

Dampak Kebijakan Akreditasi Puskesmas dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan

The Effect of Primary Health Centre Accreditation Policy for Improving Healthcare Quality

Arief Priyo Nugroho,¹ Irfan Ardani,² & Diyan Ermawan Effendi³

¹ariefpriyonugroho@gmail.com (corresponding author)

Badan Riset dan Inovasi Nasional

Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta-Bogor, Jawa Barat 16915, Indonesia

²ardhani.irfan@gmail.com

Badan Riset dan Inovasi Nasional

Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta-Bogor, Jawa Barat 16915, Indonesia

³diyaneffendi@outlook.com

Badan Riset dan Inovasi Nasional

Cibinong Science Center, Jl. Raya Jakarta-Bogor, Jawa Barat 16915, Indonesia

Received: January 9, 2023 | Revised: May 19, 2023 | Published: June 30, 2023

Abstract: Puskesmas/primary health center (PHC) accreditation policy has a relative impact on improving health services quality. In addition to management and organizational improvements, PHC accreditation has negative excesses which can be seen in the implementation process. Namely, the issue of fulfilling citizens' basic rights to health. This study aims to explain some of the negative excesses of PHC accreditation policy to fulfill health care access. A qualitative analysis of various interviews in roundtable discussions and secondary data collection on the process and implementation of accreditation in 12 districts/cities. This study shows that the PHC accreditation policy that was carried out encouraged a shift in the Government's values and norms in providing essential health services, from public goods to private goods. The management logic that tends to be private-like-oriented places the community as a consumer rather than as a citizen, not yet maximizing the active role of the community raises the issue of inequity in the country's efforts to guarantee the rights of the community as citizens. The Government places basic health services no longer fully as public goods, which ensures that every people as a citizen can access them without exception.

Keywords: basic health service; inequity; PHC accreditation

Abstrak: Kebijakan akreditasi puskesmas relatif memiliki pengaruh pada peningkatan kualitas pelayanan. Selain terdapat perbaikan manajemen dan organisasi, akreditasi puskesmas memiliki eksek negatif yang terlihat pada proses implementasinya, terutama dalam permasalahan pemenuhan hak dasar warga negara atas kesehatan. Studi ini bertujuan menjelaskan bagaimana kebijakan



akreditasi puskesmas menimbulkan eksese negatif dalam pemenuhan akses pelayanan kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam diskusi meja bundar dan data sekunder dari pengalaman pelaksanaan akreditasi puskesmas di 12 kabupaten/kota. Studi ini menemukan bahwa kebijakan akreditasi puskesmas yang dilakukan mendorong pergeseran nilai dan norma pemerintah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, yaitu perubahan dari barang publik menjadi barang privat. Logika pengelolaan yang lebih cenderung *private-like-oriented*, menempatkan masyarakat sebagai konsumen dibanding sebagai warga negara, belum maksimalnya peran aktif masyarakat memunculkan isu kesenjangan dalam upaya negara menjamin hak masyarakat sebagai warga negara. Pemerintah menempatkan pelayanan kesehatan dasar tidak lagi sepenuhnya sebagai barang publik yang menjamin setiap masyarakat sebagai warga negara mampu mengakses tanpa terkecuali.

Kata Kunci: akreditasi puskesmas; kesenjangan; pelayanan kesehatan dasar

Pendahuluan

Angka kematian ibu (AKI) yang masih tinggi dan penanganan tengkes yang belum optimal memperlihatkan kinerja pelayanan kesehatan, terutama di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) masih belum memuaskan. Menurut Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2018), terjadi penurunan dalam pelayanan upaya kesehatan masyarakat di puskesmas. Salah satu faktor penyebabnya adalah kekurangan sumber daya manusia (SDM). Sementara hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) tahun 2019 menunjukkan SDM di puskesmas masih belum memenuhi standar yang ditetapkan oleh pemerintah. Dalam upaya meningkatkan kinerja puskesmas, pemerintah telah mengambil langkah untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan menerapkan kebijakan akreditasi puskesmas, yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas (Permenkes Akreditasi Puskesmas).

Akreditasi puskesmas yang diterapkan sejak 2015 berhasil mendorong kinerja puskesmas secara kuantitas dan kualitas (Suryanto *et al.*, 2017). Namun, kebijakan ini juga menimbulkan isu kesenjangan. Terdapat ketidakseimbangan distribusi sumber daya, terutama tenaga kesehatan, di beberapa daerah di Indonesia timur (Baharuddin *et al.*, 2016). Isu ini muncul karena penerapan standar akreditasi yang sama pada semua puskesmas tanpa mempertimbangkan perbedaan kemampuan sumber daya dan kebutuhan pelayanan.

