayanan kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat jika tidak dapat dilayani

secara tuntas di Puskesmas dapat dirujuk kepada penyelenggara pelayanan di atasnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Hubungan kerja dengan masyarakat atau dengan *stakeholders* yang ada jelas Puskesmas membutuhkan dukungan aktif dari seluruh masyarakat di wilayah kerjanya sebagai objek dan subjek pembangunan kesehatan, tanpa dukungan dari warga masyarakat akan sulit puskesmas menjalankan tugas dan fungsinya. Hal ini juga sejalan dengan amanat Undang-undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 pasal 174, dimana masyarakat berperan serta baik secara perorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tanpa dukungan dari masyarakat sulit bagi puskesmas mencapai visinya yakni kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan Sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan berperilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

3. Fungsi dan Tugas Pokok Puskesmas

Sebagai organisasi terdepan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, Puskesmas merupakan institusi terdepan dalam

melaksanakan tugas pelayanan kesehatan ditengah-tengah masyarakat. Oleh sebab itu keberadaan puskesmas sedapat mungkin dapat dijangkau atau diakses dengan mudah oleh seluruh warga. Puskesmas sebagai UPTD kesehatan kabupaten/Kota berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia sehingga mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan program-program sesuai dengan tugas pokok di bidang kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Sesuai dengan sistem kesehatan nasional yang menghendaki pengelolaan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, maka Puskesmas sebagai penyedia fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama mempunyai 3 (tiga) fungsi sebagai berikut:

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk

pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

b. Pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga.

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Upaya pelayanan kesehatan tingkat pertama yang diselenggarakan Puskesmas bersifat holistic, komprehensif, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan yang bersifat pokok (*basic health service*) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient service*). Sebagai pusat pelayanan

tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil dan merata. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi:

1) Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan. Pelayanan ini bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap sebagai rujukan antara sebelum dirujuk ke rumah sakit.

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut bersifat promotif dan preventif antara lain berupa promosi kesehatan, pemberantasan

penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya. Pelaksanaan pelayanan ini menggunakan pendekatan kelompok masyarakat, serta sebagian besar diselenggarakan bersama masyarakat melalui upaya pelayanan dalam dan luar gedung di wilayah kerja Puskesmas.

Berdasarkan fungsi Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan tingkat pertama yang tersebar pada seluruh kecamatan dalam wilayah Negara Indonesia, dan mengingat kondisi kemampuan tenaga dan fasilitas pada setiap Pemerintah Daerah yang berbeda-beda, maka untuk menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian kewenangan wajib bidang kesehatan di Kabupaten/Kota, maka ditetapkan kegiatan pokok Puskesmas yang seharusnya dilaksanakan, adapun kegiatan pokok yang harus dilaksanakan di Puskesmas adalah:

- a. Kesejahteraan ibu dan anak.
- b. Keluarga berencana.
- c. Usaha peningkatan gizi.
- d. Kesehatan lingkungan.
- e. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
- f. Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan.
- g. Penyuluhan kesehatan masyarakat.
- h. Kesehatan sekolah.

- i. Kesehatan olahraga.
- j. Perawatan kesehatan masyarakat.
- k. Kesehatan kerja.
- l. Kesehatan gigi dan mulut.
- m. Kesehatan jiwa.
- n. Kesehatan mata.
- o. Laboratorium sederhana.
- p. Pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan.
- q. Kesehatan lanjut usia.
- r. Pembinaan pengobatan tradisional.

Berdasarkan kegiatan pokok yang dilaksanakan oleh Puskesmas sebagaimana dijelaskan di atas, maka selanjutnya program yang dilaksanakan oleh setiap Puskesmas dibedakan atas dua yaitu:

a. Program Pokok Puskesmas

Program pokok ini disebut juga upaya kesehatan wajib yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional, dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Terdapat 6 (enam) program pokok sebagai upaya kesehatan wajib yaitu:

- 1) Upaya promosi kesehatan
- 2) Upaya kesehatan lingkungan
- 3) Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana

- 4) Upaya perbaikan gizi
- 5) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- 6) Upaya pengobatan

b. Program Pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada, yakni:

- 1) Upaya Kesehatan Sekolah
- 2) Upaya Kesehatan Olah Raga
- 3) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- 4) Upaya Kesehatan Kerja
- 5) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- 6) Upaya Kesehatan Jiwa
- 7) Upaya Kesehatan Mata
- 8) Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- 9) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

Upaya laboratorium medis dan laboratorium kesehatan masyarakat serta upaya pencatatan dan pelaporan tidak termasuk pilihan karena ketiga upaya ini merupakan pelayanan penunjang dari setiap upaya wajib dan upaya pengembangan puskesmas.

Perawatan kesehatan masyarakat merupakan pelayanan penunjang, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Apabila perawatan kesehatan masyarakat menjadi permasalahan spesifik di daerah tersebut, maka dapat dijadikan sebagai salah satu upaya kesehatan pengembangan.

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula bersifat upaya inovasi, yakni upaya lain di luar upaya puskesmas tersebut di atas yang sesuai dengan kebutuhan. Pengembangan dan pelaksanaan upaya inovasi ini adalah dalam rangka mempercepat tercapainya visi puskesmas. Pemilihan upaya kesehatan pengembangan ini dilakukan oleh puskesmas bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan masukan dari BPP. Upaya kesehatan pengembangan dilakukan apabila upaya kesehatan wajib puskesmas telah terlaksana secara optimal, dalam arti target cakupan serta peningkatan mutu pelayanan telah tercapai. Penetapan upaya kesehatan pengembangan pilihan puskesmas ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dalam keadaan tertentu, upaya kesehatan pengembangan puskesmas dapat pula ditetapkan sebagai penugasan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Apabila puskesmas belum mampu menyelenggarakan upaya kesehatan pengembangan, padahal menjadi kebutuhan masyarakat, maka Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggungjawab dan wajib menyelenggarakannya. Untuk itu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu

dilengkapi dengan berbagai unit fungsional lainnya. Dalam keadaan tertentu, masyarakat membutuhkan pula pelayanan rawat inap. Untuk ini di puskesmas dapat dikembangkan pelayanan rawat inap tersebut, yang dalam pelaksanaannya harus memperhatikan berbagai persyaratan tenaga, sarana dan prasarana sesuai standar yang telah ditetapkan. Pelayanan rawat inap pada tingkat puskesmas merupakan layanan antara sebelum dirujuk ke rumah sakit jika memang masih bisa ditangani oleh puskesmas.

Lebih lanjut, di beberapa daerah tertentu telah muncul pula kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan medik spesialistik. Dalam keadaan ini, apabila ada kemampuan, di puskesmas dapat dikembangkan pelayanan medik spesialistik tersebut, baik dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap. Keberadaan pelayanan medik spesialistik di puskesmas hanya dalam rangka mendekatkan pelayanan rujukan kepada masyarakat yang membutuhkan. Status dokter dan atau tenaga spesialis yang bekerja di puskesmas dapat sebagai tenaga konsulen atau tenaga tetap fungsional puskesmas yang diatur oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat. Perlu diingat meskipun puskesmas menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik dan memiliki tenaga medis spesialis, kedudukan dan fungsi puskesmas tetap sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

4. Kedudukan dan Jaringan Pelayanan Puskesmas

Kedudukan Puskesmas dibedakan menurut keterkaitannya dengan Sistem Kesehatan Nasional, Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota dan Sistem Pemerintah Daerah:

a. Sistem Kesehatan Nasional

Kedudukan puskesmas dalam Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

b. Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota

Kedudukan puskesmas dalam Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan kabupaten/kota di wilayah kerjanya.

c. Sistem Pemerintah Daerah

Kedudukan puskesmas dalam Sistem Pemerintah Daerah adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang merupakan unit struktural Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota bidang kesehatan yang berkedudukan pada tingkat kecamatan.

d. Antar Sarana Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Di wilayah kerja puskesmas terdapat berbagai organisasi pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola oleh lembaga masyarakat dan swasta seperti praktek dokter, praktek dokter gigi,

praktek bidan, poliklinik dan balai kesehatan masyarakat. Kedudukan puskesmas di antara berbagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama ini adalah sebagai mitra. Di wilayah kerja puskesmas terdapat pula berbagai bentuk upaya kesehatan berbasis dan bersumber daya masyarakat seperti posyandu, polindes, pos obat desa dan pos UKK. Kedudukan puskesmas di antara berbagai sarana pelayanan kesehatan berbasis dan bersumberdaya masyarakat adalah sebagai pembina.

Untuk mengefektifkan pelaksanaan program pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas dan upaya untuk menjangkau seluruh lapisan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan, maka Puskesmas memiliki jaringan pelayanan sebagai berikut:

a. Unit Puskesmas Pembantu (PUSTU)

Puskesmas Pembantu adalah unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil.

b. Unit Puskesmas Keliling (PUSLING)

Adalah unit pelayanan kesehatan keliling yang dilengkapi dengan kendaraan bermotor roda dua, empat atau perahu bermotor dan peralatan kesehatan, peralatan komunikasi serta sejumlah tenaga yang berasal dari Puskesmas. Fungsinya menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan-kegiatan Puskesmas dalam wilayah kerjanya

yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Kegiatan Puskesmas keliling adalah:

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di daerah terpencil yang tidak terjangkau oleh pelayanan Puskesmas atau Puskesmas Pembantu, 4 hari dalam seminggu.
 - 2) Melakukan penyelidikan tentang kejadian luar biasa.
 - 3) Dipergunakan sebagai alat transpor penderita dalam rangka rujukan bagi kasus gawat darurat.
 - 4) Melakukan penyuluhan kesehatan dengan menggunakan alat audio visual.
- c. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) merupakan kegiatan keterpaduan antara Puskesmas dan masyarakat di tingkat desa yang diwujudkan dalam bentuk Pos Pelayanan Terpadu. Semula Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat dimana masyarakat dapat sekaligus memperoleh pelayanan Keluarga Berencana dan kesehatan. Dalam pengembangannya Posyandu dapat dibina menjadi forum komunikasi dan pelayanan di masyarakat, antara sektor yang memadukan kegiatan pembangunan sektoralnya dengan kegiatan masyarakat, untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memecahkan masalah melalui alih teknologi. Satu Posyandu sebaiknya melayani sekitar 100 balita (120 kepala keluarga), atau sesuai dengan kemampuan petugas

dan keadaan setempat. Sasaran Posyandu adalah ibu hamil beresiko tinggi, ibu menyusui, bayi/balita, pasangan usia subur.

d. Unit Bidan Desa/Komunitas

Bidan desa adalah tenaga yang berprofesi di bidang kebidanan yang ditempatkan di desa, tujuan penempatan bidan desa adalah untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan melalui Puskesmas dan Posyandu dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, bayi, anak balita dan menurunkan angka kelahiran, serta meningkatkan kesadaran masyarakat berperilaku sehat.

5. Azas Penyelenggaraan Puskesmas

Penyelenggaraan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan harus menerapkan azas penyelenggaraan Puskesmas secara terpadu. Azas penyelenggaraan Puskesmas tersebut dikembangkan dari ketiga fungsi Puskesmas. Dasar pemikirannya adalah pentingnya menerapkan prinsip dasar dari setiap fungsi Puskesmas dalam menyelenggarakan setiap upaya Puskesmas, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Azas penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

a. Azas pertanggungjawaban wilayah

Azas penyelenggaraan puskesmas yang pertama adalah pertanggung-jawaban wilayah. Dalam arti puskesmas bertanggungjawab

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya. Untuk ini puskesmas harus melaksanakan berbagai kegiatan, antara lain sebagai berikut:

- 1) Menggerakkan pembangunan berbagai sektor tingkat kecamatan, sehingga berwawasan kesehatan
- 2) Memantau dampak berbagai upaya pembangunan terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
- 3) Membina setiap upaya kesehatan strata pertama yang diselenggarakan oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya
- 4) Menyelenggarakan upaya kesehatan strata pertama (primer) secara merata dan terjangkau di wilayah kerjanya.

Diselenggarakannya upaya kesehatan strata pertama oleh puskesmas pembantu, puskesmas keliling, bidan di desa serta berbagai upaya kesehatan di luar gedung puskesmas lainnya (outreach activities) pada dasarnya merupakan realisasi dari pelaksanaan azas pertanggungjawaban wilayah.

b. Azas pemberdayaan masyarakat

Azas pemberdayaan masyarakat berarti Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat, agar berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas. Untuk ini, berbagai potensi masyarakat perlu dihimpun melalui pembentukan

Badan Penyantun Puskesmas (BPP). Beberapa kegiatan yang harus dilaksanakan oleh puskesmas dalam rangka pemberdayaan masyarakat antara lain:

- 1) Upaya kesehatan ibu dan anak melalui Posyandu, Polindes, Bina Keluarga Balita (BKB).
- 2) Upaya pengobatan melalui Posyandu, Pos Obat Desa (POD).
- 3) Upaya perbaikan gizi melalui Posyandu, panti pemulihan gizi, Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).
- 4) Upaya kesehatan sekolah, diupayakan melalui kegiatan dokter kecil, penyertaan guru dan orang tua/wali murid, Saka Bakti Husada (SBH), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren).
- 5) Upaya kesehatan lingkungan dilaksanakan melalui Kelompok Pemakai Air (Pokmair), Desa Percontohan Kesehatan Lingkungan (DPKL)
- 6) Upaya kesehatan usia lanjut: Posyandu usila, Panti Wreda
- 7) Upaya kesehatan kerja dilaksanakan melalui Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK).
- 8) Upaya kesehatan jiwa dilaksanakan melalui Posyandu, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM).
- 9) Upaya pembinaan pengobatan tradisional dilaksanakan melalui Taman Obat Keluarga (TOGA), Pembinaan Pengobat Tradisional (Batra).

10) Upaya pembiayaan dan jaminan kesehatan (inovatif) dilaksanakan melalui dana sehat, Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin), mobilisasi dana keagamaan.

c. Azas keterpaduan

Azas penyelenggaraan puskesmas yang ketiga adalah keterpaduan. Untuk mengatasi keterbatasan sumberdaya serta diperolehnya hasil yang optimal, penyelenggaraan setiap upaya puskesmas harus diselenggarakan secara terpadu, jika mungkin sejak dari tahap perencanaan. Ada dua macam keterpaduan yang perlu diperhatikan, yakni:

1) Keterpaduan lintas program

Keterpaduan lintas program adalah upaya memadukan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang menjadi tanggungjawab puskesmas. Contoh keterpaduan lintas program antara lain:

- a) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS): keterpaduan KIA dengan P2M, gizi, promosi kesehatan, pengobatan.
- b) Upaya Kesehatan Sekolah (UKS): keterpaduan kesehatan lingkungan dengan promosi kesehatan, pengobatan, kesehatan gigi, kesehatan reproduksi remaja dan kesehatan jiwa.
- c) Puskesmas keliling: keterpaduan pengobatan dengan KIA/KB, gizi, promosi kesehatan, kesehatan gigi.

d) Posyandu: keterpaduan KIA dengan KB, gizi P2M, kesehatan jiwa, promosi kesehatan.

2) Keterpaduan lintas sektor

Keterpaduan lintas sektor adalah upaya memadukan penyelenggaraan upaya puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) dengan berbagai program dari sektor terkait tingkat kecamatan, termasuk organisasi kemasyarakatan dan dunia usaha. Contoh keterpaduan lintas sektor antara lain:

- a) Upaya Kesehatan Sekolah: keterpaduan sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, pendidikan, lembaga-lembaga keagamaan termasuk pesantren.
- b) Upaya promosi kesehatan: keterpaduan sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, pendidikan, agama, pertanian
- c) Upaya kesehatan ibu dan anak: keterpaduan sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, PKK, PLKB
- d) Upaya perbaikan gizi: keterpaduan sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, pertanian, pendidikan, agama, koperasi, dunia usaha, PKK, PLKB
- e) Upaya pembiayaan dan jaminan kesehatan: keterpaduan sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, tenaga kerja, koperasi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan

- f) Upaya kesehatan kerja: keterpaduan sektor kesehatan dengan camat, lurah/kepala desa, tenaga kerja, dunia usaha.

d. Azas rujukan

Azas penyelenggaraan puskesmas yang keempat adalah rujukan. Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh puskesmas terbatas. Padahal puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatannya. Untuk membantu puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi, maka penyelenggaraan setiap upaya puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) harus ditopang oleh azas rujukan. Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama. Sesuai dengan jenis upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas ada dua macam rujukan yang dikenal, yakni:

1) Rujukan upaya kesehatan perorangan

Cakupan rujukan pelayanan kesehatan perorangan adalah kasus penyakit. Apabila suatu puskesmas tidak mampu menanggulangi satu kasus penyakit tertentu, maka puskesmas tersebut wajib merujuknya ke sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu (baik

horizontal maupun vertikal). Sebaliknya pasien paska rawat inap yang hanya memerlukan rawat jalan sederhana, dirujuk ke puskesmas. Ada 3 macam rujukan upaya kesehatan perorangan:

- a) Rujukan kasus keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan medik (biasanya operasi) dan lain-lain.
- b) Rujukan bahan pemeriksaan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- c) Rujukan ilmu pengetahuan antara lain mendatangkan tenaga yang lebih kompeten untuk melakukan bimbingan kepada tenaga puskesmas dan ataupun menyelenggarakan pelayanan medik di puskesmas.

2) Rujukan upaya kesehatan masyarakat

Cakupan rujukan pelayanan kesehatan masyarakat adalah masalah kesehatan masyarakat, misalnya kejadian luar biasa, pencemaran lingkungan, dan bencana. Rujukan pelayanan kesehatan masyarakat juga dilakukan apabila satu puskesmas tidak mampu menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat wajib dan pengembangan, padahal upaya kesehatan masyarakat tersebut telah menjadi kebutuhan masyarakat. Apabila suatu puskesmas tidak mampu menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, maka puskesmas tersebut wajib merujuknya ke Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota. Rujukan upaya kesehatan masyarakat dibedakan atas tiga macam:

- a) Rujukan sarana dan logistik, antara lain peminjaman peralatan fogging, peminjaman alat laboratorium kesehatan, peminjaman alat audio visual, bantuan obat, vaksin, bahan-bahan habis pakai dan bahan makanan.
- b) Rujukan tenaga antara lain dukungan tenaga ahli untuk penyelidikan kejadian luar biasa, bantuan penyelesaian masalah hukum kesehatan, penanggulangan gangguan kesehatan karena bencana alam.
- c) Rujukan operasional, yakni menyerahkan sepenuhnya masalah kesehatan masyarakat dan tanggungjawab penyelesaian masalah kesehatan masyarakat dan atau penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat (antara lain Upaya Kesehatan Sekolah, Upaya Kesehatan Kerja, Upaya Kesehatan Jiwa, pemeriksaan contoh air bersih) kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Rujukan operasional diselenggarakan apabila puskesmas tidak mampu.

6. Pembiayaan Puskesmas

Untuk terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang menjadi tanggungjawab

puskesmas, perlu ditunjang dengan tersedianya pembiayaan yang cukup. Pada saat ini ada beberapa sumber pembiayaan puskesmas, yakni:

a. Pemerintah

Sesuai dengan azas desentralisasi, sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah terutama adalah pemerintah kabupaten/kota. Di samping itu puskesmas masih menerima dana yang berasal dari pemerintah provinsi dan pemerintah pusat. Dana yang disediakan oleh pemerintah dibedakan atas dua macam, yakni:

- 1) Dana anggaran pembangunan yang mencakup dana pembangunan gedung, pengadaan peralatan serta pengadaan obat.
- 2) Dana anggaran rutin yang mencakup gaji karyawan, pemeliharaan gedung dan peralatan, pembelian barang habis pakai serta biaya operasional.

Setiap tahun kedua anggaran tersebut disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk diajukan dalam Daftar Usulan Kegiatan ke pemerintah kabupaten/kota untuk seterusnya dibahas bersana DPRD kabupaten/kota. Puskesmas diberikan kesempatan mengajukan kebutuhan untuk kedua anggaran tersebut melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Anggaran yang telah disetujui yang tercantum dalam dokumen keuangan diturunkan secara bertahap ke puskesmas melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Untuk beberapa mata anggaran tertentu, misalnya pengadaan obat dan pembangunan gedung serta pengadaan alat, anggaran tersebut dikelola langsung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau oleh pemerintah kabupaten/kota.

Penanggungjawab penggunaan anggaran yang diterima puskesmas adalah kepala puskesmas, sedangkan administrasi keuangan dilakukan oleh pemegang keuangan puskesmas yakni seorang staf yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas usulan kepala puskesmas. Penggunaan dana sesuai dengan usulan kegiatan yang telah disetujui dengan memperhatikan berbagai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

b. Pendapatan puskesmas

Sesuai dengan kebijakan pemerintah, masyarakat dikenakan kewajiban membiayai upaya kesehatan perorangan yang dimanfaatkannya, yang besarnya ditentukan oleh pemerintah daerah masing-masing (retribusi). Pada saat ini ada beberapa kebijakan yang terkait dengan pemanfaatan dana yang diperoleh dari penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan ini, yakni:

1) Seluruhnya disetor ke Kas Daerah

Untuk ini secara berkala Puskesmas menyetor langsung seluruh dana retribusi yang diterima ke kas daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2) Sebagian dimanfaatkan secara langsung oleh puskesmas

Beberapa daerah tertentu membenarkan puskesmas menggunakan sebagian dari dana yang diperoleh dari penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan, yang lazimnya berkisar antara 25 – 50% dari total dana retribusi yang diterima. Penggunaan dana hanya dibenarkan untuk membiayai kegiatan operasional Puskesmas. Penggunaan dana tersebut secara berkala dipertanggungjawabkan oleh Puskesmas ke pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

3) Seluruhnya dimanfaatkan secara langsung oleh puskesmas

Beberapa daerah tertentu lainnya membenarkan puskesmas menggunakan seluruh dana yang diperolehnya dari penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan untuk membiayai kegiatan operasional puskesmas. Dahulu puskesmas yang menerapkan model pemanfaatan dana seperti ini disebut puskesmas swadana. Pada saat ini sesuai dengan kebijakan dasar puskesmas yang juga harus menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat yang dananya ditanggung oleh

pemerintah, diubah menjadi puskesmas swakelola. Dengan perkataan lain puskesmas tidak mungkin sepenuhnya menjadi swadana. Pemerintah tetap berkewajiban menyediakan dana yakni untuk membiayai upaya kesehatan masyarakat yang memang menjadi tanggungjawab pemerintah.

c. Sumber lain

Pada saat ini puskesmas juga menerima dana dari beberapa sumber lain seperti:

- 1) PT ASKES yang peruntukkannya sebagai imbal jasa pelayanan yang diberikan kepada para peserta ASKES. Dana tersebut dibagikan kepada para pelaksana sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 2) PT (Persero) Jamsostek yang peruntukkannya juga sebagai imbal jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta Jamsostek. Dana tersebut juga dibagikan kepada para pelaksana sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 3) JPSBK/PKPSBBM, untuk membantu masyarakat miskin, pemerintah mengeluarkan dana secara langsung ke Puskesmas. Pengelolaan dana ini mengacu pada pedoman yang telah ditetapkan.

Apabila sistem Jaminan Kesehatan Nasional telah berlaku, akan terjadi perubahan pada sistem pembiayaan puskesmas. Sesuai dengan

konsep yang telah disusun, direncanakan pada masa yang akan datang pemerintah hanya bertanggungjawab untuk membiayai upaya kesehatan masyarakat, sedangkan untuk upaya kesehatan perorangan dibiayai melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional, kecuali untuk penduduk miskin yang tetap ditanggung oleh pemerintah dalam bentuk pembayaran premi. Dalam keadaan seperti ini, apabila puskesmas tetap diberikan kesempatan menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan, maka puskesmas akan menerima pembayaran dalam bentuk kapitasi dari Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional. Untuk itu puskesmas harus dapat mengelola dana kapitasi tersebut sebaik-baiknya, sehingga di satu pihak dapat memenuhi kebutuhan peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan di pihak lain tetap memberikan keuntungan bagi puskesmas. Tetapi apabila puskesmas hanya bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat, maka puskesmas hanya akan menerima dan mengelola dana yang berasal dari pemerintah.

C. Profil Pelaksanaan Pelayanan Puskesmas di Kota Makassar

1. Organisasi Puskesmas di Kota Makassar

Organisasi dan tata kerja Puskesmas di Kota Makassar terbentuk berdasarkan Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 79 Tahun 2009 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana

Teknis Dinas (UPTD) pada Dinas Kesehatan Kota Makassar. Adapun susunan organisasi UPTD Puskesmas terdiri atas:

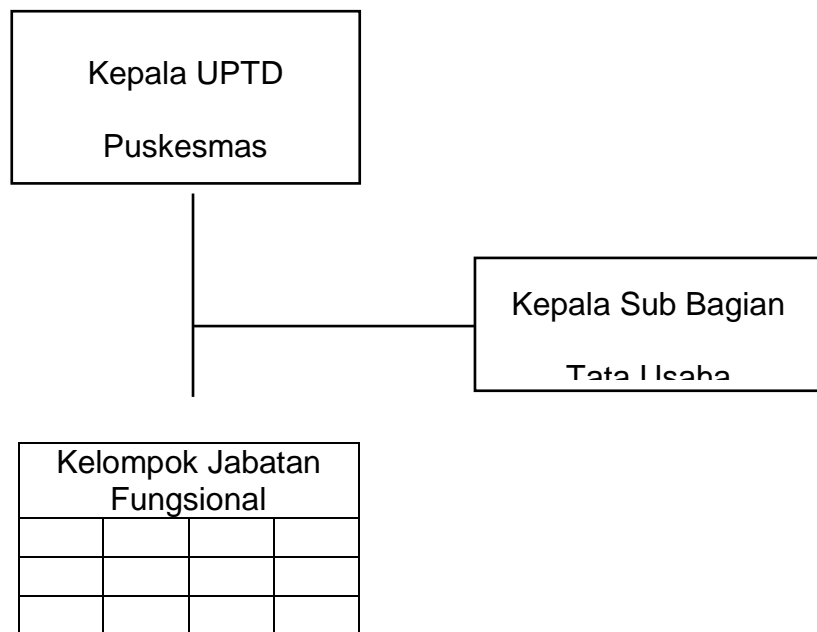
- a. Kepala UPTD Puskesmas
- b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha
- c. Kelompok Jabatan Fungsional

Kepala UPTD Puskesmas bertugas memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas dan fungsi UPTD Puskesmas, serta melakukan pembinaan dan pengawasan kepada bawahannya. Sementara Kepala Sub Bagian Tata Usaha UPTD Puskesmas bertugas mengkoordinir pelaksanaan tugas ketatausahaan yang terdiri dari:

- a. Pengelolaan data kepegawaian;
- b. Pengelolaan keuangan;
- c. Pengelolaan barang;
- d. Pengagendaan dan pengarsipan surat;
- e. Pengelolaan persediaan obat-obatan;
- f. Pengelolaan pasien;
- g. Pengelolaan keamanan;
- h. Pengelolaan kebersihan;
- i. Pengelolaan pramu kantor;

Kelompok jabatan fungsional UPTD Puskesmas bertugas melaksanakan tugas teknis yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas dan fungsi UPTD Puskesmas. Dalam melaksanakan tugas Kepala Sub Bagian

Tata Usaha serta Kelompok Jabatan Fungsional UPTD Puskesmas bertanggungjawab kepada Kepala UPTD Puskesmas dan wajib melaksanakan koordinasi, integrasi dan sinkronisasi. Struktur organisasi UPTD Puskesmas di Kota Makassar tergambar sebagai berikut:



Gambar 4.1. Bagan Organisasi UPTD Puskesmas

2. Keadaan Puskesmas dan Penyebarannya di Kota Makassar

Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) Puskesmas di Kota Makassar berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 79 tahun 2009, Peraturan Walikota Makassar Nomor 38 tahun 2010, Peraturan Walikota Makassar Nomor 61 tahun 2011, dan Peraturan Walikota Makassar nomor 41 tahun 2012, sekarang ini terdapat 43 Puskesmas yang tersebar pada 14 kecamatan yang ada di Kota Makassar. Melihat jumlah Puskesmas sebanyak itu dengan

jumlah wilayah kecamatan yang ada, maka terdapat beberapa kecamatan yang memiliki unit Puskesmas lebih dari satu, banyaknya UPTD Puskesmas pada kecamatan yang ada disesuaikan dengan kebutuhan.

Prinsip pembentukan atau pendirian UPTD Puskesmas di Kota Makassar yang tersebar pada seluruh kecamatan yang ada, tidak lain sebagai upaya Pemerintah Kota Makassar untuk mendekatkan unit-unit penyelenggara pelayanan kepada masyarakat supaya aksesibilitasnya terhadap unit pelayanan kesehatan seperti pada Puskesmas dapat lebih mudah dijangkau baik dari segi jarak tempat tinggal warga maupun biaya untuk mengakses tempat-tempat pelayanan kesehatan tersebut dapat lebih murah.

Tabel 4.5. Jumlah Puskesmas dan Penyebarannya menurut Kecamatan di Kota Makassar

No	Kecamatan	Jumlah Kelurahan	Jumlah Puskesmas
1	Mariso	9	3
2	Mamajang	13	2
3	Tamalate	10	5
4	Rappocini	10	2
5	Makassar	14	3
6	Ujung Pandang	10	1
7	Wajo	8	1

8	Bontoala	12	2
9	Ujung Tanah	12	4
10	Tallo	15	4
11	Panakkukang	11	4
12	Manggala	6	4
13	Biringkanaya	7	4
14	Tamalanrea	6	4
Jumlah		143	43

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Makassar, Januari 2013.

Perkembangan jumlah UPTD Puskesmas di Kota Makassar dalam lima tahun terakhir cukup pesat sebagaimana terlihat pada tahun 2008 sebanyak 16 unit, kini pada tahun 2012 sudah terdapat 43 UPTD Puskesmas. Pertumbuhan jumlah Puskesmas ini diupayakan oleh Pemerintah Kota Makassar untuk mencapai titik rasio jumlah puskesmas dengan banyaknya warga yang akan diberikan pelayanan. Rentang rasio yang jauh antara penyediaan fasilitas pelayanan dengan warga yang akan dilayani jelas menunjukkan kualitas pelayanan yang ada kurang memadai.

Perbandingan atau rasio antara jumlah penduduk yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas dengan jumlah Puskesmas yang ada di Kota Makassar sekarang ini sebenarnya belum mencukupi sesuai dengan standar Indikator Indonesia Sehat (IIS) yaitu satu Puskesmas melayani 20.000 penduduk. Berdasarkan data dasar puskesmas yang diperoleh dari sistem

informasi kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2009, menunjukkan rasio antara satu unit Puskesmas dengan jumlah penduduk yang dilayani masih berada pada angka 1 : 33.473 atau satu unit Puskesmas melayani sebanyak 33.473 penduduk ini berarti di Kota Makassar masih kekurangan jumlah Puskesmas, data jumlah puskesmas di Kota Makassar pada tahun 2009 sebanyak 37 Puskesmas. Sekalipun demikian upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Makassar dengan menambah jumlah Puskesmas menjadi 43 buah sampai akhir tahun 2012 sudah bisa meminimalkan jarak dari rasio tersebut, sekalipun tetap belum memenuhi standar rasio yang telah ditetapkan atau masih terjadi kekurangan kurang lebih 18 Puskesmas (SIK Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan, 2009).

Berdasarkan data tersebut, hal yang sama juga disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar, dari hasil wawancara yang dilakukan, dikatakan bahwa:

“Jumlah Puskesmas yang ada di Kota Makassar sekarang ini memang dirasakan masih kurang dibandingkan dengan jumlah warga masyarakat yang dilayani, memang benar bahwa jumlah Puskesmas yang ada sekarang ini jika dibandingkan dengan jumlah penduduk belum mencapai rasio yang ditetapkan oleh pemerintah, oleh sebab itu kita tetap berupaya untuk menjangkau seluruh masyarakat dalam pelayanan kesehatan dengan mengaktifkan jaringan Puskesmas yang ada seperti Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Posyandu,

kita juga berupaya melalui mendorong partisipasi masyarakat dengan membentuk kader-kader kesehatan pada setiap kelurahan yang ada di setiap kecamatan (Informasi 1, wawancara tgl 23 Januari 2013).

Informasi yang diperoleh dari Kepala Dinas Kesehatan sebagaimana penjelasan di atas juga secara nyata terlihat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan perorangan di Puskesmas dimana setiap hari kerja selalu dikunjungi warga dalam jumlah cukup banyak. Penegasan terhadap informasi tersebut juga dikemukakan informan salah satu Kepala Puskesmas dikatakan bahwa:

Jumlah pasien pada hari-hari tertentu kadangkala membludak bisa mencapai sekitar kurang lebih 300-an orang pengunjung, namun pada hari lain biasanya jumlahnya normal berkisar 100-200an orang (informasi 2, wawancara tgl 31 Januari 2013).

Berdasarkan hasil pantauan pada beberapa Puskesmas yang menjadi objek observasi terlihat jumlah pasien yang berkunjung di Puskesmas memang sangat banyak. Hasil pemantauan lapangan yang dilakukan pada salah satu Puskesmas di kawasan Jalan Abdullah Dg. Sirua (Puskesmas Batua), ditemukan jumlah pasien sangat banyak, hal ini terlihat sekitar kurang lebih dua jam setelah loket pendaftaran pasien di buka jumlah

nomor antrian yang keluar sudah mencapai nomor urut 95 – lihat foto 3 (informasi 3, hasil observasi lapangan, tgl 4 Pebruari 2013).

Banyaknya jumlah pasien yang mengantri untuk mendapatkan pelayanan sehingga menimbulkan keluhan-keluhan dari pasien, seperti tergambar dari hasil pengamatan dan dialog dengan warga sebagai berikut:

“pengamatan dan rekaman percakapan warga yang akan berobat: dari hasil pantauan percakapan dari dua orang ibu-ibu satu orang setengah baya dan yang satu masih agak mudah sambil menggendong anaknya yang berumur sekitar 3 tahun, kedua orang ini sudah saling mengenal, percakapan yang berlangsung di depan loket registrasi sekitar pukul 09.15: ibu “A” memulai percakapan” lama maki datang, ibu “B” menjawab *salloma*. Ibu “A”: siapa yang sakit. Ibu “B” anakku *kodong panaski* badannya sudah dua *harimi*. Ibu “A’ *sapa nomorta*. Ibu “B” *inie* nomor 42, ambil *maki* cepat nomor. Sesaat kemudian ibu “A” melangkah menuju depan loket rekam medik (registrasi pasien) untuk mengambil nomor urut antrian, dan didapatkan nomor antrian 61. Sesaat kemudian setelah mendapatkan nomor, ibu “A” berkata *edede* banyaknya orang, panasnya lagi, masih lamaki menunggu ini, barumauka jemput anakku di sekolah”.

Dari hasil percakapan tersebut, pengamat mencoba menimpali pembicaraan kedua orang itu sambil menanyakan nomor antriannya, “berapa nomorta bu”, ibu “A” menjawab ini pak sambil menunjukkan

kertas berwarna merah jambu seukuran 4x4 cm dengan tulisan warna hitam nomor 61. Pengamat melanjutkan percakapan: sudah banyak orang di, ibu “A” menjawab iya pak, padahal masih pagi ini, nanti tambah banyak lagi itu. (informasi 4, hasil pantauan dan dialog warga, tgl 4 Pebruari 2013).

Berdasarkan pengamatan dan dialog warga di atas, jelas menunjukkan bahwa jumlah pasien yang berkunjung di Puskesmas memang cukup banyak, hal ini juga ditegaskan oleh salah seorang staf yang bertugas pada loket registrasi yang diwawancarai sebagai berikut:

“setiap hari jumlah pasien memang beginilah banyaknya pak, dan jumlahnya lebih banyak lagi kalau hari senin dan hari-hari lain setelah libur, tetapi kalau hari biasa jumlahnya tidak terlalu banyak, misalnya hari rabu, Kamis dan jumat, itu jumlahnya tidak sama kalau hari senin terutama, atau setelah hari libur sebelumnya, tetapi hari sabtu juga biasanya agak banyak jumlah pasien yang datang” (informasi 5, wawancara tgl 4 Pebruari 2013).

Pernyataan petugas di atas, terbukti dari pengamatan yang dilakukan terhadap buku daftar pasien dalam setiap hari kerja tidak kurang dari 100 orang pasien yang datang ke Puskesmas. Informasi yang diperoleh di atas baik dari pengamatan maupun hasil wawancara dengan informan

menunjukkan bahwa jumlah pasien yang berkunjung pada setiap Puskesmas yang ada memang cukup banyak. Dan dari jumlah pasien bisa berbeda setiap hari kerja atau berfluktuasi, volume jumlah pasien pada Puskesmas yang ada di Kota Makassar agak berbeda jumlahnya antara Puskesmas yang satu dengan Puskesmas lainnya. Tetapi jika dilihat dari jumlah pengunjung secara umum tetap jumlahnya cukup banyak, tetapi yang lebih banyak dikunjungi adalah Puskesmas yang dianggap masyarakat cukup bagus pelayanannya dan lebih lengkap fasilitasnya.

Sebagai usaha untuk mengatasi kekurangan jumlah Puskesmas di Kota Makassar dan untuk mencapai cakupan pelayanan yang luas dan merata, secara organisatoris Puskesmas ditunjang oleh unit-unit pelayanan dalam jaringan Puskesmas Puskesmas Pembantu (Pustu), pengadaan dan pengaktifan kegiatan Puskesmas Keliling (Pusling), dan pembentukan sarana upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti Polindes/Poskesdes, Poskestren ringan, Posyandu, POD dan Pos UKK. Selain daripada itu, untuk mengurangi jumlah warga yang berobat di Puskesmas, juga dilaksanakan program pelayanan kesehatan berbasis masyarakat seperti kegiatan promosi kesehatan sebagai langkah preventif pencegahan munculnya penyakit.

Sebagai usaha untuk mengintensifkan program pembinaan kesehatan masyarakat, strategi yang ditempuh oleh Puskesmas adalah mengembangkan peran serta masyarakat. Salah satu wujud nyata peran serta masyarakat adalah pemanfaatan jenis pelayanan kesehatan yang

tersedia di Puskesmas dan kegiatan kader kesehatan. Peran kader dikembangkan untuk membantu Upaya Peningkatan Gizi Keluarga (UPGK), kegiatan KB, Posyandu, pemberantasan penyakit diare, dan penyakit menular lainnya. Pembentukan kader kesehatan bertujuan untuk mempercepat pelaksanaan pembangunan kesehatan masyarakat. Selain itu juga sangat membantu pelaksanaan program-program Puskesmas lainnya.

Secara kuantitas jumlah sarana jaringan pelayanan kesehatan masyarakat pada Puskesmas di Kota Makassar dapat dilihat dalam Tabel 4.6 berikut:

Tabel 4.6. Keadaan Sarana dan Jaringan Pelayanan Puskesmas di Kota Makassar (Data Tahun 2009).

No	Sarana dan Jaringan Pelayanan Puskesmas	Jumlah
1	Puskesmas Pembantu (Pustu)	42
2	Puskesmas Keliling (Pusling):	
	a. Pusling Roda 4	38
	b. Pusling Perairan (Perahu)	7
3	Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM):	
	a. Polindes/Poskesdes	37
	b. Poskestren Ringan	1
	c. Posyandu	951
	d. POD	1
	e. Pos UKK	1

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Makassar, Januari 2013.

Data dalam Tabel 4.6 menunjukkan bahwa selain Puskesmas yang terdapat pada setiap kecamatan, juga terdapat beberapa sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang merupakan jaringan Puskesmas. Pembangunan sarana pelayanan kesehatan tersebut dimaksudkan untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan memudahkan aksesibilitas warga untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

Sarana pelayanan kesehatan yang terdapat disekitar lingkungan masyarakat tidak hanya jaringan Puskesmas karena masih terdapat sarana pelayanan kesehatan lainnya yang dapat diakses oleh warga masyarakat seperti poliklinik kesehatan yang dikelola oleh swasta termasuk pelayanan dokter praktek. Hanya saja pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut oleh warga masyarakat dikenakan biaya, sementara untuk pelayanan kesehatan pada Puskesmas beserta jaringannya, warga masyarakat tidak dikenakan biaya pelayanan sepanjang memenuhi persyaratan yang diatur oleh pemerintah.

Cakupan penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas dapat juga dilihat pada letak Puskesmas dan wilayah kerja yang menjadi tanggung jawab pelayanannya, sebagaimana terlihat dalam Tabel 4.7.

Tabel 4.7. Keadaan Puskesmas dan Cakupan Pelayanannya menurut

Lokasi Kecamatan dan Jumlah Kelurahan di Kota Makassar

No	Nama Puskesmas	Lokasi di	Jumlah Wilayah
----	----------------	-----------	----------------

		Kecamatan	Kerja Kelurahan
1	Jongaya	Tamalate	3
2	Tamalate	Tamalate	3
3	Barombong	Tamalate	1
4	Kassi-kassi *)	Rappocini	9
5	Mangasa	Tamalate	3
6	Minasa Upa *)	Rappocini	2
7	Andalas	Tallo	4
8	Tarakang	Wajo	4
9	Makkasau	Ujung Pandang	10
10	Bara-baraya *)	Makassar	6
11	Maradekaya	Makassar	5
12	Maccini Sawah	Makassar	5
13	Sudiang	Biringkanaya	2
14	Sudiang Raya	Biringkanaya	3
15	Tamalanrea	Tamalanrea	1
16	Bira	Tamalanrea	2
17	Antara	Tamalanrea	2
18	Rappokalling	Tallo	4
19	Kaluku Bodoa	Tallo	6
20	Ujung Pandang Baru *)	Tallo	5
21	Panambungan	Mariso	3

22	Dahlia	Mariso	4
23	Pertiwi	Mariso	2
24	Mamajang *)	Mamajang	6
25	Cenderawasih	Mamajang	7
26	Tabaringan	Ujung Tanah	5
27	Patingalloang *)	Ujung Tanah	4
28	Pulau Barang Lompo *)	Ujung Tanah	2
29	Batua *)	Panakukang	4
30	Karuwisi	Panakukang	3
31	Pampang	Panakukang	3
32	Tamammaung	Panakukang	3
33	Antang	Manggala	1
34	Antang Perumnas	Manggala	3
35	Tamangapa	Manggala	1
36	Layang	Bontoala	6
37	Malimongan Baru	Bontoala	5
38	Pulau Kodingareng	Ujung Tanah	1
39	Kapasa **)	Tamalanrea	1
40	Bangkala **)	Manggala	1
41	Bulurokeng **)	Biringkanaya	1
42	Maccini Sombala **)	Tamalate	1
43	Paccerakang **)	Biringkanaya	1

Sumber: Bidang Bina Pelayanan kesehatan DinKes Kota Makassar, Januari 2013.

*) Puskesmas menyediakan ruang perawatan inap dan UGD 24 jam.

**)Puskemas yang baru terbentuk sampai saat ini belum beraktifitas secara optimal dan masih dalam tahap pembangunan sarana dan prasarana sehingga warga pada kelurahan yang menjadi wilayah kerjanya masih dilayani oleh Puskesmas induk sebelumnya.

Data dalam Tabel 4.7 memperlihatkan jumlah Puskesmas yang ada di Kota Makassar sampai saat ini sebanyak 43 Puskesmas yang tersebar pada 14 kecamatan yang ada di daerah ini. Dengan demikian pada setiap kecamatan minimal terdapat satu unit Puskesmas dan terdapat kecamatan yang memiliki sampai 5 (lima) unit Puskesmas. Perbedaan jumlah Puskesmas yang ada pada setiap kecamatan tersebut disesuaikan dengan kebutuhan warga masyarakat yang ada pada wilayah kerja Puskesmas bersangkutan.

Sebagai upaya Pemerintah Kota Makassar dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat, senantiasa dilakukan pengembangan pelayanan dan pembangunan Puskesmas. Dari 43 Puskesmas yang ada terdapat 8 (delapan) unit Puskesmas yang menyediakan dan memberikan pelayanan rawat inap, sekaligus menyediakan pelayanan UGD (Unit Gawat Darurat) 24 jam. Kedelapan Puskesmas tersebut adalah Puskesmas Batua, Patingalloang, Minasa Upa, Barrang

Lompo, Bara-Baraya, Kassi-Kassi, Ujung Pandang Baru dan Puskesmas Mamajang.

Selain peningkatan jumlah unit pelayanan dan perluasan cakupan pelayanan, pengembangan Puskesmas juga selalu diupayakan ditingkatkan kualitasnya. Upaya peningkatan kualitas pelayanan Puskesmas ini terlihat pada perolehan sertifikat ISO, sampai akhir tahun 2012 terdapat 11 (sebelas) Puskesmas yang terstandarisasi ISO dalam pelaksanaan pelayanannya. Dari kesebelas Puskesmas tersebut lima diantaranya adalah Puskesmas perawatan yaitu Puskesmas Batua, Kassi-Kassi, Mamajang, Ujung Pandang Baru, dan Puskesmas Mamajang. Sedangkan Puskesmas non perawatan yang sudah terstandarisasi ISO dalam pelaksanaan pelayanannya terdapat sebanyak enam Puskesmas yaitu Puskesmas Makkasau, Dahlia, Jongaya, Malimongan Baru, Tamalanrea, dan Puskesmas Sudiang Raya (Dinas Kesehatan Kota Makassar, Januari 2013).

Terkait dengan perolehan ISO tersebut dikatakan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar, bahwa:

“.....sudah menjadi komitmen kita dalam pelayanan kesehatan, bahwa pelayanan bisa bagus kalau sistem pelayanannya diperbaiki dan salah satu cara yang dilakukan adalah perbaikan manajemen mutu. Lebih lanjut diterangkan oleh Kepala Dinas Kesehatan, bahwa sebelum memperoleh ISO beberapa tahapan kegiatan yang dilakukan dengan melibatkan beberapa pendamping dari NGO. Kegiatan tersebut antara

lain sosialisasi manajemen mutu, konsultasi/pelatihan, preaudit, audit, dan implementasi. Pelaksanaan kegiatan ini diikuti oleh Kepala-kepala Puskesmas, dan beberapa staf yang ada pada setiap Puskesmas di Kota Makassar” (informasi 6, wawancara tgl 5 Maret 2013).

Penjelasan dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar tersebut di atas, dibenarkan oleh salah seorang pengurus LSM, dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa:

“Upaya yang dilakukan Pemerintah Kota Makassar untuk meningkatkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di daerah ini sudah dilakukan melalui kerjasama dengan kami (pihak LSM dari USAID). Beberapa program yang dilakukan antara lain dalam bentuk kegiatan pengembangan kapasitas Puskesmas, meliputi kegiatan pelatihan perencanaan, penyusunan SOP, pengembangan pelayanan prima, survai kepuasan masyarakat terhadap pelayanan, dan beberapa kegiatan-kegiatan lain yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan” (Informasi 7, wawancara tgl 19 Maret 2013).

