

PROFIL LAYANAN PUBLIK DI BIDANG KESEHATAN DI JAWA TENGAH

Oleh: Hartuti Purnaweni

ABSTRACT

The government provides various service to its society, in which health service is one among the most important. Due to this the government built hospitals, community health centers (Puskesmas), and others for its service delivery facilities. However, the implementation of health policy should now follow good governance principles, as good governance becomes a must all over the world, including in Indonesia. This is especially important since Indonesia is now implementing local autonomy policy, in which a responsive, transparent, efficient, effective, and accountable government is highly demanded by the society. This article is based on the result of Governance and Decentralization Survey (GDS) 2002 in Central Java. It is found that health service in this province still does not fit good governance principles.

Keywords: *health service, public service, local autonomy*

A. Latar Belakang Masalah

Fungsi pelayanan kepada masyarakat terkait dengan peran pemerintah sebagai katalisator dalam pemenuhan kepentingan masyarakat. Pelayanan yang berkualitas, merupakan tuntutan, baik secara eksternal maupun internal. Secara eksternal pelayanan merupakan kemutlakan di dalam arus globalisasi yang kuasa menenggelamkan elemen-elemen yang tidak mampu tampil bersaing karena kapasitas yang tidak memenuhi kualifikasi persaingan global (Purnaweni, 2003).

Pelayanan prima menjadi tuntutan masyarakat, sejalan dengan peningkatan kebutuhan dan kesa-

dan dalam kehidupan bernegara dan bermasyarakat sebagai imbas dari kemajuan teknologi informasi. Kualitas yang tinggi merupakan tuntutan, tidak hanya dalam kegiatan bisnis namun juga dalam kegiatan pelayanan lembaga pemerintahan, Marzuki Usman (Warella, 1997) dahulu resisten terhadap tuntutan kualitas pelayanan publik yang prima.

Menurut Zeithaml (1990) "*with service excellent, everyone wins*". Meski demikian, seperti pengalaman empiris mengajarkan kepada kita, dan sebagaimana diyakini oleh Zeithaml (1990) pelayanan yang baik ternyata "*...in such a short*

supply”, betapapun sangat dibutuhkan oleh masyarakat.

Pembangunan seharusnya memberikan kepada masyarakat Indonesia kemampuan untuk dapat meningkatkan kualitas kemusiaannya. Dalam hal ini, maka pemerintah harus dapat memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada segenap unsur masyarakat. Menurut Nugroho (2003), ada empat jenis pelayanan yang harus dilakukan oleh pemerintah, yaitu: (1) Pelayanan kewarganegaraan; (2) *Pelayanan kesehatan*; (3) Pelayanan pendidikan; dan (4) Pelayanan ekonomi. Nugroho menyebut keempatnya sebagai pelayanan yang minimum, dalam arti yang harus paling tidak sanggup diberikan oleh negara kepada para warganya.

B. Pembahasan

1. Dimensi-dimensi Pelayanan Kesehatan

Dalam paradigma baru pembangunan yang menggunakan perspektif *Human Development Index* (HDI) yang dikeluarkan oleh PBB atau dengan menggunakan ukuran IPM (Indeks Pembangunan Masyarakat) yang dianut oleh pemerintah Indonesia, aspek kualitas kehidupan masyarakat tidak saja ditentukan oleh hal-hal yang bersifat material (ekonomi, fisik), tetapi juga capaian non-material (non-ekonomi/non-fisik). Di antara capaian non-material atau non-ekonomi tersebut, pendidikan dan

kesehatan merupakan dua hal yang sangat penting sebagai indikator untuk mengukur suatu keberhasilan ataupun kegagalan pembangunan manusia/masyarakat.