Reviu dan evaluasi secara akademis telah dilakukan terhadap kebijakan akreditasi puskesmas, terutama terkait tentang kesiapan serta kemampuan puskesmas dalam melaksanakan akreditasi (Farzana *et al.*, 2016; Misnaniarti & Destari, 2018; Sulistinah *et al.*, 2017; Susilawati, 2017), yang menemukan bahwa kesiapan puskesmas dalam penerapan akreditasi sangat beragam. Dalam tulisan lainnya, para akademisi fokus dalam melakukan elaborasi tentang beberapa keberhasilan dan kecenderungan korelasi proses akreditasi dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan (Mokobimbing *et al.*, 2019; Tawalujan *et al.*, 2018; Wulandari *et al.*, 2019) hasilnya menjelaskan bahwa akreditasi memang dalam beberapa pengalaman menunjukkan tingkat keberhasilan tertentu, terutama dalam kaitannya kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Selain itu elaborasi para akademisi juga tertuju pada tantangan serta hambatan dalam pelaksanaan program akreditasi puskesmas yang berlangsung (Misnaniarti & Destari, 2018; Molyadi & Trisnantoro, 2018; Widiastuti *et al.*, 2019). Hambatan dan tantangan tersebut berasal dari faktor sumber daya, baik itu SDM,

infrastruktur, dan anggaran. Beberapa studi dan penelitian terkait akreditasi di atas cenderung menjelaskan proses akreditasi dimaknai sebagai suatu kebijakan dan dilihat dalam sisi teknokratik semata. Literatur dan diskusi yang berkembang dalam terkait akreditasi akhirnya terjebak pada evaluasi program.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya, yaitu tidak hanya memandang kebijakan akreditasi pada sisi teknokratik semata. Penelitian ini mencoba menjelaskan bahwa kebijakan akreditasi puskesmas memiliki aspek-aspek politis yang mampu menjelaskan dengan baik akses dari suatu pilihan kebijakan yang dipilih dikarenakan adanya pergeseran nilai yang dipegang dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dampak dari pergeseran nilai dan norma yang diterapkan pada akreditasi puskesmas memiliki akses negatif. Penjelasan dampak dari kebijakan akreditasi dielaborasi melalui peran negara dalam pengelolaan pelayanan kesehatan, mulai dari peran minimal hingga maksimal, dan melihat pola dan kebijakan yang diterapkan oleh negara dalam mengelola puskesmas.

Kebijakan akreditasi puskesmas memiliki dampak secara langsung dan luas bagi masyarakat. Dampak luas dari kebijakan akreditasi puskesmas sepantasnya menjadi perhatian. Mengingat peran strategis puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki jejaring luas dan paling dekat dengan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dasar, pencegahan penyakit, pengobatan awal, dan rujukan pasien.

Penerapan kebijakan yang tidak memadai dalam pengelolaan puskesmas dapat memiliki konsekuensi negatif terhadap tingkat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, penting bagi Komisi IX DPR RI untuk melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, terutama Pasal 54 ayat (1) yang menekankan perlunya “penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, merata, dan nondiskriminatif.”

Melalui pengawasan yang efektif, diharapkan kebijakan yang tepat dapat diterapkan untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan disediakan dengan baik, aman, berkualitas, merata, dan tanpa diskriminasi, sehingga meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan kemudian diterjemahkan oleh Kementerian Kesehatan dengan melakukan akreditasi bagi semua fasilitas pelayanan kesehatan. Pengawasan atas kebijakan akreditasi puskesmas menjadi penting karena memiliki dampak yang cukup luas bagi masyarakat secara langsung. Oleh karena itu, penelitian ini berangkat dari pertanyaan penelitian: bagaimana kebijakan akreditasi puskesmas dapat memiliki dampak negatif dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan?