Hasil yang diperoleh dari kegiatan kerjasama Pemerintah Kota Makassar dengan pihak LSM (USAID) tersebut cukup memberikan dampak yang positif dalam pengembangan kualitas pelayanan Puskesmas, dari pengamatan yang dilakukan pada beberapa Puskesmas yang ada sudah

menerapkan beberapa program-program kegiatan yang menunjang terselenggaranya pelayanan yang baik. Sekalipun untuk menerapkan hasil-hasil pelatihan pengembangan pelayanan tersebut tidak semua dapat dilaksanakan karena berbagai faktor penghambat.

Kegiatan yang dilaksanakan oleh NGO tersebut sangat bermanfaat khususnya dalam hal peningkatan kapasitas kelembagaan pada Puskesmas. Sebagaimana dikatakan oleh Kepala Puskesmas Patingalloang dan beberapa staf yang diwawancarai dikatakan bahwa:

“....kita sangat terbantu dengan adanya program pendampingan yang dilakukan oleh NGO tersebut karena kami diberikan bimbingan sekaligus pendampingan dan diperkenalkan beberapa kegiatan-kegiatan untuk peningkatan kualitas pelayanan. Sehingga para petugas yang ada cukup memiliki pengetahuan dan kecakapan dari bimbingan yang didapat. Dari kegiatan tersebut sudah dapat dibuat SOP pelayanan dan berbagai petunjuk-petunjuk untuk mewujudkan pelayanan prima (Informasi 8, wawancara, tgl 21 Maret 2013).

Selain penilaian di atas, dari kegiatan-kegiatan pengembangan kapasitas pelayanan yang telah diperoleh oleh petugas Puskesmas, juga didapatkan informasi bahwa beberapa program sulit untuk dilaksanakan karena beberapa faktor yang menghambat, faktor penghambat yang paling dominan dikemukakan oleh Kepala Puskesmas adalah:

“.....terbatasnya anggaran dan sumber daya manusia pelaksana, karena sekalipun kita mau berbuat tapi kalau sumber daya tadi kurang memadai atau tidak mencukupi, maka dengan terpaksa kita tidak programkan” (Informasi 9, wawancara tgl 7 Maret 2013).

Sementara informasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar mengenai masih adanya Puskesmas yang belum melaksanakan program-program pengembangan kualitas pelayanan, dikatakan bahwa:

“.....itu semua sangat bergantung pada kreativitas Kepala Puskesmasnya, kemampuan dan skill mereka dalam melakukan inovasi-inovasi penyelenggaraan pelayananan, karena kita disini menyediakan anggaran, tinggal mereka mengusulkan program apa yang mau dibuat. Karena selain anggaran juga disediakan bantuan teknis jika ada program yang mau dilaksanakan namun terkendala oleh sumber daya yang ada. Saya memberikan ruang seluas-luasnya kepada Kepala Puskesmas untuk berkreasi terutama dalam pengembangan kualitas pelayanan, karena tidak mungkin kami harus selalu turun ke Puskesmas memantau kegiatan pelayanan mereka. Oleh sebab itu untuk memperoleh informasi dari Puskesmas, kami melakukan rapat-rapat koordinasi sekurang-kurangnya dua kali sebulan, namun jika ada masalah yang krusial atau program penting yang mau dilaksanakan rapat koordinasi bisa sering-sering dilakukan misalnya

sekali dalam setiap minggu dilakukan, ” (Informasi 10, Wawancara tgl 5 Maret 2013).

Cakupan pelayanan kesehatan sebagaimana tergambar di atas memperlihatkan jumlah kelurahan yang menjadi wilayah kerja Puskesmas. Sebagaimana ketentuan yang berlaku dalam penyelenggaraan pelayanan terutama pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis setiap warga masyarakat yang akan berobat harus memanfaatkan Puskesmas yang ada di wilayah dimana mereka berdomisili sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk yang dimiliki. Ketentuan yang diatur dalam Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 7 tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar memberikan pelayanan tanpa biaya bagi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, dan juga pelayanan kesehatan di rumah sakit setelah mendapat rujukan dari Puskesmas dan sesuai dengan penyakit yang diderita oleh pasien yang dijamin oleh program-program pemberian pelayanan kesehatan dari pemerintah, baik Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan maupun Pemerintah Kota Makassar.

3. Cakupan dan Jenis Pelayanan Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sudah menjadi tujuan utama sebagian besar warga masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, khususnya bagi warga miskin. Adanya berbagai program

pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak berbayar ini memberikan kemudahan bagi warga masyarakat dalam mengakses berbagai macam pelayanan untuk membuat hidupnya sehat. Hal ini juga membuat besarnya volume kunjungan warga masyarakat ke Puskesmas.

Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan terdepan memang menjadi tujuan utama warga masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, sebagaimana ketentuan yang ada pelayanan kesehatan khususnya bagi warga masyarakat kurang mampu seperti pemegang kartu JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat), JAMKESDA (Jaminan Kesehatan Daerah), masyarakat umum pengguna layanan kesehatan gratis, termasuk peserta ASKES, dan warga Veteran harus melalui Puskesmas sebelum memperoleh pelayanan rujukan ke rumah sakit. Data dalam Tabel 4.8 memperlihatkan kunjungan warga ke Puskesmas di Kota Makassar dalam tiga tahun terakhir.

Gambaran kunjungan warga pada Puskesmas di Kota Makassar sebagaimana terlihat pada Tabel 4.8 di atas memperlihatkan jumlah warga yang berkunjung sangat banyak, dalam tiga tahun terakhir sejak tahun 2010 ketika bergulirnya kebijakan kesehatan gratis baik dari kebijakan Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan, maupun Pemerintah Kota Makassar, jumlah kunjungan warga ke Puskesmas setiap hari sangat padat.

Tabel 4.8. Data Kunjungan Warga ke Puskesmas di Kota Makassar

Tahun	Jenis Kunjungan	Jumlah
-------	-----------------	--------

	Sehat	Sakit	
2012	548.544	1.438.802	1.987.346
2011	506.089	1.370.599	1.876.688
2010	460.706	1.561.199	2.021.905
Total	1.515.339	4.370.600	5.885.939

Sumber: Bidang Bina Pelayanan Kesehatan DinKes Kota Makassar, Januari 2013.

Data dalam Tabel 4.8 memperlihatkan pada tiga tahun terakhir sejak tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 jumlah kunjungan total warga sebanyak 5.885.939 orang, warga yang berkunjung ke Puskesmas ini ada dua jenis yaitu kunjungan sehat dan kunjungan sakit. Kunjungan sehat adalah warga yang berkunjung ke Puskesmas dalam keadaan sehat misalnya ke Puskesmas untuk memperoleh surat keterangan sehat dari dokter untuk berbagai keperluan antara lain sebagai kelengkapan berkas untuk melamar kerja, pemeriksaan kehamilan, konsultasi gizi, dan berbagai keperluan lainnya. Sedangkan kunjungan sakit adalah kunjungan warga yang bertujuan untuk memperoleh pengobatan, dan permintaan surat rujukan. Dari kedua jenis kunjungan tersebut kunjungan sakit yang sangat banyak, dalam tiga tahun terakhir mencapai 4.370.600 orang (pasien), sedangkan kunjungan sehat jumlahnya relatif sedikit hanya 1.515.339 orang.

Peningkatan jumlah warga masyarakat yang berkunjung pada Puskesmas di Kota Makassar sebagaimana terlihat, menunjukkan bahwa warga masyarakat semakin sadar akan pentingnya kesehatan, dan

kepedulian pada kesehatannya yang semakin tinggi. Jumlah warga yang berkunjung pada Puskesmas sebagaimana terlihat dari pengamatan maupun informasi yang diperoleh memang cukup banyak, dari survai yang dilakukan dan data yang diperoleh dari dokumen catatan petugas loket pada salah satu Puskesmas, jumlah pasien dalam enam hari kerja (Hari Senin sampai Hari Sabtu) rata-rata mencapai kurang lebih 90 - 120 orang setiap hari. Dari hasil pengamatan terlihat jumlah pasien sangat banyak biasanya terjadi setelah hari libur, misalnya pada hari senin dan selasa.

Banyaknya jumlah warga masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas, hal ini tidak terlepas dari kebijakan Pemerintah Pusat, Provinsi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Kota Makassar yang memberikan jaminan pelayanan kesehatan gratis bagi warga yang bersyarat. Sebagaimana dikemukakan oleh salah seorang petugas Puskesmas dan juga dibenarkan oleh Kepala Puskesmas tentang banyaknya warga yang berkunjung ke Puskesmas ini dikatakan bahwa:

“Sejak bergulirnya kebijakan pemerintah tentang pelayanan kesehatan yang tidak membayar seperti pemberian Jamkesmas atau Jamkesda bagi warga masyarakat miskin dan juga kebijakan kesehatan gratis dari Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Kota Makassar, maka banyak warga masyarakat yang terbantu oleh adanya kebijakan tersebut, sehingga masyarakat tidak merasa berat lagi datang ke Puskesmas untuk berobat jika mengalami sakit. Berbeda

pada waktu sebelum adanya kebijakan kesehatan gratis sekalipun sebenarnya biayanya rendah, seperti di Kota Makassar ini sebelum adanya kebijakan Walikota tentang pelayanan kesehatan gratis bagi warga Kota Makassar jumlah pengunjung sangat kurang, malahan kita yang biasanya menunggu pasien yang datang berobat, tetapi sejak tahun 2009 yang lalu adanya kebijakan kesehatan gratis ini terjadi peningkatan jumlah kunjungan warga yang sangat tinggi untuk berobat di Puskesmas, hal ini disebabkan karena adanya fasilitas kesehatan gratis ini” (Informasi 11, Wawancara, tgl 25 Pebruari 2013).

Fenomena jumlah kunjungan warga masyarakat ke Puskesmas yang sangat banyak ini, memang terpengaruh oleh kebijakan kesehatan gratis terutama di Kota Makassar ini, dengan adanya komitmen politik dari Walikota dengan menggratiskan pelayanan sosial dasar tertentu, termasuk pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit yang menjadi rujukan.

Sebagaimana dijelaskan oleh Kadis Kesehatan Kota Makassar bahwa:

“Dana kesehatan Pemerintah Kota Makassar untuk layanan program kesehatan gratis pada tahun 2011 mencapai Rp 38,7 Miliar, alokasi anggaran kesehatan gratis ini merupakan dana sharing APBD Kota Makassar sebesar 60 persen dan dari APBD Provinsi Sulawesi Selatan 40 persen. Sementara program kesehatan gratis mulai

digulirkan pada 2003 yang lalui sesuai kebijakan Pemkot Makassar tentang pembebasan biaya pelayanan kesehatan, mulai tingkat pelayanan kesehatan dasar hingga rujukan kelas tiga rumah sakit. Sementara itu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis khususnya bagi masyarakat miskin, persyaratannya cukup mudah yakni cukup membawa kartu Jamkesmas atau kartu Askes bagi PNS, apabila tidak memiliki kedua kartu itu, maka akan terdaftar pada program Jamkesda dengan persyaratan foto copy KTP dan Kartu Keluarga. (Informasi 12, Wawancara, tgl 5 Maret 2013)

Berdasarkan informasi di atas sangat sesuai dengan apa yang dikatakan oleh salah seorang warga masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan gratis, dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa:

“Sekarang ini sudah bagusmi pak, karena tidak perlu bayar kalau periksa dokter semua tidak dibayar termasuk obat-obat yang dikasikan. Saya kalau sakit-sakit seperti panas-panaska, sakit kepala, atau batuk-batuk langsungma ke Puskesmas, cukup memperlihatkan KTP dan Kartu Keluarga dilayani dan tidak dibayar” (Informasi 13, wawancara tgl 25 Pebruari 2013).

Berdasarkan informasi dari hasil wawancara di atas membuktikan bahwa dengan kebijakan kesehatan gratis itu membuat warga tidak ragu-ragu

datang ke Puskesmas, sebagaimana dikatakan oleh warga dari hasil wawancara sebagai berikut:

“sekarang mudah sekalimi kita berobat di Puskesmas yang penting lengkap surat-suratta (maksudnya KTP dan KK atau Kartu Jamkesmas dan Jamkesda), kalau ada buktinya kita berobat dan tidak dimintaki pembayaran, juga obat-obat dikasiki juga tidak dibayar” (Informasi 14, wawancara tgl 25 Pebruari 2013).

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan diperoleh informasi dengan banyaknya jumlah pasien yang berobat di Puskesmas dalam tiga tahun terakhir ini, memang sebagai dampak daripada pelaksanaan program pelayanan kesehatan gratis yang menjadi janji politik Walikota Makassar Periode 2009-2014, sebagai bentuk komitmen dalam pelayanan sosial dasar bagi warga masyarakat. Program-program yang menjadi janji politik walikota tersebut dikenal dengan istilah “IASMO Bebas”.

Pelayanan kesehatan di Puskesmas sebagaimana terlihat memang dimanfaatkan seoptimalnya oleh warga masyarakat karena adanya kemudahan dalam pelayanan dan tidak berbayar. Dalam proses pelayanan mereka cukup menunjukkan KTP dan KK saja pada saat kunjungan pertama setelah itu mereka diberikan kartu berobat dan selanjutnya kartu berobat itulah yang digunakan jika akan berobat lagi di Puskesmas yang sesuai dengan wilayah tempat tinggalnya, sedangkan warga yang tidak dapat

menunjukkan bukti sebagai warga dalam wilayah kerja Puskesmas (penduduk luar Kota Makassar) mereka dikenakan biaya berobat sebesar Rp 10.000,- khusus untuk pelayanan pemeriksaan dokter, pengobatan dan konsultasi kesehatan, dan biaya lain sesuai dengan ketentuan Perda Kota Makassar Nomor 7 Tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan di Kota Makassar.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan pada Puskesmas di Kota Makassar sebagaimana ketentuan yang diatur dalam Perda Nomor 7 Tahun 2009 tersebut di atas, tidak semua jenis pelayanan dibebaskan dari biaya pelayanan, tetapi ada beberapa item pelayanan yang biayanya harus ditanggung oleh warga. Pelayanan kesehatan yang dibebaskan biaya bagi warga Kota Makassar meliputi pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rawat jalan lanjutan dan pelayanan kesehatan rawat inap lanjutan (Kelas III) pada RSUD setelah mendapatkan surat rujukan dari Puskesmas. Sedangkan pelayanan kesehatan di Puskesmas yang dikenakan biaya adalah pelayanan kesehatan lanjutan.

Banyaknya jumlah pasien yang datang berobat atau keperluan lain yang berhubungan dengan aspek kesehatan pada Puskesmas di Kota Makassar juga membuat petugas agak kewalahan terutama pada Puskesmas yang tidak memiliki sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan.

4. Ketenagaan Puskesmas di Kota Makassar

Pegawai yang bekerja pada Puskesmas di Kota Makassar terdiri atas beberapa jenis status kepegawaian, meliputi tenaga organik yaitu pegawai negeri sipil (PNS) yang bekerja pada Dinas Kesehatan Kota Makassar yang ditempatkan pada UPTD Puskesmas sesuai dengan Surat Keputusan pengangkatan dan penempatannya sebagai PNS. Selain itu terdapat beberapa orang pegawai yang berstatus sebagai pegawai honorer. Menurut fungsi kepegawaian secara struktural dan teknis fungsional ketenagaan pada Puskesmas meliputi beberapa macam pegawai yang masing-masing mempunyai peranan yang bisa saling mendukung keberhasilan pelayanan Puskesmas. Pegawai yang dimaksud terdiri atas:

- a. Petugas medis, meliputi pegawai yang berprofesi sebagai dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis.
- b. Petugas para medis, meliputi pegawai yang bertugas sebagai bidan, perawat umum, perawat gigi, perawat gizi, sanitarian, petugas farmasi, dan kesehatan masyarakat.
- c. Petugas non medis, terdiri atas pegawai yang bertugas pada pekerjaan-pekerjaan seperti petugas administrasi (kesekretariatan), petugas dapur, petugas kebersihan, petugas keamanan, sopir, dan tenaga penunjang lainnya sesuai kebutuhan.

Upaya untuk menciptakan kualitas penyelenggaraan pelayanan pada Puskesmas, maka upaya untuk mengoptimalkan peran dan fungsi Puskesmas harus didukung oleh dua aspek yakni ketersediaan sumber daya

manusia yang berkualitas dan ketersediaan sarana serta prasana yang memadai. Sudah menjadi rahasia umum bahwa ketenagaan maupun sarana dan prasarana yang dimiliki oleh Puskesmas di Kota Makassar masih mengalami kekurangan. Persoalan ini dapat diminimalisasikan jika ada keterbukaan dari Puskesmas dan partisipasi dari masyarakat dalam rangka mendukung kegiatan-kegiatan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada warga masyarakat.

Gambaran keadaan ketenagaan pada Puskesmas di Kota Makassar dapat dilihat dalam Tabel 4.9 dibawah ini:

Tabel 4.9. Keadaan Pegawai Puskesmas di Kota Makassar menurut Pangkat/Golongan Kepegawaian

No	Nama Puskesmas	Pangkat/Golongan				Jumlah
		I	II	III	IV	
1	Jongaya	-	7	23	3	33
2	Tamalate	-	4	22	6	32
3	Barombong	-	5	19	-	24
4	Kassi-kassi	1	17	35	11	64
5	Mangasa	-	2	24	3	29
6	Minasa Upa	-	7	28	2	37
7	Andalas	-	6	16	3	25
8	Tarakang	-	5	13	4	22

9	Makkasau	-	7	17	8	32
10	Bara-baraya	-	12	29	4	45
11	Maradekaya	-	8	17	4	29
12	Maccini Sawah	-	4	16	4	24
13	Sudiang	-	5	17	3	25
14	Sudiang Raya	-	8	22	4	34
15	Tamalanrea	-	2	21	4	27
16	Bira	-	9	15	2	26
17	Antara	-	9	15	2	26
18	Rappokalling	-	5	18	1	24
19	Kaluku Bodoa	-	6	19	1	26
20	Ujung Pandang Baru	-	12	28	10	50
21	Panambungan	-	7	15	3	25
22	Dahlia	-	7	15	2	24
23	Pertiwi	-	5	14	3	22
24	Mamajang	-	13	26	2	41
25	Cenderawasih	-	12	17	1	30
26	Tabaringan	-	8	11	4	23
27	Patingalloang	-	7	22	3	32
28	Pulau Barang Lompo	-	13	8	2	23
29	Batua	-	11	35	5	51
30	Karuwisi	-	2	12	2	16

31	Pampang	-	10	16	2	28
32	Tamamaung	-	6	22	2	30
33	Antang	-	3	17	2	22
34	Antang Perumnas	-	5	22	1	28
35	Tamangapa	-	6	22	1	29
36	Layang	-	6	17	5	28
37	Malimongan Baru	-	2	20	1	23
38	Pulau Kodingareng	-	4	3	-	7
39	Kapasa *)	-	-	-	-	-
40	Bangkala *)	-	-	-	-	-
41	Bulurokeng *)	-	-	-	-	-
42	Maccini Sombala *)	-	-	-	-	-
43	Paccerakang *)	-	-	-	-	-
Jumlah		1	267	728	120	1116

Sumber: Sub Bagian Umum dan Kepegawaian DinKes Kota Makassar, Januari 2013.

*) Puskesmas yang baru terbentuk dan belum ada pegawai definitif, pegawai yang ada masih berupa tenaga bantuan dari Puskesmas induk.

Data dalam Tabel 4.9 di atas mendeskripsikan keadaan kepegawaian pada Puskesmas di Kota Makassar menurut pangkat.golongan. Dari data yang ada pada tabel tersebut menunjukkan jumlah pegawai yang bekerja di

UPTD Puskesmas di Kota Makassar sampai dengan Bulan Desember 2012 terdapat sebanyak 1116 orang pegawai organik. Dari segi kepangkatan dan golongan, pegawai yang ada sebagian besar sudah menduduki pangkat golongan III persentase dari keseluruhan jumlah pegawai yang berada pada golongan III ini mencapai 65,23 persen dari keseluruhan pegawai yang ada atau lebih separuh dari jumlah pegawai secara keseluruhan, kemudian disusul oleh pegawai yang menempati golongan II dengan persentase jumlah pegawai sebanyak 23,92 persen. Sedangkan jumlah pegawai yang menduduki pangkat golongan IV terdapat sebanyak 10,75 persen, dan hanya terdapat satu orang pegawai atau 0,08 yang berada pada golongan I.

Memperhatikan komposisi pegawai berdasarkan pangkat dan golongan sebagaimana yang dideskripsikan dalam Tabel 4.9 di atas dapat dikatakan bahwa pegawai yang bekerja di UPTD Puskesmas di Kota Makassar pada umumnya atau lebih separuh diantara seluruh pegawai yang ada sudah memiliki pangkat dan golongan cukup tinggi dibandingkan dengan jumlah pegawai yang menempati golongan rendah yang berada pada kisaran jumlah sebanyak 24 persen dari keseluruhan pegawai.

Berdasarkan komposisi pegawai sebagaimana tergambar dalam Tabel 4.9 tersebut banyak hal yang dapat dimaknai terutama terkait dengan kualitas dan kapabilitas pegawai dalam melaksanakan tugas-tugas yang menjadi tanggungjawabnya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan khususnya di Puskesmas. Ada dua aspek pemaknaan dengan melihat

pangkat dan golongan pegawai, yaitu dengan tingginya pangkat dan golongan pegawai dapat diartikan pengalaman kerja pegawai yang ada sudah cukup lama, sedangkan kaitannya dengan tingkat pendidikan pegawai dapat dimaknai bahwa pangkat dan golongan pegawai yang tinggi dapat berarti tingkat pendidikan pegawai juga cukup tinggi. Sebagaimana diketahui pengangkatan pertama pegawai yang berpendidikan sarjana memperoleh pangkat Golongan III/a.

Keberadaan pegawai pada Puskesmas merupakan unsur penentu terlaksananya penyelenggaraan pelayanan. Kemampuan memberi layanan yang memuaskan bagi pelanggan didasari oleh komitmen institusi pelayanan kesehatan yang didalamnya mencakup tenaga kesehatan dan tenaga administrasi lainnya. Oleh sebab itu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk selalu melakukan pengembangan sumber daya manusia pelaksana pelayanan kesehatan di Puskesmas ini merupakan cara yang ditempuh untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Selain tingkat pangkat dan golongan pegawai, karakteristik pegawai pegawai pada Puskesmas di Kota Makassar dapat juga digambarkan menurut tingkat pendidikan formal yang dilulusi sebagaimana dideskripsikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.10. Keadaan Pegawai Puskesmas di Kota Makassar menurut Tingkat Pendidikan

No	Nama Puskesmas	Tingkat Pendidikan					Jumlah
		SLTP	SLTA	DIP	S1	S2	
1	Jongaya	-	5	10	17	1	33
2	Tamalate	-	12	7	11	2	32
3	Barombong	-	8	7	8	1	24
4	Kassi-kassi	1	10	28	19	6	64
5	Mangasa	-	11	7	11	-	29
6	Minasa Upa	-	15	4	17	1	37
7	Andalas	-	5	8	12	-	25
8	Tarakang	-	6	8	8	-	22
9	Makkasau	-	5	8	19	-	32
10	Bara-baraya	-	8	17	20	-	45
11	Maradekaya	-	3	13	12	1	29
12	Maccini Sawah	-	6	10	8	-	24
13	Sudiang	-	7	4	14	-	25
14	Sudiang Raya	-	8	13	13	-	34
15	Tamalanrea	-	8	7	9	3	27
16	Bira	-	7	9	9	1	26
17	Antara	-	4	12	9	1	26
18	Rappokalling	-	7	6	10	1	24
19	Kaluku Bodoa	-	3	11	11	1	26
20	U. Pandang Baru	-	4	21	22	3	50

21	Panambungan	-	2	9	13	1	25
22	Dahlia	-	11	3	7	3	24
23	Pertiwi	-	4	7	10	1	22
24	Mamajang	-	10	17	13	1	41
25	Cenderawasih	-	5	15	9	1	30
26	Tabaringan	-	2	13	7	1	23
27	Patingalloang	-	7	12	13	-	32
28	P.Barang Lompo	-	1	14	7	1	23
29	Batua	-	-	24	24	3	51
30	Karuwisi	-	3	6	6	1	16
31	Pampang	-	2	14	11	1	28
32	Tamamaung	-	8	8	12	2	30
33	Antang	-	3	8	11	-	22
34	Antang Perumnas	-	10	9	8	1	28
35	Tamangapa	-	7	12	10	-	29
36	Layang	-	5	5	17	1	28
37	Malimongan Baru	-	7	6	9	1	23
38	P. Kodingareng	-	-	4	3	-	7
39	Kapasa*)	-	-	-	-	-	-
40	Bangkala*)	-	-	-	-	-	-
41	Bulurokeng*)	-	-	-	-	-	-
42	Maccini Sombala*)	-	-	-	-	-	-

43	Paccerakang*)	-	-	-	-	-	-
Jumlah		1	229	396	449	41	1116

Sumber: Sub Bagian Umum dan Kepegawaian DinKes Kota Makassar, Januari 2013.

*) *Puskesmas yang baru terbentuk dan belum ada pegawai definitif, pegawai yang ada masih berupa tenaga bantuan dari Puskesmas induk.*

Gambaran mengenai data kepegawaian pada Puskesmas di Kota Makassar, dari 43 jumlah UPTD Puskesmas yang ada sekarang, penyebaran pegawai secara definitif baru terpenuhi pada 38 UPTD Puskesmas, sementara lima unit Puskesmas lainnya yang baru terbentuk pada tahun 2012 belum memiliki pegawai yang definitif tetapi dalam operasional sehari-hari ketersediaan tenaga masih dibantu oleh Puskesmas induk atau Puskesmas terdekat yang ada pada wilayah kerjanya.

Keadaan kepegawaian sebagaimana tergambar dalam Tabel 4.10 di atas memberikan informasi bahwa pegawai yang bekerja pada Puskesmas pada umumnya berpendidikan tinggi, hal tersebut terlihat dari pegawai yang berpendidikan setingkat pascasarjana magister sebanyak 3,67 persen dan yang berpendidikan sarjana mencapai 40,23 persen dan yang berpendidikan setingkat Diploma (baik Diploma satu sampai Diploma tiga) sebanyak 35,48 persen, sedangkan yang berpendidikan lebih rendah setingkat SLTA sebanyak 20,51 persen. Berdasarkan data yang tergambar dalam Tabel 4.10

dapat disimpulkan bahwa pendidikan pegawai pada Puskesmas di Kota Makassar sebagian besar adalah lulusan perguruan tinggi dan yang terbanyak adalah pegawai yang sudah menamatkan pendidikan jenjang sarjana (S1).

Memperhatikan tingkat pendidikan pegawai sebagaimana dideskripsikan dalam Tabel 4.10 di atas dapat dijadikan ukuran bahwa pegawai yang ada pada Puskesmas di Kota Makassar memiliki kualitas yang sebenarnya sudah cukup baik dan memiliki kapabilitas memadai dalam melaksanakan tugas pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya. Sekalipun demikian ukuran kualitas seorang pegawai tidak hanya dilihat pada jenjang pendidikan formal yang telah ditamatkan tetapi masih banyak aspek lain yang dapat mempengaruhinya antara lain peningkatan skill dari seorang pegawai dalam hal ini terkait dengan pengembangan dari pegawai sebagai antisipasi terhadap perubahan-perubahan lingkungan kerja dan tuntutan kebutuhan pelayanan dari warga masyarakat.

Ketersediaan ketenagaan pegawai organik pada Puskesmas yang ada di Kota Makassar masih menjadi sumber masalah dalam hubungannya dengan efektivitas penyelenggaraan pelayanan. Sebagaimana diutarakan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar, dari hasil wawancara dikatakan bahwa:

“Ketersediaan pegawai pada Puskesmas sekarang ini masih dirasakan belum memadai baik dari segi jumlah maupun kualitasnya. Terutama

terkait dengan jumlah pegawai terus terang kita masih sangat kekurangan pegawai baik tenaga medis, paramedis dan tenaga teknis lainnya seperti petugas administrasi. Dari jumlah yang ada sekarang ini belum mampu memenuhi kebutuhan seluruh program pelayanan yang semestinya dilaksanakan oleh Puskesmas. Khusus untuk pengangkatan pegawai baru kami hanya menunggu kebijakan pemerintah untuk menerima pegawai baru. Sekalipun demikian kami tetap berupaya mengoptimalkan tenaga yang tersedia supaya pelayanan tetap dapat terlaksana dengan baik (Informasi 15, wawancara tgl 5 Maret 2013).

Keterangan yang dipaparkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar di atas dibenarkan oleh salah satu staf Puskesmas, dari hasil wawancara diperoleh informasi sebagai berikut:

“Kendala utama kami dalam melaksanakan pelayanan disini adalah ketersediaan sumber daya manusia, kami sangat kewalahan melaksanakan tugas atau pekerjaan, apalagi jika jumlah pasien banyak, mau tidak mau hanya satu pekerjaan yang dapat dilaksanakan. Padahal tugas kami tidak hanya memberikan tindakan medis pengobatan di dalam Puskesmas tetapi juga kegiatan-kegiatan promosi kesehatan seperti melakukan kunjungan kerumah-rumah warga, pelaksanaan program penyuluhan kesehatan di sekolah-

sekolah, semua kegiatan tersebut juga perlu dilaksanakan karena merupakan tugas pokok Puskesmas, dengan keadaan seperti itu terpaksa kegiatan promosi kesehatan ini menjadi agak jarang dilakukan, karena kalau kami turun lapangan, pasti pelayanan didalam Puskesmas tidak berjalan” (Informasi 16, wawancara, tgl 7 Maret 2013).

Informasi yang disampaikan oleh salah seorang staf medis Puskesmas tersebut menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya manusia pada Puskesmas di Kota Makassar sekarang ini memang masih kurang memadai sesuai dengan kebutuhan, hal yang sama juga disampaikan oleh Kepala Badan Kepegawaian Daerah Kota Makassar, dari pernyataannya berikut ini:

“dalam beberapa tahun terakhir dalam penerimaan pegawai (CPNS) di Kota Makassar, formasi untuk tenaga kesehatan selalu mendapat jatah yang lebih banyak dibandingkan dengan formasi tenaga teknis lainnya, hal ini disebabkan karena memang Pemkot masih sangat butuh pegawai pada sektor ini, sekarang saja dari beberapa kali penerimaan pegawai yang dilakukan Pemkot tetap masih belum mencukupi. Sementara disatu sisi pada unit kerja lainnya di Pemkot ada yang kelebihan pegawai, tetapi dilemanya pegawai yang ada itu tidak bisa dimutasi ke Dinas Kesehatan atau Puskesmas karena

pegawai pada unit kerja itu memiliki spesifikasi tertentu, misalnya sekarang ini kita masih kekurangan tenaga dokter maupun perawat (Informasi 17, Wawancara, tgl 18 Pebruari 2013).

Mengenai kekurangan tenaga pegawai pada Puskesmas hal ini juga dibenarkan oleh salah seorang anggota DPRD Kota Makassar yang membidangi masalah kesehatan, informasi dari hasil wawancara dikatakan sebagai berikut: "...memang kekurangan tenaga medis dan paramedis di UPTD Puskesmas memang menjadi catatan kami disini untuk dibenahi dalam arti Pemerintah Kota Makassar harus memprioritaskan pengangkatan pegawai baru untuk tenaga teknis kesehatan, namun itulah kendalanya karena formasi pegawai bukan kami yang menentukan. Pemerintah Kota hanya mengusulkan kebutuhannya tetapi yang menentukan itu di Pusat" (Informasi 18, Wawancara tgl 20 Pebruari 2013).

Keadaan kekurangan pegawai pada Puskesmas khususnya tenaga teknis kesehatan jelas terlihat, dari hasil pengamatan yang dilakukan pada beberapa Puskesmas yang menjadi objek penelitian dimana terlihat pada waktu-waktu tertentu terjadi antrian panjang para pasien pada ruang tunggu pelayanan pasien yang akan berobat. Menunjuk pada situasi tersebut dijelaskan oleh salah seorang staf yang diwawancarai dikatakan bahwa: "beginimi situasinya pak, kebetulan ini dokternya bersama-sama dengan

beberapa petugas lainnya lagi turun lapangan” (Informasi 19, Wawancara tgl 14 Maret 2013).

Pernyataan informan di atas menegaskan bahwa karena kekurangan tenaga khususnya tenaga medis sehingga jika satu kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan oleh staf yang ada, menyebabkan tugas lainnya menjadi kurang optimal. Sebagaimana diketahui tugas pelayanan Puskesmas tidak hanya pelayanan *indoor* saja seperti kegiatan pemeriksaan, perawatan dan pengobatan pasien saja melainkan juga kegiatan-kegiatan *outdoor* seperti kegiatan promosi kesehatan, penyuluhan gizi, kesehatan lingkungan, UKS, dan kunjungan ke Posyandu untuk pemeriksaan ibu hamil dan Balita. Sekalipun demikian sebagaimana yang disampaikan oleh salah seorang Kepala Puskesmas di katakan bahwa “kegiatan utama yang diprioritaskan pada Puskesmas adalah pelayanan pada masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas” (Informasi 20, Wawancara tgl 7 Maret 2013).

Keadaan ketenagaan Puskesmas di Kota Makassar berdasarkan lokus penelitian pada enam Puskesmas yang ada dapat digambarkan dalam Tabel 4.11 berikut ini.

Tabel 4.11. Keadaan Ketenagaan Organik Puskesmas pada Lokasi Penelitian

No	Nama Puskesmas	Kualifikasi Pegawai			Jumlah
		Medis	Paramedis	NonKesehatan	
1	Kassi-Kassi	12	49	3	64
2	Batua	9	38	4	51
3	Pattinjalloang	5	27	0	32

4	Tamangapa	5	23	1	29
5	Pampang	6	22	0	28
6	Cenderawasih	5	25	0	30

Sumber: Sub Bagian Umum dan Kepegawaian Dinas Kesehatan Kota Makassar, Januari 2013.

Data dalam Tabel 4.11 di atas memperlihatkan bahwa jumlah ketenagaan organik yang ada di Puskesmas yang menjadi lokasi penelitian terlihat dari enam Puskesmas yang ada masing-masing memiliki jumlah pegawai yang berbeda. Kuantitas pegawai tersebut tidak terlepas daripada luas jangkauan wilayah pelayanan dan ketersediaan fasilitas pelayanan yang disediakan oleh masing-masing Puskesmas. Sebagaimana terlihat Puskesmas Kassi-Kassi, Batua dan Patingalloang adalah Puskesmas yang menyediakan pelayanan perawatan inap bagi pasien, sementara yang lainnya hanya menyediakan fasilitas pelayanan rawat jalan.

Ketersediaan tenaga yang ada pada Puskesmas tersebut sebagaimana ketentuan dalam aturan kepegawaian dalam Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 2011 tentang Pedoman Perhitungan Jumlah Kebutuhan Pegawai Negeri Sipil untuk Daerah, terlihat dalam peraturan tersebut jumlah kelayakan pegawai pada Puskesmas perkotaan sebanyak 40 orang dengan rasio pegawai masing-masing 30 orang tenaga kesehatan dan 10 orang tenaga non kesehatan.

Sesuai dengan data pegawai yang ada, tenaga medis pada Puskesmas Kassi-Kassi yang sudah berstandar ISO memiliki tenaga dokter spesialis sebanyak 3 orang (obgyn, THT, interna), dokter gigi 2 orang, dan dokter umum 7 orang. Pada Puskesmas ini jumlah dan kualitas ketenagaan cukup memadai. Puskesmas yang sudah berstandar ISO seperti Puskesmas Batua dari 9 tenaga medis yang ada terdapat 6 orang dokter umum dan 3 orang dokter gigi. Keadaan ketenagaan pada Puskesmas lainnya seperti Puskesmas Patingalloang, Pampang, dan Tamangapa tenaga medis yang ada hanya terdapat dokter umum dan dokter gigi.

Berdasarkan data ketenagaan yang ada pada Puskesmas tersebut yang masuk kategori Puskesmas perkotaan ternyata hanya dua Puskesmas yang memiliki jumlah pegawai yang sesuai standar, hanya persoalannya adalah perbandingan antara tenaga kesehatan dan non kesehatan tidak memadai, bahkan terlihat pegawai yang bekerja pada Puskesmas tersebut pada umumnya berpendidikan dalam bidang kesehatan hanya dua Puskesmas yang memiliki pegawai berpendidikan non kesehatan. Sementara yang lainnya jumlah pegawai tidak mencukupi. Dengan demikian secara umum dapat dikatakan ketenagaan pada Puskesmas yang ada sekarang ini belum memadai baik dari segi kualitas dan kuantitasnya.

Kekurangan tenaga yang ada pada Puskesmas mau tidak mau menjadi kendala utama dalam mengoptimalkan penyelenggaraan pelayanan kepada warga masyarakat. Namun kekurangan tenaga ini berusaha diatasi

oleh Pemerintah Kota Makassar melalui Badan Kepegawaian Daerah dan SKPD terkait yakni Dinas Kesehatan Kota Makassar dengan jalan mengangkat tenaga-tenaga pegawai dengan status tenaga honor atau tenaga sukarela. Sekalipun demikian tenaga-tenaga yang berstatus tenaga honorer ini lebih banyak bekerja pada unit-unit perawatan yakni membantu tenaga perawat tetap, namun untuk pegawai seperti tenaga medis masih tetap kekurangan apalagi yang sudah berkualifikasi dokter spesialis.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

I. Bentuk Coping Behaviors Oleh Street-Level Bureaucrats dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas

Menurut pandangan Michael Lipsky, *street-level bureaucrats* bekerja dengan sumber daya yang tidak memadai dalam beberapa keadaan dimana permintaan terhadap berbagai jenis layanan akan selalu meningkat untuk memenuhi penawaran yang disediakan oleh instansi penyelenggara layanan. Oleh sebab itu, mereka para birokrat tidak pernah bisa bebas dari implikasi batasan-batasan yang signifikan. Adanya keterbatasan-keterbatasan yang dialami oleh para *street level bureaucrats* tersebut, pada akhirnya mereka memiliki kebijaksanaan yang luas dalam kaitannya dengan pemanfaatan sumber daya secara terbatas. Dalam penerapan sumber daya terhadap pekerjaan, mereka dihadapkan pada ketidakpastian yang bersumber dari konflik atau tujuan yang tidak jelas yang memberikan petunjuk tidak merata atas pekerjaan mereka.

Street-level bureaucrats juga dihadapkan pada ketidakpastian lain yang timbul dari kesulitan-kesulitan dalam mengukur dan mengevaluasi hasil kerja. Kondisi pekerjaan *street-level bureaucrats* berinteraksi secara rutin dengan klien sehingga mempengaruhi tingkat dimana kepuasan klien menjadi prioritas. Sementara banyak aspek dari pekerjaan mereka

mempertimbangkan orientasi klien, sementara yang lain cenderung mengurangi komitmen terhadap pekerjaan.

Street-level bureaucrats secara nyata mencoba melakukan sebuah pekerjaan yang baik dengan beberapa cara, dengan sumber daya yang ada dan petunjuk umum yang diberikan oleh sistem kerja yang dijadikan sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaannya. Dalam melaksanakan pekerjaan *street-level bureaucrats* juga memikirkan diri mereka dengan cara-cara yang menguntungkan. Kebanyakan *street-level bureaucrats* dapat diperhadapkan pada nilai-nilai ketika mereka menyatakan bahwa mereka melakukan apa yang mereka pikir terbaik bisa dilakukan.

Sebagai konsekuensi dari beban kerja yang menjadi tanggung jawab *street-level bureaucrats* ini yang bertanggungjawab dalam mengimplementasikan kebijakan oleh para pengambil keputusan pada level strategik, maka hambatan-hambatan dalam melaksanakan pekerjaannya diupayakan seminimal mungkin bisa terjadi. Oleh sebab itu *street-level bureaucrats* mencoba untuk melakukan pekerjaan yang baik dalam beberapa cara yang memenuhi persyaratan untuk menyatakan bahwa masalah *street-level bureaucrats* merupakan salah satu dari pengambil keputusan dalam kondisi ketidakpastian dimana keputusan yang memuaskan tentang alokasi sumber daya harus didapatkan secara pribadi maupun organisatoris.

Konteks kerja pada *street-level bureaucrats* menunjukkan pengembangan mekanisme dalam menyediakan layanan yang memuaskan

dalam konteks dimana kualitas, kuantitas, dan tujuan khusus layanan tetap dibatasi. Para *street-level bureaucrats* mencoba untuk melakukan pekerjaan yang baik dalam beberapa cara. Bagaimanapun tugas atau pekerjaan dalam suatu pengertian adalah tidak mungkin dilakukan dengan hal yang ideal. Lipsky dalam hal ini mempertanyakan, bagaimana pekerjaan akan dicapai dengan sumber daya yang tidak memadai, kontrol yang sedikit, obyektifikasi yang tidak menentu dan mengurangi keadaan?

Sebagaimana telah dipaparkan dalam tinjauan pustaka pada Bab II sebelumnya, Lipsky mengemukakan bahwa ada tiga tanggapan umum tentang bagaimana *street-level bureaucrats* berkembang dalam menghadapi ketidakpastian yaitu pertama, mereka ini mengembangkan pola praktek yang cenderung untuk membatasi permintaan, memaksimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia, dan memperoleh kepatuhan klien atas prosedur yang dikembangkan oleh lembaga mereka. Mereka mengatur pekerjaannya untuk mendapatkan solusi dalam keterbatasan sumber daya yang mereka hadapi. Kedua, mereka memodifikasi konsep tentang pekerjaan mereka, sehingga dapat menurunkan atau membatasi tujuan mereka dan dengan demikian mengurangi kesenjangan antara sumber daya yang tersedia dan pencapaian tujuan. Ketiga, mereka memodifikasi konsep tentang bahan baku dimana mereka bekerja, klien mereka, sehingga membuat lebih diterima kesenjangan antara prestasi dan tujuan. Sebagian besar pola perilaku *street-level bureaucrats*, dan banyak karakteristik orientasi subyektif mereka dapat dipahami sebagai tanggapan terhadap masalah *street-level bureaucrats*.

Dengan demikian untuk memahami *street-level bureaucrats* seseorang harus mempelajari rutinitas dan tanggapan subyektif para *street-level bureaucrats* yang berkembang dengan tujuan untuk mengatasi kesulitan-kesulitan dan ambiguitas dari pekerjaan yang mereka laksanakan sehari-hari.

Street-level bureaucrats menentukan alokasi barang dan jasa tertentu dalam masyarakat dengan memanfaatkan posisi otoritas publik. Oleh sebab itu tindakan-tindakan dari *street-level bureaucrats* bersifat politik dengan menunjukkan beberapa keputusan-keputusan seperti beberapa orang dibantu, dan juga beberapa orang dirugikan melalui pola-pola dominan dari pengambilan keputusan.

Berbagai bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* sebagaimana yang dijelaskan oleh Lipsky dalam bukunya "*Street-Level Bureaucracy Dilemmas of Individual in Public Services*" yaitu meliputi aktivitas-aktivitas yang berhubungan dengan rutinitas kerja dalam *street-level bureaucracy* untuk mencapai satu atau lebih dari empat tujuan dalam proses klien, yaitu (1) mereka mendistribusikan dan menjatah layanan, (2) mereka mengontrol klien dan mengurangi konsekuensi ketidakpastian, (3) mereka menghemat sumber daya pekerja, dan (4) mereka mengelola konsekuensi dari praktek rutinitas.

Pandangan Lipsky tersebut sebenarnya bisa saja tidak terjadi pada setiap *street-level bureaucracy* dimana para birokrat itu bekerja, tetapi sifatnya sangat kontekstual, sebagaimana dijelaskan bahwa sikap dan

perilaku *street-level bureaucracy* dipengaruhi oleh norma-norma masyarakat dimana mereka bekerja. Lipsky sendiri menjelaskan ini dengan mengatakan bahwa *street-level bureaucracy* bekerja dengan kondisi dan situasi tertentu dalam berinteraksi dengan klien. Karena *street-level bureaucrats* berinteraksi langsung dengan masyarakat (klien) yang tentunya mereka itu para klien memiliki karakteristik yang khas yang dapat saja berbeda antara satu orang dengan yang lainnya.

Bahkan Winter dalam studinya di Denmark yang mengkaji tentang penerapan peraturan dan kebijakan-kebijakan sosial, juga menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara *coping behaviors street-level bureaucrats* yang ada di negara Denmark dengan yang terjadi di Amerika Serikat yang mana teori *street-level bureaucracy* ini mula-mula dicetuskan oleh Lipsky. Lebih lanjut dipaparkan Lipsky sendiri bahwa *coping behaviors* oleh para *street-level bureaucrats* bisa saja sama sepanjang ada kesamaan dalam struktur dan kondisi pekerjaan. Misalnya *coping behaviors* para *street-level bureaucrats* dalam hal ini petugas Puskesmas yang bertugas pada loket pengambilan kartu berobat pada unit Puskesmas yang satu bisa saja sama pola perilakunya dengan petugas pada unit Puskesmas yang lain.

Sesuai dengan dimensi-dimensi aktivitas *street-level bureaucrats* yang dikemukakan di atas, hal ini menjadi pokok pembahasan dalam studi ini dengan fokus pada beberapa dimensi yang menjadi temuan di kancah penelitian yang dibahas dalam penjelasan selanjutnya.

Mengacu pada penjelasan Lipsky mengenai *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* sebagaimana telah dipaparkan dalam uraian di atas, maka penjelasan berikut ini melihat beberapa dimensi terkait dengan bentuk-bentuk *coping behaviors* yang ditampilkan oleh birokrat dalam hal ini petugas Puskesmas yang ada di Kota Makassar dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Dengan mengacu pada pernyataan Lipsky mengenai mekanisme *coping* yang ditampilkan oleh petugas layanan pada *street-level bureaucrats* diantaranya para birokrat dapat menggunakan trik seperti mencoba mengurangi permintaan untuk layanan mereka dengan membatasi informasi tentang layanan, membiarkan menunggu klien, membuat akses sulit, dan memaksakan berbagai biaya psikologis lain pada klien, atau memprioritaskan tugas-tugas tertentu yang dianggap mudah dan sudah terprogram jelas.

Istilah *coping behaviors* dapat diartikan sebagai perilaku mengendalikan, menanggulangi, mengatasi, atau menguasai keadaan. Bentuk perilaku tersebut muncul ketika birokrat menghadapi situasi dimana kemampuan yang dimiliki baik secara institusional maupun pribadi tidak memadai untuk melaksanakan tugas yang menjadi tanggungjawabnya, misalnya dalam memberikan pelayanan kepada warga masyarakat.