Dengan kata lain dimensi kesehatan merupakan dimensi non ekonomi/non fisik yang menjadi hal penting yang harus diperhatikan sebagai salah satu cerminan dari kualitas hidup manusia. Tinggi rendahnya kualitas sumber daya manusia salah satunya dipengaruhi oleh aspek kesehatan. Oleh karena itu, tidak heran apabila PBB mencanangkan program kesehatan dunia dengan slogan *World Health 2005* yang kemudian diadopsi oleh pemerintah Indonesia dengan slogan yang sama.

Pada dasarnya sistem pemeliharaan kesehatan yang dibangun oleh pemerintah Indonesia tidak banyak berbeda dengan yang ada di negara-negara sedang berkembang lainnya. Untuk mendukung sistem pemeliharaan kesehatan masyarakat baik yang bersifat preventif maupun kuratif, pemerintah membangun prasarana dan sarana kesehatan berupa rumah sakit, Puskesmas (statik ataupun keliling), Puskesmas Pembantu, klinik, apotek, dan lain sebagainya di samping mendorong berkembangnya sistem pemeliharaan kesehatan alternatif.

Secara konseptual perolehan layanan kesehatan pertama-tama berkaitan dengan dimensi ekonomi,

artinya perolehan layanan kesehatan adalah fungsi ekonomi dari suatu rumah tangga. Namun karena fungsi layanan medis tidak semata-mata persoalan ekonomi tetapi juga psikologis, sosial, dan kultural, maka alternatif menaikkan tarif layanan publik belum tentu berjalan linier (Gish, 1990). Dengan kata lain menurut Hunt (1989) secara teoretik permintaan terhadap layanan kesehatan akan sangat dipengaruhi oleh kemampuan ekonomi rumah tangga, persepsi masyarakat terhadap kesehatan, kualitas pelayanan Puskesmas, nilai sosial, dan faktor-faktor sosial lainnya seperti : jenis kelamin, etnis, orientasi keluarga, dan komposisi keluarga. Hunt selanjutnya mengatakan bahwa satu faktor dengan faktor lainnya tidaklah berdiri sendiri, melainkan seringkali merupakan kombinasi yang sangat mempengaruhi perilaku individu atau masyarakat dalam bidang kesehatan. Faktor ekonomi dan psikologis merupakan determinan penting bagi masyarakat ketika mengambil keputusan untuk melakukan upaya preventif maupun kuratif dalam kesehatan. Faktor ekonomi akan sangat berkaitan dengan kemampuan ekonomi rumah tangga di dalam mengalokasikan sumber-sumber ekonomi untuk kepentingan kesehatan, sedangkan faktor psikologis berkaitan dengan kepuasan,

hubungan pasien-dokter dan keyakinan diri yang bersifat sugestif.

Permasalahan dalam pelayanan kesehatan di Jawa Tengah ini khususnya akan dibahas dari beberapa perspektif *Good Governance*, yaitu adanya unsur partisipasi, responsivitas, efektivitas dan efisiensi, serta akuntabilitas.

2. Partisipasi dalam Program Kesehatan.

Dalam referensi ilmu politik, pengambilan keputusan dalam hal kebijakan publik sangat perlu dilakukan secara demokratis. Dalam konteks ini maka kehadiran partisipasi masyarakat menjadi suatu hal yang mutlak diperlukan. Di antara layanan publik yang diberikan oleh pemerintah di bidang kesehatan adalah dihadapkannya Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), yakni program kesehatan yang diberikan oleh pemerintah secara kolektif pada tingkat RW. Keberadaan Posyandu mencerminkan bahwa masalah kesehatan sebagai salah satu unsur penting dalam HDI merupakan hal strategis dan mendasar yang harus ditangani oleh pemerintah. Dapat dikatakan bahwa keberhasilan atau kegagalan pemerintah dalam pembangunan dapat dilihat dari nilai HDI tersebut.