Untuk menjawab pertanyaan penelitian di atas, penelitian ini menggunakan metode studi kasus untuk mengelaborasi pergeseran nilai dan norma dalam kebijakan akreditasi. Metode ini dipilih karena memberikan ruang bagi penyelidikan yang intensif dan holistik terhadap suatu fenomena (Creswell, 2004), yang pada gilirannya memungkinkan interpretasi terhadap kebijakan tersebut sebagai produk dan fenomena politik. Untuk mengamati proses politik yang terkait dengan kebijakan akreditasi puskesmas, mulai dari *agenda setting*, implementasi, hingga evaluasi, digunakan pendekatan diskusi meja bundar (*round table discussions*/RTD). Diskusi ini melibatkan para pemangku kepentingan di tingkat pusat, seperti Kementerian Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri. Selain itu, juga dilakukan RTD dengan pemangku kepentingan di enam provinsi (Sumatra Selatan, Jawa Barat, Maluku Utara, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Barat, dan Maluku) dengan memilih dua kabupaten kota di setiap provinsi. Pemilihan provinsi didasarkan pada persentase capaian akreditasi puskesmas pada saat penelitian dilak-

sanakan, meliputi dua provinsi dengan capaian akreditasi puskesmas di atas 75 persen, tiga provinsi dengan capaian antara 50–75 persen, dan satu provinsi di bawah 50 persen. Pemilihan provinsi juga mempertimbangkan keterwakilan regional Indonesia Barat, Indonesia Tengah, dan Indonesia Timur. Kabupaten/kota dipilih dengan kriteria salah satu kabupaten/kota merupakan ibukota provinsi. Khusus Provinsi Jawa Barat, Kota Bandung sebagai ibukota provinsi digantikan Kota Bogor dengan alasan saat pelaksanaan penelitian belum siap menjadi lokasi penelitian. Setiap kabupaten/kota dipilih empat puskesmas dengan kriteria masing-masing satu puskesmas berstatus akreditasi paripurna, utama, madya, dan dasar. Jika dalam satu kabupaten/kota tidak terdapat salah satu kriteria tersebut, maka akan diganti dengan puskesmas lain secara acak. Pengumpulan data di daerah melibatkan informan-informan antara lain kepala dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, tim pendamping akreditasi kabupaten/kota, kepala puskesmas, dan pemegang program di puskesmas tersebut.

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli–Oktober 2019 di enam provinsi (Tabel 1). Hasil wawancara mendalam selanjutnya ditranskripsi menggunakan teknik verbatim atau kata demi kata yang ada dalam rekaman suara. Selanjutnya data yang diperoleh dari lapangan berupa rekaman wawancara yang telah dibuat transkrip, rekaman gambar (video dan foto), dan catatan lapangan dilakukan kodifikasi data. Analisis data sekunder dilakukan untuk menelaah dasar hukum kebijakan akreditasi puskesmas. Data sekunder tersebut meliputi dokumen kebijakan terkait akreditasi puskesmas yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat dan daerah dalam kurun waktu 2015 sampai 2019. Ragam metode dan sumber dalam pengumpulan data yang dilakukan merupakan upaya triangulasi untuk menjaga objektivitas dan validitas data penelitian.

Tabel 1. Profil Capaian Akreditasi Daerah Kabupaten/Kota Lokasi Penelitian

Provinsi	Capaian Akreditasi (%)	Kabupaten/Kota
Sumatra Selatan	78,6	Kota Palembang, Kab. Ogan Ilir
Jawa Barat	72,0	Kota Bogor, Kab. Bekasi
Maluku Utara	55,2	Kota Ternate, Kota Tidore
Sulawesi Tenggara	55,3	Kota Kendari, Kab. Konawe Selatan
Kalimantan Barat	77,0	Kota Pontianak, Kota Singkawang
Maluku	42,3	Kota Ambon, Kab. Maluku Tengah

Sumber: Data sekunder Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan (Desember 2018).

Data lapangan dan data sekunder akan dipilah kembali dalam dua kategorisasi utama, yaitu aspek teknokratik dan aspek politis. Dua kategori aspek dalam kebijakan akreditasi disandingkan untuk melihat pola serta perbedaan antara bagaimana secara konsep kebijakan dibuat dengan pengalaman empiris dari implementasinya. Hal ini ditujukan untuk mendapat gambaran dalam mencari dampak dari kebijakan akreditasi tidak saja dilihat dari proses teknokratik, akan tetapi mampu mengeksplorasi pengalaman penyelenggaraan pelayanan kesehatan saat kebijakan akreditasi diberlakukan. Dari pola analisis tersebutlah diharapkan mampu mendapat gambaran dampak dari kebijakan akreditasi, terutama eksese negatif yang dilacak dari ketidaksinkronan dari proses teknokratik yang telah dirancang dengan implementasi pelaksanaannya di lapangan.