1. Mendistribusikan atau Menjatah Layanan (*Rationing Services*)

Salah satu bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* terkait dengan pendistribusian atau penjatahan layanan yakni melakukan pengurangan permintaan terhadap layanan atau membatasi pemberian pelayanan adalah merupakan bentuk perilaku yang dilakukan secara terprogram karena ini merupakan “kebijakan” Kepala Puskesmas untuk mengatasi atau menanggulangi keadaan dimana organisasi sebenarnya tidak memiliki sumber daya untuk melaksanakan semua program yang sudah menjadi tugas pokoknya, sekalipun kegiatan-kegiatan atau program tersebut tetap harus diimplementasikan sebagaimana yang sudah diamanahkan oleh kebijakan yang ada. Tindakan untuk mengurangi permintaan terhadap layanan adalah salah satu bentuk pengendalian atau mengatasi masalah keterbatasan sumber daya supaya kegiatan-kegiatan lain yang termonitor oleh warga masyarakat dapat terlaksana dan kegiatan itu menjadi ukuran kinerja organisasi unit pelayanan Puskesmas.

Penyelenggaraan pelayanan pada Puskesmas sebagaimana telah diatur dalam Kepmenkes RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 ada dua kegiatan yang diemban oleh Puskesmas yaitu kegiatan pokok dan kegiatan pengembangan. Setiap puskesmas mempunyai pelayanan didalam gedung atau diluar gedung, menurut jumlah sasaran dan wilayah kerjanya. Sesuai status puskesmas, perawatan atau non perawatan, bisa melaksanakan kegiatan pokok, maupun pengembangan, tergantung kemampuan sumber daya manusia dan sumber daya material. Program pokok Puskesmas meliputi:

- a. Program Promosi Kesehatan (Promkes) meliputi kegiatan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM), Sosialisasi Program Kesehatan, Survey Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan Penilaian Strata Posyandu.
- b. Program Pencegahan Penyakit Menular (P2M) adalah kegiatan-kegiatan yang meliputi Surveilans Terpadu Penyakit (STP), Pelacakan Kasus: TBC, Kusta, DBD, Malari, Flu Burung, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Diare, Infeksi Menular Seksual (IMS), Penyuluhan Penyakit Menular.
- c. Program Pengobatan, meliputi kegiatan pengobatan dalam gedung terdiri atas Poli Umum, Poli Gigi (Rawat Jalan), Apotek, Unit Gawat Darurat (UGD), Perawatan Penyakit (Rawat Inap), Pertolongan Persalinan (Kebidanan). Sedangkan pengobatan luar gedung meliputi rujukan kasus, dan pelayanan Puskesmas Keliling (Puskel).
- d. Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) meliputi kegiatan ANC (*Antenatal Care*), PNC (*Post Natal Care*), Pertolongan Persalinan, Rujukan Ibu Hamil Risiko Tinggi, Pelayanan Neonatus, Kemitraan Dukun Bersalin, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- e. Program Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana (KB) meliputi kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Imunisasi Calon Pengantin (TT Catin), Pelayanan KB Pasangan Usia Subur (PUS), Penyuluhan Keluarga Berencana.

- f. Program Upaya Peningkatan Gizi Masyarakat meliputi kegiatan Penimbangan Bayi Balita, Pelacakan dan Perawatan Gizi Buruk, Stimulasi dan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak, Penyuluhan Gizi.
- g. Program Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan meliputi kegiatan Pengawasan Kesehatan Lingkungan : SPAL (saluran pembuangan air limbah), SAMI-JAGA (sumber air minum-jamban keluarga), Pemeriksaan Sanitasi : TTU (tempat-tempat umum), Institusi Perkantoran, Survey Jentik Nyamuk (SJN).
- h. Program Pelayanan Kesehatan Komunitas, program ini termasuk kegiatan pengembangan Puskesmas meliputi pelayanan Kesehatan Mata, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Lansia, Kesehatan Olahraga, Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), Upaya Kesehatan Sekolah (UKS), kesehatan kerja, dan pembinaan pengobatan tradisional. Upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan puskesmas.
- i. Program Pencatatan dan Pelaporan, merupakan kegiatan ketatausahaan meliputi Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) disebut juga Sistem Informasi dan Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

Sebagaimana terlihat program kegiatan yang menjadi tugas pokok Puskesmas sebagaimana terlihat di atas menunjukkan bahwa dari sedemikian banyaknya kegiatan yang harus dilaksanakan oleh setiap

Puskesmas dalam wilayah kerjanya masing-masing. Jika dibandingkan dengan ketersediaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang tersedia maka dapat dipastikan bahwa kegiatan-kegiatan tersebut tidak dapat terlaksana secara optimal.

a. Perilaku Membatasi Layanan

Banyaknya program pokok dan program pengembangan yang harus dilaksanakan Puskesmas, maka supaya program-program itu terlaksana secara minimal, maka tim kerja Puskesmas melalui Kepala Puskesmas mendisain pelaksanaan program-program tersebut supaya dapat terlaksana. Namun karena ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas yang ada di Kota Makassar ini terbatas adanya, maka beberapa cara yang dilakukan oleh tim kerja Puskesmas yaitu mengurangi permintaan untuk layanan. *Coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* seperti itu dilakukan melalui pendistribusian dan penjatahan layanan.

Pengamatan lapangan terhadap *coping behaviors* terkait dengan pendistribusian dan penjatahan layanan ini dapat dilihat pada beberapa kasus pelaksanaan program Puskesmas, seperti yang diamati di Puskesmas Kassi-Kassi sebagaimana dipaparkan berikut ini:

“Seorang warga masyarakat (Dg. Bj, 45 Tahun) yang datang ke Puskesmas untuk memeriksakan penyakit yang dirasakan cukup mengganggu kesehatannya dalam seminggu terakhir. Warga ini terlihat kecewa dari rona muka yang terlihat karena pada saat datang pada

salah satu puskesmas ternyata loket pendaftaran dan pengambilan kartu berobat baru saja ditutup oleh petugas, tepat pukul 11.00 Wita, sementara warga ini datang kira-kira lewat 10 menit dari jam tutup loket, tidak hanya loket yang ditutup tetapi juga pintu ruangan petugas loket juga ditutup rapat dan terkunci. Sekalipun demikian warga ini tetap berusaha untuk bisa mendapatkan kartu berobat dengan cara mengetuk-ngetuk pintu ruangan pelayanan kartu berobat dengan harapan dia dapat terlayani pada hari itu juga. Setelah beberapa lama mengetuk pintu tadi akhirnya daun pintu terbuka sedikit dan seorang petugas menampakkan sepotong wajahnya dari balik pintu sambil bertanya, “apa *perluta* bu”? belum sempat si Ibu menjawab, kembali petugas berkata, “bu *terlambatki*, loketnya sudah tutup”. Sekalipun sudah mendapat informasi seperti itu warga ini tetap tidak mengalah. Terjadi dialog antara petugas dan warga tadi yang berlangsung bisik-bisik dari balik pintu, secara samar-samar kedengaran oleh peneliti. Dan pada akhirnya pasien tadi terlihat dipersilahkan menunggu di ruang tunggu. Selanjutnya peneliti mendekati dan bertanya (terjadi dialog):

Peneliti: kenapa tadi petugasnya bu, bisaji kita dilayani?

Dg. Bj : saya dipersilahkan menunggu tapi saya belum dikasi kartu. Tidak lama kemudian salah seorang petugas ke luar dari ruangan pengambilan kartu tadi dan mendekati si pasien sambil menyodorkan kartu berobat dan berujar, “lain kali bu *janganki* terlambat, nanti

dokternya marah,”. Si ibu tampak masygul belum sempat berkata-kata, petugas sudah meninggalkan si pasien dan masuk kembali keruangan kerjanya. Selanjutnya peneliti melanjutkan dialog dengan warga tadi, Peneliti: sambil memuji, wah ibu berhasil menaklukkan petugas, karena tadi ada juga warga datang mau berobat, tetapi begitu melihat loket tertutup dia langsung pulang.

Dg Bj. : dengan tersenyum berkata, bagaimana tidak *berusahaki* pak saya kesini *kodong* naik *bentorka*, *biarmami* pengobatannya tidak *dibayarji* tapi saya tetap membayar ongkos bentor Rp 30.000,- pulang pergi, jadi *rugika kasian* kalau tidak sampai *diperiksaka*. Apalagi pak saya kira jam kerja kantor itu sampai jam 4, mestinya kita juga bisa dilayani sampai jam pulang kantor. (Informasi 21, Wawancara, 18 Pebruari 2013).

Memperhatikan kasus di atas, gejala tersebut pada umumnya terjadi pada semua Puskesmas yang ada di Kota Makassar, dimana jam pelayanan di loket terbuka sampai pukul 11.00 Wita, hanya ada beberapa Puskesmas yang buka loket pendaftaran sampai pukul 12.00 Wita. Terkait dengan jam buka loket pendaftaran pasien, sebagaimana paparan di atas membuktikan bahwa *street-level bureaucrats* melakukan pembatasan permintaan akan layanan. Kalau mengikuti ketentuan jam kerja yang ada secara resmi pada

Kantor Pemerintah Kota Makassar yaitu mulai pukul 7.30 Wita sampai dengan Pukul 16.00 untuk instansi yang menerapkan lima hari kerja. Sedangkan pada UPTD Puskesmas karena termasuk unit pelayanan maka hari kerjanya adalah enam hari kerja sedangkan jam kerjanya mulai Pukul 7.30 Wita sampai dengan pukul 14.00 (Hari Senin sampai Jumat) sedangkan pada hari sabtu sampai pukul 12.00 Wita.

Jika dianalisis lebih jauh perilaku membatasi atau pengurangan permintaan terhadap layanan yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dengan jalan mempercepat penutupan loket pendaftaran hal itu disebabkan dengan maksud untuk mengurangi dan mendistribusikan layanan, sebagaimana yang dipaparkan oleh salah seorang petugas Puskesmas Batua, diperoleh informasi sebagai berikut:

“bahwa jam buka loket untuk pelayanan tindakan pengobatan, kami buka mulai pukul 08.00 sampai dengan pukul 11.00 Wita. Hal ini dilakukan tidak lain karena banyaknya jumlah pasien yang datang berobat setiap saat. Kalau bagian loket ini kami buka sampai pukul 14.00 sesuai dengan jam kerja pelayanan Puskesmas, maka bisa terjadi jumlah pasien sangat banyak dan terjadi penumpukan didepan ruangan periksa dokter, keadaan ini bisa membuat pasien tidak sabaran kalau menunggu didepan ruang periksa, jadi lebih baik mereka para pasien menunggu di ruang tunggu depan loket. Masalahnya juga pak,”kalau

pasien sudah memperoleh kartu berobat, berarti mereka harus dilayani pada hari itu juga, sementara pada saat pemeriksaan dokter kepada pasien waktunya tidak bisa diperkirakan kadangkala ada pasien diperiksa (didiagnosa) penyakitnya dalam tempo cepat, ada juga biasanya agak lama tergantung kondisi penyakit pasien. Jadi kalau loket dibuka terus sesuai jam kerja, bisa terjadi dokternya kewalahan melayani pasien yang berdampak pada kualitas pemeriksaan berkurang, apalagi kalau misalnya ada dokter yang tidak sempat masuk kerja, atau kebetulan ada kegiatan lain (kedinasan) di luar Puskesmas. Kalau keadaan seperti itu terjadi bisa saja pelayanan nantinya melampaui jam kerja” (Informasi 22, wawancara, 19 Pebruari 2013).

Berdasarkan penjelasan dari salah seorang informan petugas loket pada Puskesmas Batua di Kota Makassar ini juga ditegaskan alasan pembatasan dan pendistribusian pelayanan ini sebagaimana penjelasannya sebagai berikut:

“.....Jam buka loket pendaftaran pasien memang kita tutup pada Pukul 11.00 Wita, tetapi bukan berarti tidak ada pelayanan, tetap pelaksanaan pelayanan berjalan terutama pemeriksaan pasien, begitu juga kalau misalnya tiba-tiba ada pasien kritis datang yang sangat membutuhkan bantuan, kami tetap melayani sekalipun loket pendaftaran ini sudah ditutup. Selain itu kami petugas loket ini tugas utamanya adalah

melakukan pencatatan atau registrasi pasien, sehingga kalau loket pelayanan sudah tutup, selanjutnya kami mengerjakan pembenahan administrasi pasien, yaitu melakukan pencatatan, mencocokkan data pasien dengan catatan pada buku registrasi dan merapikan buku (data rekam medis) dan kartu berobat pasien. Pekerjaan administrasi ini juga membutuhkan waktu, dan harus diselesaikan hari itu juga tidak bisa disimpan sampai besok, karena harus dilaporkan kepada Kepala Puskesmas. Selanjutnya dijelaskan, bahwa kalau sistem administrasi (ketatausahaan) kesehatan pada Puskesmas ini tidak tertata dengan baik, kami juga nanti kewalahan mencari data pasien sehingga hal ini bisa membuat pasien lama menunggu, dan ujung-ujungnya pasien merasa tidak dilayani dengan baik, dan dampaknya kami lagi yang dituding bersalah” (Informasi 23, wawancara, 19 Pebruari 2013).

Penjelasan yang dikemukakan di atas, sebagaimana disampaikan oleh petugas loket juga dibenarkan oleh salah seorang Kepala Puskesmas Patingalloang, berdasarkan informasi yang disampaikan dikatakan sebagai berikut:

“bahwa waktu pelayanan buka loket memang sampai pukul 11.00 Wita tetapi itu tidak diterapkan secara kaku, hal itu dilakukan untuk mengendalikan jumlah pasien saja supaya dalam pelayanan pemeriksaan (tindakan) dan pengobatan, pasien tidak terlalu lama

menunggu. Selain itu kita lihat situasi, kalau pada hari tertentu jumlah pasien yang berkunjung tidak terlalu banyak sekalipun loket pendaftaran tutup tetap kami memberikan pelayanan. Kalaupun misalnya ada pasien yang datang sudah lewat jam kerja kami arahkan pelayanannya pada Unit Gawat Darurat (UGD) yang terbuka 24 jam pelayanan” (Informasi 24, wawancara, 26 Pebruari 2013).

Berdasarkan informasi di atas, menjadi berbeda jika unit Puskesmas yang ada tidak memiliki unit pelayanan UGD yang terbuka 24 jam. Dari hasil pengamatan pada beberapa unit Puskesmas yang tidak menyediakan pelayanan UGD 24 jam, biasanya jika ada warga masyarakat yang datang setelah loket tutup, mereka disarankan oleh petugas untuk datang besok harinya. Tetapi beberapa diantaranya juga tetap memberikan pelayanan sepanjang dokter yang bertugas di poliklinik (ruang pemeriksaan pasien) masih ada dan masih mau melayani. Melihat keadaan seperti itu, dapat dikatakan bahwa kebijakan penutupan loket pada jam tertentu sebelum jam kerja selesai bukan suatu keharusan karena yang sebenarnya adalah tetap memberikan pelayanan sampai jam kerja selesai dalam satu hari kerja. Bahkan untuk pelayanan kesehatan sebenarnya seperti pada Puskesmas yang menyediakan ruang perawatan dan penyelenggaraan pelayanan UGD. Tetap memberikan pelayanan 24 jam.

b. Perilaku Menjajah Layanan

Aspek lain terkait dengan *coping behaviors* petugas pelayanan kesehatan pada Puskesmas adalah perilaku menjatah layanan. Sebagaimana diketahui dari berbagai macam program yang menjadi tanggungjawab Puskesmas yang harus dilaksanakan dalam rangka menciptakan kualitas kesehatan masyarakat. Dari berbagai macam program yang ada agak sulit dilaksanakan secara simultan seperti yang ada di Kota Makassar sekarang ini, hal tersebut disebabkan karena ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas terutama ketersediaan tenaga (sumber daya manusia) masih kurang.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh petugas Puskesmas supaya beberapa program Puskesmas bisa terlaksana yaitu dengan melakukan penjatahan pelayanan, yakni suatu kegiatan yang dilaksanakan dengan melihat kebutuhan dan urgensi daripada program tersebut dan menyesuaikan dengan permintaan atau kebutuhan warga. Pelayanan yang utama dilakukan pada Puskesmas adalah pengobatan yang dilaksanakan di dalam gedung Puskesmas. Hasil pengamatan menunjukkan bahwa semua Puskesmas yang dijadikan obyek studi kegiatan utamanya adalah pengobatan dan perawatan dan kegiatan lain yang menunjang kegiatan pengobatan itu, dan hampir waktu petugas semua habis untuk pelayanan dalam ruang tersebut.

Berdasarkan hasil pengamatan itu juga dibenarkan oleh Kepala Puskesmas Patingalloang dengan mengatakan bahwa:

“kalau kegiatan pelayanan pengobatan atau perawatan ini diikuti itu tidak habisnya, sehingga praktis beberapa program Puskesmas lainnya yang juga tidak kalah pentingnya tidak dapat dilaksanakan. Jadi supaya kegiatan lain juga bisa jalan, kami ini secara berkala berbagi tugas, dan konsekuensinya pelayanan pengobatan harus dibatasi, misalnya dengan mengurangi jumlah pasien yang diterima pada hari-hari tertentu” (Informasi 25, wawancara, 26 Pebruari 2013).

Berdasarkan pernyataan kepala Puskesmas tersebut, juga dibenarkan oleh salah seorang staf Puskesmas Tamangapa, dengan mengatakan sebagai berikut:

“bahwa untuk melaksanakan program yang sedemikian banyaknya itu, ya, sependai-pandainya kita saja menjalankannya. Tetapi karena keterbatasan sumber daya, makanya kita melaksanakan program sesuai dengan kebutuhan warga, sekalipun program lain juga harus dilaksanakan sesuai dengan tugas pokok Puskesmas” (informasi 26, wawancara, 27 Pebruari 2013).

Pernyataan yang sama juga dikemukakan oleh salah seorang informan (Staf Puskesmas Tamangapa), dari hasil wawancara diperoleh informasi :

“Memang kalau dilihat tugas pokok dan fungsi Puskesmas, memang kita harus melaksanakan tugas-tugas seperti kegiatan pokok dan kegiatan pengembangan, yang menonjol kegiatan sehari-hari dari puskesmas adalah pelaksanaan program pemberian tindakan pengobatan kepada warga masyarakat yang datang ke Puskesmas untuk memeriksakan sakit yang diderita. Padahal sebenarnya masih banyak kegiatan pokok lainnya yang juga harus dilaksanakan, namun karena keterbatasan tenaga maupun dukungan sumber daya lainnya, maka beberapa kegiatan lain terutama pelaksanaan kegiatan Puskesmas di luar gedung terpaksa tidak dilaksanakan secara rutin, dan prioritas kegiatan yang dilaksanakan adalah pelayanan dalam gedung seperti tindakan pengobatan tadi dan kegiatan pokok lainnya yang masih bisa dilaksanakan di dalam gedung Puskesmas”.

Lebih lanjut dijelaskan oleh informan tersebut, dikatakan “bahwa prioritas utama pelaksanaan pelayanan dalam gedung ini seperti tindakan pengobatan, pelayanan kesehatan ibu/anak dan KB, upaya peningkatan gizi juga masih bisa dilaksanakan dalam gedung Puskesmas, termasuk juga kegiatan penyuluhan dengan mengundang warga dan kader Puskesmas ke kantor Puskesmas untuk pelaksanaan kegiatan” (Informasi 27, wawancara, 28 Pebruari 2013)

Perilaku menjatah layanan oleh petugas Puskesmas sebagaimana yang dipaparkan di atas dilakukan karena keterbatasan sumber daya manusia dan ketersediaan sarana dan prasarana. Tetapi sebagaimana yang disampaikan oleh salah seorang Kepala Puskesmas seperti penjelasan dari hasil wawancara dikatakan bahwa hambatan paling utama dalam pelaksanaan program di luar gedung Puskesmas adalah kurangnya sumber daya manusia.

Ada beberapa program pokok yang dilaksanakan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan masyarakat antara lain program promosi kesehatan yang meliputi beberapa kegiatan seperti sosialisasi program kesehatan, survey perilaku hidup bersih dan sehat, dan pelayanan Posyandu. Beberapa program lain seperti pencegahan penyakit menular melalui pelacakan kasus, pelacakan dan perawatan gizi buruk, program sanitasi dan kesehatan lingkungan dengan beberapa kegiatan didalamnya, sedangkan untuk program pengembangan seperti kegiatan UKS (Upaya Kesehatan Sekolah). Kesemuanya itu merupakan program-program Puskesmas yang dilaksanakan di luar gedung dan beberapa diantaranya masih bisa dilakukan di dalam gedung Puskesmas seperti kegiatan penyuluhan.

Khusus untuk kegiatan penyuluhan ini petugas Puskesmas memprogramkan secara berkala dengan mengundang warga dan kader Puskesmas yang sudah terbentuk untuk datang ke Puskesmas mendengar penyuluhan yang akan dilaksanakan. Untuk kegiatan penyuluhan ini, seperti

yang diutarakan salah seorang petugas Puskesmas yang diwawancarai diperoleh informasi bahwa:

“Beberapa kegiatan promosi kesehatan kita laksanakan di dalam kantor Puskesmas, seperti penyuluhan tentang gizi, kesehatan lingkungan, dan juga beberapa kegiatan pelatihan, seperti pelatihan kader Posyandu” (Informasi 28, wawancara, 27 Pebruari 2013).

Pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan wajib seperti kegiatan promosi kesehatan tersebut yang dilakukan di dalam kantor Puskesmas hal itu tidak terlepas karena kondisi kekurangan tenaga yang dimiliki oleh Puskesmas. Oleh sebab itu untuk mengatasi kekurangan itu, biasanya secara berkala petugas Puskesmas mengundang warga untuk mengikuti kegiatan promosi kesehatan di kantor Puskesmas. Sebagaimana penjelasan salah seorang petugas pada Puskesmas Cenderawasih dikatakan sebagai berikut:

“Kegiatan-kegiatan promosi kesehatan kita laksanakan di dalam gedung Puskesmas karena tenaga yang ada itu kurang, sehingga jika beberapa tenaga kita ini turun lapangan, maka pasti disini juga (Puskesmas) tidak ada yang memberikan pelayanan kepada warga. Karena tugas utama pelayanan kami disini. Tetapi kalau kegiatan seperti promosi kesehatan dilakukan dalam kantor, maka itu memudahkan petugas yang ada melakukan beberapa pekerjaan

pelayanan, istilahnya bisaji lari-lari pada saat diperlukan pada tempat pelayanan lain” (Informasi 29, wawancara, 27 Pebruari 2013).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari hasil wawancara di atas, juga dibenarkan oleh beberapa warga yang kebetulan menjadi anggota kader Puskesmas pada Puskesmas Cenderawasih, sebagaimana dijelaskan sebagai berikut:

“Iya, memang kami biasanya diundang oleh Kepala Puskesmas datang ke Puskesmas untuk mengikuti kegiatan penyuluhan, dan juga sesekali ada kegiatan pelatihan-pelatihan yang diberikan kepada kami kader Puskesmas seperti pelatihan kader Posyandu Balita dan Usila” (Informasi 30, wawancara, 14 Maret 2013).

Selain itu terkait dengan pelaksanaan program-program Puskesmas yang merupakan kegiatan yang harus dilaksanakan di luar gedung, juga diperoleh informasi dari salah seorang warga yang diwawancarai dengan mengatakan sebagai berikut:

“saya tidak tahu pak, kalau ada program Puskesmas seperti diberitahukan itu (peneliti memberitahukan beberapa program-program Puskesmas), karena petugas Puskesmas setahu saya mereka berkantor di Puskesmas, tidak pernah kami temukan berkunjung kerumah-rumah warga, apalagi memberikan penyuluhan. Memang

pernah ada saya lihat kegiatan penimbangan bayi yang dilaksanakan dekat kantor lurah, tapi akhir-akhir ini sudah jarang saya lihat” (Informasi, 31, Wawancara, 9 Maret 2013).

Berdasarkan beberapa informasi yang diperoleh di atas, juga dibenarkan oleh salah seorang aparat kelurahan yang diwawancarai dengan mengatakan sebagai berikut:

“Pelaksanaan program penyuluhan kesehatan oleh petugas Puskesmas memang akhir-akhir ini jarang terlihat, karena biasanya kalau ada kegiatan kita berkoordinasi dan sama-sama turun lapangan, kecuali kegiatan seperti pelayanan Posyandu itu masih terlihat rutin dilaksanakan, tapi untuk kegiatan lain sudah jarang saya lihat. Tetapi kalau ada kasus yang diberitakan di koran misalnya ada balita menderita gizi buruk, biasanya baru petugas Puskesmas turun lapangan. Seperti baru-baru ini ada kasus yang di temukan di salah satu kelurahan tapi di kecamatan lain, dengan adanya kasus itu saya lihat petugas Puskesmas baru ramai-ramai turun memantau di lapangan” (Informasi 32, Wawancara, 11 Maret 2013)

Perilaku menjatah layanan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas tidak lain merupakan salah satu bentuk atau upaya mengendalikan atau mengatasi kekurangan sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas terutama

sumber daya manusia dan sumber daya lainnya seperti pendanaan kegiatan. Jadi kalau penjatahan ini dilakukan beberapa kegiatan yang dianggap penting tetap dapat terlaksana terutama kegiatan-kegiatan yang sudah terprogram dengan baik. Sementara kegiatan lain yang tidak menjadi sumber sorotan masyarakat jika tidak terlaksana biasanya tidak menjadi pekerjaan utama yang harus dilaksanakan.

c. Perilaku Memberi Perlakuan Khusus

Bentuk perilaku birokrat dengan memberi perlakuan khusus kepada warga masyarakat yang dilayani seperti halnya di Puskesmas ada beberapa tipe perilaku yang berdampak kepada warga masyarakat yang dilayani yaitu pada satu sisi terdapat beberapa orang yang diuntungkan, namun bagi yang lain merasa dirugikan. Beberapa bentuk perlakuan khusus yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada pasien atau warga masyarakat yang berhubungan dengan Puskesmas terlihat pada pengaturan pelayanan pada loket registrasi, pemberian tindakan pengobatan, dan pelaksanaan program pokok lain yang pelayanannya di luar gedung.

Pada beberapa kasus yang ditemukan dilapangan dari hasil pengamatan yang dilakukan maupun dari hasil wawancara dengan informan diperoleh informasi sebagai berikut, bahwa tindakan memberikan perlakuan khusus dimaksudkan untuk memberikan kemudahan kepada pasien khusus. Yang dimaksud dengan pasien khusus dalam hal ini, misalnya pasien yang sudah lanjut usia, sakit parah, pengidap penyakit menular tertentu seperti

TBC, Kusta. Perlakuan khusus dalam hal ini terjadi pada saat pasien melakukan registrasi di loket pendaftaran.

Beberapa Puskesmas yang telah membuat SOP (Standar Operasional Prosedur) dalam pelaksanaan pelayanannya, juga menyediakan sarana dan prasarana pelayanan yang dapat mendukung SOP yang ada. Seperti halnya di Puskesmas Batua, pelayanan registrasi pasien di loket pendaftaran dilakukan pemisahan tempat antrian bagi pasien biasa dengan pasien lanjut usia. Begitu juga dengan pasien yang menderita penyakit khusus. Dari pengamatan yang dilakukan pada puskesmas yang menjadi obyek penelitian, memperlihatkan perilaku memberi perlakuan khusus ini juga berbeda-beda yang ditunjukkan oleh petugas Puskesmas.

Terkait dengan perilaku memberi perlakuan khusus kepada pelanggan atau warga yang dilayani di Puskesmas dapat dilihat tanggapan informan salah seorang petugas Puskesmas pada Puskesmas Batua yang diwawancarai diperoleh informasi sebagai berikut:

“bahwa kebijakan Kepala Puskesmas untuk mengatur ruang tunggu pasien dengan membedakan tempat antara pasien umum dengan pasien lanjut usia maupun pasien dengan penyakit khusus, hal ini tidak lain untuk memberikan kenyamanan bagi pasien itu sendiri. Prinsip kerja kami disini adalah bagaimana membuat pasien itu nyaman dan aman ketika memperoleh layanan. Seperti halnya dengan memberi tempat khusus bagi pasien lanjut usia, hal ini dilakukan supaya orang

tua ini tidak berdesak-desakan di ruang tunggu umum yang selalu padat, hal ini juga menghindari resiko bagi pasien lanjut usia misalnya kalau berdesakan atau ruang tunggu yang padat bisa saja mereka kepanasan dan bisa menimbulkan sesak napas. Sama juga dengan pemisahan tempat pelayanan pasien yang berpenyakit khusus seperti penderita kusta dan TBC, hal ini dimaksudkan untuk menghindari kontak dan penularan penyakit dengan pasien lain” (Informasi 33, wawancara, 27 Pebruari 2013).

Sesuai dengan informasi di atas, dapat dipahami bahwa birokrat *street-level* memiliki kewenangan untuk mengatur pekerjaan mereka supaya tercipta suatu kondisi yang memberikan kenyamanan bagi warga yang dilayani. Sementara tanggapan dari warga masyarakat terhadap kebijakan petugas Puskesmas sebagaimana informasi di atas dijelaskan sebagai berikut:

“saya setuju saja kalau ruang tunggu pada loket pendaftaran dibedakan tempatnya antara pasien lansia dengan pasien umum lainnya, termasuk juga pasien yang berpenyakit khusus. Soalnya kasian juga, kalau orang tua dibiarkan berdesak-desakan dengan pasien lainnya yang lebih kuat. Apalagi kadang antrinya disini cukup lama. Jadi kalau pelayanan kepada para lansia didahulukan saya kira tidak masalah, apalagi loketnya dibedakan tempatnya. Sedangkan

yang berpenyakit khusus, saya juga mendukung tindakan petugas yang menyediakan loket khusus. Soalnya kita juga khawatir kalau dicampur dengan orang yang penyakitnya gampang menular. Masalahnya banyak juga orang yang berobat disini penyakitnya ringan-ringan saja seperti batuk, influenza, dan juga banyak juga anak-anak. Saya kira sudah cocokmi pengaturan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas” (Informasi 34, wawancara, 28 Pebruari 2013).

Penjelasan informan sebagaimana dijelaskan diatas, memang tidak semua Puskesmas menerapkan pengaturan ruang tunggu pasien pada loket pendaftaran. Pada beberapa Puskesmas yang dijadikan sebagai locus penelitian tidak menerapkan hal seperti itu, tetapi mereka mengumpul pasien dalam satu tempat ruang tunggu dan tidak membeda-bedakan jadi pasien itu dicampur dalam satu ruang tunggu yang sama tanpa melihat kondisi dari pasien. Pada situasi seperti ditemukan informasi dari pasien yang mengeluhkan pengaturan seperti itu sebagaimana dikatakan sebagai berikut:

“sebaiknya ada pemisahan ruang tunggu bagi pasien yang menderita penyakit yang mudah menular, karena *kasian* juga kita disini yang membawa anak-anak berobat penyakitnya mungkin ringan-ringan saja tapi nanti kalau lama-lama bersama disini *bisa-bisa* ketularan penyakit lain yang diderita orang dewasa” (Informasi 35, wawancara, 3 Maret 2013).

Informasi responden sesuai dengan penjelasan di atas menunjukkan bahwa *street-level bureaucrats* ini bertindak mengembangkan pola praktik dalam pekerjaannya dengan mencoba membuat aturan-aturan atau prosedur yang memudahkan mereka bekerja dan dalam hal ini menuntut kepatuhan klien dari peraturan yang sudah dibuat, dan mereka mengatur pekerjaan mereka untuk mendapatkan solusi dalam keterbatasan sumber daya yang mereka miliki.

d. Perilaku Mengabaikan

Pola perilaku seperti ini ditunjukkan oleh birokrat pelaksana pelayanan yang cenderung merugikan warga masyarakat yang mengharapkan pelayanan. Ada beberapa bentuk perilaku yang ditunjukkan *street-level bureaucrats* pada Puskesmas di Kota Makassar terkait dengan perilaku mengabaikan ini. Perilaku-perilaku demikian terwujud dalam berbagai bentuk seperti membiarkan pasien menunggu lama, tidak memperdulikan kebutuhan pasien, bersikap apriori, mengendalikan pekerjaan, merasa petugas yang paling tahu, menolak, dan beberapa bentuk-bentuk pengabaian yang lain dilakukan dengan memberi beban psikologis bagi pasien itu sendiri.

Ilustrasi mengenai perilaku *street-level bureaucrats* yang menunjukkan perilaku mengabaikan itu dapat dilihat dari paparan informan yang diperoleh dari hasil wawancara sebagai berikut:

“Ibu Raja Bau, 43 Thn. Yang diwawancarai di Puskesmas Kassi-Kassi, dari pengamatan peneliti dari tadi menunggu di ruang tunggu depan loket pendaftaran. Ibu ini menunggu namanya dipanggil oleh petugas loket, lebih lanjut mengatakan sudah hampir satu jam saya menunggu belum dipanggil-panggil. Maksudnya dipanggil untuk apa bu ? peneliti bertanya. Begini pak setelah kartu berobat kita setor di loket pendaftaran, selanjutnya kita *tunggumi* dipanggil untuk mendapat buku pemeriksaan dan selanjutnya kita ke ruang periksa. Kalau di ruang periksa nanti kita antri lagi sesuai dengan nomor urut kita”. Jadi masih *lamaki* menunggu pak. Setelah beberapa saat ibu ini menunggu, karena sudah tidak sabaran juga, dia mencoba mendatangi loket pendaftaran sambil bertanya ke petugas loket (hasil pembicaraan dengan petugas tidak kedengaran peneliti). Setelah ibu tadi kembali ketempat duduk semula, penulis bertanya lagi, kenapa bisa lama bu? Dijawab oleh ibu, *anu* Pak, katanya petugasnya belum datang satu orang agak terlambat, sehingga *sendirianji*, jadi agak lama. Kenapa petugasnya tidak masuk, peneliti bertanya, katanya ada urusan di kantor dinas dulu” (Informasi 36, Wawancara 18 Pebruari 2013).

Dari pengamatan yang dilakukan pada kegiatan di loket pendaftaran dapat dideskripsikan sebagai berikut:

“pada loket pendaftaran pasien memang terlihat kartu berobat pasien agak menumpuk sesuai dengan klasifikasi kartu berobat para warga terdiri atas kartu berobat peserta Jamkesmas, Jamkesda, Askes, dan umum. Dari aktivitas yang dilakukan oleh petugas terlihat kegiatannya adalah memilah-milah kartu sesuai dengan penjaminan kesehatan yang menjadi hak warga, kemudian selanjutnya melakukan pencatatan pada buku besar sesuai dengan kartu berobat, setelah itu kemudian dicari buku berobat (data rekam medis) pasien jika sudah pernah berobat, dan dibuatkan buku baru jika baru pertamakali berobat, setelah itu selanjutnya pasien dipanggil sesuai dengan nomor urutan antrian yang sudah diambil sebelumnya, setelah nama pasien dipanggil kemudian diserahkan buku berobat untuk selanjutnya dibawa keruang periksa sesuai dengan penyakit yang diderita” (Informasi 37, hasil pengamatan lapangan, 18 Pebruari 2013).

Penjelasan di atas menggambarkan, lamanya menunggu pasien untuk memperoleh buku berobat pada salah satu Puskesmas, hal itu disebabkan karena kurangnya petugas yang ada di loket pendaftaran, petugas resmi yang ada biasanya mempekerjakan siswa dan mahasiswa yang sementara praktek/PKL di Puskesmas bersangkutan. Dari kasus tersebut dimana petugas yang ada dibantu oleh petugas tidak resmi atau

siswa/mahasiswa yang sedang PKL dijelaskan oleh salah seorang petugas Puskesmas yang diminta konfirmasinya, mengatakan sebagai berikut:

“mempekerjakan siswa atau mahasiswa yang sedang PKL memang tidak dilarang sepanjang hal-hal yang dikerjakan itu bisa dilaksanakan dan tidak beresiko, misalnya untuk kegiatan administrasi seperti di loket pendaftaran beberapa siswa/mahasiswa PKL kita tempatkan disitu untuk membantu petugas yang ada. Hal ini dilakukan karena kita kekurangan tenaga dan dengan adanya peserta PKL itu kita sangat terbantu, apalagi kalau saat pasien jumlahnya banyak, petugas yang ada agak kewalahan juga kalau tidak dibantu” (Informasi 38, wawancara, 18 Pebruari 2013).

Mengenai keterlibatan siswa/mahasiswa yang sedang PKL di Puskesmas dari hasil pengamatan yang terlihat di Puskesmas Kassi-Kassi dan pada semua Puskesmas yang ada para peserta PKL ini dilibatkan pada tugas pelayanan namun sifatnya tugas yang dilaksanakan adalah membantu perawat, bidan, bahkan dokter yang sementara memeriksa pasien.

Selanjutnya bentuk-bentuk perilaku mengabaikan ini terlihat dari hasil pengamatan peneliti yang menemukan salah seorang warga yang datang untuk berobat namun mereka tiba di depan loket sesaat setelah loket ditutup, dan petugas yang sempat ditanya oleh warga tersebut (seorang wanita paruh baya), petugas hanya menjawab “besok saja datang lagi” sambil menutup

daun pintu ruangan pendaftaran yang masih sempat terbuka sekitar 30 cm” (Informasi 39, hasil pengamatan di Puskesmas Kassi-Kassi 18-2-2013).

Melihat situasi seperti itu, kebetulan disebelah pengamat terdapat seorang pasien yang menunggu giliran berobat di depan ruang pemeriksaan mata, sempat pengamat bertanya ke ibu tadi (namanya ibu Sulastri, 52 thn) ditanya:

“kenapa tidak dilayani ibu yang baru datang tadi, selanjutnya dijawab oleh Ibu Sulastri, bahwa memang pak, disini kalau loket sudah tutup tidak mau lagi terima pasien, jadi memang *haruski* cepat-cepat datang sebelum jam sebelas (waktu loket pengambilan kartu tutup). Dari penjelasannya ibu ini mengaku selalu berobat pada Puskesmas bersangkutan”. (informasi 40, wawancara, 18 Pebruari 2013).

Hasil pengamatan maupun wawancara dari beberapa informan di atas menunjukkan bahwa *street-level bureaucrats* bisa mengendalikan dan mengkondisikan pekerjaannya, dan pihak yang dirugikan dalam hal ini adalah warga masyarakat. Bentuk perilaku mengabaikan yang ditunjukkan oleh *street-level bureaucrats* pada Puskesmas tidak lain merupakan salah satu cara untuk mengendalikan jumlah pasien yang dilayani setiap hari pada Puskesmas. Banyaknya jumlah pasien yang datang setiap hari atau pada hari-hari tertentu dimana jumlah pasien sangat padat, situasi demikian kadang membuat kewalahan petugas terutama pelayanan pemeriksaan oleh dokter. Sekalipun pada beberapa Puskesmas menempatkan petugas medis

(dokter umum) sekitar dua sampai empat orang dokter, namun jika jumlah pasien banyak terlihat juga petugas medis yang ada agak kewalahan memberikan pelayanan. Itulah sebabnya untuk mengendalikan jumlah pasien yang harus dilayani setiap hari kerja, maka petugas loket biasanya atau sesuai dengan instruksi petugas medis untuk menutup loket pada pukul 11.00 tepat. Dengan cara seperti otomatis arus pasien yang akan masuk ke ruang pemeriksaan atau ruang konsultasi menjadi terhenti, sehingga jumlah pasien dapat dikendalikan.

Terkait dengan temuan di atas dari hasil pengamatan yang dilakukan, hal ini juga dibenarkan oleh salah seorang dokter yang diwawancarai:

“Dokter S, salah seorang petugas medis di Puskesmas Batua, mengatakan bahwa memang seperti itu dilakukan untuk membatasi jumlah pasien yang masuk ke ruang pemeriksaan, itu kita kendalikan di loket pendaftaran pasien, karena kalau tidak biasanya pada hari-hari tertentu jumlah pasien sangat banyak. Dan semua pasien yang sudah terdaftar itu mau tidak mau harus dilayani pada hari itu juga, sehingga selalu kita disini bekerja melampaui jam kerja setiap hari. Apalagi pekerjaan Puskesmas bukan hanya pengobatan pasien tetapi kami juga mengerjakan pekerjaan lain misalnya harus turun lapangan melakukan pemantauan, pelayanan Posyandu, promosi kesehatan. Jadi sekalipun disini ada beberapa orang dokter tapi kami juga berbagi tugas. Sekalipun demikian kadangkala juga pada hari-hari tertentu

jumlah pengunjung agak kurang, jadi kalau situasi itu terjadi beban kerja kami agak berkurang, sehingga kami bisa melaksanakan program Puskesmas lainnya” (Informasi 41, wawancara, 20 Pebruari 2013).

Sesuai dengan pemaparan salah seorang dokter yang bertugas pada Puskesmas tersebut, hasil pengamatan lapangan juga ditemukan beberapa fakta terkait dengan informasi itu yakni:

“dari pengamatan terhadap buku registrasi pasien terlihat jumlah pasien yang sudah terdaftar sebanyak 103 orang dimana loket pendaftaran pasien baru dibuka sekitar satu jam yang lalu. Jadi diperkirakan kalau loket buka sampai jam 11 atau sekitar 3 jam waktu registrasi pasien, maka jumlah pasien masih akan bertambah lebih banyak lagi (Informasi 42, Pengamatan lapangan, Hari Rabu tgl 20 Pebruari 2013).

Berdasarkan situasi tersebut, fakta lain yang ditemukan dari hasil pengamatan terkait dengan *coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas Puskesmas didalam mengendalikan dan mengatasi banyaknya pasien yang dilayani supaya pelayanan dapat tuntas pada hari yang sama dipaparkan sebagai berikut:

“Salah seorang pasien (Ratna, 27 thn). Baru saja masuk ke ruang pemeriksaan pasien, yang mana dalam ruang pemeriksaan tersebut pada salah satu Puskesmas terdapat 2 orang dokter yang bertugas melakukan pemeriksaan pasien. Tidak lama kemudian kira-kira kurang dari 5 menit si pasien tersebut berada dalam ruang dokter tadi kemudian keluar dengan membawa selembar kertas resep untuk kemudian di bawa ke tempat pengambilan obat. Pada saat si pasien menunggu obat, pengamat mendekati dan mencoba mengajak bincang-bincang, sambil menanyakan perihal pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter yang sangat singkat sebagaimana terlihat tadi. “dek, saya lihat tadi waktu masuk di ruang pemeriksaan dokter kenapa cepat sekali *diperiksaki*. Si Ratna menjawab: iya memang cepat karena dokternya hanya menanyakan sakit apa, saya jawab sakit kepala dan agak batuk, kemudian diperiksa menggunakan alat itu yang ditempel-tempel didada, selanjutnya dokter bilang tidak apa-apa dan *dikasika* resep”. Tidak lama kemudian namanya si Ratna disebut/dipanggil petugas farmasi, dan terlihat pada loket pengambilan obat si pasien seorang petugas menyodorkan bungkus plastik berisi dua macam obat, dari pengamatan terlihat obat tersebut terdiri atas tablet jenis vitamin 10 biji dan satu jenis obat lagi juga jumlahnya 10 biji” (Informasi 43, pengamatan lapangan pada Puskesmas Batua dan wawancara, 13 Maret 2013).

Masih dalam lokasi pengamatan yang sama di tempat pemeriksaan dokter, pengamat juga menemukan seorang pasien yang masuk dalam ruang pemeriksaan, namun beberapa saat kemudian keluar lagi dan membawa selembar kertas, pengamat mencoba mendekati dan bertanya, selanjutnya dipaparkan sebagai berikut:

“setelah ditanyakan, kenapa cepat sekali keluar dari ruang pemeriksaan, dijawab oleh pasien bersangkutan “bahwa saya hanya meminta pengantar rujukan untuk berobat ke rumah sakit, tidak *diperiksa-periksaji* sama dokter” (informasi 44, wawancara, 13 Maret 2013”.

Berdasarkan informasi dari kedua kasus tersebut, hal ini dikonfirmasi kepada dokter yang melakukan pemeriksaan pasien di ruang pemeriksaan, dikatakan sebagai berikut:

“bahwa kami disini sudah memiliki standar pemeriksaan pasien sesuai dengan SOP yang ada yaitu tidak lebih dari lima menit untuk kasus-kasus penyakit biasa, kecuali penyakit yang agak serius bisa lebih lama dan kalau penyakit serius ini tidak bisa ditangani, kami rujuk ke rumah sakit. Selanjutnya dikatakan, pada umumnya pasien yang datang berobat kesini hanya menderita penyakit ringan seperti

demam, influenza, sakit kepala, atau diare. Jadi pemeriksaan pasien lama tidaknya tergantung gejala penyakitnya, tidak bisa juga lama-lama memeriksa pasien karena akan memperpanjang antrian dan pasien lain bisa lebih lama menunggunya” (Informasi 45, wawancara, 15 Maret 2013).

Sesuai dengan keterangan tersebut, juga ditambahkan informasinya oleh salah seorang perawat yang bertugas melakukan pemeriksaan tensi darah yang bertempat didepan ruang periksa (pasien yang memiliki keluhan penyakit sebelum masuk ke ruang periksa dokter, terlebih dahulu diperiksa tensinya), dari hasil wawancara diperoleh informasi sebagai berikut:

“Pasien yang datang ke Puskesmas ini pak, macam-macam perilakunya, semenjak diberlakukannya pelayanan kesehatan gratis dengan adanya kartu Jamkesmas, dan Jamkesda jumlah pasien yang berkunjung ke Puskesmas meningkat drastis, dibandingkan dengan sebelum adanya kebijakan pelayanan kesehatan gratis itu. Memang pada umumnya pasien yang datang menderita penyakit tertentu baik yang berat maupun ringan, selain warga yang berkunjung dalam keadaan sehat misalnya yang meminta surat keterangan sehat, atau yang mau diimunisasi. Tetapi selain itu ada juga warga yang ke Puskesmas sebenarnya mereka tidak sakit tetapi hanya merasa sakit. Tapi karena mereka sudah datang ke Puskesmas ya, mereka harus

dilayani pak. Karena kalau tidak kita bisa didemo atau dipanggilkan wartawan”. (Informasi 46, wawancara, 15 Maret 2013).