Hampir semua orang mengetahui kehadiran Posyandu sebagai bentuk pelayanan publik di bidang kesehatan yang diberikan pemerintah kepada masyarakat pada aras

paling bawah. Namun demikian, keterlibatan atau partisipasi masyarakat dalam hal perencanaan program atau kegiatan Posyandu nampaknya belum menggembirakan. Pengetahuan tentang pentingnya kehadiran Posyandu nampaknya belum cukup untuk melibatkan lebih luas masyarakat dalam perencanaan kegiatan atau program yang dilakukan dalam Posyandu. Ada banyak faktor yang nampaknya membuat sebagian besar masyarakat (rumah tangga) tidak terlibat dalam perencanaan kegiatan/program Posyandu. Hasil penelitian dalam *Governance and Decentralization Survey 2002* (GDS 2002) di 19 kota dan kabupaten di Jawa Tengah memberikan penjelasan bahwa rendahnya partisipasi masyarakat dalam perencanaan kegiatan Posyandu, Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas karena masyarakat pada umumnya menganggap bahwa masalah kesehatan masih dipandang sebagai monopoli pengetahuan orang-orang ahli medis. Di samping itu masyarakat menganggap bahwa kehadiran Posyandu, Pustu, dan Puskesmas belum merupakan jalan terbaik bagi pemeliharaan kesehatan dan pengobatan orang sakit. Oleh karena itu dapat diduga bahwa rumah tangga atau masyarakat yang aktif terlibat dalam perencanaan program dan kegiatan Posyandu umumnya hanya mereka

yang termasuk dalam kader Apsari, yaitu lembaga di tingkat RW yang banyak mengurus Posyandu. Tingkat partisipasi masyarakat dalam suatu pembangunan yang penting lagi adalah keterlibatan dalam pengambilan keputusan (*decision making*). Sebagian masyarakat yang terlibat aktif dalam kegiatan Posyandu nampaknya tidak saja memberikan berbagai usulan mengenai apa yang harus dilaksanakan oleh program Posyandu, tetapi juga terlibat dalam pengambilan keputusan. Data dari GDS 2002 memperlihatkan bahwa dari 243 responden sebanyak 74,9% terlibat dalam pengambilan keputusan dalam Posyandu.

Di masyarakat seringkali terjadi distorsi persepsi mengenai konsep partisipasi. Dalam banyak hal seringkali partisipasi hanya dikaitkan dengan besaran sumbangan/kontribusi baik berupa uang atau tenaga yang dapat diberikan kepada suatu program pembangunan. Pada hakikatnya dalam konsep partisipasi keterlibatan masyarakat dalam suatu proses pembangunan haruslah didasarkan pada prinsip-prinsip yang melekat dalam konsep partisipasi itu sendiri. Di antaranya adalah bahwa keterlibatan seseorang dalam kegiatan pembangunan harus didasarkan atas kerelaan, keikhlasan, kesadaran untuk kepentingan kolektif dan sebagainya. Jika dalam suatu proses pembangunan keterlibatan

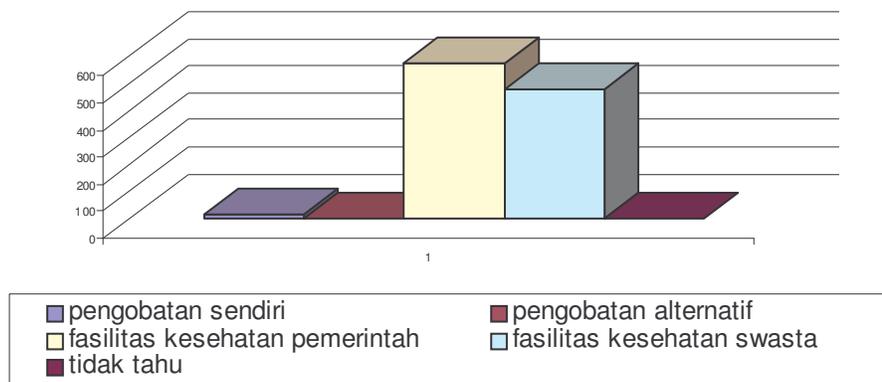
masyarakat terjadi atas paksaan (*by force*) dan didesain sebelumnya (*by design*) sehingga masyarakat menjadi sangat terpaksa dan tidak memahami untuk apa keterlibatan dalam pembangunan, maka sesungguhnya itu bukan partisipasi tetapi lebih sebagai mobilisasi.