Kebijakan Akreditasi Puskesmas

Akreditasi adalah praktik penilaian sistematis terhadap standar mutu yang diterima. Keberhasilan sertifikasi akreditasi memberikan sinyal kepada pasien dan pemangku kepentingan lainnya bahwa standar minimum telah tercapai. Pendekatan terhadap

peningkatan mutu ini didasarkan pada harapan bahwa pelaksanaan akreditasi akan mengarah pada peningkatan tata kelola klinis dan mutu perawatan. Namun demikian, dampak akreditasi sulit dievaluasi dan bukti yang mendukung efeknya pada pasien sangat terbatas (Andres *et al.*, 2019).

Manfaat dari proses akreditasi adalah standardisasi prosedur dan kebijakan serta pembentukan sistem manajemen. Upaya akreditasi memang dirancang untuk mendorong fasilitas kesehatan meningkatkan kepatuhan terhadap standar pelayanan (Al Tehewy *et al.*, 2009). Selain itu, penerapan standar perawatan juga dapat berkontribusi pada keselamatan pasien seperti kesalahan pengobatan (Araujo *et al.*, 2020). Pendekatan yang dipakai dalam akreditasi adalah keselamatan dan hak pasien dengan tetap memperhatikan hak petugas kesehatan. Prinsip ini untuk menjamin bahwa semua pasien mendapat pelayanan dan informasi yang sebaik-baiknya sesuai kebutuhan dan kondisi pasien tanpa melihat status sosial pasien (Susilawati, 2017). Upaya akreditasi sebagai salah satu cara meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ternyata tidak sepenuhnya membuahkan hasil yang diinginkan (Tabrizi & Gharibi, 2019), terutama ketika upaya akreditasi tidak memenuhi syarat, seperti anggaran, infrastruktur, dan SDM (El-Jardali *et al.*, 2014). Tanpa dukungan prasyarat yang memadai, upaya akreditasi akan sulit dilakukan, terlebih untuk mendorong keberlanjutan kualitas dari pelayanan kesehatan yang diberikan.

Sebagai produk dari proses politik, kebijakan akreditasi tidak bisa lepas dari kontestasi atau tarik-menarik kepentingan. Di sinilah kebijakan diartikan tidak hanya sebagai proses teknokratik melainkan sebuah proses politik. Kebijakan menjadi arena kontestasi kepentingan antaraktor dan *stakeholder* (Mariana, 2017). Proses kontestasi yang kompleks dalam perumusan dan implementasi kebijakan dapat menghasilkan adaptasi, modifikasi, negosiasi, penggantian, atau mengakibatkan pergeseran nilai dan tujuan-tujuan kebijakan (Campos & Reich, 2019).

Pergeseran nilai dan norma yang terjadi dalam kebijakan akreditasi puskesmas dapat dilihat melalui cara negara melalui pemerintah mengelola pelayanan publik. Dalam konteks akreditasi, kebijakan akreditasi puskesmas bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, namun hal ini memunculkan pertanyaan mengenai kesesuaian implementasi dengan cita-cita awal penyelenggaraan pelayanan publik oleh negara. Akreditasi dengan semangat standardisasi pelayanan pasti akan memiliki dampak dalam penyelenggaraan pelayanan, tidak hanya terkait dengan hasil yang dihasilkan, tetapi juga dapat menyebabkan perubahan dalam semangat dan konsepsi negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, pelayanan kesehatan di puskesmas mungkin telah mengalami perubahan konsepsi ketika diterapkan pola baru, yaitu akreditasi puskesmas. Pola baru ini tentu memiliki implikasi-implikasi dalam penerapannya.

Dalam melacak watak kebijakan akreditasi yang diterapkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di puskesmas, tulisan ini mencoba terlebih dahulu melacak nilai dan norma dari suatu kebijakan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan melalui pola pelayanan yang diberikan negara kepada masyarakat. Pelacakan nilai dan norma dalam pola pelayanan kesehatan dapat diketahui dari cara pemerintah memperlakukan kesehatan, apakah menempatkan sebagai suatu pelayanan yang menerapkan prinsip dan nilai dari sebagai barang publik (*public goods*) atau barang privat (*private goods*) (Heim, 2015). Pelaksanaan konsepsi yang ditawarkan barang publik atau barang privat tersebut adalah untuk menjadi dasar suatu negara memandang dan menetapkan kebijakan dalam memenuhi kebutuhan warga negaranya. Hal ini merupakan implikasi dari suatu bentuk tata kelola pemerintahan yang dijalankan. Tata kelola yang lebih

mendekatkan pada pendekatan liberal atau *non-welfare state* akan memandang negara hanyalah regulator semata (Horne, 2019). Dalam posisi ini negara cenderung memiliki perspektif bahwa kebutuhan masyarakat merupakan kebutuhan individu yang dalam pemenuhannya bukan tanggung jawab negara sepenuhnya. Namun, ketika negara memandang bahwa negara wajib memastikan kebutuhan warganya terpenuhi, maka negara sedang menempatkannya sebagai barang publik. Cara pemerintah memenuhi kebutuhan warga negaranya menjadi cermin bagaimana tanggung jawab negara dijalankan (Andhika, 2017).

