

STUDI KASUS JARING PERLINDUNGAN SOSIAL BIDANG KESEHATAN (JPSBK) DI PUSKESMAS

A CASE STUDY OF SOCIAL SAFETY NET PROGRAM IN HEALTH IN COMMUNITY HEALTH CENTER

Susilowati

Juneidi Saripurnawan

Pusat Penelitian dan Pengembangan IKM, Fakultas Kedokteran UGM

ABSTRACT

Background: By characteristics, JPS-BK can be categorized as managed care because it uses pre-payment method and the amount is definite, regardless the amount of health fund disbursed by the *Puskesmas* (community health center).

Results: There are two important factors in managed care, namely cost-containment and service quality. Gatekeeping, determining referral indications, providing medical standard/protocol, and other cost-containment efforts should be taken into account when developing agenda of management improvement in *Puskesmas* level. Skill in managing *Puskesmas* funds is an important and determinant factor for successful JPS-BK and other managed care programs. The skill is associated with socio-cultural aspects and the individual agents.

Conclusion: In 'Javanese socio-culture', a leader is very important for successful organizational management because of a prevailing view that every person is recognized and respected in accordance to his/her position. The same view should rule the implementation of JPS-BK.

Key words: social safety net, managed care, primary health care

PENGANTAR

Puskesmas tempat dilakukannya pengamatan adalah puskesmas tanpa tempat tidur (puskesmas non TT) berjarak 7 kilometer dari ibukota kabupaten. Mempunyai wilayah kerja 7 desa dengan 6 puskesmas pembantu dengan rata-rata 11 kegiatan puskesmas keliling/bulan. Fasilitas pelayanan standar sesuai dengan fungsi puskesmas seperti laboratorium, pelayanan Keluarga Berencana, Balai Pengobatan, Pelayanan Kesehatan Gigi dan lain-lain. Dipilihnya puskesmas ini sebagai tempat studi kasus adalah dengan pertimbangan kasus alokasi penggunaan obat yang cenderung berlebihan. Tujuan studi kasus ini adalah untuk memahami proses (*input*, proses dan *output*) JPS-BK di puskesmas tersebut serta mengetahui dampak keputusan tersebut pada program-program lain yang berada dalam naungan program yang sama, yaitu JPS-BK.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara kepada kepala dan staf puskesmas, wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada beberapa bidan desa, serta observasi langsung. Data sekunder diperoleh dari pencatatan dan pelaporan program JPS-BK puskesmas tempat studi kasus.

Deskripsi Pelaksanaan JPS-BK

Pendataan sasaran

Data keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 JPS-BK di puskesmas ini diperoleh dari BKKBN yang kemudian dilengkapi dengan hasil pendataan Tim Desa. Pemutakhiran data keluarga miskin terjadi setiap bulan sehingga perubahan tersebut menyebabkan masalah teknis dalam perencanaan dan penilaian utilisasi pelayanan. Dalam format pendataan sasaran terlihat beberapa perubahan angka jumlah keluarga miskin. Sebelum JPS-

BK berjalan, jumlah kunjungan rata-rata 3000 kunjungan/bulan dan meningkat menjadi 5204 kunjungan/bulan pada bulan kedua JPS-BK. Dari jumlah sasaran yang ada dan dilayani puskesmas tidak semuanya dari wilayah kerja puskesmas tersebut.

Pencairan dan penggunaan dana

Di kabupaten ini dana JPS-BK diturunkan ke rekening kepala puskesmas dan bidan desa 2 kali triwulan dan program JPS-BK dimulai sejak Oktober 1998. Khusus di puskesmas ini program JPS-BK dianggap dimulai sejak Agustus.