Lebih lanjut ditambahkan oleh salah seorang perawat lainnya yang berada disamping petugas tadi, dengan menimpali pembicaraan rekan kerjanya mengatakan sebagai berikut:

“menurut saya pak, kami disini sudah memberikan pelayanan yang cukup baik, secara maksimal sudah kami upayakan untuk memberikan pelayanan secara optimal kepada warga. Usaha tersebut dilakukan dengan selalu mengevaluasi kinerja pelayanan kami setiap minggu untuk melihat apa kekurangan-kekurangan kami dalam melayani, selain itu ada juga kotak saran dan penyampaian pengaduan warga jika mendapat pelayanan yang kurang baik melalui sms. Namun juga tetap saja ada kritikan dan ketidakpuasan warga dalam menerima pelayanan. Coba kita lihat pak ada itu surat pembaca di Koran “Tribun Timur” yang menulis tentang ketidakpuasannya menerima pelayanan di Puskesmas ini, padahal faktanya sebenarnya tidak begitu pak, pasien tersebut mau mendapat perlakuan khusus. Dan kalau ada kritikan seperti itu, kami disini petugas yang selalu disalahkan masyarakat tidak hanya itu tetapi kami juga disalahkan oleh pimpinan” (Informasi 47, wawancara, 15 Maret 2013).

Terkait dengan informasi di atas yang mengatakan bahwa ada juga pengunjung Puskesmas yang sebenarnya tidak sakit tetapi hanya merasa sakit. Dengan melihat gejala seperti itu, disinilah biasa dokter tidak melakukan pemeriksaan secara mendetail kepada pasien yang bersangkutan sehingga biasanya hanya sebentar saja berada dalam ruang periksa. Sehubungan dengan gejala tersebut, dari pengamatan dan wawancara dengan pasien diperoleh informasi bahwa warga masyarakat memang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat secara maksimal, sebagaimana diutarakan oleh seorang warga masyarakat dari hasil dialog sebagai berikut:

“Pengamat (P): sudah sering berobat disini pak?

Warga (W): iya selalu, karena sy sudah terdaftar disini,

P : sakit *apaki?*

W : *iy*e agak batuk-batuk, sudah dua hari ini tapi belum sembuh

P : kita sudah minum obat batuk, kan banyak dijual di warung-warung?

W : *belumpi, itumi* saya kesini berobat karena tidak *dibayarji*, kalau di luar berarti saya harus beli lagi pak. Kalau disini semua tidak dibayar, *diperiksami* dokter dan juga ada obatnya semua tidak dibayar yang penting *bawaki* kartu. Kalau saya KTP saja sama kartu keluarga saya bawa, *dilayanimiki*.

P : oooo, begitu pak.

P : berarti setiap ada keluhan *sakitta*, pasti *kesiniki* berobat?

W : iye, tidak hanya saya, tapi istriku dan anak-anak juga pasti saya bawa kesini kalau *sakitki*. Yang penting kalau warga disini, ada kartunya mudah sekali berobat, dan pasti *dilayaniki*.

P : berarti *bagusji* pelayanannya Puskesmas pak?

W : iya pak, kita juga biasa kalau dikasi obat belum habis obatnya kita sudah sembuh. Jadi sisa obatnya bisa kita simpan-simpan untuk persiapan kalau misalnya sakit lagi. Dan kalau masih belum sembuh *datangki* lagi.

(Informasi 48, wawancara 21 Maret 2013).

Gambaran tentang penyelenggaraan pelayan Puskesmas di atas memperlihatkan bahwa warga tidak segan-segan atau ragu-ragu lagi untuk berkunjung ke Puskesmas kalau mereka merasa ada keluhan penyakitnya. Perilaku warga seperti itu tidak lain disebabkan karena pelayanan pada Puskesmas tidak lagi berbayar. Sehubungan dengan itu, komentar seorang petugas Puskesmas mengatakan bahwa “warga sekarang ini sangat manja, sakit-sakit sedikit seperti influenza biasa karena masuk angin, atau sakit kepala karena kurang tidur. Mereka datang lagi ke Puskesmas mengeluh sakit dan minta diobati. Padahal sebenarnya penyakit itu akan hilang sendiri” (Informasi 49, wawancara, 21 Maret 2013).

Fenomena seperti ini sebagaimana dikemukakan oleh petugas Puskesmas dan juga seperti terlihat dari pengamatan terhadap beberapa warga yang berkunjung ke Puskesmas kelihatannya tidak sakit. Kondisi demikian itu yang menyebabkan jumlah pengunjung ke Puskesmas semenjak diberlakukannya pelayanan kesehatan gratis melonjak drastis, sementara pada satu sisi kemampuan sumber daya yang dimiliki Puskesmas (sarana dan prasarana) masih belum memadai. Sehingga para petugas Puskesmas harus pandai-pandai mengatasi dan mengendalikan tuntutan permintaan pelayanan dari warga masyarakat, yang memang harus selalu dipenuhi.

Perilaku mengabaikan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas tidak lain adalah cara mengendalikan jumlah orang yang dilayani terutama pelaksanaan pemeriksaan dan pengobatan. Dengan cara seperti ini diharapkan pasien yang tidak mengalami sakit serius tidak perlu datang ke Puskesmas untuk berobat, karena sebenarnya warga demikian itu masih bisa mengatasi sendiri sakit yang dirasakannya, yang sebenarnya bukan sesuatu penyakit. Karena banyaknya jumlah pasien yang berkunjung ke Puskesmas menyebabkan petugas agak kewalahan dalam melayani, sehingga beberapa pasien yang mesti ditangani secara teliti menjadi kadang-kadang hanya diperiksa penyakitnya ala kadarnya.

e. Perilaku Memberi Prioritas

Coping behaviors yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* sebagaimana terlihat sering muncul perilaku-perilaku yang memberi prioritas pada satu kegiatan atau program dibandingkan dengan kegiatan atau program lainnya. Sebagaimana diketahui program atau kegiatan di Puskesmas ada beberapa jenis kegiatan baik yang sifatnya kegiatan *indoor* maupun *outdoor*. Kegiatan yang sifatnya indoor terdiri atas kegiatan rutin seperti kegiatan konsultasi, pemeriksaan dan pengobatan pasien, pelayanan farmasi, pelayanan laboratorium, dan berbagai pelayanan lain yang dapat dilaksanakan di dalam kantor Puskesmas.

Kegiatan pelayanan yang sifatnya *outdoor*, meliputi kegiatan-kegiatan di luar ruang dimana para petugas harus datang langsung ke lapangan. Kegiatan luar ruang ini meliputi kegiatan puskesmas keliling, promosi kesehatan, survey masalah-masalah kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, kegiatan Posyandu, usaha kesehatan sekolah, penyuluhan, dan beberapa kegiatan lainnya. Kegiatan luar ruang ini kadang-kadang menyita waktu para petugas.

Selain kegiatan-kegiatan sebagaimana dikemukakan di atas, kegiatan lain yang dilakukan oleh petugas Puskesmas adalah kegiatan yang sifatnya administratif dan manajerial, dan juga beberapa kegiatan pengembangan personil. Kegiatan ini meliputi kegiatan pertemuan atau rapat dengan pimpinan pada Dinas Kesehatan atau dengan instansi terkait, rapat evaluasi, rapat koordinasi, dan banyak lagi kegiatan lainnya. Bagi pegawai

kadang-kadang ada kegiatan pengembangan seperti pelatihan, workshop, dan berbagai kegiatan pengembangan lainnya.

Terkait dengan penjelasan di atas, begitu banyaknya kegiatan yang harus dilaksanakan di Puskesmas, maka petugas atau tim kerja Puskesmas harus melakukan beberapa strategi-strategi supaya seluruh pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya dapat terlaksana secara minimal. Strategi yang diterapkan oleh petugas Puskesmas dalam melaksanakan programnya adalah dengan memberikan prioritas bagi program-program tertentu. Informasi yang diperoleh dari salah seorang Kepala Puskesmas dari hasil wawancara dijelaskan sebagai berikut:

“Memang di Puskesmas itu banyak sekali program dan kegiatan yang harus dilaksanakan, ... bisa kita lihat sendiri, dan semua kegiatan-kegiatan itu sebenarnya harus terlaksana. Tetapi masalahnya adalah program yang ada tidak bisa kami laksanakan secara simultan dalam waktu tertentu, karena faktor itu tadi ... kami masih kekurangan sarana dan prasarana terutama jumlah tenaga. Oleh sebab itu kami disini mengutamakan kegiatan-kegiatan yang memang sangat dibutuhkan masyarakat secara langsung” (Informasi 50, wawancara, 22 Maret 2013).

Kegiatan yang menonjol mengenai pelaksanaan program di Puskesmas yang setiap hari terlihat dilaksanakan yaitu pelaksanaan program

pengobatan dan konsultasi dokter, kegiatan-kegiatan ini meliputi pelayanan pada poli umum, poli gigi, pemeriksaan ibu hamil, balita atau kegiatan rawat jalan, pelayanan apotek, laboratorium, perawatan penyakit (rawat inap), pertolongan persalinan, pemberian rujukan, konsultasi dokter, dan pemberian keterangan kesehatan bagi yang membutuhkan. Selain kegiatan tersebut sebenarnya program kegiatan Puskesmas masih banyak lagi sebagaimana telah dijelaskan di atas.

Strategi memberi prioritas terhadap pelaksanaan program tertentu yang dilaksanakan oleh Puskesmas, sebagaimana terlihat dari pengamatan pada salah satu Puskesmas yang sudah berstandar ISO memperlihatkan Puskesmas ini sudah menerapkan secara minimal pelaksanaan pelayanan yang terstandarisasi, misalnya penerapan SOP (standar operasional prosedur) dalam pelayanan pada program pengobatan dan perawatan. Dan pelaksanaan pelayanan tersebut pada umumnya dinilai oleh warga sudah berjalan dengan baik, dan cukup memuaskan warga masyarakat yang ada. Sebagaimana penuturan warga yang diwawancarai diperoleh informasi sebagai berikut:

“Pelayanan di Puskesmas Batua, ini pak sudah bagus karena semua serba teratur semenjak ditangani oleh ibu...(Kepala Puskesmas) ini. Seperti ruang tunggu sudah cukup luas, ruang periksanya juga sudah ditambah dan dipisah-pisah ruang periksanya sesuai dengan penyakit pasien. Jadi kita merasa nyaman, sekalipun memang jumlah

pasien sangat banyak sehingga antrian juga panjang tapi bagi saya tidak ada masalah” (Informasi 51, wawancara 28 Maret 2013).

Terkait dengan penjelasan salah seorang warga di atas dari hasil pengamatan juga memperlihatkan bahwa Puskesmas tersebut memang sudah memberikan pelayanan yang cukup baik kepada warga masyarakat sesuai dengan komitmen pelayanan yang dibuat. Terkait dengan hal itu, dijelaskan oleh salah seorang staf Puskesmas sebagai berikut:

“Kami memang memprioritaskan pelaksanaan pelayanan kepada warga masyarakat khususnya pelaksanaan program pengobatan dan perawatan di Puskesmas seperti yang terlihat kami sudah membuat SOP, dan papan informasi terkait dengan pelaksanaan pelayanan, dan semua dibuat secara transparan seperti informasi tentang biaya pengobatan. Semua ini dilakukan karena sorotan utama warga terkait dengan pelayanan Puskesmas ada pada pelayanan pengobatan dan perawatan ini atau secara umum pelayanan yang dilaksanakan di dalam Puskesmas. Dengan kata lain wajah Puskesmas ada di kantor ini sehingga baik tidaknya tanggapan masyarakat terhadap kinerja Puskesmas tergantung pelayanan yang diberikan disini, sedangkan untuk program lainnya itu tidak atau kurang disorot oleh warga, walaupun ada kekurangannya masih bisa ditutupi” (Informasi 52, wawancara, 29 Maret 2013).

Penjelasan dari salah seorang staf Puskesmas sebagaimana tergambar di atas dapat diketahui bahwa kegiatan pelaksanaan program di Puskesmas dilaksanakan berdasarkan prioritas yang menjadi kebutuhan pelayanan warga masyarakat, atau berdasarkan tuntutan warga masyarakat. Dari hasil pengamatan yang dilakukan juga terlihat perhatian utama petugas Puskesmas adalah pelayanan dalam gedung terutama pengobatan, pemeriksaan dan perawatan pasien. Sedangkan program lainnya juga dilaksanakan tetapi biasanya dilakukan secara berkala.

Hasil pengamatan juga memperlihatkan bahwa beberapa program-program pelayanan kesehatan yang menjadi tugas pokok Puskesmas dilaksanakan secara periodik dan jika terdapat kasus-kasus tertentu terkait dengan pelayanan kesehatan, misalnya adanya kejadian gizi buruk yang menimpa salah seorang balita atau ditemukannya warga yang menderita sakit tertentu yang mendapat sorotan terutama jika dimuat pada media massa seperti surat kabar dan televisi. Maka atas dasar kejadian tersebut, biasanya kebijakan pimpinan Puskesmas memprioritaskan untuk mengatasi kejadian-kejadian yang menjadi sorotan itu.

Padahal semestinya hal itu tidak perlu terjadi, misalnya adanya kejadian gizi buruk atau busung lapar yang menimpa warga, karena salah satu kegiatan Puskesmas adalah melakukan promosi kesehatan kepada warga dan juga kegiatan kunjungan ke rumah-rumah warga untuk mengecek

kondisi lingkungan, upaya perbaikan gizi, dan kegiatan-kegiatan lain untuk menciptakan warga yang sehat. Hal ini tidak lain sebagai perwujudan fungsi Puskesmas sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata satu. Jika salah satu dari ketiga fungsi tersebut tidak terlaksana dengan baik maka akan berdampak pada pencapaian tujuan dari fungsi lainnya juga menjadi terganggu. Sebagai ilustrasi tergambar dari penjelasan salah seorang pegawai Puskesmas, yang mengatakan:

“bahwa fungsi Puskesmas itu saling bersinergi antara satu dengan yang lain, misalnya saja jika program promosi kesehatan tidak berjalan baik, maka bisa saja warga masyarakat tidak mengetahui apa itu hidup sehat, lingkungan sehat, dan kalau ini terjadi bisa menyebabkan banyaknya penyakit yang diderita oleh warga dan jika mereka sakit pasti mereka berobat salah satunya ke Puskesmas, dan kalau hal itu terjadi maka menjadi beban lagi bagi Puskesmas. Jadi sebenarnya banyaknya warga yang berkunjung ke Puskesmas bisa di atasi dengan meningkatkan derajat kesehatan warga, melalui penciptaan lingkungan yang sehat, hidup sehat, pengenalan tentang gizi. Hal itu merupakan tindakan preventif yang sebenarnya jauh lebih penting”. (Informasi 53, wawancara 7 Maret 2013).

Penuturan salah seorang staf Puskesmas tersebut memang cukup beralasan, karena indikator keberhasilan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada warga bukan dilihat pada banyaknya jumlah warga yang berkunjung ke Puskesmas untuk berobat maupun memperoleh perawatan. Tetapi yang lebih penting adalah bagaimana warga yang datang ke Puskesmas tidak terlalu banyak, tetapi kondisi warga yang ada pada wilayah kerja Puskesmas memiliki derajat kesehatan yang bagus. Sehubungan dengan itu, maka kegiatan utama Puskesmas yang terpenting adalah bagaimana mendorong warga masyarakat supaya memiliki kemandirian hidup sehat.

2. Memodifikasi Konsep tentang Pekerjaan

Memodifikasi konsep tentang pekerjaan yang akan maupun sedang dilaksanakan oleh birokrat *street-level* merupakan salah satu bentuk yang dilakukan oleh para birokrat dalam Puskesmas untuk mengendalikan atau mengatasi beberapa pekerjaan yang menjadi kewenangannya. *Street-level Bureaucrats* sangat menguasai pekerjaan yang dilakukan sehingga mereka biasanya menuntut kepatuhan kepada pasien, jika kepatuhan pasien rendah, cara lain yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* adalah membebankan biaya-biaya psikologis kepada warga yang mereka layani. Penjelasan mengenai bentuk-bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* pada Puskesmas diuraikan sebagai berikut:

a. Perilaku Memodifikasi Pekerjaan Sesuai dengan Kemampuan

Bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* salah satunya adalah memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan organisasi. Pada umumnya program-program yang banyak dilaksanakan oleh petugas Puskesmas adalah pekerjaan yang paling dikuasai dan mampu dilaksanakan karena adanya dukungan sumber daya yang memadai. Beberapa bentuk perilaku *street-level bureaucrats* dalam memodifikasi pelaksanaan program Puskesmas yang memang menurut pandangan pihak petugas Puskesmas hal ini bisa dilaksanakan tanpa mengurangi mutu pelayanan yang dilaksanakan. Salah satu contoh yang dipaparkan dalam hal ini adalah pelayanan pengobatan atau pemeriksaan pasien khususnya pasien rawat jalan.

Usaha kesehatan pokok yang dijalankan oleh Puskesmas seperti penyelenggaraan pelayanan pengobatan, pemeriksaan dan perawatan pasien. Ada beberapa bentuk pelayanan yang dilakukan disini yaitu pemeriksaan langsung dan pengobatan atau perawatan, selain itu ada juga pelayanan dalam bentuk konsultasi, permintaan surat keterangan sehat, dan pelayanan rujukan. Bentuk-bentuk perilaku petugas Puskesmas dapat berbeda antara satu dengan yang lain. Sebagaimana informasi yang diperoleh dari pengamatan yang dilakukan khususnya terhadap pelayanan pemeriksaan pasien, sebagaimana yang terlihat pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis kepada pasien dalam pemeriksaan yaitu pasien yang

memiliki keluhan penyakit yang sama biasanya mereka diperiksa secara bersamaan di ruang pemeriksaan, dari kasus ini ditanyakan kepada dokter yang menangani si pasien tersebut mengatakan bahwa:

“Dalam melakukan pemeriksaan pasien, kita disini kadang melakukan tindakan-tindakan dimana pasien merasa cepat dilayani, tidak dibiarkan menunggu lama apalagi kalau pada waktu tertentu jumlah pasien sangat banyak, salah satu cara yang dilakukan seperti mengumpulkan pasien yang memiliki keluhan penyakit yang sama dan jenis kelamin yang sama, tapi ini hanya untuk keluhan penyakit ringan seperti penyakit yang umum misalnya demam, batuk-batuk atau ISPA. Ini kami lakukan karena biasanya pasien tersebut bisa juga mengatasi sendiri penyakitnya tanpa harus ke dokter, tapi itu sifatnya kondisional, misalnya ada juga pasien yang harus diperiksa secara mendetail sampai memerlukan tes laboratorium sebelum diberikan resep obat” (Informasi 54, wawancara, 26 Pebruari 2013).

Penjelasan yang dikemukakan informan di atas memperlihatkan bahwa *street-level bureaucrats* pada Puskesmas melakukan modifikasi pekerjaannya karena merekalah yang paling mengetahui pekerjaannya dan menguasai tugasnya, bagi klien atau pasien yang dilayani harus patuh pada konsekuensi modifikasi pekerjaan tersebut. Pelayanan pemeriksaan atau pengobatan sebenarnya harus dilakukan sendiri-sendiri dimana pasien

ditangani secara perseorangan, tidak dilakukan pemeriksaan secara bersama-sama dengan pasien lainnya. Akan tetapi karena seringkali jumlah pasien sangat banyak, maka inilah salah satu cara yang dilakukan oleh petugas medis mengendalikan pelayanannya supaya warga tetap merasa dirinya terlayani sekalipun ada tindakan-tindakan di luar prosedur proses pelayanan yang semestinya dilaksanakan.

Adapun cara yang dilakukan oleh dokter dalam mengidentifikasi penyakit pasien yaitu melalui data rekam medis yang ada pada buku berobat, jika pasien itu sudah memiliki buku berobat. Dan informasi tentang penyakit pasien juga diperoleh dari perawat (paramedis) yang bertugas melayani pemeriksaan tensi darah sebelum pasien masuk ke dalam ruangan pemeriksaan. Dengan cara seperti ini petugas medis yang memeriksa pasien di ruang periksa dapat mempercepat penyelesaian tugasnya

Berdasarkan tindakan memodifikasi pekerjaan yang dilakukan oleh dokter dalam melakukan pemeriksaan pasien, ditanggapi oleh salah seorang pasien sebagai berikut:

“Dg. Caya (37 thn), mengatakan tidak ada masalah kita diperiksa secara bersamaan dengan pasien lainnya, daripada kita dipanggil satu-satu terlalu lama menunggu, apalagi didalam itu ada beberapa orang dokter. Jadi satu dokter biasanya langsung periksa dua atau tiga orang secara bersamaan, tapi kita juga dikasi obat sesuai dengan keluhan penyakitta” (Informasi 55, wawancara, 26 Pebruari 2013).

Tindakan pemeriksaan pasien yang dilakukan oleh dokter sebagaimana tanggapan pasien di atas, memperlihatkan bahwa *coping behavior* yang dilakukan oleh petugas Puskesmas tersebut sebagai cara untuk mengendalikan banyaknya jumlah pasien yang harus dilayani, hal itu ditanggapi positif oleh pasien itu sendiri. Kasus lain yang terlihat dari situasi ini adalah petugas medis ataupun para medis melakukan pemeriksaan pasien secara cepat dari hitungan pengamat terdapat pasien yang diperiksa kurang dari dua menit. Sementara itu hasil pengamatan yang dilakukan pada sebuah Puskesmas menetapkan dalam SOP-nya lama pemeriksaan seorang pasien tidak lebih dari lima menit. Beberapa kasus lain juga terlihat yaitu pelayanan pasien untuk pemberian surat rujukan, dari hasil pengamatan memperlihatkan beberapa pasien yang berobat pada Puskesmas langsung diberikan surat rujukan oleh dokter yang memeriksa, tanpa sebelumnya diberikan tindakan pengobatan oleh dokter Puskesmas. Mengenai hal ini, salah satu pasien yang ditemukan memegang surat rujukan diwawancarai dengan penjelasan sebagai berikut:

“iya, saya memperoleh surat rujukan karena saya meminta sama dokternya. Apakah dokternya tidak memeriksa ibu?,sambil tersenyum ...pasien ini menjawab...eehh, *tidakji* langsung saja saya sebutkan keluhan-keluhan *penyakitku* lalu saya meminta untuk dirujuk ke dokter ahli di rumahsakit, selanjutnya *dibuatkanmi* surat rujukan. Lebih lanjut dikatakan oleh si pasien...bahwa kitakan sudah kenal

dengan dokternya pak, sudah sering saya dan keluarga disini berobat, jadi sudah kenal dengan dokter yang sudah bertugas disini. Kecuali kalau ada dokter yang baru ditempatkan disini belumpi kita kenal” (Informasi 56, wawancara, 28 Pebruari 2013).

Informasi lain yang dikemukakan oleh salah seorang pasien yang berobat di Puskesmas Pampang yang mendapatkan surat rujukan, dari hasil wawancara dijelaskan:

“kami meminta surat rujukan, karena saya merasa lebih aman dan percaya kalau diperiksa di rumah sakit, apalagi disana yang periksa kita rata-rata dokter ahli, kalau memang keluhan *penyakitta* harus ditangani dokter ahli. Itulah mungkin kekurangannya disini (Puskesmas) karena tidak ada dokter ahlinya” (Informasi 57, wawancara, 28 Pebruari 2013).

Berdasarkan informasi tersebut memperlihatkan bahwa hal seperti itulah yang menjadi motif pasien untuk selalu meminta surat rujukan dari Puskesmas. Dari situasi ini, penjelasan di atas memberikan juga Informasi bahwa kadangkala dokter memanfaatkan situasi itu untuk memberikan tindakan cepat dalam melayani pasien yaitu dengan memberikan surat rujukan. Tidak hanya itu terdapat juga beberapa pasien yang meminta perpanjangan surat rujukan, ini terjadi jika seorang pasien yang sudah pernah

dirujuk dari Puskesmas untuk berobat ke rumah sakit, namun penyakitnya belum kunjung sembuh, biasanya mereka meminta lagi surat rujukan. Padahal sebenarnya pasien tersebut sebelum dirujuk lagi ke rumah sakit, perlu dilakukan tindakan pemeriksaan karena jangan sampai penyakitnya yang masih dirasakan sudah bisa ditindaki di Puskesmas.

Berdasarkan pengamatan terhadap tindakan yang dilakukan oleh dokter yang memberikan surat rujukan kepada pasien untuk melanjutkan tindakan pengobatannya ke rumah sakit, hal ini juga merupakan cara dokter untuk mengurangi jumlah pasien yang ditangani, apalagi jika pada hari tertentu ketika pengunjung Puskesmas jumlahnya banyak, biasanya pada saat seperti itu dokter mudah saja memberikan surat rujukan. Dari pengamatan juga terlihat ada pasien yang memanfaatkan situasi seperti itu.

Seperti halnya pemberian tindakan pelayanan oleh dokter secara cepat. Dijelaskan oleh salah seorang dokter sebagai berikut.

“Hal seperti itu kami lakukan, tidak lain memenuhi kewajiban kami dalam memberikan pelayanan. Perlu juga saya informasikan bahwa, sekarang ini masyarakat sudah sangat sadar dalam menggunakan hak-haknya, seperti dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan gratis. Mereka sudah tahu bahwa berobat di Puskesmas itu tidak dibayar. Namun persoalannya perilaku warga untuk mandiri dalam merawat keluhan penyakitnya atau menjaga kesehatannya menjadi berkurang semenjak berlakunya program kesehatan gratis ini. Karena

seperti yang kita lihat, mereka sakit-sakit sedikit ke Puskesmas lagi, yang lebih parah lagi biasa ada pasien belum habis obatnya yang dikasi sebelumnya..., eh dua hari kemudian datang lagi berobat dengan keluhan yang sama, “belum sembuh sakitku dokter”, itulah sebabnya mengapa ada pasien yang diperiksa lebih cepat seperti yang dilihat tadi, karena disini kewajiban kami melayani pasien, seperti kasus tadi tidak bisa kami menolak mereka. Kalau menolak mereka bisa ngomong kemana-mana dan kalau ini terjadi pasti kami petugas yang selalu disalahkan. Jadi kewajiban kami disini adalah melayani saja siapapun mereka tanpa melihat kondisi pasien sesungguhnya” (Informasi 58, wawancara 4 Maret 2013).

Fakta lain yang ditemukan dalam hal *coping behavior* yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam mengatasi keterbatasan sumber daya manusia dan sumber daya pendanaan yang dimiliki terkait dengan pelaksanaan beberapa program kesehatan seperti kegiatan promosi kesehatan dan program pengembangan pelayanan kesehatan. Sebagai contoh dapat dilihat kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh petugas yang dapat mencakup beberapa program dalam satu kegiatan yang dilakukan, sebagaimana hasil pengamatan yang digambarkan sebagai berikut:

“Pada salah satu kegiatan penyuluhan atau promosi kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas Batua terlihat dari satu kegiatan yang berlangsung didalamnya dapat dilaksanakan beberapa program,

seperti kegiatan penyuluhan tentang kesehatan lingkungan, pencegahan demam berdarah, dan penyakit-penyakit lainnya seperti flu burung. Sekaligus dalam waktu yang bersamaan juga dilakukan kegiatan pemberian asupan gizi bagi balita” (Informasi 59, Pengamatan, 7 Pebruari 2013 Pukul 09.00-12.00 Wita).

Berdasarkan kegiatan yang berlangsung sebagaimana hasil pengamatan di atas, hal itu tidak lain merupakan cara petugas Puskesmas untuk mengatasi keterbatasan-keterbatasan mereka dalam melaksanakan beberapa program, sehingga dilakukan modifikasi pekerjaan. Cara memodifikasi seperti ini pihak Puskesmas dapat melaksanakan program-program yang dapat terlaksana secara minimal. Apalagi program yang sifatnya penyuluhan atau promosi kesehatan tidak menjadi sorotan atau perhatian utama masyarakat sehingga jarang ada komplain yang diterima petugas jika kegiatan ini tidak terlaksana. Sebagaimana dijelaskan oleh salah seorang staf Puskesmas dikatakan sebagai berikut:

“Kegiatan yang kami laksanakan seperti itu sebenarnya untuk melaksanakan beberapa program yang tidak dapat terlaksana jika dilakukan secara sendiri-sendiri, karena jumlah petugas yang terbatas karena kalau itu dilaksanakan di luar Puskesmas, maka konsekuensinya pelayanan dalam Puskesmas bisa juga tertunda atau tidak maksimal karena petugasnya sebagian ke lapangan, selain itu

kegiatan seperti ini merupakan salah satu cara untuk mengatasi keterbatasan dana atau anggaran yang ada, karena kalau turun ke lapangan pasti butuh biaya lagi” (Informasi 60, wawancara, 7 Pebruari 2013).

Selanjutnya dijelaskan bahwa,

“Kegiatan penyuluhan atau promosi kesehatan seperti itu pelaksanaannya yang dirangkaikan dengan kegiatan lain seperti pemberian asupan gizi bagi balita, hal ini tidak lain adalah cara untuk mendatangkan warga untuk menghadiri kegiatan tersebut. Karena kalau tidak ada program seperti itu yang dirasa tidak menguntungkan terutama ibu-ibu biasanya warga malas datang, jadi kita rangkaian dengan kegiatan seperti pemberian asupan gizi tadi. Dengan cara seperti itu warga datang menghadiri penyuluhan sekaligus membawa balitanya. Biasanya kami berikan bingkisan seperti paket bubur susu salah satunya, itupun adanya paket ini biasanya kita bekerjasama dengan perusahaan-perusahaan sebagai sponsor” (Informasi 61, wawancara, 7 Pebruari 2013).

Mengenai keberadaan sponsor dari perusahaan tersebut dijelaskan lebih lanjut bahwa:

“dengan adanya perusahaan yang mau memberi sponsor untuk setiap kegiatan promosi kesehatan yang kami laksanakan, dirasakan sangat membantu program-program kami, karena terus terang ada beberapa kegiatan yang membutuhkan pendanaan sementara di satu sisi anggaran yang tersedia tidak mencukupi. Keberadaan sponsor itu sebenarnya tidak mengikat karena tidak ada juga kontrak kerjasama, sifatnya hanya insidental, kalau ada dari pihak perusahaan yang datang mau mempromosikan produknya kita tawarkan kegiatan seperti itu, biasa juga kita yang mengajak perusahaan untuk mempromosikan produknya biasanya dengan begitu pihak sponsor memberikan paket-paket kepada peserta...(Informasi 62, wawancara, 7 Pebruari 2013).

Fakta di atas memperlihatkan bahwa kreatifitas pimpinan Puskesmas sangat berperan dan menentukan keberhasilan Puskesmas melaksanakan berbagai program yang menjadi tugas dan fungsinya dalam pelayanan kesehatan. Karena selain itu, beberapa Puskesmas praktis tidak dapat melaksanakan program-programnya secara keseluruhan jika tidak mampu membuat jaringan dengan instansi-instansi lain baik perusahaan, organisasi kemasyarakatan, maupun kelompok-kelompok atau komunitas warga. Khusus dalam kerjasama dengan warga masyarakat dalam melaksanakan programnya, pihak Puskesmas membentuk kelompok kader Puskesmas

bersama-sama dengan tim Penggerak PKK di kecamatan atau kelurahan dalam wilayah kerja Puskesmas.

b. Perilaku Pemanfaatan Sumber Daya Manusia Secara Maksimal

Aspek ketenagaan pada Puskesmas menjadi faktor yang sangat urgen bagi keberhasilan pelaksanaan berbagai program Puskesmas dalam pelayanan kesehatan. Salah satu masalah yang menjadi kendala dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan pada Puskesmas di Kota Makassar adalah masih terbatasnya sumber daya manusia baik secara kualitas maupun kuantitasnya. Sehubungan dengan itu, untuk mengatasi hambatan tersebut pihak pimpinan Puskesmas berusaha semaksimal mungkin memanfaatkan potensi tenaga yang tersedia.

Ketenagaan pada Puskesmas, sebagaimana telah diuraikan pada Bab IV di muka, terdiri atas tenaga organik dan non-organik. Tenaga organik meliputi pegawai tetap (PNS) yang penempatannya pada UPTD Puskesmas sebagai salah satu unit kerja pada Dinas Kesehatan Kota Makassar, pegawai ini meliputi tenaga medis, paramedis, dan staf administratif. Selain pegawai tetap beberapa Puskesmas juga mempekerjakan tenaga nonorganik yaitu tenaga honorer atau pegawai kontrak, tetapi untuk tenaga ini jumlahnya hanya sedikit dan beberapa Puskesmas tidak memiliki tenaga nonorganik, karena tenaga ini kedudukannya sebagai tenaga sukarela yang harus diberikan insentif, sementara tidak semua Puskesmas mampu memberikan insentif secara wajar.

Ketersediaan tenaga pada Puskesmas sebagaimana sudah dijelaskan di atas, jumlahnya sangat terbatas sehingga hal ini cukup dirasakan sangat menghambat dalam mengefektifkan pelaksanaan program kegiatan yang ada. Sehubungan dengan keterbatasan tenaga yang ada, maka cara yang ditempuh oleh pimpinan Puskesmas adalah memanfaatkan tenaga mahasiswa atau siswa yang melakukan praktek lapang (PKL/KKLP) pada setiap Puskesmas yang ada. Sebagaimana dituturkan oleh seorang Kepala Puskesmas di Puskesmas Patingalloang berkaitan dengan pemanfaatan tenaga PKL mahasiswa dan siswa dari sekolah kesehatan tersebut, dijelaskan sebagai berikut:

“....dengan banyaknya siswa maupun mahasiswa dari sekolah/ perguruan tinggi kesehatan yang melakukan praktek pada Puskesmas, maka kami memanfaatkan tenaga mereka sambil mereka diajar atau dibimbing oleh tenaga staf yang ditunjuk. Keberadaan siswa dan mahasiswa PKL ini kami sangat terbantu dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan atau pekerjaan pada Puskesmas. Memang tidak semua bisa dikerjakan oleh adik-adik ini tetapi beberapa pekerjaan yang sifatnya membantu tugas tenaga medis dan paramedis sudah bisa mereka laksanakan (Informasi 63, wawancara, 22 Maret 2013).

Berdasarkan pengamatan terlihat beberapa siswa dan mahasiswa yang melakukan praktek pada Puskesmas ditempatkan pada hampir semua

unit-unit pelayanan Puskesmas, yaitu diperbantukan pada unit pendaftaran/registrasi pasien, unit pemeriksaan dan pengobatan, unit laboratorium, unit farmasi, dan unit perawatan jika Puskesmas bersangkutan memiliki ruang perawatan inap termasuk juga pada unit pelayanan gawat darurat (UGD) jika Puskesmas memiliki unit pelayanan tersebut.

Pemanfaatan tenaga-tenaga magang seperti itu dilakukan sebagai bentuk atau cara mengatasi kekurangan sumber daya manusia yang dimiliki oleh Puskesmas. Karena sebagaimana dituturkan oleh salah seorang staf Puskesmas bahwa dengan adanya tenaga magang ini cukup membantu dalam pelaksanaan pekerjaan. Sebagaimana terlihat dari hasil pengamatan para tenaga magang membantu tenaga medis untuk memeriksa tekanan darah pasien, melakukan penimbangan dan pengukuran tinggi badan, menyiapkan perlengkapan alat-alat kesehatan yang diperlukan dokter, membantu dalam melakukan pendaftaran pasien dan menyusun/menata buku-buku pengobatan (data rekam medis), dan membantu mencatat data pasien pada buku pendaftaran pasien, dan juga membantu pada berbagai kegiatan sesuai kebutuhan” (Informasi 64, Pengamatan, 8 Pebruari 2013).

Pada dasarnya pelaksanaan berbagai program Puskesmas tidak hanya dibebankan kepada petugas Puskesmas sendiri, melainkan Puskesmas dapat mendorong partisipasi masyarakat dalam mengelola kesehatannya secara mandiri. Program-program Puskesmas yang utama adalah program pencegahan penyakit. Oleh sebab itu program seperti ini

perlu dilakukan dengan melibatkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam berbagai kegiatan Puskesmas. Adapun cara yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam mendorong partisipasi warga yaitu dengan mengajak komunitas warga untuk menjadi kader Puskesmas. Kader Puskesmas tidak lain adalah tenaga bantuan yang terlatih dan bekerja secara sukarela yang direkrut dari warga masyarakat. Biasanya yang banyak terlibat disini adalah kalangan perempuan (ibu rumah tangga). Tenaga sukarela dari kalangan kader ini bekerja di lingkungannya dan terlibat dalam kegiatan-kegiatan promosi kesehatan, penyuluhan, dan kegiatan survai antisipasi terjangkitnya penyakit seperti pemantauan jentik nyamuk, pelayanan Posyandu, dan beberapa kegiatan lain yang membutuhkan tenaganya. Keberadaan kader ini memang dirasakan sangat membantu hanya saja persoalannya mereka kurang diberikan pembinaan.

Aktivitas para kader Puskesmas ini sangat membantu pelaksanaan tugas-tugas Puskesmas. Sebagaimana dikatakan oleh salah seorang staf Puskesmas sebagai berikut:

“para kader Puskesmas tidak lain adalah warga yang sudah terlatih yang dapat membantu untuk melaksanakan beberapa program Puskesmas khususnya kegiatan di luar gedung Puskesmas. Mereka bekerja secara sukarela, pengetahuannya tentang pelayanan kesehatan diperoleh dari pelatihan-pelatihan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas. Dengan adanya tenaga kader ini diharapkan

warga masyarakat dapat mengelola atau membudayakan hidup sehat pada dirinya dan lingkungannya” (Informasi 65, wawancara 8 Pebruari 2013).

Berdasarkan informasi di atas, beberapa hal yang dapat digambarkan terkait dengan *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* ini adalah untuk menutup kesenjangan antara sumber daya yang tersedia dengan pencapaian tujuan program Puskesmas yang akan dicapai. Dengan cara seperti itu program-program Puskesmas relatif dapat tercapai dan direalisasikan secara minimal.

c. Perilaku Mengurangi atau Tidak Melaksanakan Beberapa Program

Jika diperhatikan kegiatan-kegiatan yang menjadi tugas Puskesmas secara garis besar meliputi dua kegiatan yakni *public care* dan *privat care*. *Public care* tidak lain merupakan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk melakukan pencegahan timbulnya berbagai penyakit atau sifatnya merupakan tindakan *preventif*. Sedangkan kegiatan yang bersifat *privat care* adalah kegiatan-kegiatan berupa pemberian tindakan pengobatan atau perawatan kepada pasien secara perseorangan, hal ini sifatnya tindakan individual yang diberikan kepada pasien, namun pelayanan yang dominan pada Puskesmas.

Berdasarkan kedua kegiatan tersebut berbagai program yang dapat dilaksanakan oleh Puskesmas dalam rangka pelayanan kepada masyarakat.

Pada kegiatan *public care*, program yang menjadi tugas pokok Puskesmas meliputi program promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, upaya kesehatan gizi masyarakat, sanitasi dan kesehatan lingkungan, dan program-program pengembangan Puskesmas antara lain meliputi pelayanan kesehatan mata, kesehatan jiwa, kesehatan lansia, kesehatan olahraga, kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan sekolah. Program pengembangan ini merupakan program tambahan yang dapat diprogramkan Puskesmas sepanjang sesuai dengan kebutuhan warga sekitar dan kemampuan sumber daya yang dimiliki.

Beberapa program pengembangan puskesmas sengaja tidak dilaksanakan oleh petugas Puskesmas dengan alasan bahwa tidak ada yang termuat dalam program tersebut yang menjadi kebutuhan masyarakat, dengan kata lain tidak kasus-kasus penyakit yang spesifik sehingga perlu dibuat adanya program pengembangan. Sebagaimana terlihat program pengembangan Puskesmas memang disebutkan dalam tugas pokok Puskesmas, tetapi dalam kenyataannya dalam masyarakat banyak kasus-kasus masalah kesehatan masyarakat yang sebenarnya bisa diangkat menjadi program pengembangan, tetapi hal seperti ini agak jarang dilakukan oleh Puskesmas.

Banyaknya program-program pelayanan kesehatan yang menjadi tanggungjawab Puskesmas, jika dibandingkan dengan ketersediaan sumber

daya yang dimiliki oleh Puskesmas, maka program tersebut menjadi mustahil untuk dapat dilaksanakan secara efektif dalam satu periode tahun anggaran tertentu.

Sebagaimana dituturkan oleh salah seorang petugas Puskesmas memberikan informasi sebagai berikut:

“Memang di Puskesmas banyak sekali program yang harus dilaksanakan terutama program-program yang bersifat pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk pelaksanaan program ini otomatis kami harus turun lapangan seperti kegiatan survailans harus diterjunkan beberapa petugas sesuai dengan trend penyakit yang ada, misalnya kalau ada kasus penemuan balita gizi buruk, pasti kita semua harus turun secara terpadu, begitu juga kalau ada kasus demam berdarah. Dan kalau itu terjadi pasti pelayanan di dalam Puskesmas menjadi agak terganggu, karena kekurangan petugas. Itulah sebabnya kami disini memilih-milih program seperti pelayanan kesehatan masyarakat yang dapat dilaksanakan, dalam penentuan program pelayanan itu kami juga memperhitungkan berbagai aspek terutama yang terkait dengan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas”
(Informasi 66, wawancara, 7 Pebruari 2013)

Pendapat lain dari salah seorang informan petugas yang diwawancarai yang bertugas pada Puskesmas yang berbeda terkait dengan

pengurangan beberapa program yang menjadi kewajiban Puskesmas dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk dilaksanakan, dari hasil wawancara diperoleh informasi:

“Cara lain yang dilakukan untuk mengurangi beban kerja adalah dengan melaksanakan semua program yang menjadi beban tanggungjawab Puskesmas dengan cara mengurangi frekuensi kegiatan. Misalnya saja pelaksanaan program upaya kesehatan sekolah (UKS) dimana program ini dilaksanakan dengan mengunjungi sekolah-sekolah yang ada dalam wilayah kerja Puskesmas, tetapi karena tidak mungkin semua sekolah dikunjungi apalagi kalau jumlahnya sudah banyak, maka yang dilakukan adalah cukup mengunjungi satu unit sekolah dalam satu tahun anggaran. Biasa juga untuk kegiatan penyuluhan kami mengundang warga datang ke Puskesmas. Kalau warga yang datang ke Puskesmas, maka akan banyak kegiatan penyuluhan yang dapat dilaksanakan” (Informasi 67, wawancara 7 Pebruari 2013).

Memperhatikan informasi yang diberikan oleh informan di atas dapat dikatakan bahwa *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* ini sifatnya sangat situasional. Karena perilaku mengurangi beberapa program yang menjadi program pokok sifatnya juga tidak tetap, artinya bisa saja pada tahun anggaran sekarang ada program yang tidak

dilaksanakan atau tidak diprogramkan namun pada waktu lain dilaksanakan. Dan hal seperti ini sering membuat petugas berusaha berkelit jika misalnya ada program yang tidak terlaksana dengan mengatakan bahwa “tidak ditemukan kasus-kasus penyakit sehingga tidak diprogramkan”. Dengan cara seperti ini sangat riskan untuk dilakukan pencegahan penyakit.

d. Perilaku Menyederhanakan Kegiatan

Penyederhanaan kegiatan merupakan salah satu bentuk coping yang banyak ditemukan dilaksanakan oleh petugas Puskesmas. Penyederhanaan kegiatan dilakukan untuk mengurangi dan menangani tekanan kerja yang muncul setiap saat. Cara penyederhaan juga memberikan kesan bahwa pekerjaan bisa terlaksana. Berikut penilaian informan terkait dengan berbagai bentuk penyederhaan pekerjaan yang dilakukan.

“Terus terang pak, kalau mau diikuti semua program-program Puskesmas yang ada, maka bisa-bisa kita bekerja disini 1 x 24 jam itupun mungkin tidak selesai. Pekerjaan di Puskesmas inikan banyak sekali, tidak hanya pengobatan dan perawatan. Sepengetahuan masyarakat hanya itulah pekerjaan Puskesmas, padahal yang pokok sebenarnya adalah pelaksanaan program kesehatan masyarakat, pekerjaan ini sebenarnya yang menguras banyak waktu dan tenaga karena kami harus turun lapangan secara tim. Itulah sebabnya pimpinan juga harus pandai-pandai mengatasi tuntutan pekerjaan itu

melalui berbagai cara seperti menyederhanakan pekerjaan. Misalnya saja kalau ada program turun lapangan, tidak hanya satu kegiatan yang dilaksanakan tetapi banyak kegiatan yang bisa jalan. Dengan cara seperti ini kita juga bisa menghemat penggunaan anggaran” (Informasi 68, wawancara 11 Maret 2013).

Berdasarkan informasi yang disampaikan di atas juga dibenarkan oleh salah seorang warga masyarakat, tepatnya kader Puskesmas yang sering mengikuti kegiatan-kegiatan lapangan Puskesmas, seperti penuturannya berikut ini:

“Pelaksanaan kegiatan Puskesmas khususnya pada beberapa program yang dapat dilaksanakan secara serentak biasanya pelaksanaannya dilakukan secara bersama-sama. Biasanya petugas kalau turun lapangan seperti kunjungan pada Posyandu dengan kegiatan penimbangan balita biasanya dirangkaian dengan beberapa kegiatan yang sejenis termasuk pemeriksaan ibu-ibu hamil dan pemberian asupan gizi. Selain itu juga secara bersamaan dilakukan survai lingkungan warga, kunjungan ke rumah-rumah warga untuk melihat perilaku hidup sehat warga. Jadi dengan cara seperti itu pak, petugas Puskesmas bisa melaksanakan beberapa kegiatan dalam waktu yang sama” (Informasi 69, wawancara 11 Maret 2013).

Kegiatan penyederhanaan pekerjaan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas seperti yang diutarakan di atas mensiratkan bahwa beberapa program Puskesmas yang menjadi tanggungjawabnya sebagaimana tujuan yang harus dicapai oleh UPTD Puskesmas ini yaitu supaya terlihat bahwa program-program yang ada sudah terlaksana. Apalagi jika sudah dibuktikan dengan adanya laporan kegiatan dan kunjungan lapangan, maka dianggap kegiatan atau program tersebut sudah terlaksana. Dengan demikian program tersebut dianggap jalan karena ada progresnya.

Biasanya petugas Puskesmas sangat antusias dan secara serius menangani suatu program jika hal itu menjadi sorotan publik. Misalnya pada beberapa kasus yang pernah mendapat pemberitaan media massa (surat kabar dan televisi) yaitu gizi buruk yang diderita oleh balita, dengan adanya kasus seperti itu karena mendapat sorotan maka biasanya dijadikan sebagai titik perhatian yang harus mendapat penanganan atau tindakan secara serius. Padahal sebenarnya kalau petugas rajin turun lapangan, maka kasus seperti itu tidak akan terjadi.

e. Perilaku Memaksakan Kepatuhan Pelanggan (Biaya Psikologis)

Birokrat *street-level* memiliki kekuasaan terhadap pekerjaannya. Lipsky mengatakan bahwa birokrat *street-level* bekerja pada suatu rutinitas, sehingga kadang-kadang menghindari pekerjaan-pekerjaan yang memerlukan pemikiran-pemikiran baru. Oleh sebab itu, jika diperhadapkan

pada suatu pekerjaan yang diluar kebiasaan yang rutin dilaksanakan, maka pada situasi seperti ini birokrat *street-level* berupaya mengendalikan pekerjaannya dengan menuntut adanya kepatuhan klien sesuai dengan keinginannya.