Barang publik sendiri merupakan barang dan jasa yang setidaknya memenuhi dua kriteria minimal (Heim, 2015). Pertama adalah *non-rivalry* (tidak ada persaingan) yang artinya dalam mengaksesnya masyarakat tidak berebut/bersaing atau memiliki kesempatan yang sama dalam mengakses pelayanan kesehatan dan tidak mengurangi hak atau kesempatan orang lain. Kedua, *non-excludable* (tanpa terkecuali) merupakan karakteristik dari suatu kebutuhan atau barang dan jasa yang setiap masyarakat memiliki hak untuk mendapat manfaat. Artinya, setiap barang dan jasa yang setiap masyarakat seharusnya memiliki akses dan berhak mendapat atau menikmati manfaatnya.

Jadi, barang dan jasa yang dianggap sebagai barang privat adalah suatu barang dan jasa yang dianggap memerlukan persaingan dan terdapat pengecualian. Tidak setiap warga negara serta-merta memiliki hak dan mampu mengakses suatu barang atau jasa tersebut.

Dalam konstitusi Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI Tahun 1945) dengan tegas menerangkan konsep tidak ada persaingan dan pengecualian ini pada Pasal 28 H ayat (1) menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara wajib untuk menyediakannya. Pernyataan yang tertulis pada UUD NRI Tahun 1945 tersebut menyebutkan bahwa negara wajib memberikan pelayanan kesehatan kepada setiap warga negaranya. Dalam arti, setiap warga negara Indonesia memiliki kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan wajib dipenuhi oleh negara. Hal ini menegaskan bahwa negara mendefinisikan kesehatan sebagai barang publik.

Pada tataran pelaksanaannya, batas pembagian antara barang publik dengan barang privat tidak sepenuhnya mampu digunakan untuk menjelaskan praktik dalam penyelenggaraan pelayanan. Hal ini terjadi ketika penyelenggaraan pelayanan tersebut pada satu sisi mempunyai visi kesamaan akses dan harus bisa diakses oleh masyarakat luas, namun di sisi lain pada saat yang bersamaan upaya tersebut dilakukan dengan prinsip rasional ekonomi (Nichols & Taylor, 2018). Gejala ini terindikasi dalam penyelenggaraan pelayanan yang menerapkan pola *new public management*, yang membuka dan meningkatkan akses pelayanan, akan tetapi menerapkan prinsip-prinsip ekonomi dalam penyelenggaraan.

Pemahaman atas peningkatan kualitas pelayanan publik di Indonesia kemudian ditandai dengan menguatnya penggunaan prinsip *new public management* dalam mengelola pelayanan. Bentuk nyata dari penggunaan prinsip tersebut adalah dengan pengelolaan puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama menjadi badan layanan umum daerah (BLUD) sejak diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2024. Konsep BLUD yang digunakan pada awalnya dibuat untuk meningkatkan pelayanan pada masyarakat serta fleksibilitas penggunaan dana (Adam *et al.*, 2017; Triprasetya *et al.*, 2014; Waluyo, 2011), serta efisiensi dalam meningkatkan kualitas pelayanan (Choi, 2016). Namun, upaya tersebut sebenarnya mengandung kontradiksi, karena pola *new public management* mensyaratkan pada upaya desentralisasi,