Menginjak bulan pertama triwulan II proporsi dana yang telah terpakai oleh puskesmas ini sebesar $\pm 48\%$ dari seluruh dana yang akan diterima oleh kepala puskesmas dalam satu tahun. Penggunaan dana terbesar pada pembelian obat yang mencapai 73,7% pada saat menginjak bulan keempat sejak program berjalan dari seluruh dana yang ada di rekening kepala puskesmas dua triwulan pertama. Obat-obatan yang dibeli selain obat-obatan generik seperti CTM, Extract Beladona, vitamin B1, vitamin B12, vitamin C, Paracetamol, Antalgin dan lain-lain, juga dipakai obat bermerek seperti Arcored[®] injeksi, kapsul Fercee[®] (vitamin C), Poncoflox[®] (Ciprofloxacin), Vicnatal[®] (multivitamin untuk ibu hamil), Fludane Plus[®] (anti influenza), Clonidin[®] (Réserpin) dan lain-lain. Menurut wawancara dengan petugas obat, obat-obatan seperti Ciprofloxacin dan Ketoconazol dianggap lebih efisien karena pemberian lebih singkat dan lebih cepat sembuh. Dana juga digunakan untuk membeli Depro Provera dengan alasan kurangnya suplai obat KB dari BKKBN tingkat II. Dengan jumlah sasaran 3721 keluarga miskin dan biaya obat triwulan pertama Rp 16.311.475,- maka *unit cost* untuk obat setiap keluarga miskin mencapai Rp 19.340,-/keluarga miskin/tahun. Kepala puskesmas merencanakan persediaan obat ini untuk pelayanan kesehatan dasar selama 1 tahun.

Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan

Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) di puskesmas ini hanya dilaksanakan pada 3 desa dari keseluruhan 7 desa dan berjangka waktu

hanya 30 hari dari yang seharusnya 90 hari. Berdasarkan wawancara dengan petugas puskesmas, hambatan kurangnya dana merupakan penyebab utama. Hambatan lain adalah jumlah kader aktif yang masih kurang. *Unit cost* untuk setiap bayi 6-11 bulan dan anak 12-23 bulan sebesar 750 rupiah. Pengelolaan PMT-P dilakukan oleh kader kesehatan dengan pemberian dana dilakukan setiap minggu sekali. Masalahnya adalah masyarakat yang 'merasa' dirinya termasuk dalam kategori miskin juga meminta PMT-P sehingga jumlah bayi dan anak yang menerima PMT-P meningkat dari target sebelumnya.

Kasus persalinan

Kasus persalinan normal JPS-BK yang ditangani bidan desa sebanyak 3 kasus dalam triwulan pertama. Penggantian biaya persalinan untuk bidan desa kesemuanya Rp. 20.000 per persalinan normal. Perincian dalam kuitansi yang ditandatangani bidan desa adalah jasa medis Rp. 10.000 dan transportasi Rp. 10.000 karena persalinan dilakukan di rumah bidan. Staf puskesmas tidak tahu menahu tentang ketentuan bahwa dana persalinan tidak diperbolehkan untuk jasa medis bidan. Kebijakan kepala puskesmas dalam pembayaran penanganan persalinan ini mengundang protes para bidan desa. Obat-obatan yang dipakai bidan dalam pertolongan persalinan disuplai dari puskesmas, hal ini berbeda dari petunjuk teknis JPS-BK bahwa bidan meminta *reimbursemet* biaya tiap persalinan yang dilakukannya dengan melampirkan kuitansi pembelian obat/bahan habis pakai.

Dalam partograf bidan, bila diteliti lebih lanjut terjadi pemakaian obat-obatan yang tidak didasarkan indikasi medis. Contohnya pada partograf persalinan spontan G1-P0-0 dengan perjalanan frekwensi, lama dan kekuatan his selama kala I dalam batas normal untuk persalinan primipara seperti terlihat pada Tabel-1 sudah digunakan infus Dextrose 5% dengan oxytocin drip. Sedangkan diagnosa yang tertulis pada tiap kala persalinan tidak sesuai dengan observasi perjalanan persalinan seperti pada Tabel-1.

Tabel-1: Perjalanan observasi persalinan oleh bidan desa (dikutip dari partograf bidan)

waktu	Frekwensi his	Lama his	Sifat his	Keterangan
06.00	Per 15 menit	2 menit	kuat	Nadi 130 kali/menit, teratur. Pembukaan 1-2 cm, portio tebal lunak, presentasi kepala. HIII, ketuban (+), keluar darah dan lendir (+).
08.00	Per 10 menit	5 menit	kuat	Nadi 144 kali/menit, teratur, kuat. Tidak ada keterangan tentang pemeriksaan dalam.
13.00	Per 5 menit	10 menit	kuat	Nadi 144 kali/menit, teratur Pembukaan 10 cm, portio tipis, presentasi kepala. His (+++), lendir dan darah (+)

Tabel-2 : Diagnosa perjalanan persalinan oleh bidan desa yang sama (dikutip dari partograf bidan)

Tahap	Hasil Pemeriksaan dan Tindakan
Kala 1	Fase aktif his lemah pasang Dextrose 5% campur Oxytocin 0,5 cc
Kala 2	Dilatasi lengkap penderita dipimpin mengejan, memecah ketuban, kepala membuka pintu, dubur membuka, kerampang menipis dan menonjol ada his kuat. Kepala keluar pintu, tangan kanan melindungi perineum.