Ilustrasi berikut ini menggambarkan, bagaimana perilaku petugas Puskesmas dalam menghadapi pasien ketika seorang pasien menuntut untuk dilayani oleh petugas, dari percakapan yang terdengar antara pasien dan petugas yang terlihat juga dari pengamatan sebagai berikut:

“Pasien : eh, tertutupmi loket, jam berapamakah?....sambil mengetuk pintu loket pelayanan. *Tidak lama kemudian seorang wanita petugas puskesmas membuka sedikit pintu kamar loket tersebut, sambil berkata.....*

Petugas : sudah tutupmi loket bu, besok lagi kita datang.

Pasien : kan barupi bu, ditutup, (jam dinding di Puskesmas tersebut menunjukkan pukul 11.10. pada salah satu puskesmas yang diamati loket tutup jam 11.00). tolongmi bu.

Petugas : besok saja bu, karena dokternya juga sudah tidak terima pasien, apalagi sendiriki. Masih banyak itu pasien belum dilayani. Dokternya mau pergi rapat di dinas.

Pasien : sambil memohon untuk dilayani,

Petugas : besok saja bu, tapi kalau mauki tunggu duduk saja disitu (ruang tunggu pasien), sambil berlalu petugas menutup pintu kamar loket.

Selanjutnya, setelah percakapan selesai, dari pengamatan terlihat si pasien duduk sebentar, karena mungkin merasa tidak dipedulikan akhirnya si pasien pulang dengan wajah yang kesal. (Informasi 70, Pengamatan di depan loket pendaftaran pasien PKM Kassi-Kassi tgl 18 Pebruari 2013, Jam 10.30-12.00)

Berdasarkan informasi di atas memperlihatkan bahwa petugas Puskesmas memiliki kekuasaan dalam pekerjaannya dan memaksa kepatuhan para pelanggan (warga) yang mau dilayani untuk mentaati peraturan-peraturan yang berlaku di instansinya. Kalaupun terdapat pelanggan yang “ngotot” biasanya petugas bersikap tidak peduli (cuek) dan mengalihkan alasan penolakannya kepada pimpinannya, biasanya dengan perkataan “ini sudah aturan dari atas, *ketemuki* sama Kapus”. Dengan perilaku seperti itu, warga (pasien) yang berada pada posisi lemah tidak bisa berbuat apa-apa dan menyerah pada keadaan dengan mengikuti peraturan-peraturan yang sudah dibuat sendiri pada instansinya.

Terkait kasus sebagaimana diutarakan di atas, dengan adanya penolakan petugas terhadap pasien yang tidak mentaati (tidak patuh) pada

aturan Puskesmas sebagaimana ketentuan yang dibuat oleh Puskesmas.

Dari hasil wawancara dengan petugas loket diperoleh informasi:

“Sebenarnya mereka tidak ditolak pak, saya menganjurkan supaya datang besok saja, karena ketentuan Puskesmas disini jam tutup loket itu jam 11.00. sehingga kami juga disini akan ditegur pimpinan kalau tidak melaksanakan peraturan itu. Selain itu, setelah pelayanan pasien selesai, kami petugas loket juga mengerjakan pekerjaan lain jadi bukan berarti tidak ada lagi pekerjaan yang kita laksanakan disini, karena pekerjaan selanjutnya adalah memeriksa kembali data pasien, buku daftar pasien, mencocokkan kembali data pasien yang berobat dengan pencatatan pada buku pendaftaran, menyimpan dan merapikan buku berobat pasien pada lemari/rak kartu. Dan semua pekerjaan tadi harus selesai dan dilaporkan ke Kepala Puskesmas pada hari ini juga. Disini pencatatan pak, haruski hati-hati dan tidak boleh salah, karena kalau terjadi kesalahan akibatnya dana asuransi dan bantuan kesehatan bisa tidak dibayarkan” (Informasi 71, wawancara 18 Pebruari 2013)

Semua petugas Puskesmas memiliki peran sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing, apakah dia petugas medis, paramedis, petugas administrasi, laboran, tenaga farmasi, dan lainnya. Pada semua peran yang dilaksanakan oleh petugas Puskesmas tersebut, pada umumnya mereka

menghendaki adanya kepatuhan klien (pasien) terhadap segala ketentuan yang sudah diatur oleh Puskesmas.

Seperti halnya peraturan Puskesmas yang menghendaki kepatuhan pasien dalam mentaati jam berkunjung, hal itu tidak terlepas daripada kepentingan petugas Puskesmas sendiri untuk dapat melaksanakan lagi pekerjaan-pekerjaan lain yang sudah diprogramkan. Misalnya seperti sudah dijelaskan di atas, yaitu melakukan kunjungan lapangan dalam rangka pemantauan kesehatan masyarakat, kegiatan penyuluhan. Seperti yang dikatakan oleh salah seorang Kepala Puskesmas bahwa:

“Jika kami konsentrasi terus pada pelayanan dalam Puskesmas untuk pengobatan dan pemeriksaan, maka pelayanan lain di luar Puskesmas akan terabaikan, padahal pelayanan di luar Puskesmas itu tidak kalah pentingnya sesuai dengan tugas Puskesmas. Misalnya kalau kami kurang melakukan penyuluhan tentang hidup sehat, atau penataan lingkungan sehat, penyuluhan dan pemeriksaan status gizi anak, maka pasti jumlah pasien yang datang ke Puskesmas akan bertambah banyak. Padahal kita semua berharap kunjungan ke Puskesmas bagi orang sakit semakin berkurang yang datang cukup kunjungan sehat saja” (Informasi 72, wawancara 18 Pebruari 2013).

Pelayanan yang dilakukan oleh Puskesmas pada umumnya adalah penyakit-penyakit ringan, walaupun jika terdapat pasien yang menderita

penyakit yang cukup berat dan tidak dapat ditangani oleh Puskesmas, biasanya langsung dirujuk ke rumah sakit. Jadi posisi Puskesmas sebenarnya hanya memberikan pertolongan pertama saja. Peran utama Puskesmas adalah perawatan kesehatan masyarakat yang bertujuan supaya warga masyarakat lebih meningkat kemandiriannya dalam mengatasi masalah kesehatannya, oleh sebab itu kegiatan Puskesmas sebenarnya lebih condong kepada kegiatan promotif, preventif, tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif. Hanya saja persoalannya sekarang ini kegiatan Puskesmas lebih banyak kepada tindakan yang terakhir itu.

Persoalan ini sebenarnya dipicu oleh kebijakan pemerintah sendiri mengenai pelayanan kesehatan yang tidak berbayar (gratis). Seperti halnya di Kota Makassar pelayanan kesehatan dasar ini dibebaskan biaya oleh pemerintah untuk jenis pelayanan kesehatan tertentu. Dan pembiayaan pelayanan kesehatan ini dicover oleh pemerintah pusat melalui Jamkesmas bagi warga miskin, dan pemerintah daerah melalui Jamkesda jika bukan peserta Jamkesmas.

Adanya kebijakan kesehatan gratis itu merupakan suatu fenomena yang terlihat yaitu kemandirian warga dalam mengatasi masalah kesehatannya menjadi berkurang. Sebagaimana dituturkan oleh salah seorang petugas Puskesmas sebagai berikut:

“warga sekarang sangat manja pak, sakit-sakit sedikit seperti sakit kepala, influenza, demam biasa, batuk-batuk sehari itu langsung

datang ke Puskesmas. Begitu juga setelah ke Puskesmas sehari belum juga sembuh sakitnya mereka datang lagi mau diobati, macam-macam alasannya, dan kadang juga mereka bilang obatnya tidak cocok dan minta digantikan obatnya padahal obat yang sudah diberikan sebelumnya belum juga habis” (Informasi 73, wawancara 14 Maret 2013).

Posisi petugas pelayanan kesehatan sekarang ini berada pada situasi dilematis. Jika menghadapi pasien yang berperilaku seperti di atas, maka tidak ada jalan bagi petugas untuk menolak melayani. Mereka tetap harus dilayani, karena kalau tidak menjadi serba salah. Sementara disatu sisi petugas tidak memiliki mekanisme bagaimana cara memberi pengertian kepada pasien yang selalu mengandalkan pengobatan medis seperti itu. Oleh sebab itu cara yang ditempuh tadi melalui mekanisme *coping* yaitu memaksakan kepatuhan pelanggan, terutama kedisiplinan terhadap aturan.

J. Respon Warga Pengguna Layanan Puskesmas terhadap *Coping behaviors* oleh *Street-Level Bureaucrats*

Pada dasarnya *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas tidak diketahui oleh semua warga masyarakat yang menggunakan jasa pelayanan pada unit pelayanan tersebut. Bentuk *coping behaviors* oleh petugas Puskesmas

sifatnya sangat dinamis, karena tidak ada mekanisme tertentu yang selalu sama dengan mekanisme *coping* lainnya yang dilakukan pada Puskesmas yang berbeda atau Puskesmas lainnya. Sekalipun dalam Puskesmas yang sama tetapi waktu yang berbeda atau orang (petugas) yang berbeda bisa juga mekanisme coping yang ditampilkan memiliki perbedaan.

Sehubungan dengan itu pemaparan respon pengguna layanan terhadap *coping behaviors* petugas pelayanan kesehatan pada Puskesmas, secara khusus dilihat pada respons terhadap *coping behaviors* yang menguntungkan maupun merugikan pengguna layanan.

1. Mendistribusikan atau Menjajah Layanan

Pada bentuk *coping behaviors* birokrat *street-level* pada Puskesmas terdapat beberapa perilaku yang ada didalamnya yaitu:

a. Perilaku Membatasi Layanan

Pemaparan di atas telah dijelaskan bahwa *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* pada Puskesmas dalam membatasi layanan secara khusus diobservasi pada pelayanan tindakan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di Puskesmas. Pelayanan dalam Puskesmas untuk kegiatan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan mengikuti suatu proses atau alur pelayanan yang sudah dibakukan oleh masing-masing Puskesmas, yaitu prosesnya dimulai saat kedatangan pasien yang akan berobat dengan terlebih dahulu mendaftarkan diri pada loket registrasi (pendaftaran pasien) pada tahap ini pasien mengambil nomor antrian bagi

Puskesmas yang menyediakan nomor antrian, tetapi bagi Puskesmas lainnya pasien menyimpan kartu identitasnya (kartu berobat jika ada seperti kartu Jamkesmas, Askes, Jamkesda atau KTP/KK), kemudian selanjutnya menunggu giliran dipanggil petugas sesuai nomor urutnya. Tahap berikutnya setelah namanya dipanggil oleh petugas loket kemudian pasien menuju loket registrasi pada saat ini petugas meminta dokumen yang diperlukan dalam pelayanan kesehatan (seperti kartu berobat atau KTP/KK) untuk memperoleh pelayanan kesehatan gratis bagi warga yang berdomisili dalam wilayah kerja Puskesmas, sedangkan bagi warga yang bukan penduduk dikenakan biaya sesuai dengan ketentuan yang berlaku (sebesar Rp 10.000,-).

Setelah pasien teregistrasi (petugas mencatat data pasien pada buku besar yang tersedia sesuai dengan pertanggung jawaban jasa pelayanan yang ada) kemudian pasien dipersilahkan ke ruang pemeriksaan sesuai dengan penyakit yang diderita dengan terlebih dahulu petugas membawa buku pemeriksaan pasien ke ruang periksa, dan pasien menunggu giliran lagi sesuai dengan nomor antriannya. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter dilakukan tindakan medis sesuai keluhan penyakit pasien. Jika pemeriksaan dianggap cukup, dokter akan memberikan resep obat yang selanjutnya pasien menuju ruang farmasi (apotek Puskesmas) untuk mengambil obat. Tetapi jika dalam pemeriksaan dokter dibutuhkan analisis laboratorium terlebih dahulu maka pasien harus diperiksa di laboratorium, kemudian setelah itu kembali lagi ke ruang periksa dokter. Atau jika diperlukan

pengobatan lanjutan, maka pasien dapat diberikan surat rujukan ke rumah sakit, atau perawatan inap pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan tersebut.

Mekanisme pelayanan sebagaimana dijelaskan di atas melalui suatu proses atau prosedur yang sebenarnya singkat tetapi bisa memakan waktu yang cukup lama jika jumlah pasien yang dilayani cukup banyak dan jumlah tenaga (petugas) layanan kurang. Perlu diketahui bahwa kadangkala petugas layanan seperti dokter (tenaga medis) sewaktu-waktu tidak berada di tempat karena ada kegiatan kedinasan lain di luar Puskesmas. Oleh sebab itu dalam menghadapi situasi seperti banyaknya pasien yang harus dilayani setiap hari, maka mekanisme *coping* yang ditempuh oleh petugas untuk mengendalikan situasi adalah dengan membatasi layanan melalui pembatasan waktu pelayanan.

Coping behaviors dengan melakukan pembatasan pelayanan ini ditanggapi oleh pasien secara beragam, tetapi pada umumnya mereka menilai bahwa tindakan itu merugikan mereka. Sebagaimana pendapat salah seorang informan warga masyarakat dijelaskan sebagai berikut:

“sebaiknya pihak Puskesmas tidak melakukan pembatasan jam kunjungan pasien seperti yang ada sekarang loket buka hanya sampai jam 11. Semestinya dibuka saja pelayanannya sesuai dengan jam kantor (Jam 14.00), karena kita juga kalau pagi-pagi ada macam-macam urusan (pekerjaan yang mau diselesaikan). Biasa kita kecewa

pak, kalau datang kesini lewat jam 11, petugas sudah tidak mau lagi melayani” (Informasi 74, wawancara 26 Maret 2013).

Dari pemaparan informan di atas memperlihatkan bahwa warga masyarakat merasa dirugikan atau kecewa jika waktu pelayanan dibatasi yang tidak sesuai dengan jam kerja yang berlaku pada instansi pemerintah pada umumnya. Memang, sebagaimana terlihat pada umumnya warga masyarakat tidak mengetahui bahwa ada pembatasan jam pelayanan pada Puskesmas, sehingga tidak sedikit warga yang datang agak kecewa jika diperhadapkan dengan situasi dimana loket pelayanan sudah tutup. Sebagaimana dituturkan oleh salah seorang warga yang kecewa dengan mengatakan sebagai berikut:

“Kalau saya tahu begini lebih baik langsung saja ke dokter praktek. Masalahnya biasa juga kita datang pagi-pagi disini dokter belum datang, jadi kita menunggu lagi karena pasien sudah banyak yang antri. Sialnya, kalau kita datang agak siang loket pengobatan sudah tutup” (Informasi 75, wawancara 26 Maret 2013).

Penjelasan informan di atas jelas mengindikasikan adanya kerugian di pihak pengguna layana. Sekalipun demikian untuk mengatasi hal itu, bagi Puskesmas yang menyediakan jasa layanan Unit Gawat Darurat/UGD (pelayanan 24 jam), biasanya pasien tidak terlalu kecewa jika kebetulan loket

pelayanan sudah tutup, karena pasien yang terlambat ini langsung dialihkan ke unit pelayanan UGD. Kekecewaan pasien banyak dijumpai pada Puskesmas yang tidak menyediakan jasa layanan UGD tersebut.

b. Perilaku Menjajah Layanan

Perilaku menjajah layanan adalah bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* untuk mengendalikan atau mengatasi ketidakmampuannya dalam melaksanakan program-program Puskesmas secara simultan sebagaimana kegiatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Paparan pada penjelasan sebelumnya menunjukkan bahwa perilaku menjajah layanan ini terjadi karena banyaknya program yang harus dilaksanakan sementara pada satu sisi organisasi Puskesmas kurang memiliki sumber daya yang memadai untuk melaksanakan program yang ada, sehingga langkah yang ditempuh adalah melakukan penjajahan layanan dengan cara melaksanakan program-program tertentu sesuai dengan tugas dan fungsi Puskesmas yang dianggap sangat mendesak untuk dilaksanakan.

Perilaku menjajah layanan ini dilakukan oleh petugas Puskesmas dengan memperhatikan urgensi daripada program dan kebutuhan mendesak dari warga masyarakat terhadap layanan kesehatan yang diinginkan. Sebagaimana dijelaskan oleh salah seorang petugas Puskesmas dikatakan sebagai berikut:

“Porsi utama pelayanan kami disini adalah pelayanan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan pasien yang berkunjung ke Puskesmas. Ini

kegiatan rutin kami yang tidak boleh salah-salah, karena menjadi sorotan utama warga masyarakat” (Informasi 76, wawancara 28 Maret 2013)

Berdasarkan penjelasan di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar waktu petugas pelayanan Puskesmas dihabiskan pada pelayanan pengobatan dalam Puskesmas, porsi untuk pelayanan di luar gedung Puskesmas seperti melaksanakan promosi kesehatan, pencegahan penyakit, kesehatan lingkungan, upaya peningkatan gizi, dan program pengembangan seperti upaya pelayanan kesehatan komunitas misalnya upaya kesehatan sekolah menjadi jarang dilaksanakan.

Tanggapan responden mengenai perilaku menjatah layanan yang dilakukan oleh Puskesmas khususnya terkait dengan pelayanan pengobatan dikemukakan sebagai berikut:

“Saya kira pelayanan Puskesmas disini (PKM Batua) sudah bagus pak, jika dibandingkan dengan Puskesmas lainnya di Makassar ini. Tempatnya cukup bagus dan luas sehingga kita merasa nyaman, apalagi petugas yang ada seperti dokter dan perawatnya cukup banyak, sehingga kita tidak terlalu lama menunggu. Memang jumlah pasien cukup banyak kalau disini, karena banyak juga pasien yang

bukan warga disini yang datang berobat” (Informasi 77, wawancara 13 Maret 2013).

Hasil pengamatan pada lokasi Puskesmas dimana informan tersebut diatas diwawancarai memang memperlihatkan penataan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas sudah cukup bagus bahkan keistimewaan daripada Puskesmas ini adalah sudah memiliki ruang perawatan inap. Jadi pasien yang perlu dirawat tidak perlu dirujuk ke rumah sakit sepanjang masih bisa diatasi oleh Puskesmas, dan yang paling banyak menggunakan ruang perawatan ini adalah ibu-ibu yang melahirkan. Sistem pelayanan pada Puskesmas sudah dibuat sedemikian rupa yang dianggap sudah memenuhi persyaratan pelayanan sebuah unit pelayanan masyarakat. Misalnya standar pelayanan pada Puskesmas ini sudah memiliki SOP (Standar Operasional Prosedur).

Melihat apa yang dilakukan oleh petugas Puskesmas sebagaimana digambarkan di atas, baik pada penyediaan fasilitas, alokasi waktu pelayanan petugas pada program pengobatan dengan berbagai kegiatannya seperti poli umum, poli gigi (rawat jalan), apotek, unit gawat darurat (UGD), Perawatan Penyakit (rawat inap), dan pertolongan persalinan (Kebidanan), kesemuanya itu direspon baik oleh warga masyarakat. Sehingga kinerja pelayanan kesehatan Puskesmas lebih terukur pada pelayanan pengobatan ini. Oleh sebab itu dari sisi perilaku menjatah layanan ini dinilai cukup menguntungkan

bagi warga masyarakat yang memanfaatkan pelayanan Puskesmas. Hal ini disebabkan karena kebutuhan utama warga masyarakat pada umumnya adalah pelayanan pengobatan. Sementara dari sisi petugas pelayanan (Puskesmas) memperoleh keuntungan dari situasi ini yaitu penilaian kinerja yang baik (prestise).

c. Perilaku Memberi Perlakuan Khusus

Coping behaviors yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* pada Puskesmas salah satunya adalah memberi perlakuan khusus. Perilaku ini muncul biasanya ketika ada kasus yang mendapat sorotan dari publik. Kasus-kasus yang pernah muncul di Kota Makassar terkait dengan tugas Puskesmas ini seperti adanya balita menderita busung lapar, terjangkitnya demam berdarah dan beberapa jenis penyakit menular lainnya.

Memberi perlakuan khusus dilakukan oleh petugas Puskesmas dengan cara perhatian lebih banyak dicurahkan pada beberapa kasus-kasus yang mendapat sorotan publik jika itu terjadi. Kegiatan-kegiatan seperti ini biasanya dilakukan secara insidental jika ada kasus yang mendapat sorotan publik, namun jika hal itu terjadi biasanya fokus perhatian petugas Puskesmas terfokus pada kasus-kasus tersebut. Dan biasanya hal ini dilakukan dengan kendali dari Dinas Kesehatan Kota Makassar, sehingga kegiatan ini sifatnya terpadu.

Tanggapan warga masyarakat terhadap perlakuan khusus yang dilakukan oleh petugas Puskesmas cukup beragam, sebagaimana dituturkan oleh salah seorang informan sebagai berikut:

“Sebenarnya kalau ada kejadian-kejadian seperti ditemukannya balita menderita busung lapar sebenarnya hal itu tidak perlu terjadi kalau petugas Puskesmas betul-betul aktif melakukan pemantauan (pelacakan gizi buruk), tetapi karena hal seperti itu mungkin jarang dilakukan sehingga muncullah kejadian seperti itu” (Informasi 78, wawancara 6 Maret 2013).

Sementara pandangan dari pihak petugas mengenai perlakuan khusus jika ada kejadian-kejadian yang menjadi sorotan publik, dijelaskan sebagai berikut:

“Biasanya hal seperti itu kadangkala muncul dari pemberitaan media surat kabar, kalau ada hal seperti itu memang kamilah para petugas yang selalu disalahkan karena menjadi sorotan masyarakat dan dianggap pelayanan Puskesmas tidak bagus. Padahal sebenarnya jujur saja kami disini sudah maksimal memberikan pelayanan, tetapi karena jumlah petugas yang terbatas maka kunjungan ke lapangan tidak terlalu sering dilakukan. Kalau ada kasus seperti itu tidak seharusnya kesalahan dilimpahkan kepada petugas Puskesmas, bisa juga itu kelalaian dari orangtua anak bersangkutan karena tidak pernah membawa anaknya ke Puskesmas atau ke Posyandu untuk

dikontrol status gizinya, padahal untuk program seperti tidak ada biaya kalau diperiksa disini.

Lebih lanjut dijelaskan, Jika ada kasus seperti itu biasanya kita lakukan pemantauan secara serentak dan terpadu atas perintah Kepala Dinas Kesehatan dalam wilayah kerja Puskesmas. Kalau kegiatan ini dilakukan, ya..konsekuensinya pelayanan pengobatan seperti rawat jalan bagi pasien yang berkunjung ke Puskesmas menjadi berkurang dan biasanya waktu pelayanan di Puskesmas di kurangi karena petugas sebagian turun ke lapangan” (Informasi 79, wawancara 6 Maret 2013).

Perilaku memberi perlakuan khusus juga terjadi pada pelaksanaan program pengobatan yaitu pada pelayanan rawat jalan. Pada salah satu Puskesmas ada perbedaan perlakuan pelayanan antara orang lanjut usia dan orang yang menderita penyakit khusus yang rawan menular (seperti penyakit Kusta dan TBC) dengan pasien yang menderita penyakit relatif ringan. Untuk kasus seperti ini bagi orang tua lansia diberikan dispensasi atau kemudahan supaya tidak antri bersama-sama dengan pasien lainnya terutama pada saat antri pada loket registrasi, begitu juga pada saat perawatan.

Respon warga terhadap perilaku memberi perlakuan khusus sebagaimana dikemukakan di atas, ditanggapi secara beragam. Untuk kasus memberi perhatian lebih pada pelaksanaan program tertentu direspon negatif

oleh beberapa informan karena berdampak pada pelaksanaan pelayanan rawat jalan yang terbatas waktunya karena kurangnya petugas medis maupun paramedis yang memberikan pelayanan. Sementara pada kasus pemberian perlakuan khusus bagi orang tua lansia maupun pasien yang menderita penyakit tertentu yang rawan menular direspon positif oleh pasien lainnya karena hal itu cukup dimaklumi kondisinya.

d. Perilaku Mengabaikan

Coping behavior yang dilakukan oleh petugas pelayanan kesehatan di Puskesmas dalam bentuk perilaku mengabaikan, terlihat pada beberapa bentuk perlakuan yang sifatnya kondisional atau yang disebabkan oleh keadaan tertentu. Misalnya jika menghadapi pasien yang banyak mengetahui tentang pelayanan, atau yang melakukan komplain terhadap pelayanan yang diberikan, maka pada situasi itu sering muncul perilaku petugas yang mengabaikan pasien bersangkutan. Pada salah satu Puskesmas yang ada di daerah ini, jika ada warga yang komplain atas pelayanan biasanya ditangani secara khusus dan diarahkan pada ruang pengaduan, hal ini dilakukan supaya tidak mengganggu pelaksanaan pelayanan. Dokter atau petugas medis yang bekerja pada poli pemeriksaan biasanya tidak menanggapi komplain yang dilakukan oleh warga.

Adanya komplain yang dilakukan oleh warga penerima layanan biasanya disebabkan karena mereka tidak mengetahui informasi yang terkait

dengan layanan yang diberikan, sebagaimana dituturkan oleh salah seorang pegawai Puskesmas sebagai berikut:

“kadang-kadang memang biasa terjadi ada warga yang protes dengan pelayanan yang diterima, macam-macam protesnya pak, seperti ada yang marah-marah kalau lama menunggu, ada permintaan khusus, dibebankan biaya, atau disarankan berobat ke Puskesmas lain. Memang sebagian ada warga seperti itu maunya saja yang dipaksakan diikuti tetapi tidak melihat aturan yang ada. Kalau ada yang begitu kita sabar saja menghadapi pak. Karena biasa warga seperti itu menganggap dirinya orang kuat (biasa menyebut-nyebut dirinya anggota partai, anggota LSM, atau orang dekat pejabat tertentu), biasa juga mereka mengancam kalau tidak diikuti maunya dia mau lapor ke media” (Informasi 80, wawancara 7 Maret 2013).

Penjelasan informan sebagaimana dituturkan di atas memberikan indikasi bahwa pasien yang datang berobat ke Puskesmas menginginkan suatu layanan yang dipersepsikan sama dengan yang mereka terima. Padahal tidak selamanya seperti, kalau hal demikian tidak diperoleh sesuai dengan harapannya, seolah-olah merasa pasien diabaikan. Sehingga timbullah komplain.

Pada kasus lain terkait dengan perilaku mengabaikan ini dapat dilihat pada proses interaksi antara petugas medis dengan pasien, seperti

pemeriksaan dokter yang dilakukan secara sepihak dengan tidak melakukan pemeriksaan secara mendetail dan dilakukan secara cepat. Rasa kecewa pasien dapat dilihat seperti penuturan salah seorang informan sebagai berikut:

“kita juga sebenarnya mau tahu apa penyakitnya, tapi biasa dokter bilang tidak apa-apa ini sudah itu dikasih resep, biasanya obatnya itu dua macam, saya juga tidak tahu obat apa. Kalau saya lihat pelayanan dokter ini sepertinya berusaha mempercepat pelayanannya dan menyelesaikan pekerjaannya” (Informasi 81, wawancara 18 Maret 2013).

Berdasarkan penjelasan di atas dapat dimaknai bahwa pasien merasa diabaikan oleh dokter (petugas medis) karena pasien mengharapkan adanya perhatian yang serius terhadap masalah penyakit yang dideritanya. Namun demikian ada juga pasien merasa senang kalau cepat diperiksa. Karena mungkin mereka merasa bahwa tidak ada penyakit serius yang diderita. Pada sisi yang lain yang paling banyak pasien merasa diabaikan kalau terlalu lama menunggu, pada kasus seperti ini menurut Lipsky merupakan beban biaya psikologis, apalagi kalau para pasien melihat dokter melakukan aktivitas lain yang tidak terkait dengan tugasnya dalam melayani pemeriksaan atau pengobatan pasien. Memang sering terjadi biasanya pasien sudah datang ke Puskesmas pagi-pagi, namun petugas masih

mengerjakan pekerjaan lain apalagi jika tiba-tiba ada rapat. *Coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas pelayanan terkait dengan perilaku mengabaikan itu direspon negatif oleh warga masyarakat penerima layanan.

e. Perilaku Memberi Prioritas

Memberi prioritas adalah salah satu bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dalam menjalankan tugasnya. Bentuk perilaku memberi prioritas dalam melaksanakan pekerjaannya yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* pada Puskesmas ada berbagai model yang dilakukan diantaranya adalah petugas Puskesmas lebih berkonsentrasi pada pelaksanaan program pelayanan tertentu, dan juga lebih konsentrasi pada pelaksanaan program yang mendapat sorotan dari warga jika terjadi kasus-kasus tertentu.

Perilaku memberi prioritas pada program pelayanan yang menonjol pada Puskesmas yang ada di Kota Makassar adalah pada pelaksanaan program pengobatan yang meliputi pelayanan rawat jalan, perawatan penyakit, bantuan persalinan (kebidanan), dan rujukan kasus. Untuk jenis pelayanan ini sudah menjadi pekerjaan rutin pada Puskesmas. Pada umumnya warga masyarakat beranggapan bahwa kegiatan Puskesmas hanya pada kegiatan-kegiatan pelayanan pengobatan saja, padahal sebenarnya kegiatan ini bukan satu-satunya kegiatan pokok Puskesmas, yang lebih utama kegiatan Puskesmas adalah pelayanan kesehatan komunitas. Tetapi karena pelayanan pengobatan ini yang paling diharapkan

warga masyarakat, maka Puskesmas yang ada di Kota Makassar ini berupaya semaksimal mungkin memberikan kepuasan kepada warga masyarakat melalui pelayanan pengobatan rawat jalan maupun perawatan penyakit jika Puskesmas bersangkutan menyediakan jasa pelayanan perawatan.

Respon warga masyarakat terhadap perilaku yang memberi prioritas kepada warga masyarakat yang membutuhkan pengobatan dan perawatan penyakit dinilai positif, karena hal ini dinilai sangat membantu warga masyarakat yang mengalami masalah terkait dengan penyakit yang dideritanya. Sebagaimana dikatakan oleh warga masyarakat sebagai berikut:

“Saya tidak tahu kalau Puskesmas itu punya kegiatan lain selain pelayanan yang diberikan di sini (Pengobatan dan perawatan) atau biasa juga ada kegiatan di Posyandu. Kalau saya pak, pelayanan yang disini saja yang diperhatikan karena banyak sekali warga yang membutuhkan, dan kami ini warga kecil sangat terbantu kalau berobat disini karena sudah tidak ada lagi pembayaran, bisa dikata semua pelayanan disini tidak dibayar termasuk obat-obatan yang dikasi tidak perlu dibeli” (Informasi 82, wawancara 18 Maret 2013).

Penjelasan informan di atas jelas menegaskan bahwa prioritas pelayanan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dengan mengutamakan pelayanan pengobatan dan perawatan direspon positif para warga. Dan warga masyarakat juga sebagian besar tidak mengetahui bahwa beberapa

program pelayanan kesehatan masyarakat merupakan fungsi atau tugas utama Puskesmas yang tidak kalah pentingnya dengan pelayanan dalam Puskesmas seperti pengobatan dan perawatan. Padahal sebenarnya pelayanan pengobatan dan perawatan merupakan pelayanan privat, sifatnya sangat spesifik dan individual. Sementara fungsi Puskesmas sebenarnya mengedepankan pelayanan kesehatan komunitas. Jika pelayanan kesehatan komunitas ini berjalan efektif, maka berbagai kasus-kasus penyakit bisa dihindari atau paling tidak bisa diminimalkan, sehingga hal ini berdampak pada pengurangan jumlah pengunjung pada Puskesmas.

2. Memodifikasi Konsep tentang Pekerjaan

Sebagaimana yang diungkapkan oleh Lipsky (1980) bahwa birokrat *street-level* sangat menguasai pekerjaannya karena melaksanakan pekerjaan-pekerjaan rutin, selain daripada itu karena menghadapi warga masyarakat secara langsung dalam melaksanakan tugas pekerjaannya, maka mereka juga berada pada situasi ketidakpastian dalam menghadapi tuntutan dan kebutuhan warga masyarakat yang berbeda-beda dan sangat dinamis.

Diperhadapkan pada situasi seperti itu, bentuk perilaku birokrat *street-level* juga sangat dipengaruhi oleh kepentingan pribadi dari setiap individu yang terlibat dalam pekerjaan-pekerjaan yang ada, dan juga kepentingan organisasi secara keseluruhan. Kepentingan-kepentingan

individu maupun organisasi sebagaimana yang terlihat adalah bagaimana merealisasikan dan mewujudkan kebijakan-kebijakan yang telah ditetapkan oleh organisasi di atasnya. Perwujudan atau realisasi dari sebuah kebijakan yang sudah ditetapkan merupakan performance yang baik bagi organisasi dan para birokrat yang ada didalamnya. Hal tersebut menjadi ukuran kinerja sebagai bentuk prestasi, namun jika tidak berhasil justru menjadi ukuran ketidakberhasilan mereka.

Sehubungan dengan itu perilaku *street-level bureaucracy* selalu berupaya semaksimal mungkin dengan berbagai cara untuk mewujudkan tujuan-tujuan organisasinya, sementara pada satu sisi mereka juga diperhadapkan pada situasi dimana mereka kekurangan sumber daya yang sangat mempengaruhi pelaksanaan program-program yang menjadi tanggungjawabnya. Sehubungan dengan kondisi tersebut *street-level bureaucracy* seperti halnya yang ada pada Puskesmas di Kota Makassar, melakukan berbagai cara yang ditempuh sebagai upaya mengendalikan dan mengatasi keterbatasan-keterbatasan maupun tuntutan pelayanan yang diinginkan warga masyarakat. Berdasarkan *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucracy* tersebut, berikut dapat dilihat respon warga masyarakat terhadap bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh birokrat *street-level* pada Puskesmas.

a. Perilaku Memodifikasi Pekerjaan Sesuai dengan Kemampuan

Perilaku yang terlihat oleh birokrat *street-level* dalam mengendalikan dan mengatasi keterbatasan akan sumber daya yang dimiliki terkait dengan pelaksanaan pelayanan kepada warga masyarakat yakni memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuannya, ada beberapa bentuk modifikasi pekerjaan disini antara lain, mengurangi waktu pelayanan, mengurangi frekuensi kegiatan, menggabungkan kegiatan, dan sengaja tidak membuat program atau kegiatan yang seharusnya dibuat dan dilaksanakan.

Dari berbagai bentuk modifikasi tersebut, dari penilaian warga masyarakat yang mendapatkan pelayanan dari Puskesmas ditanggapi beragam. Tetapi pada umumnya respon warga masyarakat ditanggapi negatif atau tidak menguntungkan dari sisi pelayanan yang diperoleh oleh warga masyarakat yang membutuhkan. Sebagaimana informasi yang diperoleh dari salah seorang informan warga masyarakat dijelaskan sebagai berikut:

“iya pak....saya lihat kadang-kadang petugas Puskesmas disini membuka loket pendaftaran agak lambat tetapi tutupnya cepat...., saya kira kalau begitu merugikan kami warga masyarakat. Biasa juga kita datang mau periksa tetapi petugas (perawat) bilang “tidak ada dokter”, dan kita disuruh lagi datang besok dengan alasan dokternya pergi pertemuan di dinas”. (Informasi 83, wawancara 18 Pebruari 2013).

Penjelasan informan di atas memberikan informasi bahwa kadangkala petugas melakukan kegiatan luar Puskesmas seperti promosi

kesehatan, sehingga kalau bertepatan pada saat adanya kegiatan promosi kesehatan maupun kunjungan lapangan yang dilakukan, maka pelayanan rawat jalan pada Puskesmas dikurangi waktunya. Sebagaimana terlihat kadang-kadang dokter (petugas medis) dan perawat serta tenaga paramedis lainnya mengurangi waktu pelayanan rawat jalan pada poliklinik di Puskesmas karena ada kegiatan lain yang akan dilaksanakan, dimana mereka harus turun lapangan melakukan peninjauan (survey) maupun melakukan kegiatan penyuluhan terkait dengan program promosi kesehatan. Pada situasi seperti ini pasti ada kegiatan lain yang dikurangi waktu pelayanannya, karena hal tersebut tidak dapat dilakukan secara bersamaan karena terbatasnya jumlah petugas.

b. Perilaku Pemanfaatan Sumber Daya Secara Maksimal

Salah satu penyebab birokrat *street-level* melakukan perilaku coping adalah karena terbatasnya sumber daya yang dimiliki organisasi dalam melaksanakan tugas pelayanan yang menjadi fungsinya. Kekurangan sumber daya seperti halnya yang terjadi pada Puskesmas di Kota Makassar tidak hanya sarana dan prasarana tetapi juga sumber daya manusia. Untuk menutupi kekurangan sumber daya manusia ini yang ada sekarang ini di Puskesmas dilakukan dengan berbagai cara seperti memanfaatkan tenaga sukarela, tenaga kontrak, dan tenaga siswa dan mahasiswa yang kerja praktek (magang) pada setiap Puskesmas. Supaya program-program

Puskesmas dapat berjalan secara minimal, maka terjadinya kekurangan tenaga tersebut tidak boleh dijadikan alasan untuk tidak melaksanakan program, seperti yang dijelaskan oleh salah seorang Kepala Puskesmas dikatakan sebagai berikut:

“Memang dirasakan hambatan utama dalam melaksanakan program-program pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah kurangnya sumber daya manusia, oleh sebab itu supaya semua kegiatan yang sudah diprogramkan, maka kami disini memanfaatkan secara optimal semua tenaga yang ada sesuai dengan kecakapan mereka masing-masing, dan para pegawai disini diharapkan saling mendukung dan membantu setiap rekan kerja yang membutuhkan sekalipun tidak dalam unit kerja yang sama, termasuk tenaga-tenaga seperti siswa dan mahasiswa magang (kerja praktek) disini juga dimanfaatkan tenaganya, memang tidak semua tapi kita pilih-pilih diantara mereka yang dianggap punya skill yang bagus” (Informasi 84, wawancara 22 Maret 2013).

Hasil observasi lapangan memperlihatkan, bahwa Kepala Puskesmas memang secara optimal memanfaatkan tenaga yang ada dalam Puskesmas. Namun hal ini tidak berarti bahwa petugas medis dapat digantikan perannya dengan tenaga lain yang tidak memiliki kecakapan sesuai bidangnya. Namun

dalam hal untuk mensupport tugas tenaga medis beberapa tenaga sukarela maupun siswa/mahasiswa magang juga diperbantukan pada pelayanan khususnya pelayanan rawat jalan. Jadi tugas tenaga sukarela tersebut tetap tidak menggantikan posisi tenaga medis yang ada tetapi hanya sebagai tenaga yang memberikan bantuan untuk pekerjaan-pekerjaan yang memang bisa ditangani oleh tenaga yang bersangkutan.

Menyikapi perilaku birokrasi yang dilakukan oleh pimpinan instansi dalam mengoptimalkan fungsi sumber daya manusia yang ada pada Puskesmas direspon positif oleh warga masyarakat terutama dalam pelayanan rawat jalan maupun perawatan inap yang ada pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan ini. Sebagaimana dijelaskan oleh salah seorang informan berikut:

“bahwa keberadaan tenaga-tenaga magang ini cukup membantu dan memperlancar pekerjaan dokter dan perawat karena adanya mereka ini kita tidak terlalu lama menunggu jika akan diperiksa dokter. Seperti yang kita lihat itu, sebelum masuk ruang periksa terlebih dahulu diperiksa tekanan darah, dan berat badan oleh adik-adik perawat itu (tenaga magang), jadi kalau sudah didalam (ruang periksa dokter) dokter langsung lihat kartu (buku berobat) kemudian diperiksa lalu diberikan resep” (Informasi 85, wawancara 19 Maret 2013)

Penjelasan informan di atas menunjukkan bahwa keberadaan tenaga sukarela (siswa/mahasiswa magang) pada Puskesmas memang dirasakan sangat membantu dan memperlancar tugas pekerjaan tenaga medis maupun paramedis yang ada. Tugas-tugas yang tadinya semua dilaksanakan oleh dokter sebagiannya bisa ditangani oleh tenaga lain sehingga dapat mempercepat proses pelayanan pasien. Dengan cara seperti ini antrian pasien tidak terlalu panjang dan menunggunya juga tidak terlalu lama.

c. Perilaku Mengurangi atau Tidak Melaksanakan Beberapa Program

Coping behaviors yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* seperti halnya di Puskesmas, untuk perilaku mengurangi pelaksanaan beberapa program dapat berwujud seperti frekuensi kegiatan yang dikurangi, misalnya kegiatan promosi kesehatan (penyuluhan) semestinya dilakukan sekali sebulan, kadang-kadang pelaksanaannya per triwulan. Sedangkan perilaku tidak melaksanakan beberapa program yaitu program yang ada dianggap tidak penting atau petugas menganggap bahwa tidak ada sesuatu yang perlu dilakukan pada program yang ada, apalagi jika misalnya tidak ada kasus-kasus yang spesifik yang muncul.

Sebagaimana diketahui program-program yang dilaksanakan di Puskesmas sangat banyak. Secara umum terdapat dua program yang menjadi tugas utama Puskesmas yaitu program pokok yang meliputi beberapa kegiatan seperti program promosi kesehatan, program P2M, program pengobatan dan perawatan, program kesehatan ibu dan anak,

program KB, program upaya peningkatan gizi masyarakat, program sanitasi dan kesehatan lingkungan.

Sedangkan program pengembangan atau biasa disebut program pelayanan kesehatan komunitas adalah kegiatan yang merupakan pengembangan program Puskesmas yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Puskesmas. Program ini dilaksanakan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat, misalnya program ini dapat meliputi pelayanan.

Berdasarkan pada banyaknya program dengan beberapa subprogram didalamnya, maka dapat dikatakan bahwa petugas Puskesmas tidak mampu melaksanakan semua program tersebut secara simultan, sebagaimana dikatakan oleh salah seorang petugas Puskesmas sebagai berikut:

“...memang banyak sekali program yang ada pada Puskesmas, dan program yang paling mudah dilaksanakan adalah pelayanan pengobatan dan perawatan pasien, ini saya katakan mudah karena pasien yang datang ke Puskesmas. Sementara program lain agak sulit dilaksanakan karena kadang-kadang kita harus turun lapangan melakukan survai, pemeriksaan, penyuluhan, dan pengambilan sampel di lapangan. Untuk kegiatan seperti itu kadang-kadang kita laksanakan tergantung pada munculnya kasus. Tetapi sebagai antisipasi biasa

sekali-sekali kita turun yang penting dari semua program yang ada terlihat ada yang terlaksana” (Informasi 86, wawancara 20 Maret 2013)

Berdasarkan informasi di atas, dari hasil pengamatan memang terlihat kegiatan utama yang dilaksanakan oleh Puskesmas adalah kegiatan pelayanan rawat jalan (pemeriksaan dan pengobatan) dan perawatan inap jika Puskesmas memiliki layanan perawatan. Sehingga warga masyarakat juga memiliki penilaian bahwa Puskesmas itu hanya tempat orang berobat atau memeriksakan keluhan penyakitnya. Sedangkan fungsi Puskesmas lainnya seperti pelaksanaan program pengembangan kurang diketahui oleh masyarakat, sehingga jika tidak terlaksana juga tidak akan mendapat sorotan dari warga masyarakat.

Terkait dengan pelaksanaan program pengembangan ini, sebagaimana dikatakan oleh salah seorang warga masyarakat (informan) yang ditanya terkait dengan kegiatan program ini yang dilaksanakan dikatakan sebagai berikut:

“saya tidak tahu kalau ada program-program seperti itu yang dilaksanakan oleh Puskesmas, setahu saya kegiatan Puskesmas..ya, seperti yang kita lihat ini, mengobati atau memeriksa pasien yang sakit kalau kita datang disini (Puskesmas)...., sakit apapun kita kalau kesini pasti diperiksa dokter sepanjang mampu ditangani Puskesmas kita dilayani, tetapi kalau tidak bisa ditangani disini, kita disuruh ke rumah

sakit dengan membawa surat rujukan” (Informasi 87, wawancara 25 Maret 2013).

Informasi di atas memberikan penjelasan bahwa memang program pengembangan ini tidak diketahui oleh warga masyarakat. Adanya situasi ini membuat petugas Puskesmas tidak terlalu antusias melaksanakan program-program pengembangan maupun program lainnya yang merupakan program pokok sehingga pihak Puskesmas juga kadang mengabaikan atau tidak melaksanakan beberapa program yang sebenarnya tidak kalah pentingnya dengan program lainnya. Sebagai contoh bisa dikemukakan disini yaitu munculnya kasus gizi buruk balita, kasus seperti ini sebenarnya tidak perlu terjadi jika petugas Puskesmas sering melakukan penyuluhan atau pelacakan balita gizi buruk, begitu pula dengan munculnya penyakit-penyakit menular lainnya. Kalau hal seperti itu dilaksanakan oleh petugas Puskesmas, maka jumlah orang yang berkunjung ke Puskesmas dapat berkurang.

Respon warga masyarakat terkait dengan perilaku mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program Puskesmas yang menjadi tugas pokoknya, sebagaimana informasi yang diperoleh pada umumnya warga tidak berpendapat merespon negatif atau positif, namun warga hanya mendukung jika memang ada program-program lainnya yang semestinya dilaksanakan oleh petugas Puskesmas bisa dilaksanakan. Tetapi yang terpenting oleh warga masyarakat adalah pelaksanaan pelayanan rawat jalan

maupun rawat inap kalau ada, itulah yang harus selalu ditingkatkan pelayanannya.

d. Perilaku Menyederhanakan Kegiatan

Menyederhanakan kegiatan dapat dimaknai sebagai kegiatan yang dilaksanakan oleh petugas Puskesmas yang menjalankan beberapa kegiatan dari beberapa program Puskesmas yang berbeda secara simultan, sebagaimana pepatah mengatakan "*sekali dayung dua tiga pulau terlampai*". Perilaku birokrasi penyelenggara pelayanan dalam menyederhanakan kegiatan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor penyebab, diantaranya disebabkan karena terbatasnya waktu, kurang memadainya anggaran yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan, kurang tersedianya tenaga pelaksana kegiatan, dan masih rendahnya partisipasi warga masyarakat dalam mendukung program-program Puskesmas.