3. Responsivitas

Keberhasilan program “Menuju Sehat 2005” tidak saja terletak di tangan pemerintah, tetapi juga dipengaruhi oleh responsivitas

masyarakat. Untuk mengetahui responsivitas masyarakat terhadap masalah kesehatan salah satunya dapat diketahui dari upaya masyarakat ketika mereka harus mengambil tindakan medis pada saat mengalami sakit. Sebagian masyarakat akan mengambil tindakan medis dengan melakukan pengobatan sendiri, pergi ke rumah sakit baik swasta atau pemerintah, mencari pengobatan alternatif (lihat Gambar 1)

Gambar 1
Tindakan Masyarakat untuk Pengobatan



(Catatan: Cara membaca Ket. Gambar dalam artikel jurnal ini adalah dari kiri ke kanan dalam baris yang sama, baru beralih ke baris berikutnya)

Data lapangan GDS 2002 menemukan bahwa lebih dari 90% masyarakat baik pada aras kabupaten maupun kota mengambil tindakan medis dan mencari pengobatan di rumah sakit ketika mengalami sakit yang dapat mengganggu kegiatan sehari-hari, baik di rumah sakit swasta maupun

rumah sakit milik pemerintah. Masyarakat yang melakukan pengobatan sendiri maupun mencari pengobatan alternatif hanya berkisar antara 1-2 persen. Yang cukup menarik justru masyarakat yang mencari pengobatan alternatif antara mereka yang ada di kabupaten dengan di kota. Dalam hal ini ternyata lebih banyak masya-

rakat kota yang melakukan pengobatan alternatif ketimbang masyarakat di kabupaten yang dapat dipastikan bahwa sebagian besar dari mereka berada di pedesaan. Nampaknya ada kecenderungan masyarakat kota yang “kurang percaya” pada institusi medis moderen sehingga harus mencari pengobatan alternatif.

Dengan mengambil referensi sosiologi kesehatan, perilaku masyarakat yang mencari pengobatan alternatif dapat dikategorikan sebagai kelompok-kelompok yang “irasional” (Conrad, 1993). Dalam perspektif pemikiran Peter Conrad, pengambilan keputusan untuk mengobati penyakit atau memelihara kesehatan dengan mempercayakan pada pengobatan alternatif digolongkan sebagai “tindakan tradional”. Atau dalam bahasa Giss (1990) masyarakat telah mengalami “keputusasaan” dengan apa yang diberikan oleh institusi medis moderen.

“La dos pundi, pun dangu gerah lan pun di griya sakit nanging mboten mantun-mantun. Arto pun telas katah nanging hasilipun kok dereng ketingal. La nggih naminipun usaha, dos pundi malih, ingkang penting saged mantun. Sakniki pun radi lumayan, pun saged obah sekedik-sekedik” (Hasil wawancara GDS, 2002).

Pasien yang bersangkutan mengalami gangguan stroke ringan sehingga kaki kirinya lumpuh.

Namun setelah pergi ke pengobatan alternatif, sedikit-sedikit kakinya sudah dapat digerakkan. Pasien ini selain pergi ke “orang pintar”, juga melakukan pengobatan dengan akupuntur atau tusuk jarum yang dilakukan oleh seorang ahli akupuntur yang ada di kotanya. Hasil GDS 2002 juga memperlihatkan bahwa sebagian besar masyarakat masih menaruh kepercayaan pada rumah sakit milik pemerintah ketimbang rumah sakit swasta, dengan berbagai pertimbangan. Pertimbangan jarak, ongkos, kebiasaan, dan sebagainya nampaknya menjadi faktor penting bagi masyarakat dalam menjatuhkan pilihan.