privatisasi, kompetisi dalam mencapai efisiensi dan memenuhi tuntutan masyarakat pola privatisasi, dan *entrepreneurship* akan mendevaluasi nilai dan kepentingan publik seperti keadilan (*equity*), keterwakilan (*representativeness*), dan kelayakan (*fairness*) (Denhardt & Denhardt, 2015). Pola semacam ini menjadi arena abu-abu dan menjadi sulit mendefinisikan pada kategori mana suatu pelayanan publik ditempatkan. Menjawab kerumitan ini, pelacakan tersebut bisa dilakukan dengan mencari pola pelayanan publik memfasilitasi kepentingan warga negara dan pola *democratic governance* yang dilakukan. Pola tersebut oleh Denhardt & Denhardt ditelisik dari kadar keterikatan warga negara, nilai dari kepentingan publik yang dikelola, tingkat kepercayaan pada pola privatisasi dan kewirausahaan, serta model penyelenggaraan pelayanan publik (Denhardt & Denhardt, 2015). Terlebih, dalam praktik penyelenggaraan pelayanan publik terkadang menghadapi berkurangnya kemampuan baik secara kapasitas dan kapabilitas yang menjadikan negara memiliki pilihan kebijakan terbatas dalam memenuhi kewajibannya (Nasikun, 2003; Palumbo, 2017).

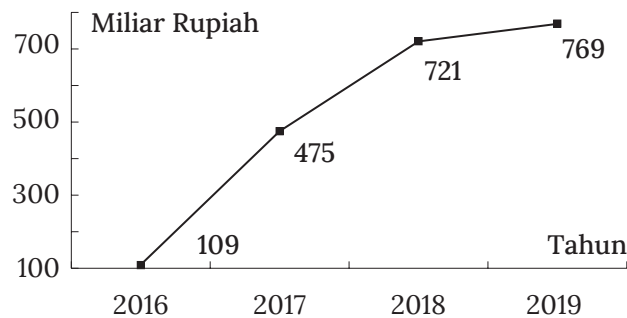
Isu atas kesenjangan, inklusifitas, dan demokratisasi dalam suatu produk kebijakan merupakan tiga isu yang bisa digunakan untuk menjelaskan bagaimana sebuah kebijakan itu diimplementasikan dan berdampak bagi masyarakat. Ketiga isu tersebut penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di puskesmas, karena itu tidak saja meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan akan tetapi juga menjadi landasan untuk keberlanjutan penyelenggaraan pelayanan kesehatan itu sendiri (Hasjimzum, 2014). Isu inklusifitas dan demokratisasi dibutuhkan dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yang berguna sebagai ruang partisipasi masyarakat untuk lebih mengerti kebutuhannya dalam permasalahan kesehatan. Dengan begitu, elaborasi aspek politik dalam kebijakan akreditasi puskesmas menjadi penting karena dari sisi inilah dimulai bagaimana nilai norma kebijakan tersebut dibangun dalam dimensi kepentingan pemerintah sebagai penyelenggara. Penelusuran jauh atas hal tersebut menjadi menarik karena akan memperlihatkan apakah kebijakan itu benar-benar mampu mencapai tujuan serta dampak yang diinginkan? Ataukah sebaliknya, menimbulkan eksese negatif karena dalam proses kebijakannya terdapat pergeseran nilai melalui pola pengelolaan yang dipilih.

Implementasi Kebijakan Akreditasi Puskesmas di Indonesia

Pemerintah mengembangkan akreditasi puskesmas didasari kebutuhan pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas sesuai standar dengan mengutamakan keselamatan pasien dan tenaga kesehatan, disertai perbaikan kinerja yang berkelanjutan. Upaya ini juga didasari meningkatnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar di era JKN. Hal ini didasari oleh politik hukum pelaksanaan akreditasi puskesmas yaitu perubahan ke-4 UUD NRI 1945 Pasal 34 ayat (3) yang berbunyi “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.” Penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak dalam pasal tersebut kemudian diterjemahkan dalam Pasal 54 ayat (1) UU Nomor 36 Tahun 2009 yang berbunyi “Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan non diskriminatif.” Akreditasi secara eksplisit digunakan sebagai alat penjaminan mutu pelayanan kesehatan dasar dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas (Permenkes 75/2014). Pasal 39 ayat (1) menyebutkan bahwa “Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.”

“Ada istilah *gatekeeper*, FKTP (fasilitas kesehatan tingkat pertama/puskesmas) sebagai *gatekeeper*. Pertanyaannya kemudian, FKTP sebagai penyaring maka harus berku-

alitas. Atas dasar filosofi itu, apa caranya supaya ada alat atau instrumen yang digunakan untuk memperbaiki puskesmas. Sejalan dengan Permenkes 71 Tahun 2013 maka disusun juga Permenkes 75 Tahun 2014. Prinsipnya kalau sebagai *gatekeeper* harus baik, pakai apa mengukurnya? Salah satunya akreditasi.” (Wawancara dengan informan Direktorat Mutu dan Akreditasi, Kementerian Kesehatan)



Bagan 1. Dana Alokasi Khusus untuk Dukungan Operasional Pelaksanaan Akreditasi Puskesmas

Sumber: Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan (2020).