Beberapa program yang dilaksanakan sebagai bentuk penyederhanaan kegiatan terlihat pada program-program promosi kesehatan. Pada program ini dapat dilaksanakan beberapa kegiatan secara bersamaan oleh petugas Puskesmas misalnya pada kegiatan penyuluhan dapat dilaksanakan beberapa kegiatan misalnya penyuluhan tentang gizi dan sekaligus bisa dilaksanakan penyuluhan tentang sanitasi lingkungan. Juga kegiatan lain bisa dilaksanakan seperti survai tentang berbagai sumber-

sumber penyakit menular. Sebagaimana dijelaskan oleh salah seorang informan dikatakan sebagai berikut:

“saya sering mengikuti beberapa program yang dilaksanakan oleh Puskesmas, misalnya kegiatan penyuluhan. Untuk pelaksanaan program ini memang dalam satu acara biasa dilakukan beberapa kegiatan, hal ini dilakukan karena agak sulit mengumpulkan warga untuk memperoleh informasi dari petugas Puskesmas, sementara kalau mau dikunjungi rumah warga satu persatu, saya kira hal itu sulit dilakukan karena petugas Puskesmas saya lihat sangat terbatas” (Informasi 88, wawancara 25 Maret 2013).

Berdasarkan informasi di atas yang disampaikan oleh salah seorang warga yang menjadi kader Puskesmas, bahwa pelaksanaan beberapa program seringkali melibatkan warga untuk terlaksananya kegiatan tersebut, sehingga petugas Puskesmas memanfaatkan betul jika ada kegiatan pengumpulan warga, maka pada saat itu bisa dilaksanakan beberapa program.

Sementara dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien rawat jalan, sering juga dijumpai perilaku-perilaku penyederhanaan kegiatan. Misalnya jika kebetulan jumlah pasien banyak dalam waktu-waktu tertentu biasanya dokter yang memeriksa tidak terlalu lama dan seringkali pasien dengan keluhan penyakit tertentu mereka langsung dirujuk ke rumah sakit.

Padahal ada beberapa pasien yang sebenarnya tidak perlu dirujuk, tetapi masih dapat ditangani oleh petugas Puskesmas.

Bentuk penyederhanaan kegiatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas pada dasarnya merupakan bentuk *coping behaviors* yang berusaha mengatasi dan mengendalikan keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki institusinya. Terkait dengan itu, respon warga masyarakat terhadap perilaku penyederhanaan kegiatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas pada prinsipnya beberapa warga menanggapi positif dalam arti mereka menerima saja, dan tidak mempersoalkan. Sebagaimana dijelaskan oleh warga sebagai berikut:

“Sebenarnya kita tidak terlalu mempersoalkan kalau ada cara untuk melaksanakan program yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam melaksanakan beberapa programnya secara bersamaan, yang penting bagi kami ini warga masyarakat adalah bagaimana upaya yang dilakukan oleh petugas agar kami yang datang berobat kesini dapat dilayani dengan baik dan cepat, itu saja harapan warga” (Informasi 89, wawancara 25 Maret 2013).

Penjelasan informan di atas menegaskan bahwa persepsi mereka tentang pelayanan Puskesmas adalah hanya pada pelayanan pengobatan saja, sementara jenis pelayanan lainnya yang sebenarnya tidak kalah pentingnya namun kurang diketahui oleh warga masyarakat. Oleh sebab itu

cara yang dilakukan oleh petugas dalam menyederhanakan pekerjaannya kurang ditanggapi sebagai salah satu bentuk cara pengendalian atau mengatasi banyaknya tugas pekerjaan yang harus dilaksanakan oleh petugas Puskesmas. Bagi warga masyarakat sendiri yang terpenting adalah pelayanan pengobatan dan pemeriksaan yang tidak boleh terabaikan.

e. Perilaku Memaksakan Kepatuhan Pelanggan (Biaya Psikologis)

Bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dengan cara memaksakan kepatuhan klien bertujuan supaya petugas Puskesmas tidak terlalu direpotkan oleh berbagai urusan-urusan terkait dengan pelayanan warga. Oleh sebab itu dengan cara seperti ini suka atau tidak suka warga harus patuh terhadap peraturan yang sudah dibuat oleh Puskesmas.

Ada beberapa bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam memaksakan kepatuhan kepada klien, diantaranya adalah menuntut kepatuhan klien terhadap waktu pelaksanaan pelayanan, mentaati prosedur yang telah ditetapkan melalui SOP jika ada, menerima keputusan yang telah dibuat oleh petugas medis atau petugas Puskesmas lainnya, dan menentukan sendiri program yang akan dilaksanakan.

Berbagai hal terkait dengan kemauan petugas Puskesmas supaya warga masyarakat mematuhi segala ketentuan-ketentuan yang berhubungan dengan peraturan yang dibuat oleh Puskesmas hal ini menimbulkan respon yang kadangkala kurang diterima baik oleh warga masyarakat. Sebagaimana

dipaparkan oleh salah seorang warga yang diwawancarai sebagai berikut:

“kami ini warga yang datang berobat ke Puskesmas, mendengar dan mentaati saja apa yang menjadi peraturan Puskesmas karena kalau tidak diikuti biasa kita tidak dilayani. Misalnya saja kalau datangki berobat disini tidak membawa kartu berobat atau KTP/KK, apalagi kalau pertama kalinya kita datang kesini mau berobat biasa kita disuruh pulang dulu ambil surat-surat, atau kalau tidak mau repot, ya harus kita membayar, katanya itu sesuai dengan aturan walikota” (Informasi 90, wawancara 26 Maret 2013).

Sesuai dengan informasi di atas dapat dimaknai bahwa pihak petugas menghendaki adanya kepatuhan warga terhadap aturan pelayanan yang telah dibuat oleh pihak penyelenggaran layanan (Puskesmas). Dalam kaitan ini, pihak klien (warga) berada pada posisi lemah dimana mereka tidak memiliki kekuatan atau daya tawar untuk menolak apa yang menjadi aturan pihak penyelenggara layanan, karena pihak klien berada pada posisi yang membutuhkan.

Kepatuhan warga masyarakat dalam mengikuti prosedur pelayanan yang telah ditentukan oleh pihak Puskesmas memberikan keuntungan bagi Puskesmas sendiri karena petugas Puskesmas dapat melaksanakan

tugasnya dengan lancar, tertib, dan tepat waktu. Sebagaimana dituturkan salah seorang responden sebagai berikut:

“Kami sudah membuat standar operasional prosedur dalam pelayanan seperti yang kita lihat itu, sebenarnya kalau warga mengikuti semua prosedur yang ada sesuai ketentuan, kami dapat mengerjakan tugas pelayanan dengan lancar dan pelayanan bisa cepat, hanya saja persoalannya masih banyak warga yang kurang mentaati prosedur yang sudah dibuat itu. Misalnya sudah ditentukan jam pelayanan loket hanya sampai jam 11.00 tetapi ada saja warga yang datang lewat dari jam tersebut dan kadang-kadang mereka tidak mau tahu bahwa loket sudah tutup dan biasanya memaksa untuk dilayani. Tidak hanya itu, pelayanan kesehatan gratis disini mutlak dibutuhkan adanya persyaratan administrasi seperti warga yang mau dilayani harus memperlihatkan kartu Jamkesmas, atau KTP/KK sebagai bukti bahwa mereka memang warga yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas, namun seringkali ada warga yang datang tidak membawa kartu berobat atau KTP/KK atau mereka berdomisili diluar wilayah kerja Puskesmas, kalau kejadiannya seperti ini sebenarnya tidak boleh dilayani tetapi disarankan untuk ke Puskesmas tempat mereka berdomisili. Hanya saja masalahnya warga bersangkutan tidak mau mengerti, yang penting dia harus dilayani.jadi dengan situasi seperti ini seolah-olah tidak ada gunanya standar prosedur pelayanan

itu dibuat karena semau-maunya saja warga. Dan celaknya kalau kami tidak melayani kamilah yang disoroti” (Informasi 91, wawancara 20 Maret 2013).

Informasi yang dipaparkan di atas menunjukkan bahwa pada setiap Puskesmas sudah ditentukan standar pelayanan masing-masing. Supaya pelayanan berjalan dengan lancar dan tepat waktu, petugas Puskesmas menghendaki adanya kepatuhan pasien terhadap seluruh proses dan prosedur pelayanan terutama pelayanan rawat jalan. Petugas beranggapan bahwa jika kepatuhan pasien rendah, maka pasti dampaknya pada kerugian bagi petugas Puskesmas karena mereka tidak dapat mengerjakan pekerjaan lainnya yang juga merupakan program Puskesmas yang harus diselesaikan. Oleh sebab itu dengan memaksakan kepatuhan pasien terhadap aturan Puskesmas, maka cara seperti itu merupakan salah satu solusi bagi Puskesmas dalam menghadapi banyaknya jumlah pasien yang harus dilayani setiap hari.

Perilaku memaksakan kepatuhan klien (warga masyarakat) terhadap peraturan Puskesmas kadangkala hal ini tidak dapat dilaksanakan secara konsisten oleh petugas, sebagaimana yang terlihat dari hasil pengamatan terhadap sikap petugas dalam memberikan pelayanan terutama bagi pasien yang dianggap tidak mematuhi aturan yang sudah ditetapkan oleh pihak Puskesmas bisa menjadi berbeda pelaksanaannya, misalnya ada pasien

yang menerima penolakan jika mereka dianggap tidak mematuhi aturan, dan ada juga pasien sekalipun dianggap tidak mematuhi aturan prosedur pelayanan yang ada namun tetap mendapatkan pelayanan.

Perbedaan perlakuan dari petugas dalam menghadapi klien seperti itu dapat disebabkan berbagai faktor. Misalnya jika ada pasien yang “ngotot” atau memaksakan keinginan, biasanya petugas dalam hal ini juga berkeras untuk tetap tidak melayani kecuali jika mereka benar-benar memiliki penyakit serius yang perlu ditangani segera, walaupun hal ini mendesak biasanya mereka dirujuk ke rumah sakit. Namun jika menghadapi pasien yang agak sabar biasanya petugas cukup merespon dengan baik. Begitu juga jika kebetulan pasien yang datang cukup dikenal atau memiliki keluarga pegawai Puskesmas mereka biasanya direspon baik, dan dilayani sepanjang masih ada dokter yang bertugas.

Pada beberapa Puskesmas yang ada di Kota Makassar yang menyediakan pelayanan perawatan dan pelayanan unit gawat darurat, jika ada pasien yang datang pada saat loket registrasi pelayanan sudah tutup biasanya mereka diarahkan pada pelayanan unit gawat darurat yang buka selama 24 jam. Tetapi kondisi ini kadangkala ada pasien yang tidak mau ditangani di pelayanan UGD kalau mereka lihat Puskesmas masih buka (masih dalam jam kerja), kecuali dalam jam kerja pada umumnya pasien menerima.

Terkait dengan perilaku memaksakan kepatuhan kepada klien oleh petugas Puskesmas ini pada umumnya warga masyarakat merespon secara negatif dalam arti mereka tidak dapat menolak apa yang sudah menjadi aturan Puskesmas, dalam hal ini warga masyarakat berada pada posisi subordinasi yakni mereka khususnya warga kurang mampu yang mendominasi pengguna layanan Puskesmas sangat tergantung pada pelayanan Puskesmas ini karena tidak adanya pilihan bagi mereka untuk berobat ketempat lain, sebab hanya Puskesmas beserta rumah sakit rujukan yang memberikan pelayanan kesehatan yang tidak berbayar. Sehubungan dengan itu warga masyarakat pengguna layanan Puskesmas akan tunduk pada peraturan Puskesmas, sekalipun diantara mereka ada juga yang mengeluh.

K. Pembahasan

Hasil penelitian ini memberikan konfirmasi pada teori yang dikemukakan oleh Lipsky terkait dengan *street-level bureaucrats* bahwa perbedaan konteks penelitian juga menimbulkan perbedaan *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats*. Sebagaimana diketahui Lipsky melakukan penelitian di negara maju (Amerika Serikat).

Hasil penelitian ini juga mengkonfirmasi beberapa teori-teori perilaku yang menyebutkan bahwa perilaku individu birokrat sangat dipengaruhi oleh latar belakang pribadi dari individu dan lingkungan organisasi. Sebagaimana terlihat karakter-karakter pribadi penyelenggara pelayanan kesehatan di

Puskesmas berbeda antara satu individu dengan individu lainnya. Misalnya terdapat pegawai yang mempunyai sifat dan keinginan untuk membantu (menolong) atau melayani dengan baik, sementara pada pegawai lainnya sangat ketat berpegang pada aturan sehingga dipandang sedikit menonjolkan kekuasaan atau kewenangan yang dimiliki atau berperilaku superior. Pandangan tersebut membenarkan teori perilaku yang dikemukakan antara lain oleh Gibson, Robbins, dan Ivancevich bahwa dimensi individu yang meliputi kemampuan intelektual dan fisik, serta karakteristik biografis seperti usia, gender, dan masa jabatan. Sedangkan Supriatna menambahkan terdapat dimensi nilai yang dianut oleh individu. Sementara untuk faktor lingkungan organisasi yang mempengaruhi pelayanan dapat dilihat pada karakteristik warga yang dilayani, dan peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah terkait dengan penyelenggaraan pelayanan.

Terselenggaranya pelayanan yang baik harus terdapat sinergitas antara petugas penyelenggara layanan dengan warga masyarakat yang dilayani. Pelayanan yang diselenggarakan oleh institusi birokrasi memiliki berbagai regulasi dan prosedur, oleh sebab itu untuk menjamin kelancaran penyelenggaraan pelayanan maka warga masyarakat harus mentaati ketentuan yang ada. Hal ini sejalan dengan argumentasi Denhardt dan Denhardt (2003) bahwa efektifnya penyelenggaraan pelayanan publik tidak hanya semata-mata yang berperan adalah pemerintah tetapi juga perlu partisipasi dari masyarakat. Pandangan ini juga membenarkan pendapat dari

Albrecht dan Zemke (1985) bahwa kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi dari berbagai aspek yaitu sistem pelayanan, petugas pelayanan, dan pengguna layanan (masyarakat).

1. Bentuk *Coping Behaviors* oleh *Street-Level Bureaucracy* dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas

Berdasarkan paparan hasil penelitian sebagaimana penjelasan di atas, maka pada bagian ini merupakan bagian analisis untuk melihat kaitan antara temuan hasil penelitian secara pragmatis dengan aspek teoritis. Sebagaimana penemuan hasil penelitian menunjukkan bahwa berbagai bentuk *coping behaviors* yang diperlihatkan oleh *street-level bureaucrats* khususnya oleh para birokrat penyelenggara pelayanan dapat dikategorikan atas dua bentuk perilaku yakni perilaku mendistribusikan atau menjatah layanan (*rationing service*) dan perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan (*modification of conceptions of work*). Dari kedua model perilaku *street-level bureaucrats* tersebut masing-masing didalamnya terdapat macam-macam dimensi *coping behaviors* yang muncul. Macam dimensi perilaku yang muncul itu menunjukkan adanya perbedaan perilaku antara individu yang satu dengan individu lainnya ketika memberikan pelayanan kepada warga, artinya perilaku yang ditampilkan itu tidak bersifat permanen. Berdasarkan gejala seperti dapat dikatakan bahwa terdapat kondisi situasional yang membentuk perilaku para birokrat *street-level* tersebut.

Sesuai dengan fakta yang menjadi temuan dalam penelitian ini memperlihatkan bahwa adanya perbedaan-perbedaan *coping behaviors* yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* tersebut semakin menegaskan bahwa hal ini sejalan dengan teori perilaku yang mengatakan bahwa perilaku individu sebenarnya merupakan sebuah akibat dari interaksi individu bersangkutan dengan berbagai dimensi yang ada disekitarnya. Perilaku individu pada setiap situasi bisa saja berbeda karena kondisi lingkungan yang berbeda. Hal ini sejalan dengan pendapat dari Gibson (1996), dan Thoha (2002), bahwa perilaku pada dasarnya adalah interaksi antara individu dengan lingkungannya. Artinya perilaku individu yang muncul sebagai akibat atau reaksi terhadap lingkungan. Lingkungan tersebut adalah segala sesuatu yang berada di luar diri setiap individu, khusus dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang termasuk lingkungan adalah para warga yang dilayani.

Terkait dengan hal tersebut, *coping behaviors* yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* ini juga tidak lain merupakan strategi sebagai upaya untuk mencapai tujuan organisasi sesuai dengan tugas dan kewenangan yang menjadi tanggung jawabnya. Dengan demikian apa yang dilakukan oleh para *street-level bureaucrats* tersebut sesuai dengan penjelasan yang telah dikemukakan oleh Hersey dan Blanchard (1995) bahwa perilaku pada dasarnya berorientasi pada tujuan, artinya perilaku orang (individu) pada umumnya dimotivasi oleh keinginan untuk meraih tujuan-tujuan tertentu,

namun tujuan tersebut tidak selamanya diketahui secara sadar oleh yang bersangkutan.

Berdasarkan hasil temuan penelitian ini, bentuk-bentuk perilaku yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* terkait dengan perilaku birokrat yang mengarah pada pencapaian tujuan yakni tampak pada perilaku membatasi layanan dan perilaku menjatah layanan. Pada kedua bentuk perilaku yang ditampilkan oleh para *street-level bureaucrats* tersebut tidak lain adalah upaya para birokrat untuk mencapai tujuan-tujuan terhadap tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

Berdasarkan temuan hasil penelitian ini seperti telah diungkapkan di atas maupun dari hasil observasi menunjukkan bahwa pada setiap diri individu terdapat motif-motif tertentu yang mendorong mereka untuk berperilaku, seperti yang sudah disebutkan oleh Hersey dan Blanchard (1995) bahwa motif merupakan ikhwal mengapanya perilaku. Motiv yang menggerakkan individu berperilaku sebagaimana disebutkan seperti perilaku membatasi layanan dan perilaku menjatah layanan, hal tersebut merupakan salah satu cara yang ditempuh oleh birokrat *street-level* untuk mengendalikan atau mengatasi keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Berbagai macam keterbatasan-keterbatasan yang ada pada Puskesmas seperti keterbatasan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta keterbatasan waktu.

Perilaku membatasi dan menjatah layanan, hal ini dilakukan oleh para birokrat penyelenggara layanan kesehatan pada Puskesmas tersebut tidak lain untuk mengatasi keterbatasan yang ada. Sebagai contoh dapat dilihat pada pelaksanaan program pengobatan, pada program ini dapat dikatakan sebagai program utama yang menggunakan lebih separuh dari porsi pelaksanaan pelayanan pada Puskesmas dari beberapa program-program Puskesmas lainnya. Oleh sebab karena banyaknya warga masyarakat yang datang ke Puskesmas setiap hari untuk memeriksakan gangguan kesehatan yang dimiliki sehingga kadang-kadang situasi ini tidak dapat dilayani secara keseluruhan jika tidak dilakukan pembatasan layanan, dalam hal ini pembatasan layanan berupa pembatasan waktu pelayanan melalui penutupan loket registrasi pasien.

Penyelenggaraan pelayanan pada Puskesmas tidak lain adalah pelaksanaan program-program pembangunan kesehatan yang telah dicanangkan, sebagaimana diketahui terdapat beberapa program pelayanan Puskesmas yang ditujukan kepada warga masyarakat, namun karena terbatasnya sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas, maka cara untuk mengatasi hal tersebut dilakukan melalui upaya penjatahan layanan, yakni petugas Puskesmas lebih mengutamakan melaksanakan program-program pelayanan yang lebih mudah dilaksanakan karena sudah menjadi rutinitas pekerjaan dan yang paling dibutuhkan oleh warga masyarakat. Program yang paling banyak dilaksanakan disini adalah program pengobatan.

Sehubungan dengan itu jika mengacu pada teori-teori perilaku yang ada menunjukkan bahwa bentuk perilaku yang muncul pada *street-level bureaucrats* pada saat memberikan pelayanan kesehatan kepada warga masyarakat sangat terkait oleh interaksi antara individu dengan lingkungannya. Sementara motif yang menggerakkan birokrat penyelenggara pelayanan berperilaku sebagaimana *coping behaviors* yang dilakukan tidak lain adalah untuk menunjukkan kinerjanya bahwa mereka dapat melaksanakan tugas pekerjaannya dengan baik. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa *coping behaviors* yang ditunjukkan oleh *street-level bureaucrats* berorientasi pada tujuan baik tujuan-tujuan pribadi maupun tujuan organisasi secara keseluruhan.

Sejalan dengan pandangan tersebut di atas, bentuk perilaku lainnya yang tampak pada *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas dalam wilayah Kota Makassar adalah bentuk perilaku memberi perlakuan khusus yaitu perilaku petugas pelayanan yang memberikan perhatian dan tindakan secara khusus baik dalam penyelenggaraan program maupun dalam bentuk perlakuan kepada warga penerima layanan. Bentuk perilaku ini terjadi sebagai salah satu cara yang dilakukan oleh birokrat penyelenggara layanan supaya kelihatan bahwa mereka punya kepedulian atau empati kepada warga yang membutuhkan pelayanan. Penilaian warga terhadap bentuk perilaku ini cukup menguntungkan pihak penyelenggara layanan karena dianggap memiliki

kepedulian yang tinggi kepada kepentingan warga. Pada situasi ini sekali lagi membuktikan bahwa perilaku birokrat dalam memberikan pelayanan sangat dipengaruhi oleh lingkungan tempat pelaksanaan pelayanan. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Gibson (1996) maupun ahli lain yang telah disebutkan di atas bahwa faktor lingkungan dan juga beberapa faktor lainnya merupakan faktor pembentuk perilaku individu yang selanjutnya mempengaruhi perilaku administrasi.

Bentuk perilaku lainnya yang merupakan *coping behaviors* yang ditampilkan oleh petugas pelayanan kesehatan adalah perilaku mengabaikan dan perilaku memberi prioritas. Khusus pada perilaku mengabaikan yang menonjol pada situasi seperti ini adalah aspek kepribadian dari setiap individu penyelenggara layanan. Faktor yang menjadi penyebab disini adalah latar belakang sosial dari individu pelaksana layanan, sebagaimana diketahui bahwa karakteristik individu juga berperan besar dalam membentuk perilaku individu dalam organisasi sebagaimana pandangan yang dikemukakan oleh Rivai dan Mulyadi (2010), hal yang sama juga telah dikemukakan oleh Gibson (1996). Bahwa latar belakang individu dalam hal ini seperti kelas sosial penyelenggara layanan (dokter) yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang dilayani, maka perilaku mengabaikan ini mudah saja terjadi. Pada satu sisi warga yang dilayani tidak dapat berbuat apa-apa menghadapi situasi seperti ini, paling tidak mereka hanya bisa pasrah dan sabar menunggu jika misalnya petugas medis belum ada di tempat (Puskesmas).

Status sosial yang berbeda para pelaksana pelayanan seperti halnya di Puskesmas dimana para birokrat penyelenggara pelayanan adalah semua pegawai pemerintah yang memiliki pendidikan yang cukup tinggi bahkan tenaga medis yakni para dokter memiliki status sosial berada di atas rata-rata dibandingkan dengan para pengguna layanan (warga masyarakat). Pada situasi seperti ini sebagaimana terlihat terdapat kesenjangan status sosial antara penyelenggara pelayanan dengan pengguna layanan kesehatan pada Puskesmas, sehingga hal ini kadangkala memunculkan sikap arogansi dari pelaksana layanan, yang salah satu bentuknya adalah perilaku mengabaikan tersebut,

Sementara perilaku memberi prioritas yang merupakan salah satu bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh birokrat penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat, hal ini sejalan dengan teori perilaku yang dikemukakan oleh Hersey dan Blanchard bahwa perilaku pada dasarnya berorientasi pada pencapaian tujuan tertentu, begitu juga dengan perilaku manusia dalam organisasi selalu diarahkan pada pencapaian tujuan. Sehubungan dengan itu perilaku memberi prioritas yang dilakukan oleh birokrat *street-level* dalam pelayanan kesehatan warga di Puskesmas hal tersebut terkait dengan program-program pelayanan pada institusi tersebut.

Perilaku memberi prioritas tidak lain adalah dimana para petugas berkonsentrasi atau mengalokasikan waktu pelayanan yang lebih banyak pada satu atau beberapa program tertentu, hal tersebut dilakukan oleh petugas pelayanan apabila terdapat program yang mendapat kritikan atau

sorotan dari warga, atau jika terjadi kasus-kasus terkait dengan masalah kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian masyarakat dan pemerintah secara nasional. Ditetapkannya prioritas dalam penanganan atau pemberian tindakan, maupun kegiatan-kegiatan pencegahan, hal itu berarti aparat penyelenggara pelayanan sudah menetapkan target tertentu untuk menyelesaikan suatu pekerjaan. Temuan ini juga membuktikan pendapat dari Lipsky (1980) tentang perilaku *street-level bureaucrats* bahwa birokrat ini selalu bertindak pada pekerjaan-pekerjaan tertentu yang dinilai dapat diselesaikan, dan cenderung menghindari pekerjaan-pekerjaan yang tidak jelas hasilnya, apalagi yang dipandang tidak menguntungkan mereka.

Bentuk perilaku lainnya yang ditampilkan oleh birokrat *street-level* adalah memodifikasi konsep tentang pekerjaan, pada perilaku ini ada beberapa model *coping behaviors* yang dilakukan oleh para birokrat diantaranya adalah memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan, pemanfaatan sumber daya manusia secara maksimal, mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program, menyederhanakan kegiatan, dan memaksakan kepatuhan pelanggan.

Perilaku-perilaku yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* sebagaimana pemaparan pada hasil penelitian, apabila ditelaah lebih dalam maka dapat dimaknai bahwa *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* tersebut tidak lain adalah mereka berupaya mengendalikan situasi pekerjaan yang mereka hadapi. Seperti diketahui bahwa program-

program pelayanan yang ada pada Puskesmas yang meliputi program pokok dan program pengembangan adalah program yang sudah ditentukan dari kementerian kesehatan dan merupakan kebijakan pusat. Program pokok atau program wajib, program ini telah terstandar terdiri atas program promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, pengobatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, upaya peningkatan gizi, kesehatan lingkungan, pencatatan dan pelaporan. Sedangkan program tambahan atau program penunjang adalah kegiatan tambahan yang dapat diprogramkan oleh Puskesmas sesuai kemampuan sumber daya manusia dan material masing-masing Puskesmas dalam melakukan pelayanan. Program-program tersebut meliputi kesehatan mata, jiwa, lansia, reproduksi remaja, UKS dan olah raga.

Sekalipun sekarang ini UPTD Puskesmas berada dibawah jajaran Dinas Kesehatan yang juga merupakan salah satu organisasi atau satuan kerja perangkat daerah tetapi secara teknis pekerjaannya tetap berpedoman pada kebijakan-kebijakan yang berasal dari kementerian kesehatan. Sehingga dengan demikian dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan setiap Puskesmas dapat melaksanakan semua program yang sudah ditetapkan. Namun yang menjadi kendala adalah Puskesmas selalu diperhadapkan pada persoalan klasik yaitu terbatasnya sumber daya manusia, dana, dan sarana lainnya. Namun demikian karena program-program yang ada harus dilaksanakan karena hal tersebut menjadi ukuran kinerja para *street-level bureaucrats* Puskesmas, sehingga berbagai

mekanisme *coping* yang dilakukan untuk dapat merealisasikan program-program yang ada.

Memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan, model ini salah satu bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas pelayanan kesehatan di Puskesmas sebagai cara untuk mengatasi keterbatasan sumber daya yang dimiliki, perilaku ini juga dilakukan oleh petugas karena diantara jenis-jenis pelayanan yang ada pada Puskesmas hampir semuanya tidak diketahui dan dipahami oleh warga masyarakat dalam pelaksanaannya. Sedangkan pihak penyelenggara layanan yang paling mengetahui pelaksanaan kegiatan dan standar-standar yang diperlukan dalam pelaksanaan program pelayanan yang ada. Dengan kata lain pada situasi ini para petugas yang dominan menentukan jenis layanan yang akan diberikan, dan kualitas pelayanan seperti apa yang harus diberikan kepada warga masyarakat yang dilayani.

Perilaku yang menonjol pada *coping behaviors* seperti memberikan kemudahan kepada pasien pada saat pelayanan misalnya untuk mencegah terjadinya antrian pasien, biasanya dokter mempercepat pemeriksaan pasien di ruang pemeriksaan dan pengobatan, mempercepat pemberian rujukan kepada pasien yang meminta surat rujukan untuk pengobatan lanjutan ke rumah sakit, dan mempersingkat waktu pelayanan konsultasi. Selain itu untuk pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang bersifat promotif, biasanya petugas pelayanan kesehatan melaksanakan secara serentak dengan kata lain

beberapa kegiatan dilakukan secara bersamaan. Dengan cara seperti ini pihak Puskesmas bisa menghemat waktu, biaya dan tenaga.

Bentuk *coping behaviors* lainnya adalah pemanfaatan sumber daya secara maksimal. Sebagaimana diketahui tenaga organik yang bertugas pada Puskesmas yang ada dalam wilayah Kota Makassar masih kurang jika dilihat dari aspek kuantitas maupun kualitasnya. Dari segi kualitas jumlah pegawai Puskesmas jelas masih kurang jika dibandingkan dengan banyak warga yang harus dilayani pada masing-masing Puskesmas sesuai dengan wilayah kerjanya. Begitu juga dari segi kualitas nampak masih kurang, hal ini dapat dilihat pada masih terbatasnya tenaga medis dan paramedis, begitu juga dengan tenaga-tenaga lain seperti laboran, farmakolog, dan tenaga administrasi lainnya, tetapi yang terutama disini adalah kekurangan tenaga medis.

Bentuk perilaku yang menonjol dari birokrasi adalah bagaimana pekerjaan didesain sedemikian rupa supaya dapat tercapai sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan mengikuti prosedur-prosedur baku sebagaimana layaknya ketentuan yang berlaku pada organisasi pemerintah. Puskesmas sebagai salah satu unit pelaksana teknis dinas dalam naungan dan kendali Dinas Kesehatan pada daerah kabupaten dan kota, merupakan organisasi terdepan yang menjalankan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan. Kendala umum yang terjadi pada Puskesmas yang ada di Kota Makassar ini adalah keterbatasan sumber daya manusia.

Sebagaimana telah dipaparkan dalam hasil penelitian di atas, bahwa dengan keterbatasan sumber daya manusia yang ada di Puskesmas ini maka berpotensi sebagai penghambat dalam pelaksanaan program-program yang ada pada Puskesmas. Oleh sebab itu berdasarkan kondisi demikian, maka pimpinan Puskesmas berusaha mengendalikan atau mengatasi keterbatasan tersebut dengan jalan mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya manusia yang ada. Upaya pengoptimalan sumber daya manusia yang minim tersebut diupayakan melalui beberapa cara antara lain para pegawai yang ada selain mengerjakan tugas pokoknya mereka juga diberikan beban kerja untuk membantu bagian-bagian lain yang membutuhkan. Selain itu, sebagaimana yang terlihat pada Puskesmas juga dijadikan sebagai tempat magang praktek kerja oleh para siswa dan mahasiswa yang studi di sekolah atau perguruan tinggi kesehatan, sehingga dengan keberadaan para siswa dan mahasiswa tersebut juga dimanfaatkan sumber dayanya dalam membantu tugas-tugas pelayanan kesehatan yang ada pada Puskesmas sepanjang tidak menyalahi ketentuan pelayanan yang berlaku. Dan cara kerja tersebut ternyata cukup efektif dalam memperlancar pelayanan kesehatan khususnya pada pelayanan pengobatan dan pemeriksaan pasien, dan pelayanan-pelayanan pada rawat inap bagi Puskesmas yang menyediakan pelayanan tersebut. Sementara penilaian para informan warga masyarakat dengan keterlibatan siswa dan mahasiswa magang tersebut dinilai positif karena cukup membantu.

Sesuai dengan fakta temuan penelitian tersebut semakin menegaskan bahwa perilaku organisasi selalu diarahkan pada pencapaian tujuan organisasi, hal ini sejalan dengan pernyataan Blanchard dan Hersey (1995) bahwa perilaku selalu diarahkan pada pencapaian tujuan. Sekalipun demikian ada sedikit pertentangan dari hasil temuan penelitian ini dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Babbage sebagaimana dikutip pendapatnya oleh Rivai dan Mulyadi (2010) yang menilai bahwa dengan pembagian kerja atau spesialisasi dapat lebih mengefektifkan pekerjaan. Namun dalam situasi seperti halnya di Puskesmas sebagaimana fakta yang ditemukan, bahwa dengan kurangnya sumber daya manusia baik secara kuantitas maupun kualitasnya, maka sulit diterapkan secara kaku prinsip pembagian kerja dan spesialisasi, melainkan harus dilakukan secara fleksibel.

Perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan dapat juga dijumpai model *coping behaviors* didalamnya yakni mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program. Sebagaimana diketahui beban kerja Puskesmas adalah melaksanakan beberapa program yang dikategorikan pada dua program yakni program pokok dan program pengembangan. Program pokok meliputi program-program yang wajib dilaksanakan oleh Puskesmas sedangkan program pengembangan adalah program yang dapat dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan warga masyarakat dalam wilayah

kerja Puskesmas yang disesuaikan dengan kemampuan sumber daya Puskesmas.

Sesuai dengan fakta lapangan yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian ini membuktikan pernyataan Lipsky (1980) tentang street-level bureaucracy, bahwa mereka ini adalah para birokrat yang mengerjakan tugas-tugas rutin, berinteraksi langsung dengan warga masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan, dan relatif menguasai pekerjaannya. Sehingga perilaku mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program, hal itu tidak terlepas dari kondisi warga masyarakat yang dilayani, misalnya beberapa program yang tidak dilaksanakan karena para birokrat menganggap bahwa program tersebut tidak terlalu penting untuk dilaksanakan karena tidak dibutuhkan oleh warga masyarakat.

Peluang bagi birokrat untuk mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program pelayanan Puskesmas, hal ini sangat memungkinkan terjadi karena sebagian besar warga masyarakat tidak mengetahui program-program yang menjadi tugas Puskesmas. Masyarakat pada umumnya hanya mengetahui bahwa Puskesmas adalah tempat berobat warga, sehingga tugas Puskesmas adalah memberikan pelayanan pengobatan, pemeriksaan dan perawatan. Jika pelayanan pada program pengobatan atau rawat jalan ini tidak terlaksana dengan baik, biasanya akan mendapat sorotan dari warga. Oleh sebab itu seperti yang dijelaskan oleh informan petugas

Puskesmas bahwa mereka lebih memberikan perhatian pada program pengobatan dibandingkan dengan program-program lainnya.

Banyaknya program-program yang menjadi tugas pokok Puskesmas, sementara disatu sisi organisasi Puskesmas diperhadapkan pada keterbatasan sumber daya manusia dan sumber daya materil lainnya, begitu pula dengan situasi pelayanan yang dilakukan oleh petugas diperhadapkan pada situasi yang tidak pasti karena warga yang dilayani berbeda-beda dengan latar belakang sosial yang berbeda pula sehingga *coping behaviors* yang muncul dilakukan dengan berbagai cara diantaranya adalah menyederhanakan kegiatan.

Perilaku menyederhanakan kegiatan ini tidak lain merupakan upaya untuk mengendalikan atau mengatasi keterbatasan yang dilakukan oleh birokrat penyelenggara pelayanan Puskesmas, hal ini dimaksudkan supaya beberapa program-program yang menjadi tugas pokoknya dapat terlaksana sekalipun secara minimal. Terkait dengan situasi tersebut, kecenderungan birokrat *street-level* menyederhanakan pekerjaannya hal tersebut tidak terlepas juga dari aspek *reward* dan *pusnishment* yang didapat para birokrat tersebut. Sebagaimana terlihat para birokrat akan antusias dan memberi prioritas jika ada program-program yang mendesak untuk dilaksanakan, misalnya jika ditemukan kasus-kasus terkait pelayanan kesehatan, misalnya pada beberapa kejadian adanya kasus mall nutrisi (gizi buruk) yang diderita balita apalagi jika kasus ini disorot oleh media, maka para birokrat akan

mengalokasikan waktu yang lebih besar untuk memberikan pelayanan pada kasus tersebut. Hal ini terjadi karena adanya kemungkinan sanksi yang akan diberikan oleh pimpinan tingkat atas jika tidak dilaksanakan dengan baik, namun jika hal ini dilaksanakan dengan baik para birokrat juga tidak akan mendapatkan *reward*.

Berdasarkan pada penjelasan tersebut, hal ini sejalan dengan pendapat Wilson dari hasil penelitiannya ditemukan bahwa sikap aparat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sangat tergantung kepada sikap mereka pada evaluasi sejauh mana penghargaan (imbalan) dan sanksi yang akan diperoleh dari tindakan yang dilakukan. Dengan kata lain bahwa jika tindakan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat akan memperoleh ganjaran yang cukup baik secara materil maupun imateril, maka pelaksana pelayanan akan menjadi lebih baik, namun jika melihat bahwa perilakunya tidak akan mendapat imbalan sesuai persepsinya, maka pelayanan yang diberikan biasa-biasa saja bahkan cenderung menghindar, apalagi jika dipandang menghadapi resiko atau hukuman.

Perilaku birokrat penyelenggara layanan Puskesmas yang melakukan penyederhanaan atau tidak melaksanakan beberapa program hal tersebut tidak terlepas dari posisi *street-level bureaucrats* ini yang memegang kendali dan pengambil keputusan ad hoc terhadap kebijakan apa yang bisa dan yang tidak dapat dilaksanakan, karena posisi *street-level bureaucrats* tersebut yang berhadapan langsung dengan warga masyarakat yang dilayani

sehingga secara situasional mereka dapat menerjemahkan sendiri kebijakan yang ada yang memungkinkan untuk dilaksanakan, biasanya hal ini sangat terkait dengan ketersediaan sumber daya yang mereka miliki. Oleh sebab itu jika ada program yang dilaksanakan atau tidak dilaksanakan, ada dua faktor penyebabnya yakni kurangnya sumber daya yang dimiliki oleh Puskesmas dan tidak pentingnya program tersebut dilaksanakan menurut persepsi pelaksana layanan.

Memaksakan kepatuhan pelanggan adalah salah satu bentuk *coping behavior* yang dilakukan *street-level bureaucrats* dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas. Perilaku memaksakan kepatuhan pelanggan tidak lain karena *street-level bureaucrats* ini menurut Michael Lipsky (1980) bahwa mereka yang menjalankan tugas dan berhubungan langsung dengan masyarakat. Lipsky juga berpendapat bahwa praktek *street-level bureaucrats* tersebut merupakan mekanisme untuk mengatasi situasi yang sulit, yaitu sebagai upaya untuk keluar dari situasi frustratif antara besarnya permintaan pelayanan dan keterbatasan sumber daya yang dimiliki. Apalagi dalam kenyataannya permintaan peningkatan pelayanan seperti tidak pernah berhenti.

Situasi yang dihadapi *street-level bureaucrats* yang demikian itu mengharuskan mereka untuk tegas kepada para pengguna layanan (pasien) Untuk mematuhi aturan-aturan yang dibuat oleh Puskesmas. Aturan-aturan yang ada pada Puskesmas terkait dengan pelayanan pengobatan dan perawatan yakni adanya SOP (standar operasional prosedur). Kepatuhan

pelanggan pada SOP yang ada, sebagaimana dijelaskan oleh petugas pelayanan bahwa hal itu akan memudahkan mereka melaksanakan pekerjaannya dan memperlancar pemberian pelayanan, dan sebaliknya yang terjadi jika terdapat warga yang tidak mematuhi ketentuan-ketentuan yang ada maka hal itu menjadi faktor penyebab tidak lancarnya pelayanan. Dengan demikian dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa untuk lancarnya pelaksanaan pelayanan perlu ada sinergitas antara pelaksana layanan dengan pengguna layanan. Temuan ini juga membuktikan pendapat Albrecht dan Zemke (1990) bahwa kualitas pelayanan publik merupakan hasil interaksi dari berbagai aspek yakni sistem pelayanan, sumber daya manusia pelaksana layanan, strategi, dan pelanggan.

Pihak pemberi layanan dalam hal ini *street-level bureaucrats* perlu menerapkan strategi-strategi khusus dalam menghadapi situasi ketidakpastian dalam memberikan pelayanan. Seperti diketahui setiap pelanggan (pasien) memiliki sifat, karakter yang berbeda-beda, oleh sebab itu strategi pelayanan menjadi hal yang perlu diperhatikan oleh setiap petugas ketika menghadapi warga masyarakat. Dengan demikian sekalipun terdapat SOP dalam pelayanan, namun hal itu kadang-kadang juga tidak secara kaku diterapkan oleh para petugas karena pada situasi tertentu kadang-kadang petugas pelayanan berhadapan dengan orang-orang yang tidak mengerti dan memahami standar-standar pelayanan yang ada.

Sesuai hasil penelitian yang telah dipaparkan berdasarkan temuan-temuan hasil penelitian di atas, baik dari hasil wawancara dan pengamatan memberikan pemahaman bahwa penyelenggaraan pelayanan pada Puskesmas di Kota Makassar dilihat dari sudut pandang paradigma administrasi publik sebagaimana perspektif yang dikemukakan oleh Denhardt dan Denhardt (2003) masih menganut pola *old public administration* (administrasi publik klasik) khususnya yang terkait dengan penetapan program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas. Gejala tersebut ditemukan memenuhi karakteristik elemen-elemen seperti peran pemerintah dalam hal penetapan program masih sangat kuat dimana peran Kementerian Kesehatan dalam hal ini yang membuat program dan sekaligus pendanaan melalui bantuan operasional kesehatan (BOK), peran pemerintah dalam hal ini adalah mengendalikan yakni mendesain dan melaksanakan kebijakan yang terpusat pada tujuan tunggal dan ditentukan secara politik. Peran pemerintah yang sangat besar dalam mengendalikan pelayanan kesehatan ini tidak lepas daripada isu terhadap masalah kesehatan masyarakat ini merupakan trend isu politik yang hangat.

Keterlibatan pemerintah dalam mengendalikan pelayanan di Puskesmas karena program-program pemerintah yang ditentukan secara politik terkait dengan pelayanan kesehatan semua bermula dari pelayanan Puskesmas. Program tersebut diantaranya adalah program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui Jamkesmas dari pemerintah pusat

dan Jamkesda yang merupakan jaminan pelayanan kesehatan yang pendanaannya bersumber dari pemerintah daerah. Oleh sebab itu mekanisme pelayanan yang ada pada Puskesmas ini sangat kental dengan nuansa birokratis, itulah sebabnya munculnya *coping behaviors* seperti memaksakan kepatuhan pelanggan hal itu tidak terlepas dari model perilaku manusia yang menonjol dalam hal pelaksanaan pelayanan adalah rasionalitas sinoptis dan manusia administratif (Denhardt dan Denhardt, 2003). Selain daripada itu karena program-program yang ada sudah teratur sedemikian rupa sehingga diskresi terbatas pada petugas administratif.

Beberapa karakteristik lainnya yang menjadi pembenaran bahwa pelayanan pada Puskesmas ini masih sarat dengan nuansa paradigma administrasi publik klasik, jika merujuk pada kriteria yang disebutkan oleh Denhardt dan Denhardt (2003) yakni dapat dilihat pada aspek akuntabilitas, dalam hal ini para pegawai yang bekerja pada Puskesmas termasuk jaringannya seperti Puskesmas Keliling, Puskesmas Pembantu bertanggungjawab secara administratif kepada Kepala Puskesmas dan selanjutnya Kepala Puskesmas bertanggungjawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar. Konsekuensi daripada hirarki administratif tersebut kadangkala menyebabkan pelayanan di loket registrasi menjadi lambat yang menyebabkan antrian pengunjung Puskesmas (pasien) menjadi panjang dan menumpuk. Sebagaimana penuturan informan petugas pelayanan kondisi tersebut terjadi karena petugas sangat hati-hati dalam

memeriksa dokumen pengunjung dan melakukan pencatatan. Konsekuensi lain dari keadaan ini adalah petugas melakukan pembatasan waktu pelayanan pasien. Hal itu terpaksa dilakukan karena setelah pelayanan pasien selesai, selanjutnya waktu kerja yang tersisa dimanfaatkan oleh petugas untuk memeriksa kembali pencatatan registrasi pasien dan menata dokumen-dokumen yang ada, dan selanjutnya dilaporkan kepada Kepala Puskesmas.

Masih kuatnya peran pemerintah khususnya dalam penyelenggaraan pelayanan di bidang kesehatan yang terlihat sangat menonjol pada Puskesmas, hal ini tidak terlepas daripada kondisi negara Indonesia sebagai negara berkembang dimana golongan masyarakat yang berada dibawah garis kemiskinan masih banyak dan masih sangat membutuhkan bantuan pemerintah, sehingga dengan keterlibatan penuh dari pemerintah ini diharapkan dapat memenuhi prinsip-prinsip keadilan (*equity*) bagi seluruh warga masyarakat dalam pelayanan publik.

Sekalipun dalam penyelenggaraan pelayanan pada Puskesmas ini masih didominasi oleh peran pemerintah, namun secara teknis manajerial pelayanan sedikit demi sedikit sudah dilakukan penyempurnaan-penyempurnaan melalui pendekatan-pendekatan manajemen supaya pelaksanaan pelayanan dapat berjalan sesuai dengan sasaran. Oleh sebab itu hasil penelitian ini juga menemukan bahwa dalam pelaksanaan pelayanan publik seperti halnya pelayanan kesehatan pada Puskesmas peran

pemerintah masih sangat dibutuhkan sebagai pengendali. Namun dalam pelaksanaannya secara teknis perlu menyesuaikan atau menerapkan prinsip-prinsip manajerial khususnya manajemen pelayanan.

Temuan hasil penelitian ini juga membuktikan pendapat Lipsky bahwa perilaku *street-level bureaucrats* dalam menjalankan berbagai kebijakan sangat dipengaruhi oleh lingkungan dimana kegiatan tersebut dilaksanakan. Sehingga tidak ada pola baku yang bisa ditetapkan mengenai pola perilaku *street-level bureaucrats*, melainkan sangat kondisional. Dengan demikian penelitian ini dapat mengembangkan teori Lipsky tentang *street-level bureaucracy*, yang hanya mengidentifikasi bentuk-bentuk atau perilaku umum dari *street-level bureaucrats*.

Sesuai dengan temuan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari enam Puskesmas yang menjadi lokus penelitian memperlihatkan *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* tidak terlalu memperlihatkan perbedaan yang signifikan atau dapat dikatakan perilakunya cenderung sama. Perbedaan yang muncul hanya karena ketersediaan fasilitas yang ada pada setiap Puskesmas sehingga ada *coping behaviors* yang ditemukan pada salah satu Puskesmas sementara pada Puskesmas lainnya yang dijadikan lokus penelitian tidak dijumpai perilaku yang sama. Sebagai contoh dapat dilihat pada Puskesmas Batua yang memberikan perlakuan khusus kepada pasien seperti prioritas mendahulukan pelayanan

kepada orang tua lansia, perilaku ini tidak dijumpai pada Puskesmas yang lain dimana pasien lansia ini diperlakukan sama saja dengan pasien lainnya.