Indikasi rujukan

Jumlah rujukan triwulan pertama sebanyak 27 orang rawat inap, 35 orang rawat jalan dan rujukan diagnostik sebanyak 1 orang. Beberapa indikasi kasus rujukan yang menggambarkan lemahnya konsep rujukan dan fungsi *gatekeeper* puskesmas adalah: lemas, keluar keringat dingin, panas-batuk-muntah, pusing-pucat, perut bagian bawah sakit, alergi gatal seluruh tubuh, perut panas bagian bawah, benjolan di dahi, 4 hari tidak buang air besar, panas 5 hari, nyeri perut, kontrol luka, kontrol perut panas.

Jaring Perlindungan Sosial

Jaring Perlindungan Sosial (*Social Safety Net*) merupakan paket penyelamatan (*rescue package*) terhadap penduduk yang paling membutuhkan pada saat suatu negara berada dalam keadaan krisis atau transisi ekonomi. Menurut Vivian¹ ada tiga asumsi implisit tujuan suatu program JPS, yaitu pengurangan kemiskinan, meningkatkan penerimaan politis terhadap penyesuaian sosial atau usaha untuk melakukan *adjustment* pada saat krisis/transisi ekonomi, dan reformasi institusi yang ketiganya berjalan serasi. Program JPS bersifat sebagai alat penyesuaian, oleh karena itu memiliki *distributional effect*, artinya wajar bila PJPS dapat menciptakan pihak-pihak yang kalah dan menang yang hanya

bisa diukur dengan analisis ekonomi.

Pelayanan kesehatan terkendali

Pelayanan kesehatan terkendali menurut Azwar² adalah satu sistem yang mengelola penyediaan layanan kesehatan sedemikian rupa sehingga biayanya terkontrol. Ciri-ciri pelayanan kesehatan terkendali di Indonesia adalah: (1) Prinsip pembiayaan pelayanan kesehatan dibayar di muka (*prospective payment*) dimana pemberi pelayanan kesehatan dibayar sejumlah tertentu tanpa melihat jumlah biaya yang sebetulnya harus dikeluarkan; dan (2) Prinsip penyediaan pelayanan kesehatan yang sifatnya komprehensif yang di negara-negara berkembang dicapai dengan proses rujukan.

Dampak positif pelayanan kesehatan terkendali adalah dapat dikurangnya utilisasi berlebihan pelayanan kesehatan, dapat dihematnya biaya administrasi yang tidak perlu, pelayanan yang makin efisien dan efektif, dan semakin meningkatnya usaha promotif dan preventif. Sedangkan dampak negatif pelayanan kesehatan terkendali adalah menurunnya keseriusan penyediaan layanan kesehatan, kecenderungan pemberi jasa pelayanan yang memberikan pelayanan jasa di bawah standar normal, ancaman terhadap kualitas pelayanan dan berbagai pembatasan terhadap pencari jasa².

Pengaruh pelayanan kesehatan terkendali

Salah satu isu kebijakan kesehatan kontemporer di Amerika Serikat adalah apakah pelayanan kesehatan terkendali benar-benar dapat mengendalikan biaya secara lebih efektif daripada tanpa sistem sebelumnya. Banyak peneliti menyebutkan bahwa dibandingkan dengan sistem sebelumnya, pelayanan kesehatan terkendali terbukti dapat menghemat sumber daya pelayanan kesehatan terutama di tingkat pelayanan rumah sakit karena rendahnya angka hospitalisasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Stearn menyatakan bahwa perubahan mekanisme pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan berupa pembayaran kapitasi atau *fee for service* berhubungan secara bermakna (*significant*) dengan reduksi utilisasi dan proses rujukan.

Menurut Wolfe dkk³ bentuk-bentuk pengendalian utilisasi dalam konsep restrukturisasi asuransi kesehatan adalah sebagai berikut: (1) Indikasi mondok (rawat inap) dan pengendalian terhadap lama perawatan (LOS); (2) Standardisasi diagnostik dan terapi medis; dan (3) Pendapat kedua.