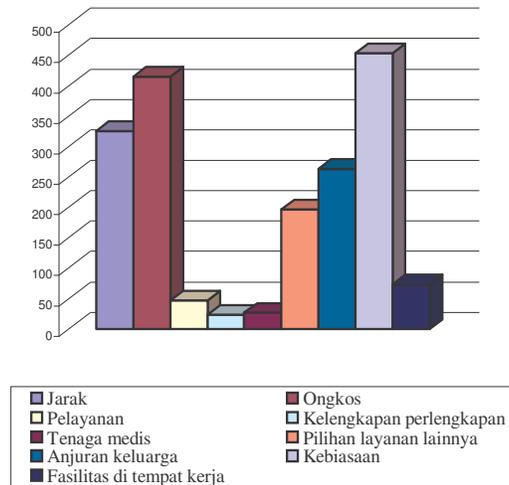
Masyarakat kota relatif tidak mempersoalkan apakah rumah sakit pemerintah atau swasta untuk dapat mengobati sakit yang diderita. Hal ini dapat dipahami karena di kota jarak relatif tidak menjadi kendala. Berbeda dengan masyarakat di kabupaten yang sebagian besar adalah daerah pedesaan. Kehadiran rumah sakit swasta relatif masih jarang, sehingga kalau harus ke rumah sakit swasta mereka harus ke kota atau ibukota kabupaten. Untuk daerah pedesaan dapat dipastikan masing-masing kecamatan mempunyai Puskesmas yang relatif dekat dan dapat dijangkau transportasi, meskipun banyak pula masyarakat di kabupaten yang tidak mempersoalkan jarak.

Dalam salah satu wawancara mendalam, seorang responden mengemukakan bahwa:

“Tidak menjadi masalah, apakah rumah sakit swasta atau milik pemerintah, yang penting kalau orang sakit itu harus sembuh. Sekarang ini transportasi sudah menjangkau desa-desa se-hingga relatif mudah untuk pergi ke rumah sakit. Berbeda dengan jaman dulu yang transportasinya Berbeda dengan jaman dulu yang transportasinya masih sangat susah” (Hasil wawancara GDS, 2002).

Pertimbangan ongkos nampaknya menjadi faktor paling penting bagi masyarakat dalam menentukan ke mana mereka harus berobat, apakah ke rumah sakit pemerintah atau swasta. Sebagian besar masyarakat mengatakan bahwa untuk pergi ke rumah sakit swasta harus dapat menyediakan dana lebih besar. Baik masyarakat yang tinggal di perkotaan ataupun kabupaten di Jawa Tengah masih melihat besaran ongkos sebagai faktor penting dalam menentukan pilihan rumah sakit. Dalam hal ini ongkos pengobatan dan perawatan nampaknya relatif masih murah di rumah sakit milik pemerintah ketimbang rumah sakit swasta. Selain karena faktor ekonomi, pilihan ini juga berkaitan dengan faktor lain yang dimiliki rumah sakit milik pemerintah (lihat Gambar 2).

Gambar 2
Alasan Masyarakat Memilih RS Pemerintah



Faktor kebiasaan ternyata paling berpengaruh dalam pengambilan keputusan masyarakat dalam memilih rumah sakit pemerintah. Baik pada masyarakat yang ada di kabupaten maupun kota, kebiasaan nampaknya tidak dapat ditinggalkan begitu saja. Demikian pula ketika mereka harus memilih rumah sakit, milik pemerintah atau swasta. Berbeda dengan layanan kesehatan untuk berbagai penyakit yang dapat mengganggu kegiatan keseharian, untuk dapat memperoleh layanan kesehatan khususnya untuk anak-anak dan ibu hamil, serta perolehan kontrasepsi, masyarakat dapat melakukannya di Posyandu, Postu, Puskesmas sampai ke rumah sakit-rumah sakit. Untuk memberikan layanan kesehatan bagi anak-anak khususnya yang menyangkut imunisasi dan pemeriksaan ibu hamil, Apsari