Coping behaviors lainnya seperti perilaku membatasi layanan, menjatah layanan, perilaku mengabaikan, dan perilaku memberi prioritas. Perilaku yang ditampilkan oleh seluruh Puskesmas yang menjadi lokasi penelitian sama saja antara satu dengan yang lain. Perbedaan yang terlihat adalah pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan perawatan inap, misalnya jika ada warga yang terlambat datang ke Puskesmas sesuai jam pelayanan yang sudah ditentukan biasanya orang bersangkutan disarankan untuk diperiksa di UGD, namun hal ini juga biasanya sangat tergantung pada kondisi si pasien, jika petugas Puskesmas merasa tidak mampu menangani biasanya pasien langsung dirujuk ke rumah sakit. Sedangkan pada Puskesmas yang tidak menyediakan perawatan, pasien yang terlambat mereka disarankan untuk datang pada hari kerja berikutnya. Kondisi seperti ini juga sifatnya relatif dengan tetap memperhatikan kondisi pasien, jika dokter masih ada di tempat biasanya si pasien diberikan rujukan untuk melanjutkan pengobatannya ke rumah sakit. Bentuk *coping behaviors* yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* tersebut sangat situasional dan tidak dapat diprediksi.

Bentuk *coping behaviors* lainnya pada perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan. Pada model perilaku ini terdapat bentuk perilaku yakni perilaku memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan, pemanfaatan

sumber daya manusia secara maksimal, mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program, menyederhanakan kegiatan, dan perilaku memaksakan kepatuhan pelanggan. Dari keseluruhan bentuk perilaku tersebut, dari hasil penelitian pada enam Puskesmas yang menjadi lokus penelitian pada umumnya menunjukkan *coping behavior* yang sama.

2. Respon Warga Pengguna Layanan Puskesmas terhadap *Coping Behaviors* oleh *Street-level Bureaucrats*

Jika diperhatikan respon warga masyarakat terhadap *coping behaviors* yang ditampilkan oleh petugas pelayanan Puskesmas, dari hasil penelitian menunjukkan respon warga terhadap bentuk-bentuk *coping behaviors* terlihat adanya sikap dan persepsi yang berbeda-beda diantara warga masyarakat yang melihat atau mengalami *coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas pelayanan pada Puskesmas. Oleh sebab itu respon warga masyarakat terhadap mekanisme *coping behaviors* yang dilakukan oleh petugas pelayanan dapat dikatakan sangat dinamis dan situasional. Keadaan ini juga menunjukkan bahwa respon warga tidak bersifat tetap, begitu juga dengan *coping behaviors* yang ditampilkan oleh petugas pelayanan juga sangat dinamis dalam pengertian bisa saja berubah-ubah setiap saat tergantung pada situasi termasuk perilaku klien yang dihadapi ketika pelayanan berlangsung.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan di atas, terlihat respon warga pada kedua bentuk *coping behaviors* pada *street-level bureaucrats* petugas pelayanan kesehatan pada Puskesmas. Terlihat pada perilaku mendistribusikan atau menjatah layanan terdiri atas beberapa bentuk *coping behaviors* didalamnya yaitu: perilaku membatasi layanan, perilaku menjatah layanan, perilaku memberi perlakuan khusus, perilaku mengabaikan dan perilaku memberi prioritas.

Sesuai dengan bentuk-bentuk perilaku *coping* tersebut menunjukkan bahwa pada *coping behaviors* yang membatasi pelayanan dari beberapa tanggapan informan menilai bahwa hal itu merugikan mereka karena warga menilai bahwa sudah seharusnya penyelenggara pelayanan di Puskesmas memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan jam kerjanya. Tanggapan tersebut terutama dikemukakan oleh beberapa warga yang datang ke Puskesmas agak “terlambat” sesuai dengan ketentuan jam buka loket registrasi pasien. Namun beberapa warga yang sudah sering berobat pada Puskesmas tertentu, mereka pada umumnya sudah memahami kondisi Puskesmas sehingga pembatasan pelayanan mereka sudah tahu dan pada situasi tersebut warga masyarakat pada umumnya sudah maklum terhadap peraturan yang ada.

Sekalipun ada pembatasan pelayanan, sebagaimana diungkapkan salah seorang petugas Puskesmas bukan berarti pasien yang datang untuk berobat tidak diberikan pelayanan tetapi biasanya mereka diarahkan

pengobatannya pada unit Unit Gawat Darurat (UGD) bagi Puskesmas yang menyediakan pelayanan tersebut. Sedangkan pada Puskesmas yang tidak menyediakan fasilitas UGD biasanya petugas Puskesmas melihat kondisi pasien, jika dari pengamatan terhadap kondisi pasien tidak menunjukkan hal-hal yang dianggap membahayakan atau pasiennya hanya menderita penyakit ringan maka biasanya mereka disarankan untuk datang esok harinya. Kecuali jika dianggap menderita penyakit serius mereka tetap diberikan tindakan medis atau sering juga diberikan rujukan ke rumah sakit.

Perilaku membatasi pelayanan, pada dasarnya merupakan upaya dari petugas untuk mengendalikan jumlah pasien yang datang berobat jalan ke Puskesmas. Pada hari-hari tertentu jumlah pasien yang datang berobat ke Puskesmas tertentu bisa mencapai jumlah seratus orang lebih. Sehingga kalau tidak dibatasi jam pelayanannya, dapat menyebabkan petugas kewalahan menangani pasien dan bisa saja pelayanan akan melewati jam kerjanya. Cara ini juga dilakukan oleh petugas untuk mendisiplinkan warga yang datang berobat supaya tidak ada jeda waktu dalam memberikan pelayanan. Pada beberapa Puskesmas tertentu jumlah pasien yang berobat jalan kadang-kadang jumlahnya sedikit, sehingga biasanya petugas medis menunggu pasien. Hal ini berbeda dengan Puskesmas yang dinilai baik oleh warga biasanya jumlah pasien yang berobat jalan sangat banyak.

Menyikapi keadaan tersebut, karena Puskesmas adalah penyelenggara pelayanan yang terdepan dan berinteraksi langsung dengan

warga masyarakat secara rutin. Dan warga yang dilayani adalah masyarakat yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas sehingga interaksi warga dengan Puskesmas dapat dikatakan sangat dekat. Dengan posisi seperti itu sebenarnya Puskesmas dapat membuat kesepakatan dengan warga masyarakat melalui *citizen's charter* atau fakta pelayanan publik yaitu suatu bentuk kesepakatan antara penyelenggara layanan dengan pihak warga masyarakat pengguna layanan terkait dengan pelaksanaan pelayanan.

Model *citizen's charter* yang diperkenalkan oleh Osborn dan Plastrik (1997) yaitu menghendaki adanya standar pelayanan publik yang ditetapkan berdasarkan masukan pelanggan, dan pihak penyelenggara pelayanan (birokrasi) berjanji untuk memenuhinya. *Citizen's charter* adalah suatu pendekatan dalam memberikan pelayanan publik yang menempatkan pengguna layanan atau pelanggan sebagai pusat perhatian. Ini berarti, kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan harus menjadi pertimbangan utama dalam proses pelayanan. Sehubungan dengan hal tersebut, maka bentuk perilaku yang dilakukan oleh petugas pelayanan dengan membatasi pelayanan bisa saja sepanjang sudah ada kesepakatan dengan warga. Hal ini penting dilakukan supaya tidak menimbulkan kekecewaan atau imej buruk warga masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas.

Bentuk perilaku seperti menjatah layanan pada prinsipnya perilaku ini menunjukkan adanya perhatian penyelenggara layanan terhadap kebutuhan warga terhadap jenis pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Porsi

terbesar pelaksanaan program pelayanan yang diberikan oleh petugas Puskesmas kepada warga masyarakat adalah pelayanan pengobatan atau rawat jalan jika dibandingkan dengan program-program Puskesmas lainnya. Sehingga yang terlihat oleh warga adalah bahwa Puskesmas hanyalah tempat pelayanan pengobatan atau perawatan orang sakit, padahal sebenarnya masih banyak program Puskesmas lainnya yang tidak terkait dengan orang sakit melainkan untuk pencegahan penyakit.

Perilaku menjatah layanan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas sebagaimana terlihat direspon baik oleh warga masyarakat sepanjang program-program yang dilaksanakan oleh petugas Puskesmas adalah program pelayanan yang memang dibutuhkan oleh warga masyarakat pada waktu tertentu. Dalam hal ini program pelayanan yang dibutuhkan oleh warga adalah pelayanan pengobatan dan perawatan penyakit.

Sama halnya dengan perilaku menjatah layanan, perilaku memberi perlakuan khusus juga direspon baik oleh warga masyarakat. Hal ini tidak lain adanya saling pemahaman dan pengertian diantara para pengguna layanan. Memberi perlakuan khusus merupakan tindakan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas untuk memberikan pelayanan secara khusus kepada pasien-pasien tertentu yang membutuhkan perhatian. Dalam hal ini petugas pelayanan melakukan pemisahan tempat pelayanan bagi pasien yang menderita penyakit serius atau menular dengan pasien umum. Begitu juga

dengan prioritas pelayanan diberikan kepada orangtua lanjut usia, biasanya mereka lebih didahulukan dalam pemberian tindakan pelayanan.

Sekalipun dalam pemberian pelayanan publik berlandaskan nilai demokrasi dalam perspektif *new public services*, namun untuk kasus seperti di atas bukan berarti petugas pelayanan mengabaikan nilai-nilai keadilan dalam memberikan pelayanan dengan memberikan perlakuan khusus kepada warga tertentu ataupun program-program pelayanan yang dilaksanakan, tetapi hal ini merupakan bentuk responsivitas dari pelaksana pelayanan kesehatan untuk memberikan kepuasan kepada warga yang dilayani.

Respon warga masyarakat terhadap perilaku mengabaikan yang dilakukan oleh petugas pelayanan, hal ini kadangkala direspon negatif oleh warga masyarakat. Karena perilaku mengabaikan tidak lain merupakan salah satu bentuk yang dinilai kurang etis oleh warga masyarakat. Perilaku mengabaikan biasanya muncul pada waktu-waktu tertentu dimana warga atau tepatnya pasien dibiarkan menunggu lama atau antri untuk mendapatkan pelayanan pengobatan atau pemeriksaan. Perilaku mengabaikan juga kadang muncul jika petugas berhadapan dengan warga yang banyak menuntut, agresif dan banyak mengetahui tentang pelayanan, pada situasi ini biasanya petugas kurang responsive tetapi hal ini berbeda jika perilaku warga (pasien) yang kooperatif atau mau mengerti keadaan biasanya petugas cenderung responsif. Keadaan ini sebenarnya sejalan dengan hasil penelitian Prottas terhadap birokrasi pelayanan sosial untuk

warganegara yang tidak mampu bahwa perilaku aparat pelayanan di tingkat bawah sangat tergantung pada perilaku klien.

Perilaku memberi prioritas sebenarnya merupakan salah satu bentuk *coping behaviors* yang ditampilkan oleh petugas dalam mengendalikan atau mengatasi keterbatasan sumber daya yang dimiliki dalam melaksanakan berbagai program. Perilaku memberi prioritas ini direspon positif oleh warga masyarakat. Hal ini disebabkan karena petugas mampu merespon secara baik kebutuhan-kebutuhan pelayanan yang diperlukan oleh masyarakat. Jika dilihat dari aspek pelayanan, responsivitas merupakan salah satu ukuran atau indikator kualitas pelayanan publik sebagaimana dikemukakan oleh Lenvinne (1990). Responsivitas adalah daya tanggap penyedia layanan terhadap keinginan-keinginan dan aspirasi maupun tuntutan pengguna layanan.

Sebagaimana terlihat pelaksanaan pelayanan pada Puskesmas, tuntutan terbesar warga masyarakat adalah bagaimana Puskesmas dapat memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam pelayanan pengobatan atau pelayanan rawat jalan. Oleh karena itu pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan memberi prioritas pada pelayanan pengobatan sudah sesuai dengan harapan warga pada umumnya. Sekalipun Puskesmas juga harus menjalankan program lain yang tidak kalah pentingnya dengan program pelayanan pengobatan dan perawatan namun program lain itu kurang diketahui oleh warga masyarakat.

Berdasarkan penjelasan di atas, berikut dapat digambarkan matriks respon warga terhadap *coping behaviors* pada perilaku mendistribusikan atau menjatah layanan (lihat Tabel 5.1).

Pada perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan terdiri atas beberapa bentuk perilaku yaitu: memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan, pemanfaatan sumber daya manusia secara maksimal, mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program, menyederhanakan kegiatan, dan memaksakan kepatuhan pelanggan.

Tabel 5.1. Respon warga terhadap *coping behaviors* pada perilaku mendistribusikan atau menjatah layanan

Bentuk <i>Coping Behaviors</i>	Respon Warga		
	Positif	Kompromi	Negatif
Membatasi layanan	-	Sebagian warga memaklumi bahwa dengan membatasi layanan bisa menekan jumlah pasien yang datang sehingga dokter memiliki waktu yang cukup melakukan pemeriksaan.	Pada umumnya warga masyarakat merasa dirugikan jika ada pembatasan pelayanan terutama batas waktu pelayanan yg tdk sesuai dengan jam kerja
Menjatah layanan	Perilaku ini sebagian warga menerima dan merespon baik jika penjatahan layanan itu lebih banyak kepada pelaksanaan program pengobatan/perawatan	Sebagian warga dapat menerima, namun beberapa lainnya cukup mengerti bahwa layanan Puskesmas paling utama adalah pengobatan dan perawatan	-
Memberi perlakuan khusus	Perilaku ini disambut positif oleh warga kerana mereka merasa ada perhatian dari petugas layanan	Sebagian warga tidak merasa keberatan dengan adanya perlakuan khusus karena yang dilayani memang orang yang sangat membutuhkan terutama para lansia	-
Mengabaikan	-	-	Perilaku ini direspon negatif karena warga merasa kurang dipedulikan, biasanya mereka menunggu lama dan kadang-kadang kesal jika petugas tidak berada di tempat, dan alasan petugas mengada-ada
Memberi prioritas	Perilaku ini lebih mengutamakan program-program tertentu yang	Sebagian warga memaklumi jika petugas pekerjaan melaksanakan	-

	dianggap sangat dibutuhkan warga masyarakat	program lain dari Puskesmas, hanya harapannya adalah tetap program pengobatan yang didahulukan	
--	---	--	--

Sumber: Diringkas dari hasil wawancara dan pengamatan, 2013

Bentuk-bentuk *coping behaviors* sebagaimana disebutkan di atas dapat dilihat respon warga masyarakat terhadap *coping behaviors* tersebut, dengan melihat tanggapan atau sikap yang ditampilkan warga masyarakat ketika *coping behaviors* tersebut ditampilkan oleh petugas pelayanan Puskesmas. Untuk perilaku memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan, hal itu cukup menonjol dilakukan oleh petugas pelayanan ketika mereka menghadapi tugas-tugas yang menjadi tanggungjawabnya yang sebenarnya tidak dapat dilaksanakan secara serentak dalam waktu yang bersamaan. Sebagaimana diketahui cukup banyak program-program yang ada pada Puskesmas yang kesemuanya itu harus dilaksanakan dalam waktu yang bersamaan, maka sudah dipastikan tidak akan optimal.

Perilaku memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan hal ini paling sering dilakukan oleh *street-level bureaucrats* sebagaimana dikemukakan oleh Lipsky (1980). Pandangan tersebut mendapat pembenaran bahwa pekerjaan-pekerjaan yang dilaksanakan di lapangan tidak selamanya sesuai dengan konsep di atas kertas, tetapi kadangkala memerlukan penyesuaian-penyesuaian supaya dapat dilaksanakan. Apalagi dalam penyelenggaraan pelayanan pada Puskesmas, kadangkala petugas Puskesmas menghadapi situasi yang tidak terduga karena sifat pelayanan ini sangat dinamis. Jika tidak dilakukan modifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan maka pekerjaan yang ada bisa saja menemui berbagai kendala

dalam pelaksanaannya, oleh sebab itu dibutuhkan cara untuk mengatasi kekurangan-kekurangan tersebut.

Perilaku memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan hal itu dilakukan supaya beberapa program yang ada di Puskesmas dapat terlaksana, misalnya jika petugas Puskesmas mau melaksanakan program penyuluhan kesehatan atau promotif maka program pelayanan pengobatan atau rawat jalan dipersingkat waktunya, jika hal tersebut terjadi biasanya warga kurang merespon dengan baik.

Bentuk perilaku lainnya adalah pemanfaatan sumber daya secara maksimal, dari pandangan Lipsky (1980) bahwa perilaku *street-level bureaucrats* selalu mengerahkan segenap sumber daya yang dimiliki untuk melaksanakan pekerjaan yang ada. *Coping behaviors* ini muncul untuk menunjukkan kinerja para *street-level bureaucrats*, dengan demikian segenap kemampuan sumber daya manusia yang ada dimanfaatkan secara maksimal. Respon warga terhadap pemanfaatan sumber daya secara maksimal ini ditanggapi positif karena masyarakat merasakan pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas dengan pengerahan sumber daya manusia dapat terlaksana dengan baik.

Bentuk perilaku yang mengurangi dan tidak melaksanakan beberapa program, hal ini juga sejalan dengan pendapat Lipsky (1980) yang menyatakan bahwa *street-level bureaucrats* yang paling mengetahui

pekerjaan yang dilaksanakan, karena pekerjaan-pekerjaan yang dilaksanakan bersifat rutin, maka birokrat ini sudah sangat menguasai pekerjaannya sehingga jika mereka tidak melaksanakan beberapa program hal itu sudah diketahui urgensi daripada program tersebut.

Respon warga masyarakat terhadap perilaku mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program, sebagaimana informasi dari hasil wawancara memang menunjukkan bahwa pada perilaku ini warga tidak memberikan penilaian negatif, tetapi direspon secara positif, yang terpenting menurut warga adalah asal jangan program pelayanan pengobatan dan rawat jalan yang dikurangi, karena program inilah yang menjadikan Puskesmas dikunjungi oleh warga masyarakat yang berkesempatan untuk memeriksakan penyakitnya, sehingga pandangan warga selama ini terhadap Puskesmas adalah sebagai tempat pengobatan penyakit.

Perilaku yang merupakan bentuk *coping behaviors* adalah menyederhanakan kegiatan, perilaku ini muncul ketika *street-level bureaucrats* diperhadapan pada situasi dimana waktu pelayanan yang terbatas, kemampuan materil yang kurang, maupun sumber daya manusia yang tidak memadai. Perilaku ini terlihat sebagai cara yang ditempuh oleh petugas pelayanan supaya program-program pelayanan secara keseluruhan dapat terlaksana secara minimal. Dengan demikian, jika program yang ada dapat terlaksana, maka merupakan ukuran prestasi kepada pelaksana pelayanan yakni petugas Puskesmas.

Perilaku menyederhanakan pekerjaan ini sebenarnya merupakan cara yang ditempuh oleh petugas Puskesmas untuk menghindari tekanan dan mengatasi kondisi yang dapat menyebabkan tidak terlaksananya program pelayanan, tetapi dengan cara menyederhanakan kegiatan maka diharapkan program-program pelayanan kesehatan dapat terlaksana. Terkait dengan hal tersebut respon warga pada situasi ini ditanggapi secara positif karena pada beberapa jenis pelayanan para warga dapat terlayani dengan cepat.

Penyelenggaraan pelayanan pada Puskesmas adalah pelayanan yang juga mengedepankan persyaratan-persyaratan administratif dalam prosedur pelayanannya, sehingga kesan yang muncul disini adalah birokrasi pelayanan, hal ini terjadi karena di Puskesmas juga dilaksanakan beberapa kebijakan atau keputusan-keputusan politik seperti pelayanan kesehatan bagi warga miskin melalui Jamkesmas dan Jamkesda, selain itu terdapat pelayanan kepada Pegawai Negeri Sipil melalui Askes. Dengan demikian pada keadaan seperti itu maka pihak warga yang dilayani harus patuh kepada peraturan-peraturan yang ada dengan kata lain jika peraturan yang ada kurang ditaati maka akan menghambat kelancaran pelayanan.

Respon warga terhadap perilaku memaksakan kepatuhan pelanggan sebagaimana hasil wawancara memperlihatkan adanya respon negatif dengan kata lain warga menilai bahwa ditetapkannya berbagai aturan jika akan memperoleh pelayanan kesehatan gratis mereka diminta menyediakan

berbagai dokumen, sekalipun dokumen yang diminta hanya berupa KTP dan Kartu Keluarga, namun dengan persyaratan-persyaratan seperti itu masih dianggap mempersulit warga.

Selain itu Puskesmas juga menerapkan aturan-aturan dalam penyelenggaraan pelayanan yang tertuang dalam standar operasional prosedur pelayanan (SOP). Pada dasarnya SOP ini dibuat sebagai bentuk komitmen penyelenggara layanan untuk memberikan pelayanan yang dapat memuaskan warga masyarakat. Sekalipun demikian dengan adanya SOP tersebut masih ada warga masyarakat yang menanggapinya secara negatif terutama pada aspek kelengkapan dokumen yang harus disediakan oleh warga sebelum mendaftar untuk memperoleh pelayanan pengobatan atau perawatan, begitu juga dengan pembatasan waktu pelayanan. Namun pada sisi yang lain, beberapa warga menilai bahwa dengan adanya peraturan yang dibuat terkait dengan pemberian pelayanan juga dinilai positif.

Sejalan dengan pernyataan tersebut sesuai dengan fakta dalam pemberian pelayanan *street-level bureaucrats*, kenyataan itu membenarkan pernyataan Lipsky (1980) yang menyatakan bahwa pekerjaan *street-level bureaucrats* ini sangat dinamis karena berhadapan langsung dengan warga masyarakat yang memiliki karakter yang berbeda-beda, sehingga dalam menghadapi situasi seperti itu *street-level bureaucrats* harus pandai-pandai melihat situasi terutama karakter daripada orang yang dilayani. Oleh sebab

itu dalam pemberian pelayanan yang berhadapan langsung dengan warga masyarakat tidak ada pola baku yang dapat digunakan.

Berdasarkan penjelasan yang telah diuraikan di atas, maka secara ringkas dapat dilihat respon warga terhadap *coping behaviors* pada Tabel 5.2 berikut ini:

Tabel 5.2. Respon warga terhadap *coping behaviors* pada perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan

Bentuk Coping Behaviors	Respon Warga		
	Positif	Kompromi	Negatif
Memodifikasi pekerjaan sesuai kemampuan	-	-	Respon warga terhadap perilaku ini ditanggapi negatif karena dinilai merugikan, misalnya pemeriksaan pasien yang dipercepat
Pemanfaatan sumber daya secara maksimal	Ditanggapi secara positif karena warga merasa mereka bisa terlayani dengan cepat tidak antri atau menunggu terlalu lama, selain itu banyak pekerjaan yang dapat dikerjakan pada puskesmas	-	-
Mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa program	Beberapa warga menanggapi bahwa program puskesmas sebaiknya porsi untuk program pengobatan dan perawatan pasien lebih banyak sedangkan untuk program lainnya jika tidak terlalu penting dapat saja dilaksanakan jika ada waktu luang tanpa mengganggu program pengobatan	Beberapa warga menanggapi perilaku ini karena mereka tidak mengetahui bahwa pada Puskesmas ada juga program lain selain pengobatan dan perawatan pasien	-
Menyederhanakan kegiatan	Perilaku ini ditanggapi positif karena warga yang terlibat tidak terlalu buang waktu dalam mengikuti kegiatan, dan program yang dilaksanakan dapat mencakup beberapa program lainnya	Warga cukup kompromi dengan perilaku ini karena mereka memahami tugas pegawai yang cukup banyak. Hanya saja pengobatan tidak boleh dikurangi	-
Memaksakan kepatuhan pelanggan	-	Beberapa warga memaklumi peraturan yang dibuat Puskesmas dimana mereka harus mematuhi	Sebagian warga kurang paham dengan peraturan yang ada jika mereka diharuskan mengikuti SOP

		karena dinilai bahwa hal itu juga untuk kepentingan bersama, baik bagi warga maupun petugas	yang ada, kadang-kadang ada juga warga yang tidak patuh sehingga kadang memaksakan kehendaknya dan jika tidak diikuti mereka kecewa
--	--	---	---

Sumber: Diringkas dari hasil wawancara dan pengamatan, 2013.

Bertolak dari uraian pembahasan di atas sesuai dengan temuan-temuan penelitian, maka konklusi yang didapat dari hasil penelitian menunjukkan bahwa *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* terdapat pandangan yang bernilai positif dimata warga masyarakat yang memperoleh pelayanan pada Puskesmas. *Coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dalam pelayanan Puskesmas dari data lapangan juga memberikan informasi bahwa sekalipun terdapat penilaian negatif dari warga masyarakat yang memperoleh pelayanan tetapi hal itu dilakukan oleh petugas tidak lain bertujuan mengatasi keterbatasan-keterbatasan sumber daya yang mereka miliki. Sebab apabila tidak ada upaya seperti itu yang dilakukan, maka beberapa program pelayanan Puskesmas tidak dapat terlaksana jika harus menunggu kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan yang mencukupi.

L. Proposisi Penelitian

Berdasarkan hasil temuan penelitian ini, maka dapat disusun proposisi sebagai berikut:

- a. Bentuk *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* muncul sebagai akibat terbatasnya sumber daya organisasi baik sumber daya materil maupun sumber daya aparat yang mendukung pelayanan.
- b. Semakin besar target beban kerja organisasi pelayanan yang tidak didukung oleh sumber daya organisasi memberi ruang *street-level bureaucrats* untuk melakukan *coping behaviors*.

- c. Respon warga masyarakat terhadap *coping behaviors* yang ditampilkan oleh *street-level bureaucrats* beragam dapat positif atau negatif tergantung kepentingan warga terhadap jenis layanan yang dibutuhkan.

BAB VI

P E N U T U P

A. SIMPULAN

Paparan hasil penelitian dan pembahasan dalam Bab V sudah menjelaskan bentuk *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* di Puskesmas yang ada di Kota Makassar, dan respon warga masyarakat terhadap *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* yang muncul ketika pelayanan dilaksanakan. Adapun simpulan hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bentuk *coping behaviors* oleh *street-level bureaucrats* dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas dalam wilayah Kota Makassar dikategorikan atas dua macam model perilaku yaitu perilaku dalam mendistribusikan dan menjatah layanan dan perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan. Pada perilaku dalam mendistribusikan dan menjatah layanan terdapat beberapa model perilaku yang ditampilkan oleh petugas pelayanan Puskesmas yaitu perilaku membatasi layanan, perilaku menjatah layanan, perilaku memberi perlakuan khusus, perilaku mengabaikan, dan perilaku memberi prioritas. Sedangkan pada perilaku memodifikasi konsep tentang pekerjaan, terdapat beberapa model perilaku yang ditampilkan yaitu perilaku memodifikasi pekerjaan sesuai dengan kemampuan, perilaku pemanfaatan sumber daya manusia secara maksimal, perilaku mengurangi atau tidak melaksanakan beberapa

program, perilaku menyederhanakan kegiatan, dan perilaku memaksakan kepatuhan pelanggan (klien) terhadap peraturan Puskesmas. Dari berbagai bentuk *coping behaviors* tersebut dapat saja berdampak positif dan negatif bagi warga masyarakat. Sedangkan bagi penyelenggara layanan hal itu memberikan keuntungan seperti dapat menyelesaikan tugas pekerjaannya, dan terlihat performansi pekerjaannya menjadi lebih baik.

2. Respon warga masyarakat terhadap *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas dalam wilayah Kota Makassar cukup beragam atau tidak adanya respon yang sangat ekstrim pada dua kutub yakni respon negatif maupun respon positif. Hal demikian terjadi karena posisi tawar warga masyarakat sangat rentan dalam memperoleh pelayanan kesehatan, masyarakat dalam hal ini berada pada keadaan sangat bergantung dari pelayanan kesehatan Puskesmas. Warga masyarakat memiliki alternatif yang sangat minim dalam memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatannya, sekalipun tersedia berbagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan di luar Puskesmas seperti balai pengobatan swasta, rumah sakit pemerintah/swasta, dokter praktek, namun semuanya itu berbayar, sedangkan pelayanan di Puskesmas relatif tidak berbayar sehingga dengan ketersediaan layanan kesehatan tersebut pada Puskesmas dinilai sangat membantu warga khususnya warga miskin. Oleh sebab itu keadaan demikian menjadikan sifat kebutuhan

warga masyarakat sangat bergantung pada Puskesmas dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Tidak adanya respon yang ekstrim memperlihatkan bahwa warga pada umumnya hanya mengetahui bahwa tugas Puskesmas adalah pelayanan pengobatan, pemeriksaan dan perawatan di Puskesmas, sehingga program-program lainnya sekalipun tidak terlaksana atau frekuensi pelaksanaannya minim tetap tidak diketahui oleh warga dan jarang sekali ada kritikan terhadap pelaksanaan program lain di luar program pengobatan dan perawatan. Hal yang berbeda jika pelaksanaan program pengobatan dan perawatan di Puskesmas kurang optimal, maka situasi seperti itu banyak mendapat kritikan dari warga masyarakat. Secara umum respon warga terhadap *coping behaviors* ditanggapi positif oleh warga masyarakat karena pada intinya mereka memperoleh kemudahan dan kecepatan dalam pelayanan.

B. SARAN

Berdasarkan simpulan hasil penelitian yang telah dikemukakan di atas, terdapat beberapa aspek yang dapat disarankan sebagai berikut:

1. Untuk mengurangi *coping behaviors* yang dilakukan oleh *street-level bureaucrats* dalam pelayanan kesehatan pada Puskesmas di Kota Makassar, beberapa hal yang perlu diperhatikan dan dilaksanakan, baik oleh pemangku kebijakan maupun pelaksana yaitu kebijakan-kebijakan yang dibuat terkait dengan pelayanan kesehatan perlu mengedepankan

pada kebutuhan riil warga masyarakat pada setiap wilayah pelayanan Puskesmas. Oleh sebab itu perlu dilakukan pelibatan warga masyarakat terutama dalam proses formulasi kebijakan kesehatan.

2. Bagi petugas Puskesmas dalam hal ini Kepala Puskesmas perlu diberikan kewenangan yang luas dalam melaksanakan program-program pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi pada kebutuhan warga yang ada dalam wilayah kerjanya (konteks lokal) dibandingkan dengan pelaksanaan program nasional yang bisa saja kurang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang ada dalam wilayah kerja Puskesmas.
3. Program pelayanan kesehatan masyarakat yang ada pada Puskesmas sebaiknya disosialisasikan kepada seluruh warga masyarakat, supaya warga dapat mengetahui dan berpartisipasi aktif terhadap program-program pelayanan kesehatan, sepanjang posisi warga masyarakat dapat terlibat dalam proses pelayanan kesehatan yang ada, baik posisi warga sebagai obyek pelayanan maupun sekaligus sebagai subyek pelayanan.
4. Dengan adanya program pelayanan kesehatan relatif tidak berbayar sesuai dengan kebijakan pemerintah pusat maupun daerah/Kota, hendaknya petugas Puskesmas memberikan penyuluhan untuk pemahaman kepada warga masyarakat supaya tidak memanfaatkannya secara berlebihan dalam pengertian bahwa warga masyarakat pada prinsipnya dapat merawat kesehatannya secara mandiri.

5. Perlu dilakukan penambahan tenaga (SDM) sesuai dengan spesifikasi keahlian dalam pelayanan kesehatan, serta penambahan kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan pada Puskesmas baik sarana medis maupun fasilitas penunjang pelayanan.
6. Pelatihan-pelatihan bagi petugas Puskesmas perlu sering dilakukan terutama dalam melaksanakan pelayanan prima. Pelatihan perlu lebih dititikberatkan pada perubahan sikap para petugas pelayanan dari mental birokratis ke mental melayani.

DAFTAR PUSTAKA

Buku Teks:

- Abdullah, Syukur, 1991. "Budaya Birokrasi di Indonesia", dalam Alfian dan Nazaruddin Sjamsuddin (Ed.). *Profil Budaya Politik Indonesia*. PT Pustaka Utama Grafiti, Jakarta.
- Achmad, Mansyur, 2010. *Teori-Teori Mutakhir Administrasi Publik*. Rangkang Education, Yogyakarta.
- Albrecht, Karl, dan Zemke, Ron, 1985. *Service America! Doing Business in The New Economy*. Down Jones Irwin, Homewood, Illionis.
- Albrow, Martin, 1989. *Birokrasi* (Terjemahan). PT. Tiara Wacana, Yogyakarta.
- Ali, Lukman, et.al., 1994. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Kedua. Balai Pustaka, Jakarta.
- Astuti, Sri Juni Woro, 2009. "Diskresi Birokrasi" dalam Samudra Wibawa (ed.) *Administrasi Negara Isu-Isu Kontemporer*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Babie, Earl, 2007. *The Practice of Social Research*. Thomson Higher Education, Belmont, CA, USA.
- Barata, Atep Adya, 2003. *Dasar-Dasar Pelayanan Prima*. PT Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Bertens, K., 2000. *Etika*. Seri Filsafat Atmajaya: 15. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Brannen, Julia, 2005. *Memadu Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif* (Terjemahan). Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Bratakusuma, Deddy S., dan Solihin, Dadang, 2002. *Otonomi Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Bryant, Coralie, dan White, Louise G., 1987. *Manajemen Pembangunan untuk Negara Berkembang*. Terjemahan. LP3ES, Jakarta.
- Budiman, Arief, dan van Ufford, Ph. Quarles, (ed.), 1988. *Krisis Tersembunyi dalam Pembangunan: Birokrasi-Birokrasi Pembangunan*. Gramedia, Jakarta.
- Cooper, Terry L., 2001. *Handbook of Administrative Ethics*. Second Edition. Marcel Dekker, Inc., New York.
- Creswell, John W., 1994. *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. Sage Publication Inc., Thousand Oaks, London.
- Davidow H., William, dan Uttal, Bro, 1989. *Total Customers Service The Ultimate Weapon*. The Free Press, New York.
- Denhardt, Janet V. and Denhardt, Robert B., 2003. *The New Public Service: Serving, Not Sterling*. M.E. Sharpe, New York.
- Denhardt, Kathryn G., 1988. *The Ethics of Public Service*. Greenwood Press, Westport, Connecticut.

- Denzin, Norman K., dan Lincoln, Yvonna S., 2009. *Handbook of Qualitative Research*. Terjemahan. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- DeVrye, Catherine, 2001. *Good Service is Good Business: 7 Strategi Sederhana Menuju Sukses*. Terjemahan. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Dwiyanto, Agus (ed.), 2005. *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Dwiyanto, Agus, 2002. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Pusat Studi Kependudukan, UGM. Yogyakarta.
- Dwiyanto, Agus, 2011. *Mengembalikan Kepercayaan Publik Melalui Reformasi Birokrasi*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Echols, John M., dan Shadily, Hassan, 1990. *Kamus Inggris Indonesia*. PT Gramedia, Jakarta.
- Emzir, 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif Analisis Data*. PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Etzioni, Eva dan Halevy, 2011. *Demokrasi dan Birokrasi: Sebuah Dilema Politik*. (Terjemahan). Total Media, Yogyakarta.
- Farazmand, Ali, 2009. *Bureaucracy and Administration*. CRC Press, Taylor and Francis Group, Boca Raton, London, New York.
- Frederickson, G. H., 1997. *The Spirit of Public Administration*. San Francisco: Jessey Bass Publishers.
- Frederickson, G. H., and Smith, Kevin B., 2002. *The Public Administration Theory Primer*. Westview Press. United States of America.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, J.H., 1996. *Organisasi Perilaku Struktur dan Proses*. Erlangga, Jakarta.
- Hadna, Agus Heruanto, 2009. "Kerancuan Paradigmatik dalam Reformasi Birokrasi di Tingkat Lokal Era Otonomi Daerah" dalam Pramusinto, Agus dan Purwanto, Erwan Agus (Ed.), *Reformasi Birokrasi, Kepemimpinan dan Pelayanan Publik*. Gava Media, Yogyakarta.
- Hatch, M.J., 1997. *Organization Theory: Modern, Symbolic, and Post-modern Perspective*. Oxford Univ. Press, Oxford.
- Henry, Nicholas, 1995. *Public Administration and Public Affairs*. Six Edition. Prentice-Hall International Inc., Englewood Cliffs, NJ.
- Hersey, Paul, dan Blanchard, Ken, 1986. *Manajemen: Perilaku Organisasi Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*. Erlangga, Jakarta.

- Indiahono, Dwiyanto, 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*. Gava Media, Yogyakarta.
- Islamy, Muh. Irfan, 1998. *Agenda Kebijakan Reformasi Administrasi Negara*. FIA-Unibraw, Malang.
- , 1999. *Profesionalisasi Pelayanan Publik*. Universitas Brawijaya, Malang.
- Ismail, HM., 2009. *Politisasi Birokrasi*. Ash-Shiddiqy Press, Malang.
- Ivancevich J.M., Konopaske, R., dan Matteson, M.T., 2006. *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Erlangga, Jakarta.
- Keban, Yeremias T., 2008. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik Konsep, Teori dan Isu*. Edisi-2. Gava Media, Yogyakarta.
- Kumorotomo, Wahyudi, 2001. *Etika Administrasi Negara*. PT RajaGrafindo Perkasa, Jakarta.
- Kumorotomo, Wahyudi, 2005. "Pelayanan yang Akuntabel dan Bebas dari KKN". Dalam Agus Dwiyanto (ed.). *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Kumorotomo, Wahyudi, 2008. *Akuntabilitas Birokrasi Publik Sketsa pada Masa Transisi*. MAP-UGM dengan Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Kusdi, 2009. *Teori Organisasi dan Administrasi*. Salemba Humanika, Jakarta.
- Lenvine, Charles H., et.al., 1990. *Public Administration: Challenges, Choices, Consequences*. Scott Foreman, Illionis.
- Lincoln, Yvonna S., and Guba, Egon G., 1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publication, Inc., Beverly Hills, CA.
- Lipsky, Michael, 1980. *Street-Level Bureaucracy Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russel Sage Foundation, New York.
- Lovell, 1994. *Managing Change in the New Public Sector*. Civil Service College, Longman.
- Lukman, Sampara, 1999. *Manajemen Kualitas Pelayanan*. STIA-LAN Press, Jakarta.
- Mahmudi, 2010. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. UPP STIM YKPN, Yogyakarta.
- Mariana, Dede, et.al. 2010. "Reformasi Birokrasi dan Paradigma Baru Administrasi Publik di Indonesia". Dalam Suaedi, Falih, dan Wardiyanto, Bintoro (Ed.). *Revitalisasi Administrasi Negara: Reformasi Birokrasi dan e-Governance*. Graha Ilmu, Jakarta.

- Marshall, Catherine, and Rossman, Gretchen B., 1989. *Designing Qualitative Research*. Sage Publication Inc., Newbury Park, California.
- Mangkunegara, Anwar Prabu. 2005. *Perilaku dan Budaya Organisasi*. Refika Aditama, Bandung.
- Mas'ood, Mohtar, 1994. *Politik, Birokrasi dan Pembangunan*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Moenir, A.S., 1995. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Muninjaya, A.A. Gde, 1999. *Manajemen Kesehatan*. EGC, Jakarta.
- Muzaham, Fauzi, 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. UI-Press, Jakarta.
- Ndraha, Taliziduhu, 2005. *Teori dan Budaya Organisasi*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurmandi, Achmad, 2010. *Manajemen Pelayanan Publik*. Sinergi Visi Utama, Yogyakarta.
- Osborne, David and Plastrik, Peter, 2004. *Banishing Bureaucracy: The Five Strategies for Reinventing Government*. Perseus Book Publishing, USA.
- Osborne, David dan Gaebler, T., 1992. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Transforming in Public Sector*. Reading M.A, Addison-Wesley.
- Parsons, W., 1995. *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edwar Elgar, Cheltenham (UK).
- Perry, J.L., 1989. *Handbook of Public Administration*. Jossey-Bass Limited, San Fransisco, CA.
- Prasojo, Eko, 2009. *Reformasi Kedua: Melanjutkan Estafet Reformasi*. Salemba Humanika, Jakarta.
- Purwadarminta, W.J.S., 1985. *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. PN Balai Pustaka, Jakarta.
- Purwanto, Erwan Agus, 2005. "Pelayanan Publik Partisipatif". Dalam Agus Dwiyanto (ed). *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Purwoko, Bambang, 2007. "Mengelola Pengentasan Kemiskinan" dalam Pratikno (ed.). *Mengelola Dinamika Politik dan Jejaring Kepemerintahan: Kemitraan, Partisipasi, dan Pelayanan Publik*. Pascasarjana PLOD UGM, Yogyakarta

- Rakhmat, 2009. *Teori Administrasi dan Manajemen Publik*. Pustaka Arif, Jakarta.
- Rasyid, Ryass, 2002. *Makna Pemerintahan: Tinjauan Segi Etika dan Kepemimpinan*. Mutiara Sumber Wydya, Jakarta.
- Riggs, Fred W., 1998. *Administrasi Negara-Negara Berkembang: Teori Masyarakat Prismatik*. (Terjemahan Yasogama). CV Rajawali, Jakarta.
- Rivai, Veithzal, dan Mulyadi, Deddy, 2010. *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Robbins, S.P., 1994. *Teori Organisasi: Struktur, Desain dan Aplikasi*. Edisi-3, (Terjemahan: Jusuf Udaya). Arcan, Jakarta.
- Robbins, Stephen P., 2008. *Perilaku Organisasi*. Edisi ke-10. Terjemahan. PT Indeks, Jakarta.
- Rochadi, Sigit, 2008. "Perubahan Paradigma Pelayanan Publik". Dalam Sinambela, Lijan Poltak, et.al., *Reformasi Pelayanan Publik: Teori, Kebijakan dan Implementasi*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Roth, Gabriel. 1987. *The Private Provision of Public Service in Developing Countries*, EDI Series in Economic Development, Published for the World Bank, Oxford University Press.
- Sahfritz, Jay M., & Hyde, A.C., 1997. *Classics of Public Administration*. Harcourt Brace College Publishers, New York.
- Salam, Burhanuddin, 1997. *Etika Sosial: Asas Moral dalam Kehidupan Manusia*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Santoso, Priyo Budi, 1993, *Birokrasi Pemerintah Orde Baru Perspektif Kultural dan Struktural*. PT RajaGrafindo Perkasa, Jakarta.
- Savas, E.S., 1987. *Privatization: The Key to Better Government* . Chathan House Publishers, Inc, Chatan, New Jersey.
- Savas, E.S., 2000. *Privatization and Public Private Partnership*. Chathan House Publisher, Seven Bridges Press, LLC, New York.
- Schultz, David, 2004. *Encyclopedia of Public Administration and Public Policy*. Facts on File, Inc. New York.
- Shafritz, Jay M., dan Russell, E.W., 1997. *Introducing Public Administration*. Longman, New York, NY.
- Shafritz, Jay M., dan Ott, J.Steven, 1987. *Classics of Organization Theory*. Brooks Cole Publishing Company, Pacific Grove, California.
- Siagian, Sondang P., 1994. *Patologi Birokrasi: Analisis, Identifikasi dan Terapinya*. Ghalia Indonesia, Jakarta.

- Simon, Herbert A., 2007. *Perilaku Administrasi: Suatu Studi tentang Proses Pengambilan Keputusan dalam Organisasi Administrasi* (Terjemahan). Bumi Aksara, Jakarta.
- Sinambela, Lijan Poltak, et.al., 2008. *Reformasi pelayanan Publik: Teori, Kebijakan, dan Implementasi*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Suaedi, Falih, dan Wardiyanto, Bintoro (Ed.), 2010. *Revitalisasi Administrasi Negara: Reformasi Birokrasi dan e-Governance*. Graha Ilmu, Jakarta.
- Subarsono, A.G., 2005. "Pelayanan Publik yang Efisien, Responsif, dan Non-Partisan". Dalam Agus Dwiyanto (ed). *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Sugandi, Yogi Suprayogi, 2011. *Administrasi Publik: Konsep dan Perkembangan Ilmu di Indonesia*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sulaeman, Endang Sutisna, 2009. *Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas*. UNS, Surakarta.
- Supriatna, Tjahya, 1997. *Birokrasi Pemberdayaan dan Pengentasan Kemiskinan*. Humaniora Utama Press, Bandung.
- Thoha, Miftah, 1991. *Perspektif Perilaku Birokrasi*. Rajawali Pers, Jakarta.
- Thoha, Miftah, 2002. *Perilaku Organisasi: Konsep Dasar dan Aplikasi*. Rajawali Pers, Jakarta.
- Thoha, Miftah, 2007. *Birokrasi dan Politik di Indonesia*. Rajawali Pers, Jakarta.
- Thoha, Miftah, 2008. *Ilmu Administrasi Publik Kontemporer*. Kencana, Jakarta.
- Tjiptono, Fandy dan Diana, Anastasia, 2002. *Total Quality Management*. Andi, Yogyakarta.
- Utomo, Warsito, 2003. *Dinamika Administrasi Publik: Analisis Empiris Seputar Isu-Isu Kontemporer dalam Administrasi Publik*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- White, Jay D., Adams, Guy B., 1994. *Research in Public Administration: Reflection on Theory and Practice*. Sage Publication Inc., Thousand Oaks, London.
- Whitfield, Dexter, 2001. *Public Services or Corporate Welfare: Rethinking the Nation State in the Global Economy*. Pluto Press, London.
- Winardi, J., 2004. *Manajemen Perilaku Organisasi*. Kencana, Jakarta.
- Wibawa, Samodra (ed.), 2009. *Administrasi Negara Isu-Isu Kontemporer*. Graha Ilmu, Yogyakarta.

- Widaningrum, Ambar, 2009. "Reformasi Manajemen Pelayanan Kesehatan". Dalam Pramusinto, Agus dan Purwanto, Erwan Agus (ed.). *Reformasi Birokrasi, Kepemimpinan dan Pelayanan Publik: Kajian tentang Pelaksanaan Otonomi Daerah*. Yogyakarta: Gava Media.
- Yamit, Zulian, 2002. *Manajemen Kualitas Produk dan Jasa*. Ekonisia, Yogyakarta.
- Yin, Robert K., 2003. *Case Study Research: Design and Method*. Third Edition. Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, California.
- Yin, Robert K., 2011. *Studi Kasus: Desain dan Metode* (Terjemahan). PT RajaGrafindo, Jakarta.