PEMBAHASAN

Dilihat dari ciri-cirinya, program JPS-BK bisa dikategorikan termasuk dalam pelayanan kesehatan terkendali menurut definisi Azwar², karena dua alasan, yaitu dana pelayanan diberikan secara *prospectively* ke rekening kepala puskesmas tanpa melihat jumlah biaya yang sebetulnya harus dikeluarkan dan pelayanan yang sifatnya komprehensif dalam sistem rujukan. Meskipun dalam JPS-BK Penyedia Pelayanan Kesehatan tidak mendapatkan insentif langsung dari usaha pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, namun ada insentif tidak langsung yaitu berupa dana untuk perbaikan manajemen puskesmas tanpa mengurangi kepuasan masyarakat sasaran (keluarga miskin). Dalam JPS-BK kepala puskesmas selaku pelaksana program dituntut untuk dapat mengelola dana sebaik-baiknya dengan menghindarkan prosedur medis yang tidak perlu, pemakaian berlebihan fasilitas kesehatan agar biaya kesehatan dapat dikendalikan. Pembelian obat-obatan yang mahal (bermerek dagang), penggunaan

medikamentosa intravena tanpa/sebelum indikasi yang tepat dan rujukan yang berlebihan dalam program JPS-BK merupakan pemborosan dana kesehatan yang tidak perlu terjadi dan seharusnya justru dapat dicegah dengan pelayanan terkendali ini.

Beberapa hal yang memungkinkan terjadinya pemborosan itu adalah ketidakmampuan pelaksana program untuk melakukan pengelolaan dan pengendalian dana; kesalahan interpretasi dari para pelaksana terhadap petunjuk pelaksanaan program JPS-BK; ketidakjelasan dan ketidakpastian informasi tentang pelaksanaan JPS-BK yang berkaitan dengan berbagai perubahan-perubahan ketentuan dan kurangnya sosialisasi JPS-BK, terutama di tingkat puskesmas, sebagai pengelola utama. Selain itu, aspek sosio-kultural yang hidup dalam komunitas puskesmas ini memberi kemungkinan besar terjadinya pemborosan itu.

Dalam kasus ini, kepala puskesmas bisa dikatakan tidak melakukan perencanaan secara menyeluruh terhadap program JPS-BK. Pengalokasian dana JPS-BK pun tidak dilakukan berdasarkan target-target sasaran yang sudah tertentu, setidaknya target sasaran dari pengalokasian dana tingkat kabupaten. Ini menunjukkan bahwa kepala puskesmas bersangkutan tidak menggunakan ketentuan-ketentuan Pedoman Pelaksanaan Program JPS-BK dan petunjuk-petunjuk teknisnya yang relatif cukup jelas mengarahkan pada penggunaan dana secara proporsional untuk masing-masing program dan sasarannya dalam naungan JPS-BK. Pengelolaan dana untuk pembelian obat-obatan secara berlebihan mempunyai latar belakang yang menarik untuk diketahui lebih jauh. Pertimbangan karena kekurangan suplai obat dan keefektifannya (lebih cepat sembuh) tidaklah "sejalan" dengan pengadaan obat-obatan dalam jumlah besar dan bersifat komersial (bermerek dagang), apalagi direncanakan untuk waktu cukup lama (1 tahun, bila mempertimbangkan pengendalian biaya dan mutu pelayanan kesehatan. Kekurangan obat dan efektifitasnya yang rendah semestinya ditanggapi dengan efisiensi dana untuk pengadaan obat yang dibutuhkan tanpa mengabaikan efektifitasnya bukannya berspekulasi membeli sejumlah besar

obat untuk satu tahun yang belum tentu dibutuhkan pasien. Pengelola dana JPS-BK ini nampaknya tidak memperhitungkan aspek-aspek perubahan, termasuk perubahan penyakit dalam masyarakat layanannya.

Kesalahan interpretasi terhadap program JPS-BK banyak ditemui pada pelaksanaannya, baik kepala puskesmas maupun bidan desa. Mereka mengira bahwa pemutakhiran data sasaran JPS-BK akan diikuti penyesuaian dana yang dibutuhkan. Pada kasus ini, para pelaksana program beranggapan bahwa sasaran program adalah sasaran yang telah diperbaharui, sehingga pada pelaksanaan program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) kepala puskesmas mengeluarkan kebijaksanaan bahwa semua bayi (6-11 bulan) dan baduta (12-23 bulan) harus mendapatkan PMT-P, dan kepada bidan desa bisa segera melaksanakannya bila data sasaran sudah siap. Waktu itu hanya 3 desa yang sudah melakukan pendataan sasaran dan langsung mendapatkan dana sesuai data sasaran terbaru yang diajukan, yang jumlahnya jauh lebih besar dari alokasi dana berdasarkan data sasaran awal. Seorang bidan mengatakan tentang kebijaksanaan kepala puskesmas sebagai berikut ini.