biasanya juga menyelenggarakan posyandu. Masyarakat juga dapat memperoleh alat kontrasepsi di Posyandu. Untuk kepentingan kesehatan ibu dan anak tersebut, sebagian besar masyarakat tampaknya masih menaruh pilihan pada rumah sakit pemerintah, yang kemudian disusul rumah sakit swasta. Pilihan masyarakat untuk memilih rumah sakit milik pemerintah dalam urusan imunisasi, kehamilan, dan kontrasepsi ini tidak berkaitan dengan masalah pelayanan, peralatan yang tidak lengkap, kebiasaan ataupun karena tenaga medis yang memadai. Namun pilihan itu tampaknya lebih berkaitan dengan persoalan ongkos atau biaya yang harus ditanggung masyarakat dan jarak yang harus ditempuh. Demikian pula variabel ongkos sangat menentukan atau mempengaruhi masyarakat dalam memilih rumah sakit untuk memperoleh layanan imunisasi, kehamilan dan alat kontrasepsi. Perbedaan biaya antara rumah sakit milik pemerintah dengan rumah sakit milik swasta merupakan penjelasan rasional mengapa masyarakat memilih rumah sakit pemerintah.

4. Efektivitas dan Efisiensi

Salah satu indikator keberhasilan kinerja layanan publik, termasuk didalamnya layanan kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah lewat Puskesmas adalah hal yang menyangkut

efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan layanan publik. Indikator-indikator untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan layanan kesehatan di Puskesmas dapat diketahui lewat lama waktu layanan yang diberikan dan biaya yang harus ditanggung masyarakat.

Dilihat dari data lapangan GDS 2002 masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan di Puskesmas relatif cepat. Tidak perlu memakan waktu berhari-hari, tetapi sudah dalam hitungan jam. Hal ini berkaitan dengan beberapa hal, antara lain jam buka Puskesmas hanya sampai jam 14.00, penanganan penyakit yang sifatnya ringan, dan tidak banyak pasien yang berkunjung di Puskesmas. Apabila penyakit pasien atau masyarakat itu berat, Puskesmas memberikan surat rujukan untuk berobat ke rumah sakit yang lebih besar. Besaran biaya yang harus ditanggung masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan di Puskesmas satu sama lain berbeda. Masyarakat seringkali masih mempunyai persepsi bahwa ongkos di Puskesmas sangat murah, tetapi sebagian lainnya memandang ongkos tersebut masih cukup mahal.

5. Akuntabilitas Layanan Puskesmas.

Dalam referensi kebijakan publik, salah satu syarat agar

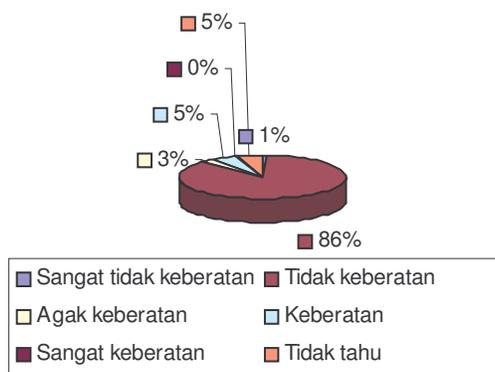
tercipta adanya *good governance* adalah adanya akuntabilitas (Yuwono, 2003), artinya bahwa pemerintah harus dapat memberikan pertanggungjawaban kepada publik tentang kebijakan apa dan kegiatan apa yang telah dilakukan sehingga secara umum masyarakat dapat menilai dan mengevaluasi kebijakan dan program kegiatan pemerintahan tersebut. Salah satu indikator dari akuntabilitas adalah apabila masyarakat tidak keberatan atas kebijakan yang telah dilakukan oleh pemerintah. Dalam konteks ini keberatan atas biaya pengobatan di Puskesmas.