Jurnal/Publikasi Ilmiah/Makalah:

- Astuti, Sri Juni Woro, dan Supriyanto, 2011. "Revitalisasi Sistem Responsibilitas dan Akuntabilitas Birokrasi". JIANMAP (Jurnal Ilmu Administrasi Negara dan Manajemen Publik). Volume 1 Nomor 2 Juli 2011. Hal: 65-80. *Indonesian Association for Public Administration*.
- Dwiyanto, Agus, dan Kusmasan, Bevaola, 2003. "Reformasi Pelayanan Publik: Apa yang Harus Dilakukan?" dalam Policy Brief, Nomor 2/PIS/2003.
- Frimpong, Nwanko, dan Dason, 2010. "*Measuring Service Quality, Believeness, Image, and Satisfaction with Access to Public Healthcare Delivery*". *Journal Public Service Management*, Vol. 23, 2010.
- Hadi, Kisno, 2010. *Korupsi Birokrasi Pelayanan Publik di Era Otonomi Daerah*. Jurnal Penelitian Politik. Volume 7, Nomor 1, 2010. P2P-LIPI, Jakarta.
- Hasbi, Muhammad, 2008. "Model Perilaku Birokrasi dalam Pelayanan Publik untuk Menunjang Implementasi Otonomi Daerah". *Visi Jurnal Ilmu Administrasi*. Vo. 11. No. 2, September 2008. Jurusan Ilmu Administrasi Fisip Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Hasniati, 2010. "Pelayanan Publik melalui Electronic Government: Sebuah Upaya Meminimalisir Praktek Mal-administrasi dalam Pelayanan Publik". *Jurnal Administrasi Publik*. Volume VI, Nomor 2, Juni 2010. PKP2A LAN, Makassar.
- Keban, Yeremias T., 2001. "Etika Pelayanan Publik: Pergeseran Paradigma, Dilema dan Implikasinya bagi Pelayanan Publik di Indonesia". *Majalah Perencanaan Pembangunan Edisi 24 Tahun 2001*.
- Koll, Sandy, 2009. "*Is Bureaucracy Compatible With Democracy?*". *South African Journal of Philosophy* 28 (2), page 134-145.

- Mahsyar, Abdul, 2011. "Masalah Pelayanan Publik di Indonesia dalam Perspektif Administrasi Publik". Otoritas Jurnal Ilmu Pemerintahan, Vol. 1 No. 2 Oktober 2011. Hal: 78-98. Jurusan Ilmu Pemerintahan Fisip Universitas Muhammadiyah Makassar.
- Mazur, Aleksei, 2009. "How to Conquer Corruption? Only Commisars Can Fix The Bureaucracy". Russian Politics and Law 47 (4). July-Agustus 2009, Page 87-96.
- Palulungan, Lusi, 2011. "Program Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat Miskin untuk Peningkatan Pelayanan Publik Berbasis Hak". Bakti News, Vol. V, April 2011-Mei 2011, Edisi 65. Hal. 19-20, Makassar.
- Peregudov, S.P., 2009. "Business and State Bureaucracy: Dynamics of Interaction". Russian Politics and Law 47 (4), July-Agustus 2009.
- Ruby, Mahlil. "Eksistensi & Peranan Puskesmas sebagai Penyelenggara Upaya Kesehatan Tingkat Pertama", Makalah pada Seminar Nasional di Selenggarakan oleh FIPO dan USAID di Hotel Sahid Makassar Tgl. 28 Juni 2011.
- Schedler, K. & Felix, J., 2000. *Quality in Public Management the Customer Perspective*. In Thompson, F. (Editor). International Public Management Journal, Vol. 3/Number 1/2000. P.125-143.
- Simatupang, Patar, dan Bake, Jamal, 2011. "Perubahan Paradigma Administrasi Publik dalam Mendorong Perbaikan Layanan Masyarakat". Jurnal Manajemen Usahawan Indonesia. Vol. 40, Nomor 3, Mei-Juni 2011. Hal: 258-269. Lembaga Manajemen FEUI, Jakarta.
- Weatherley, R. and M. Lipsky, 1977. "Street-Level Bureaucrats and Institutional Innovation: Implementing Special Education Reform". Harvard Educational Review 47: 171-197.
- Widaningrum, Ambar. "Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of Providers in Health Centres". Paper, Presented in Seminar and International Conference of Eastern Regional Organization of Public Administration (EROPA) in Brunai Darussalam, 04 Nopember 2006.
- Winter, Soren C., 2002. "Explaining Street-Level Bureaucratic Behavior in Social and Regulatory Policies" Paper prepared for the 2002 Annual Meeting of the American Political Science Association in Boston, 29 August – 1 September 2002.
- Zhan, Xueyong, et.al., 2009. "Contextual Change and Environment Policy Implementation in China: A Longitudinal Study of Street Level

Bureaucracy in Ghuangzhou". (Research Paper). Ohio State university, Ohio.

Laporan Penelitian, Skripsi, Thesis dan Disertasi:

Alamsyah, Kamal, 2003. *Pengaruh Birokrasi terhadap Kualitas Pelayanan Publik (Studi pada Dinas-Dinas di Kabupaten Lebak Kabupaten Banten)*. Disertasi (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana UNPAD, Bandung.

Hasniati, 2008. *Perilaku Pelayanan Birokrat Garis Depan: Studi Tentang Interaksi Birokrat Kepolisian dengan Warga Masyarakat dalam Pelayanan Surat Izin Mengemudi di Kota Makassar*. Disertasi (tidak diterbitkan), FIA-Universitas Brawijaya, Malang.

Maiyulnita, 2006. *Sikap dan Perilaku Pelayanan Publik*. Disertasi (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Brawijaya, Malang.

Saleh, Yamin M., 2006. *Perubahan Organisasi Pemerintah Daerah dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Publik Bidang Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Sukabumi*. Disertasi (tidak diterbitkan). Program Pascasarjana Universitas Padjajaran, Bandung.

Teruna, Made, 2007. *Patologi Birokrasi dalam Penyelenggaraan Pemerintahan di Daerah*. Disertasi (tidak diterbitkan). FIA-Unibraw, Malang.

Trilestari, Endang Wirjatmi, 2004. *Model Kinerja Pelayanan Publik dengan Pendekatan System Thinking dan System Dynamics*. Disertasi (tidak diterbitkan). Departemen Ilmu Administrasi, FISIP-UI, Jakarta.

Surat Kabar:

Harian Tribun Timur, Kamis 18 Nopember 2010.

Sumber dari Internet (Website):

Fajar online diakses pada Hari Sabtu tanggal 6 Pebruari 2011, Pukul 14.44 WITA.

Indahwardani, 2012. "Pengertian Etika, Profesi, Etika profesi dan Kode Etik profesi". <http://indahwardani.wordpress.com> (diakses tgl 09 April 2012 Pukul 08.07 Wita).

Sudayana, Putu, 2012. "Paparan Ringkasan program Pokok Puskesmas". <http://www.puskel.com> (diakses tgl 16 Mei 2012 Pukul 16.57 Wita).

Dokumen Pemerintah:

Republik Indonesia, Undang-undang Dasar 1945 (Amandemen ke-4).

Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Republik Indonesia, Undang-Undang R.I. Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

Republik Indonesia, Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dari KKN.

Republik Indonesia, Undang-Undang R.I. Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Peraturan Presiden R.I., Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pelaksanaan Pusat Kesehatan Masyarakat.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 81 tahun 1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/Kep/M.Pan/2003 tanggal 10 Juli 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 26/Kep/M.Pan/2/2004 tanggal 24 Pebruari 2004 tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Peraturan Menpan Nomor 26 Tahun 2011 tentang Pedoman Perhitungan Jumlah Kebutuhan Pegawai Negeri Sipil untuk Daerah.

Peraturan Daerah Kota Makassar Nomor 12 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.

Peraturan Walikota Makassar Nomor 79 Tahun 2009 tentang Pembentukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) pada Dinas Kesehatan Kota Makassar.

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Abdul Mahsyar di lahirkan pada tanggal 30 Maret 1968 di Watampone ibukota Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan, dari orang tua bapak Abdul Madjid dan Ibu Hj. St. Aisyah, merupakan putra sulung dari tiga orang bersaudara, dibesarkan dalam keluarga yang berprofesi sebagai pendidik, bapak seorang guru sekolah dasar yang mengakhiri karirnya sebagai PNS pada jenjang penilik pendidikan luar sekolah, dan orang tua perempuan sebagai ibu rumah tangga.

Dalam kehidupan rumah tangga penulis memiliki seorang istri bernama Ir. Asniaty yang dinikahi sejak tahun 1996 di Makassar, sekarang telah dikarunia tiga orang putra-putri masing-masing Sheila Shafira Mahsyar (Pendidikan SMA Islam Athirah Makassar), Sheren Shalsabila Mahsyar (Pendidikan SMP Negeri 8 Makassar), dan Shafin Shaki Sharfaras Mahsyar (Pendidikan SD Nurul Fikri Makassar).

Pendidikan yang ditempuh mulai dari jenjang pendidikan dasar sampai pendidikan menengah di tamatkan di Watampone Kabupaten Bone masing-masing pada Sekolah Dasar Negeri 3 Ta di Kelurahan Ta Kecamatan Tanete Riattang, pada tahun 1980, Sekolah Menengah Pertama Negeri I Watampone di Kecamatan Tanete Riattang, dan Sekolah Menengah Atas Negeri I di Macege dan Macanang Kecamatan Palakka pada tahun 1986. Pada tahun 1987 mengikuti pendidikan tinggi jenjang S1 yang diselesaikan pada tahun 1992 di Makassar pada Universitas Hasanuddin Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Jurusan Ilmu Administrasi Negara, sekalipun sempat tiga semester mengenyam pendidikan pada Fakultas Hukum Universitas Muslim Indonesia di Makassar. Pendidikan jenjang pascasarjana Magister diselesaikan pada tahun 1998 pada program studi administrasi pembangunan program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, dan baru sempat melanjutkan pendidikan jenjang doktoral pada tahun 2008. Selama menempuh pendidikan di perguruan tinggi mulai dari jenjang S1 sampai S3

penulis senantiasa diberikan kemudahan oleh pemerintah Republik Indonesia, pada semua jenjang pendidikan tersebut dilalui dengan tanpa biaya kuliah (bantuan beasiswa). Masing-masing pada jenjang S1 menerima beasiswa TID dari Dikti Depdiknas, dan pada jenjang S2 dan S3 menerima beasiswa BPPS/TMPD dari Depdiknas R.I.

Selama menempuh pendidikan pada jenjang sarjana, penulis aktif dalam berbagai organisasi kemahasiswaan baik dalam organisasi internal kampus seperti pernah menjadi Ketua Umum Himpunan Mahasiswa Administrasi Negara Fisip Unhas pada tahun 1989, Sekretaris Umum dan Ketua Umum (pengganti antar waktu) Senat Mahasiswa Fisip Unhas pada tahun 1990/1991. dan organisasi eksternal kampus seperti Himpunan Mahasiswa Islam/HMI (pernah jadi wakil ketua dan sekretaris). Selama mahasiswa aktif dalam berbagai organisasi kemahasiswaan dalam skala nasional seperti Persatuan Mahasiswa Administrasi Indonesia, Ikatan Mahasiswa Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Indonesia dan aktif mengikuti pertemuan-pertemuan mahasiswa pada level nasional seperti seminar dan lokakarya tingkat nasional, dan event pertemuan mahasiswa tingkat nasional lainnya.

Jenjang karier penulis sebagai tenaga akademik (dosen) dimulai sebagai asisten dosen pada Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fisip Unhas pada tahun 1992 yang dilakoni sampai awal tahun 1994 sebagai persiapan untuk pengangkatan tenaga dosen tetap PNS yang bersumber dari jalur rekrutmen mahasiswa berprestasi penerima Tunjangan Ikatan Dinas (TID) dari Departemen Pendidikan Nasional. Pada tahun 1992 diusulkan sebagai calon PNS oleh Rektor Universitas Hasanuddin setelah direkomendasikan oleh Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara dan Dekan Fisip Unhas. dan selanjutnya mendapat Surat Keputusan pengangkatan sebagai CPNS tenaga dosen oleh Menteri Pendidikan Nasional yang berlaku mulai tanggal 1 Maret 1993 yang ditempatkan pada Kopertis Wilayah IX Sulawesi sebagai dosen

PNS dipekerjakan pada Fisip Universitas Muhammadiyah Makassar yang menjadi ladang pengabdian sampai sekarang.

Jenjang karier profesional sebagai tenaga pengajar perguruan tinggi dimulai sejak diangkat sebagai Asisten Ahli Madya pada tahun 1994 dan jenjang pangkat sampai hari ini adalah Lektor Kepala dengan pangkat kepegawaian Golongan IV/a sejak tahun 2006. Sehari-hari sebagai tenaga pengajar tetap pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik dan Program Pascasarjana Magister Administrasi Publik Universitas Muhammadiyah Makassar. Pada tahun 1995 sampai akhir 2008 pernah aktif mengajar pada beberapa perguruan tinggi swasta yang ada di Makassar maupun di beberapa daerah dalam wilayah Sulawesi Selatan. Namun sekarang ini hanya fokus di Universitas Muhammadiyah Makassar sebagai tugas pokok.

Pengalaman dalam dunia akademik lainnya, pada tahun 2007 sampai awal tahun 2009 pernah diamanahkan sebagai Wakil Ketua Tiga Bidang Kemahasiswaan pada Sekolah Tinggi Manajemen Informatika dan Komputer (STIMIK Handayani) oleh Ketua Yayasan Pendidikan Alifuddin Handayani. Pada masa ini penulis banyak memperoleh pengetahuan tentang pengelolaan perguruan tinggi dan menyelami dunia kemahasiswaan yang penuh dinamika sehingga memperoleh pengalaman dan pengetahuan dalam mengelola mahasiswa yang ternyata tidak mudah. Pada tahun 2008 memperoleh kepercayaan dari Rektor Unismuh Makassar sebagai Ketua Program Magister Ilmu Administrasi Publik yang merupakan program baru di Unismuh pada saat itu, sungguh merupakan kepercayaan yang luar biasa dan amanah yang tidak boleh diabaikan dari pimpinan universitas maupun BPH Unismuh, ibaratnya saya diberikan bayi yang baru lahir untuk dirawat dan dibesarkan dalam suasana keterbatasan yang masif. Sekarang program ini sudah beranjak remaja yang Insya Allah sebentar lagi memasuki usia remaja tanggung yang kelihatannya sudah banyak dilirik karena semakin mempesona.

Aktivitas penulis sehari-hari lebih banyak pada kegiatan-kegiatan akademik dan sedikit aktif di luar kampus pada kegiatan-kegiatan yang masih bersentuhan dengan dunia akademik dan juga sebagai wahana sosialisasi dan pengembangan diri, diantaranya pernah menjadi peneliti dan Tim Forum penelitian pada Bappeda Kota Makassar, peneliti pada Balitbangda dan Biro Kerjasama Kantor Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan, dan penelitian-penelitian yang dibiayai oleh Unismuh Makassar, Kopertis IX, penelitian dosen muda, kajian wanita, maupun penelitian dari hibah DP2M Dikti lainnya. Juga aktif pada beberapa organisasi profesi dan organisasi masyarakat tingkat provinsi baik sebagai anggota maupun sebagai pengurus. Selain itu penulis mengikuti kegiatan ilmiah yang terkait dengan administrasi publik baik dalam skala nasional maupun internasional. Dalam rangka pengembangan wawasan sebagai tenaga akademik penulis telah mengunjungi beberapa negara sebagai tempat *benchmarking* baik untuk memperluas jaringan maupun kerjasama perguruan tinggi.

Bangkala Village Makassar, Agustus 2013

Abdul Mahsyar

LAMPIRAN-LAMPIRAN

LAMPIRAN 1:**DAFTAR INFORMAN**

No. inf	Nama Informan	Tanggal Wawancara
1	Kadis Kesehatan	23 Januari 2013
2	Ka PKM	31 Januari 2013
3	Observasi Lapangan	4 Pebruari 2013
4	Hasil Dialog Warga	4 Pebruari 2013
5	Petugas Locket PKM BT (Ivana)	4 Pebruari 2013
6	Kadis Kesehatan	5 Maret 2013
7	Anggota LSM USAID (St. Rohani, 39 thn)	19 Maret 2013
8	Ka PKM Pattingalloang	21 Maret 2013
9	Ka PKM Tamangapa	7 Maret 2013
10	Kadis Kesehatan	5 Maret 2013
11	Ka PKM dan Petugas	25 Pebruari 2013
12	Kadis Kesehatan	5 Maret 2013
13	Warga Masyarakat (Dg. Intang, 31 thn)	25 Pebruari 2013
14	Warga Masyarakat (Asiz, 42 thn)	25 Pebruari 2013
15	Kadis Kesehatan	5 Maret 2013
16	Staf Puskesmas (Dr. N/39 thn)	7 Maret 2013
17	Kepala BKD Kota Makassar	18 Pebruari 2013
18	Anggota DPRD Komisi D (Rahman)	20 Pebruari 2013
19	Staf PKM (Resky)	14 Maret 2013
20	Ka PKM Tamangapa	7 Maret 2013
21	Warga Masyarakat (Dg. Baji, 45 thn)	18 Pebruari 2013
22	Staf Puskesmas (Hj. Kurniati, S.Sos.)	19 Pebruari 2013
23	Staf Puskesmas (Ivana, S.Kep. Ns.)	19 Pebruari 2013
24	Kepala Puskesmas Pattingalloang	26 Pebruari 2013
25	Kepala Puskesmas Pattingalloang	26 Pebruari 2013
26	Staf Puskesmas (drg. Ati / 45 th)	27 Pebruari 2013
27	Staf Puskesmas (dr. Erna M./42 th)	28 Pebruari 2013
28	Staf Puskesmas	27 Pebruari 2013
29	Staf Puskesmas	27 Pebruari 2013
30	Kader Puskesmas (Rahmawati 37 thn)	14 Maret 2013
31	Warga Masyarakat (Dg. Baha)	9 Maret 2013
32	Staf Kel. (Drs. Abd. Hakim, 47 thn)	11 Maret 2013
33	Staf PKM (Ramluddin, SKM, 42 thn)	27 Pebruari 2013
34	Warga masyarakat (Kahar, 35 thn)	28 Pebruari 2013
35	Warga masyarakat (Subaeda, 27 thn)	3 Maret 2013

36	Warga masyarakat (Raja Bau, 43 thn)	18 Pebruari 2013
37	Hasil pengamatan di PKM Kassi-Kassi	18 Pebruari 2013
38	Staf Puskesmas (Hariani, 27 thn)	18 Pebruari 2013
39	Hasil pengamatan di PKM	18 Pebruari 2013
No. inf	Nama Informan	Tanggal Wawancara
40	Staf Puskesmas (Sulastri)	18 Pebruari 2013
41	Staf Puskesmas (Dr. S)	20 Pebruari 2013
42	Hasil pengamatan	20 Pebruari 2013
43	Hasil pengamatan dan wawancara	13 Maret 2013
44	Warga masyarakat (Arifin, 41 thn)	13 Maret 2013
45	Staf Puskesmas (Dr. Ahmad)	15 Maret 2013
46	Staf Puskesmas (Reskiati)	15 Maret 2013
47	Staf Puskesmas (Lusiana)	15 Maret 2013
48	Warga masyarakat (Nurhaeda, 35 thn)	21 Maret 2013
49	Staf Puskesmas (Sundari, 29 thn)	21 Maret 2013
50	Ka PKM Patingalloang	22 Maret 2013
51	Warga masyarakat (Maria Lande, 32 thn)	28 Maret 2013
52	Staf Puskesmas (Reskiati)	29 Maret 2013
53	Staf Puskesmas (Nurjannah, SKM)	7 Maret 2013
54	Staf Puskesmas (Dr. Hn)	26 Pebruari 2013
55	Warga masyarakat (Dg. Caya, 37 thn)	26 Pebruari 2013
56	Warga masyarakat (Yusriani, 32 thn)	28 Pebruari 2013
57	Warga masyarakat (Ali Hamris, 42 thn)	28 Pebruari 2013
58	Staf Puskesmas (Dr. Ah)	4 Maret 2013
59	Hasil pengamatan	7 Pebruari 2013
60	Staf Puskesmas (Ramluddin, 42 thn)	7 Pebruari 2013
61	Staf Puskesmas (Ramluddin, 42 thn)	7 Pebruari 2013
62	Staf Puskesmas (Reskiati)	7 Pebruari 2013
63	Ka PKM Patingalloang	22 Maret 2013
64	Hasil pengamatan	8 Pebruari 2013
65	Staf Puskesmas (Rani K, 28 thn)	8 Pebruari 2013
66	Staf Puskesmas (Reskiati)	7 Pebruari 2013
67	Staf Puskesmas	7 Pebruari 2013
68	Staf Puskesmas	11 Maret 2013
69	Kader Puskesmas (Rosmiati, 31 thn)	11 Maret 2013
70	Hasil pengamatan	18 Pebruari 2013
71	Staf Puskesmas (Kurniati)	18 Pebruari 2013
72	Staf Puskesmas (Ramluddin)	18 Pebruari 2013
73	Staf Puskesmas (Drg. Atik, 45 thn)	14 Maret 2013
74	Warga masyarakat (Martinus, 35 thn)	26 Maret 2013
75	Warga masyarakat (Sahara, 30 thn)	26 Maret 2013

76	Staf Puskesmas (Dr. NS, 39 thn)	28 Maret 2013
77	Warga masyarakat (ibu Susanto, 50 thn)	13 Maret 2013
78	Warga masyarakat (Abd. Halim, 41 thn)	6 Maret 2013
79	Staf Puskesmas (Reskiati)	6 Maret 2013
80	Staf Puskesmas (Nurgana, 27 thn)	7 Maret 2013
81	Warga masyarakat (Dg. Rani, 45 thn)	18 Maret 2013
No. inf	Nama Informan	Tanggal Wawancara
82	Warga masyarakat (Ramlah, 26 thn)	18 Maret 2013
83	Warga masyarakat (Dahlia, 29 thn)	18 Pebruari 2013
84	Ka PKM Pattingallooang	22 Maret 2013
85	Staf Puskesmas (Nurlaela, 43 thn)	19 Maret 2013
86	Staf Puskesmas (Dr. Nh, 37 thn)	20 Maret 2013
87	Warga masyarakat (Sahariah, 30 thn)	25 Maret 2013
88	Warga masyarakat (Amirah, 33 thn)	25 Maret 2013
89	Warga masyarakat (Tamrin, 41 thn)	25 Maret 2013
90	Warga masyarakat (Nurlita, 32 thn)	26 Maret 2013
91	Staf Puskesmas ((Marwah, S.Kep)	20 Maret 2013

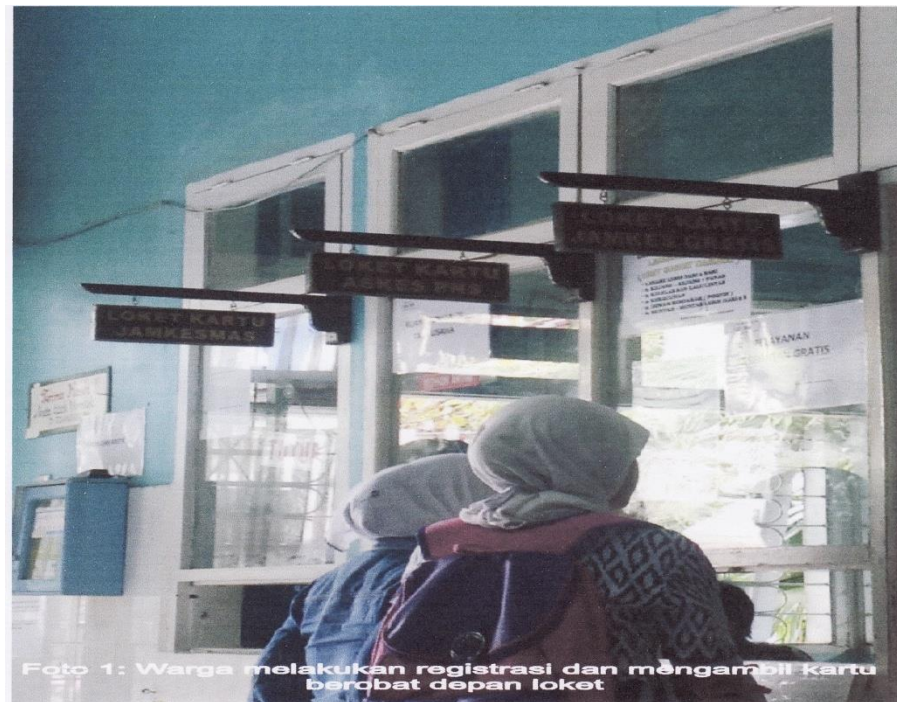
LAMPIRAN 2: DOKUMENTASI PENELITIAN



Foto 3: Warga antri depan loket registrasi (waktu pelayanan dimulai Pukul 08.00 - 11.00).







Foto 7: Loker pendaftaran pasien



Foto 5: Ruang tunggu pasien (depan loket registrasi)



Foto 9: Pasien antri untuk mendapat pelayanan medis depan Poli

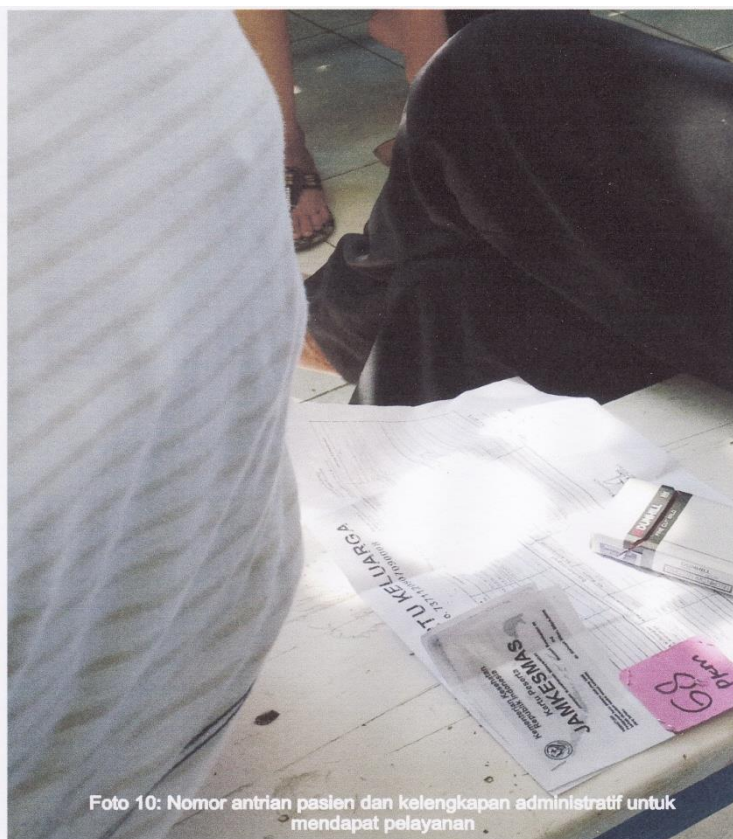


Foto 10: Nomor antrian pasien dan kelengkapan administratif untuk mendapat pelayanan

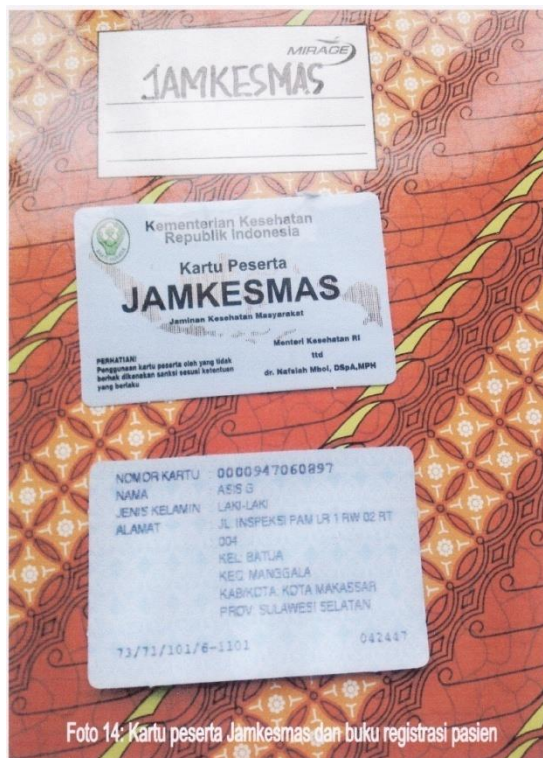


Foto 14: Kartu peserta Jamkesmas dan buku registrasi pasien

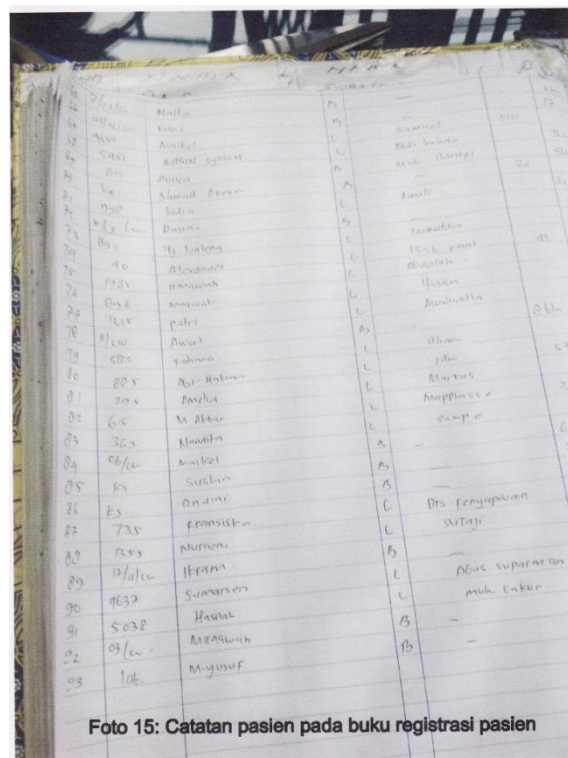


Foto 15: Catatan pasien pada buku registrasi pasien



Foto 16: Peneliti mewawancarai dengan petugas loket registrasi



Foto 17: Petugas loket memanggil nama pasien sesuai dengan nomor antrian pasien



Foto 18: Tenaga sukarela (siswa magang) sedang mencari buku berobat untuk pasien



Foto 19: Tenaga sukarela (mahasiswa magang) sedang mengukur tinggi badan pasien (ibu hamil)



Foto 20: Tenaga sukarela (mahasiswa magang) sedang mengukur tensi seorang pasien



Foto 21: Tenaga sukarela (siswa magang) sedang menuntun membantu pasien setelah diperiksa dokter



Foto 22: observasi partisipatif yang dilakukan peneliti



Foto 23: Peneliti mewawancarai dengan salah seorang dokter



Foto 24: Peneliti mewawancarai dengan salah seorang dokter



Foto 25. Peneliti mewawancarai dengan salah seorang staf Puskesmas

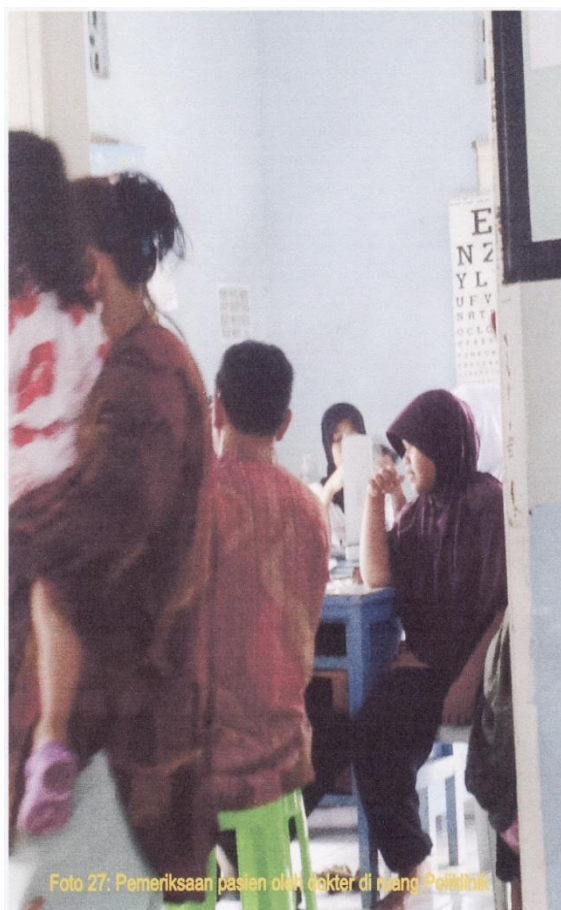


Foto 27: Pemeriksaan pasien oleh dokter di ruang Poliklinik



Foto 28: Petugas (mahasiswa magang) melayani tensi darah pasien

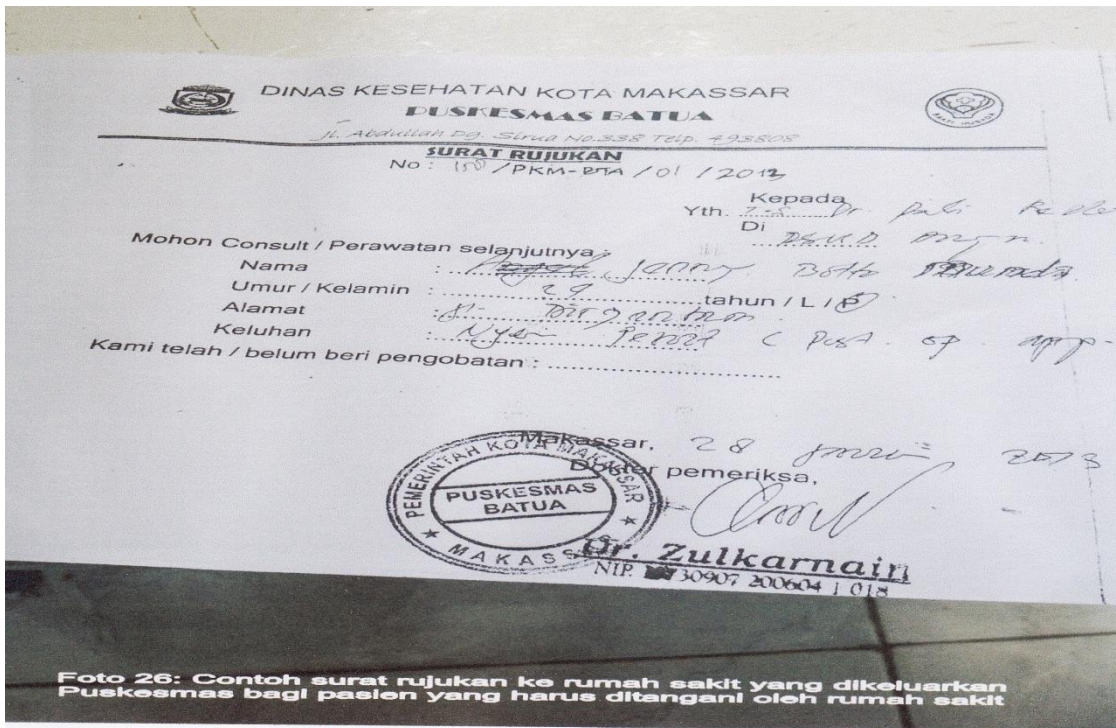


Foto 26: Contoh surat rujukan ke rumah sakit yang dikeluarkan Puskesmas bagi pasien yang harus ditangani oleh rumah sakit

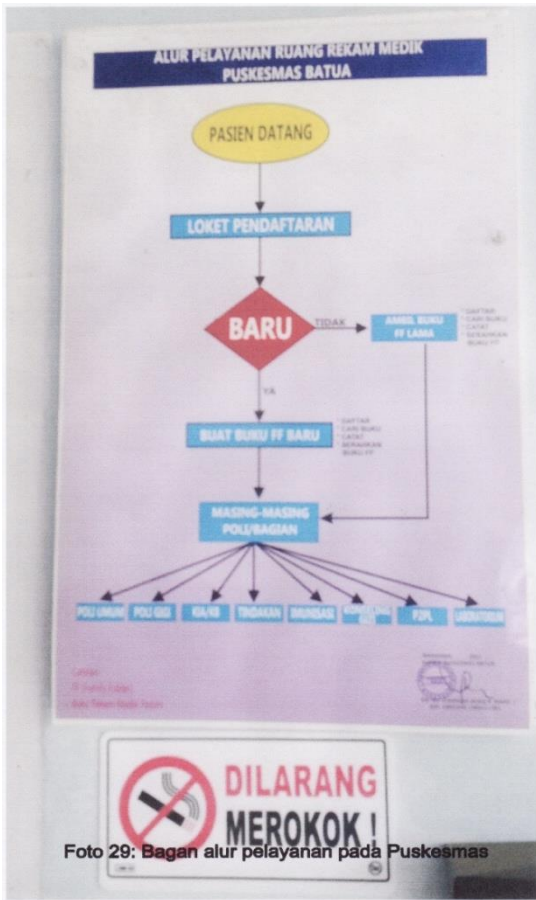


Foto 29: Bagan alur pelayanan pada Puskesmas

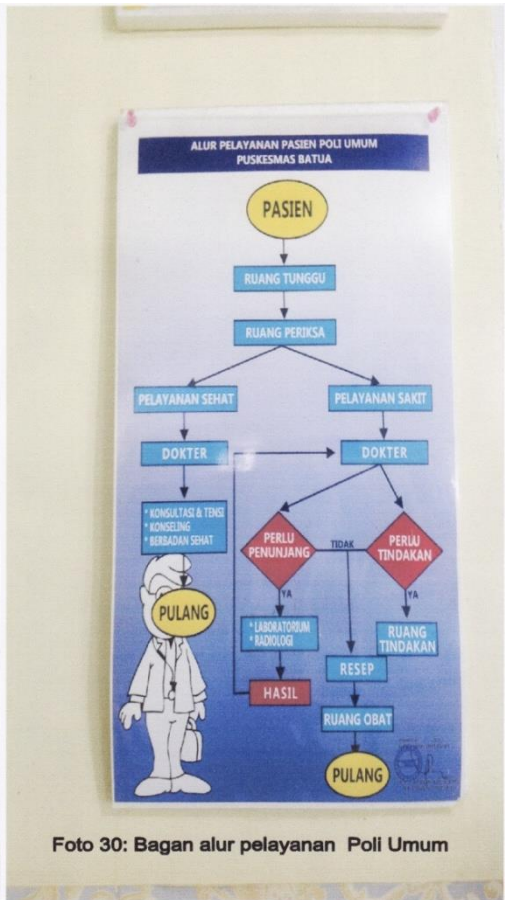


Foto 30: Bagan alur pelayanan Poli Umum

Lampiran 3: Perizinan Penelitian



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH**

Jalan Urip Sumoharjo No. 269 | telp. 436936-436937 / FAX. 436934
Makassar (90231)

Makassar, 14 Januari 2013

Kepada

Nomor : 070.5.1/ 345 /Balitbanada
Lampiran : -
Perihal : Izin/Rekomendasi Penelitian

Yth. 1. Ketua DPRD Kota Makassar
2. Walikota Makassar
3. Kepala Dinas Kesehatan Prov. Sulsel

di-
Makassar

Berdasarkan surat Dekan PPs FISIP UNHAS Makassar nomor : 269/UN4 9 1/PI 02/2013 tanggal 11 Januari 2013 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini :

N a m a : Abd. Mahsyar
Nomor Pokok : P0900308011
Program Studi : Adm. Publik
Pekerjaan : Mahasiswa (S3)
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Disertasi, dengan judul :

“MODEL COPING BEHAVIORS STREET LEVEL BUREAUCRACY DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KOTA MAKASSAR”

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 21 Januari s/d 21 Maret 2013

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan melapor kepada Bupati/Walikota Cq. Kepala Bappeda/Balitbangda, apabila kegiatan dilaksanakan di Kab./Kota;
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan;
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dan mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Menyerahkan 2 (dua) eksemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulsel.Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Propinsi Sulawesi Selatan;
5. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan sebagaimana.



TEMBUSAN : Kepada Yth.:

1. Gubernur Sulawesi Selatan di Makassar (sebagai laporan);
2. Dekan PPs FISIP UNHAS Makassar;
3. Kepala Badan Lintas Kabupaten dan Kota Prov. Sulsel;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. terang



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
KANTOR KESATUAN BANGSA
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111
Telp +62411 – 315867 Fax +62411 – 315867

Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>

Makassar, 16 Januari 2013

Nomor : 070/125-II/KKBL/2013
Sifat :
Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Yth. **Kepada**
1. KEPALA BAPPEDA KOTA MAKASSAR
2. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR

**Di
MAKASSAR**

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Balitbangda Propinsi Sulawesi Selatan Nomor : 070.51/441/ Balitbangda, Tanggal 15 Januari 2013, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : **Abdul Mahsyar**
Nim / Jurusan : P0900308011 / Adm. Publik
Pekerjaan : Mahasiswa S3
Alamat : Komp. Griya Antang Raya No. 25, Makassar
Judul : **"MODEL COPING BEHAVIORS STREET LEVEL BUREAUCRACY DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KOTA MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan **Penelitian** pada Instansi / Wilayah Bapak/Ibu, dalam rangka **Penyusunan Desertasi** sesuai dengan Judul di atas yang akan dilaksanakan mulai tanggal **21 Januari s/d 21 Maret 2013**.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat **menyetujui** dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak/Ibu untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat.

an **WALIKOTA MAKASSAR**
KEPALA KANTOR KESBANG DAN LINMAS

Drs. H.A. ROMPEGADING PATIROY
Pangkat : Pembina Tk I
NIP : 19580427 198210 1 001

Tembusan :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Linmas Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Balitbangda Prop.Sul Sel di Makassar;
3. Dekan PPs. FISIP UNHAS Makassar di Makassar,
4. **Sdr. Abdul Mahsyar**



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN
 Jl. TEDUH BERSINAR NO.1 Telp. (0411) 881549 Fax. (0411)887710
MAKASSAR



Makassar, 01 Februari 2013

Nomor : 070/ *bd* /DKK/I/2013
 Lamp :
 Perihal : **Izin Penelitian**

Kepada
 Yth. *Kepala Puskesmas Tamangapa*
 Di-
 Makassar

Sehubungan dengan surat dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat No.070/125-II/KKBL/I/2013 tanggal 16 Januari 2013 perihal tersebut di atas, maka dengan ini disampaikan kepada Saudara bahwa :

Nama : **Abdul Mahsyar**
 Nim /Jurusan : P0900308011 / Adm.Publik
 Instansi : Mahasiswa S3 UNHAS Makassar
 Judul : **"MODEL CAPING BEHAVIORS STREET LEVEL
 BUREAUCRACY DALAM PELAYANAN KESEHATAN
 MASYARAKAT DI KOTA MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan penelitian di wilayah kerja saudara, dalam rangka "*Penyusunan Desertasi*" sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 21 Januari s/d 21 Maret 2013.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

An.Kepala Dinas Kesehatan
 Kota Makassar
 Sekretaris



H. Muhammad Sere, SE. M. Si
 Pangkat Pembina TK.I
 Nip : 19601231 198902 1 014

Tembusan :
 1. Yang Bersangkutan
 2. Peringgal



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS TAMANGAPA
 Jalan Tamangapa Raya No. 264 (0411) 494014

SURAT KETERANGAN PENELITIAN
 Nomor:074 /PKM-TMP/SK/III/2013

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yenni D
 Nip : 19640115 198703 2 019
 Jabatan : Kepala Tata Usaha Puskesmas Tamangapa

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Abdul Mahsyar
 Nim : PO.900308011
 Jurusan : Administrasi Publik
 Instansi : Mahasiswa S3 UNHAS Makassar
 Judul : Model Capping Behaviors Street Level Bureaucracy Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Kota Makassar

Benar yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian dalam rangka Penyusunan Desertasi sesuai dengan judul di atas di Puskesmas Tamangapa Kecamatan Manggala Kota Makassar pada tanggal 21 Januari s/d 21 Maret 2013. Selama penelitian tersebut yang bersangkutan menunjukkan sikap yang baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar , 20 Maret 2013

Kepala Tata Usaha

Yenni D
 Nip : 19640115 198703 2 019





DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR
PUSKESMAS BATUA
Jl. Abdullah Dg. Sirua No. 338 Makassar, Telp 493808



SURAT KETERANGAN

NOMOR : 14./PKM/BTA/III/2013.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Hj. Syamsiah Densi R, MARS

Nip : 19602610 198911 2 001

Jabatan : Ka. Puskesmas Batua

Dengan ini menerangkan bahwa yang tersebut namanya dibawah ini :

Nama : Abdul Mahsyar

Institusi : Program Pascasarjana (S3) UNHAS

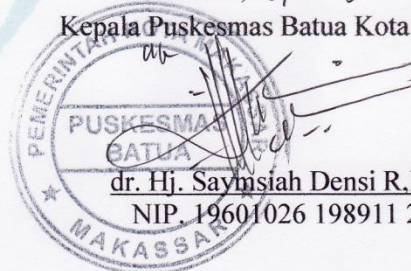
Berdasarkan surat dari Badan Penelitian dan Pengembangan Pemerintah Kota Makassar dan Dinas Kesehatan Kota Makassar, maka yang namanya tersebut di atas benar telah melakukan penelitian pada tanggal 21-1-2013 s/d 21-03-2013, dengan judul

“ Model Coping Behaviors Street Level Bureaucracy dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kota Makassar ”

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan benar untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 27- 3 - 2013

Kepala Puskesmas Batua Kota Makassar



dr. Hj. Syamsiah Densi R, MARS

NIP. 19601026 198911 2 001



DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR
PUSKESMAS PATTINGALLOANG
 JL. BARUKANG VI/15 TELP.438615



SURAT KETERANGAN

No.25 /Pkm-Patt/ III /2013

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Puskesmas Pattingalloang Kecamatan Ujung Tanah Kota Makassar menerangkan bahwa :

Nama : ABDUL MAHSYAR
Nim : P0900308011 / ADM. PUBLIK
Instansi : Mahasiswa S3 UNHAS Makassar
Institusi : UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR

Benar telah melaksanakan penelitian pada wilayah kerja Puskesmas Pattingalloang dalam rangka ” PENYUSUNAN DESERTASI’ sesuai dengan judul dibawah ini, terhitung mulai tanggal 21 Januari s/d 21 Maret 2013 dengan judul Penelitian :

“ MODEL CAPING BEHAVIORS STREET LEVEL BUREAUCRACY DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT KOTA MAKASSAR ”.

Demikian surat keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 22 Maret 2013

Kepala Puskesmas Pattingalloang



Dr. Aslana Pongrekun

Nip: 19590713 198710 2 002