Sembilan bulan sejak peraturan tersebut diundangkan, Permenkes Akreditasi Puskesmas yang mengatur teknis pelaksanaan akreditasi puskesmas diundangkan dan mulai diberlakukan. Peraturan ini mempertegas kewajiban bagi puskesmas untuk diakreditasi, tetapi tidak menetapkan sanksi bagi pelanggarnya. Kekuatan memaksa dari pelaksanaan akreditasi ini dijelaskan dalam lampiran 1 Permenkes Akreditasi Puskesmas yang menyebutkan

“... akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS.”

Konsekuensi bagi puskesmas yang tidak diakreditasi adalah tidak dapat bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) sebagai penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama.

“Akreditasi menjadi persyaratan, akibatnya seperti berlomba (untuk memperoleh status akreditasi), dan Adinkes (Asosiasi Dinas Kesehatan) meminta untuk diundur persyaratan tersebut (karena banyak puskesmas belum di akreditasi). Ada wacana (keterkaitan antara akreditasi dengan BPJS Kesehatan), misalnya apakah semakin tinggi status akreditasi maka jumlah diagnosis (yang boleh dilakukan puskesmas) juga bertambah. Ada juga wacana terkait besaran kapitasi.” (Wawancara dengan informan BPJS Kesehatan)

Kementerian Kesehatan menargetkan pada akhir tahun 2019 atau empat tahun setelah peraturan pelaksanaan akreditasi puskesmas diberlakukan, seluruh puskesmas di Indonesia sudah dilakukan penilaian akreditasi. Sebuah target yang cukup berani mengingat akreditasi puskesmas merupakan sebuah perangkat baru yang sedang dikembangkan dan kesiapan puskesmas yang berbeda-beda dalam memenuhi standar akreditasi.

Pada pelaksanaannya, hasil penelitian ini menemukan bahwa pelaksanaan akreditasi di setiap puskesmas lokus penelitian mendapat tanggapan yang berbeda-beda. Sebagian puskesmas berpendapat bahwa mereka dihadapkan pada tantangan yang berbeda dalam hal modal material dan modal sosial. Namun, mereka dituntut untuk memenuhi standar yang sama dalam waktu yang sama. Sayangnya, sistem akreditasi saat ini belum mampu mengatasi masalah ketimpangan sumber daya dan ketimpangan geografis antara wilayah, terutama di antara Indonesia bagian barat dan timur.

“....secara kompetensi, harus diakui memang kita belum memenuhi semua yang ada di Permenkes. Sampai saat ini masih ada nakes yang seharusnya di lapangan tetapi mengerjakan pekerjaan administrasi. Pada saat akan akreditasi, bisa dibilang kondisi bangunan puskesmas-puskesmas kita tidak layak untuk disurvei, sehingga membutuhkan renovasi dan sarana yang belum ada harus dibangun, ... ada penurunan program karena konsentrasi mereka terfokus pada akreditasi.” (Wawancara dengan informan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah)