Data lapangan GDS 2002 menunjukkan bahwa baik masyarakat di kabupaten maupun kota pada umumnya tidak keberatan dengan tarif resmi yang telah ditentukan oleh pemerintah. Tarif yang dikenakan tidak sama di masing-masing tempat, tergantung pada pemda masing-masing kabupaten dan kota. Ketidakberatan ini menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah di bidang tarif kesehatan memperoleh persetujuan dari masyarakat. Dengan kata lain yang dilakukan pemerintah di bidang kesehatan dapat dipertanggungjawabkan karena tidak ada keberatan publik atas tarif atau biaya yang dikenakan kepada masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan di Puskesmas.

Apabila ada biaya tambahan, artinya di luar biaya resmi apabila

memang harus dibayar oleh masyarakat nampak adanya respon yang hampir seimbang antara yang menganggap biasa (bisa diterima) dengan mereka yang menolak sehingga tidak perlu diberlakukan.

Gambar 3
Pendapat Masyarakat Terhadap Biaya
Pemeriksaan
di Puskesmas



Data yang diperoleh di lapangan baik di kalangan masyarakat kabupaten maupun kota di Jawa Tengah memperlihatkan bahwa pada umumnya (86,20%) masyarakat tidak keberatan dengan tarif resmi yang telah ditentukan oleh pemerintah. Dengan kata lain kebijakan tarif pemerintah di bidang kesehatan dapat dipertanggungjawabkan karena tidak ada keberatan publik atas tarif atau biaya yang harus mereka bayar untuk memperoleh layanan kesehatan di Puskesmas. Saat ini biaya pengobatan untuk berobat ke Puskesmas Rp.3.000,00 di

Semarang dan untuk kota-kota lain bervariasi antara Rp.1.500,00 hingga Rp.5.000,00. Besaran biaya untuk sekali berobat ini sudah termasuk jasa dokter, obat untuk 3 hari (obat generik), dan biaya administrasi. Seringkali kehadiran Puskesmas dengan tarif pengobatan yang murah menjadi dilema tersendiri. Di satu sisi masyarakat tidak keberatan dengan besaran ongkos yang murah, namun di sisi lain seringkali memberikan implikasi bagi kualitas layanan kesehatan yang diberikan.

Banyak aparat mengeluhkan bahwa dengan ongkos pengobatan yang murah tentu cukup sulit untuk memberikan layanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat. Bahkan di lapangan sering

ditemukan adagium *ana rega ana rupa*, artinya bahwa untuk memperoleh sesuatu yang memiliki kualitas yang baik tentu harus dibarengi dengan ongkos/harga yang memadai pula; atau dengan adagium lainnya khas Jawa *Jer basuki mawa bea*, yang artinya kurang lebih sama; bahwa untuk memperoleh sesuatu yang bermutu harus disertai dengan biaya yang tinggi. Selain itu untuk memahami akuntabilitas Puskesmas dapat ditelusur dari masalah korupsi, artinya apakah dalam institusi kesehatan itu terdapat korupsi, bagaimana penanganannya, dan bagaimana masyarakat menilainya. Untuk lebih mengetahui hasil lapangan, berikut tabel yang menggambarkan masalah yang berkaitan dengan kasus korupsi.