".....'Silahkan setiap desa itu balitanya, sasorannya, berapa pun dikasih gitu'. Tidak diseleksi, kemarin diajukan berapa. Jadi semua anak balita yang terdaftar diberi PMT-P semua, yang KS maupun yang tidak KS (KK gakin)."

Bidan itu sendiri waktu itu belum tahu kalau bayi dan baduta yang menjadi sasaran PMT-P harus berasal dari keluarga yang memiliki Kartu Sehat (KS). Sehingga kebijaksanaan kepala puskesmas itu ditafsirkan oleh para bidan bahwa semua anak balita (bayi dan baduta) merupakan sasaran program PMT-P, baik dari keluarga miskin (gakin) maupun non-gakin. Meskipun bidan tersebut mengatakan bahwa ia menerima buku - buku petunjuk pada waktu awal pelaksanaan JPS-BK, ternyata pelaksanaannya justru keliru sasorannya. Dalam hal

ini yang terjadi adalah *human error*, para pengelola program tidak memahami betul sasaran PMT-P.

Aspek sosio-kultural Jawa yang hidup dalam komunitas puskesmas ini tentunya akan mewarnai aktivitas-aktivitas organisasi puskesmas, seperti hubungan kerja antara atasan dan stafnya. Secara singkat dapat dikatakan bahwa aspek sosio-kultural menentukan bagaimana kinerja puskesmas ini sebagai suatu organisasi. Karena aspek inilah, pemborosan itu berpeluang besar terjadi. Kepala puskesmas mengambil kebijaksanaan sendiri, para stafnya tidak memungkinkan untuk berdiskusi dan memperbincangkan sesuatu kepadanya karena adanya sikap hormat dan *sungkan* pada orang yang lebih tua/atasan. Bagi 'Orang Jawa' membuka perasaan hati begitu saja dinilai negatif. Lebih baik tidak berbuat apa-apa daripada menimbulkan suasana tidak enak. Demi tujuan apapun usaha-usaha berlebihan tidak disukai. Orang harus selalu dapat mengontrol diri, sopan, tenang dan rukun. Konfrontasi-konfrontasi perlu dihindari⁴. Contohnya adalah masalah keberatan para bidan desa atas biaya pertolongan persalinan yang hanya Rp. 20.000 sekali persalinan. Mereka tidak bereaksi keras terhadap kebijaksanaan yang diputuskan oleh kepala puskesmasnya, meskipun mereka sangat terbebani dan dirugikan dengan adanya pelayanan persalinan JPS-BK. Mereka lebih bersikap *nrimo* dan *sepi ing pamrih*. *Nrimo* berarti menerima segala apa yang mendatangi kita tanpa protes dan berontak. *Sepi ing pamrih* adalah sikap orang berbudi luhur yang bebas dari *pamrih* (imbalan) dan lebih mengutamakan kepentingan bersama daripada kepentingan diri. Dalam kasus ini, sikap seperti itu dapat diketahui dalam ungkapan bidan desa berikut ini:

"Saya nggak berani, ngge.....Orang kecil itu kan menurut atasannya. Kepala saya kan mengeluarkan beberapa kebijaksanaan. Kami hanya manut saja. Semua memakai kebijakan kepala puskesmas, seperti uang yang ada pada kami tidak digunakan untuk yang lain, tetapi sebagai ATK dan kunjungan rumah saja. Karena kami bertanya: lha uang saya bisa keluar

untuk apa? Untuk kegiatan luar gedung, katanya gitu, ya sudah..... [tentang pengajuan usulan:] Kurang enak....sungkan. Dari temen-temen maunya mengungkap-kan, tapi dari Bu Wati sendiri yang senior sudah nggak mau. Dia kan ujung tombak bagi kami yang kecil-kecil ini."

Kepala puskesmas yang cenderung bersikap otoriter berkenaan dengan kedudukannya yang senior/superior nampak dalam ungkapan bidan desa di bawah ini.

"Nggak berani.....waktu itu....[Kepala puskesmas:] 'Silahkan kerja, kalau nggak mau silahkan pindah dari puskesmas ini'. Kita yang penting semua baik, persalinan, kalau semua baik ya sudah....dan semuanya selamat.....Takutnya nanti di suatu program yang lain kita disingkirkan."