Tabel 1. Pengetahuan Masyarakat Tentang Ada/Tidaknya Korupsi di Puskesmas

Pernah Mendengar Tentang Korupsi di Puskesmas	Kabupaten	Kota	Total
Ya	24 (2,67%)	5 (2,78%)	29 (2,69%)
Tidak	727 (80,78%)	134 (74,44%)	861 (79,72%)
Tidak Tahu	149 (16,56%)	41 (22,78%)	190 (17,59%)
Total	900 (100%)	180 (100%)	1.080(100%)

Data GDS 2002 ternyata menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat tidak pernah mendengar adanya korupsi di

Puskesmas. Sebesar 16,5% masyarakat menyatakan tidak tahu dan hanya sebesar 2,46% masyarakat pernah mendengar

adanya korupsi di Puskesmas. Kemungkinan dari hal ini adalah memang tidak ada korupsi di instansi tersebut, namun juga tidak menutup kemungkinan lain bahwa masih cukup sulit bagi masyarakat untuk dapat mengetahui adanya kasus korupsi di Puskesmas, selain mungkin karena keberadaannya dipetieskan atau ditutup secara internal sehingga tidak menyebar ke masyarakat. Dalam penilaian masyarakat, apabila terdapat kasus korupsi di Puskesmas penanganannya pun beragam. Sebagian besar menganggap bahwa apabila terdapat korupsi akan dibiarkan saja (50%), diminta untuk mengembalikan sebanyak 16%, dan dilakukan upaya hukum sebanyak 20%.

C. Penutup

Dilihat dari sisi kebijakan publik, pelayanan kesehatan di Jawa Tengah masih memberikan gambaran belum sesuai dengan kaidah-kaidah dan prinsip pelayanan prima, dalam arti kualitas maupun sisi partisipasi, responsivitas, efektivitas, dan efisiensi maupun akuntabilitas.

Dari sisi akuntabilitas memang terlihat bahwa masyarakat menerima kebijakan kesehatan yang diambil pemerintah, tetapi karena sifatnya sangat tertutup di dalam pengambilan keputusan maka sulit bagi masyarakat untuk mengetahui secara keseluruhan kebijakan itu. Demikian pula sangat lemah

partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan maupun perencanaan. Masyarakat lebih berfungsi sebagai pengguna dalam bidang layanan kesehatan ini. Hal yang sama juga dalam kasus korupsi. Akuntabilitas bidang layanan kesehatan ini nampaknya masih rendah karena di satu sisi masyarakat tidak paham mengenai berbagai kasus korupsi di lembaga pemberi layanan kesehatan dan di sisi lain transparansi juga rendah. Namun terdapat hal yang cukup menggembirakan dilihat dari sisi efektivitas dan efisiensi layanan. Nampaknya karena masalah kesehatan merupakan masalah sangat penting maka upaya untuk melakukan pengobatan dalam wujud layanan cepat harus dilakukan sehingga tidak muncul banyak keluhan. "*Sakit kok dipelihara, kalau yang dipelihara itu ya ayam*", ini menggambarkan betapa persoalan kesehatan merupakan suatu hal yang segera harus ditangani.

DAFTAR PUSTAKA

- Conrad, Peter. 1992. *Sociology of Health*. Boston: Boston University Press.
- Gish, Oscar. 1990. "Who Gets What: Utilization of Health Service in Indonesia". *Journal of Health*. Vol.5.

Nugroho, Ryant. 2003. *Reinventing Pembangunan*. Jakarta: PT. Media Elex Komputindo. Gramedia.

Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan, "Hasil Governance and Decentralization Survey 2002 di Jawa Tengah". Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Purnaweni, Hartuti. 2002. "Globalisasi dan Kebijakan Pendidikan". *Humanika*, Vol. I Th. I. Oktober-Maret.

Warella, Y. 1997. *Administrasi Negara dan Kualitas Pelayanan Publik*. Pidato Pengukuhan sebagai Guru Besar di FISIP. UNDIP.

Yuwono, Teguh, "Paradigma Baru Manajemen Pemerintah Daerah", dalam Yuwono, Teguh (eds.). 2001. *Manajemen Otonomi Daerah: Membangun Berdasar Paradigma Baru*. Semarang: CLOGAPPS, Diponegoro University.

Zeithaml, Valarie A., A. Pasuraman, & Berry, Leonard, L. 1990. *Delivering Quality Service*. New Yorks: The Three Press.