Dari segi infrastruktur, lemahnya pengendalian mutu internal menyebabkan terancamnya mutu pelayanan kesehatan terkendali. Peran Tim Koordinator kabupaten selaku pembina program sangat menentukan keberhasilan program JPS-BK di tingkat puskesmas, sedangkan peran kepala puskesmas selaku pembina bidan di wilayahnya sangat menentukan keberhasilan program JPS-BK di tingkat desa. Dengan demikian sesungguhnya salah satu manfaat adanya program JPS-BK adalah *transfer of knowledge* dari Dinas Kesehatan ke puskesmas dan dari puskesmas ke tingkat bidan.

Saran

1. Penanggung jawab dan pelaksana program JPS-BK (Kepala puskesmas) seharusnya menjalankan kesepakatan-kesepakatan yang dibuat di tingkat kabupaten (TKK), seperti indikasi rujukan, standar biaya bahan dan alat, standar biaya transport dan pembelian obat/bahan habis pakai yang telah dibuat di tingkat kabupaten. Kepada kepala puskesmas yang bersangkutan telah diperingatkan melalui kunjungan ini.
2. Perencanaan dalam pelaksanaan program JPS-BK mempertimbangkan jangka waktu program

dan jumlah sasaran yang harus dicakup, contohnya pembelian obat memperhitungkan proporsi pelayanan yang lain, yaitu PMT-P dan pelayanan persalinan, agar pelayanan JPS-BK tidak terganggu oleh kurangnya dana karena pembelian obat/bahan habis pakai secara berlebihan. Proses pengelolaan dana dan kegiatan JPS-BK menjadi sesuatu yang penting untuk dikuasai seorang pelaksana program di tingkat puskesmas.

3. Pengendalian mutu pelayanan (*Quality Control*) dalam semua pelayanan kesehatan terkendali menjadi isu yang penting diperhatikan. Mekanisme yang sudah dapat dilakukan di tingkat puskesmas adalah penerapan standar diagnostik—terapi di tingkat puskesmas.
4. Pengendalian dana pelayanan (*cost containment*) di tingkat institusi pelayanan puskesmas perlu dilakukan, misalnya kegiatan-kegiatan promotif dan preventif untuk kasus-kasus rekuren yang dapat dicegah.
5. Audit rumah sakit terhadap kasus rujukan yang dilakukan staf puskesmas ke rumah sakit maupun audit yang dilakukan kepala puskesmas terhadap kasus rujukan yang dilakukan bidan desa ke puskesmas atau rumah sakit. Hasil audit periodik ini seharusnya dikomunikasikan bersama-sama seluruh komponen sistem Pelayanan Kesehatan dan rujukannya, mulai dari rumah sakit pusat rujukan, rumah sakit tipe C, dan D, puskesmas dan Dinas Kesehatan tingkat II.
6. Secara sosio-kultural, keberhasilan PJPS-BK dalam pengelolaan puskesmas ini sangat bergantung kepada pimpinan / kepala puskesmas. Perubahan-perubahan hubungan interpersonal dalam aktivitas kerja yang bersifat feodalistis dan tertutup (yang sering merugikan pihak tertentu dan tidak terwujudnya sinergi kerja yang optimal) ke arah yang lebih demokratis dan terbuka lebih berpeluang besar terjadi bila dimulai dari pimpinan/kepala puskesmas. Kepala puskesmas hendaknya bisa lebih dekat berhubungan dengan para stafnya sebagai hubungan mitra kerja sehingga dapat tercipta

sinergi kerja yang optimal, dan tanpa ada yang merasa dirugikan sepihak melainkan rasa tanggung jawab bersama. Jadi model pendekatan untuk perubahan yang lebih efektif dan efisien adalah model *top-down*, dari pimpinan ke bawahan.

KEPUSTAKAAN

1. Vivian, J. Social Safety Nets and Adjustment in Developing Countries, UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development), Geneva, Switzerland, 1994.
2. Azwar, Azrul. Pelayanan Kesehatan Terkendali dan Harapan Kalangan Profesi Kesehatan Indonesia. Second Annual Pan Asia Healthcare Summit '96. Singapura, 1996.
3. Wolfe, H.B., Bentkover, J.D., Schaufler, H.H., Venable, A. Health Care Cost Containment: Challenge to Industry, Financial Executives Research Foundation, New York, Amerika Serikat, 1980.
4. Magnis-Suseno, Franz. "Nilai Budaya Jawa dan Etika Bisnis". Driyarkara, 1997; 23(3): 33-45.