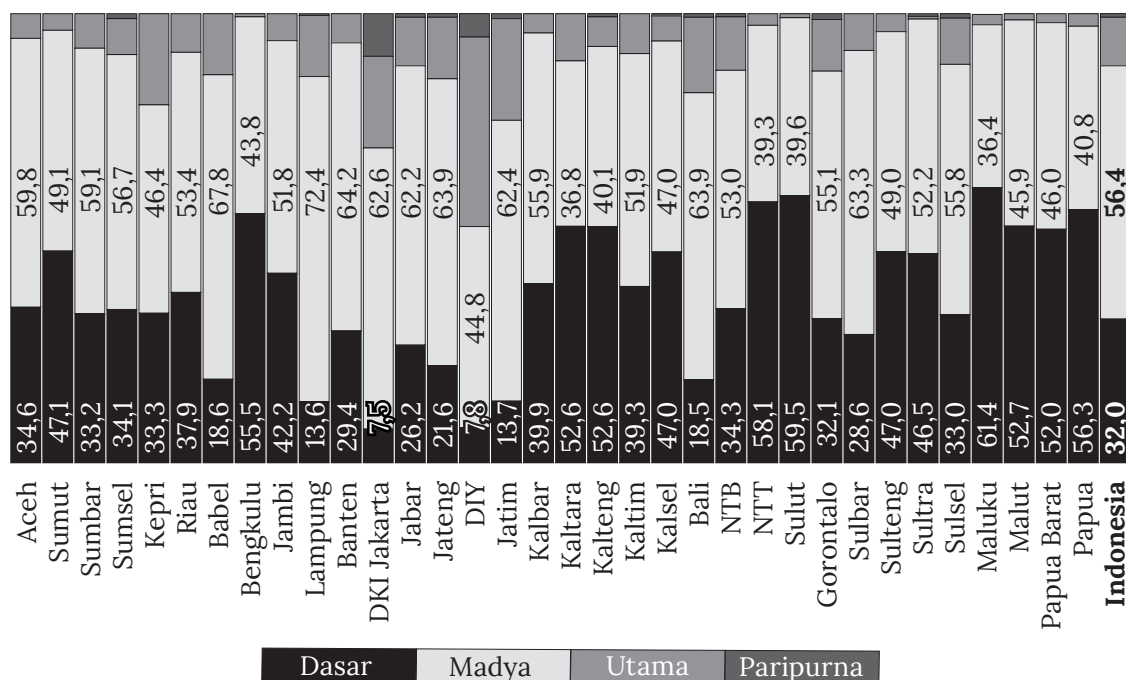
Ketimpangan sumber daya terlihat pada kemampuan yang berbeda antar-puskesmas memenuhi prasyarat dasar akreditasi. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian puskesmas kesulitan dalam memenuhi jumlah dan kualitas SDM yang sesuai dengan syarat akreditasi. Kekurangan jumlah jenis tenaga kesehatan menjadi yang paling banyak dikeluhkan. Puskesmas juga mengeluhkan meningkatnya beban kerja terutama dalam masa persiapan akreditasi. Ketimpangan sumber daya ini juga dipengaruhi oleh kemauan politik masing-masing daerah. Belum semua kepala daerah terutama kabupaten/kota menganggap akreditasi puskesmas sebagai prioritas.

Selain itu, akar dari sekian banyak tantangan puskesmas dalam mengelola pelayanan kesehatan adalah pengelolaan anggaran yang terbatas dan tidak fleksibel.

“...anggaran tidak ada, dana JKN diambil untuk pemeliharaan gedung dan tata graha, ... belum maksimal menggunakan dana puskesmas, belum ada puskesmas yang BLUD saat akreditasi.” (Wawancara dengan informan puskesmas di Kabupaten Bekasi)

Padahal, sebagai institusi yang bertanggung jawab atas penyediaan pelayanan kesehatan, puskesmas menghadapi kebutuhan dan tuntutan yang cukup dinamis. Kebutuhan dan tuntutan tersebut sering kali kurang mampu direspons dengan baik karena dibatasi oleh pengaturan pengelolaan anggaran yang berasal dari pemerintah, baik itu bersalah dari pemerintah pusat maupun daerah.

“...Rata-rata gedung puskesmas belum memenuhi standar dalam PMK 75 (Permenkes 75/2014), sehingga untuk memenuhi standar tersebut, puskesmas membuat sekat-sekat dalam ruang sesuai dengan butir-butir standar dalam kebijakan tersebut.” (Wawancara dengan informan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah)



Bagan 2. Status Akreditasi Puskesmas, Tahun 2018
Sumber: Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan (2020).

Kondisi tersebut menyebabkan sampai dengan bulan Desember 2018 hanya 0,8 persen puskesmas di Indonesia mencapai status paripurna, level tertinggi penilaian akreditasi. Sebagian besar puskesmas ada pada level status akreditasi dasar (32 persen), dan status madya (56 persen). Artinya, apabila *gold standard* mutu puskesmas adalah akreditasi paripurna, sebagian besar (99 persen) puskesmas di Indonesia masih di bawah standar mutu yang ditetapkan. Hasil proses penilaian akreditasi tersebut memperlihatkan ketimpangan kualitas pelayanan kesehatan, terutama antara daerah di Pulau Jawa dengan luar Jawa.

Berdasarkan banyak pengalaman di Amerika Serikat, Inggris, Selandia Baru, Yordania, Arab Saudi, dan Mesir, akreditasi dalam pelayanan kesehatan primer awalnya ditujukan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan (Tabrizi & Gharibi, 2019, p. 315). Dalam era JKN, kualitas pelayanan kesehatan primer menjadi semakin penting, meskipun kepercayaan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan masih rendah (Ekowati *et al.*, 2016, p. 6). Proses akreditasi dianggap sebagai langkah awal yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan primer (El-Jardali *et al.*, 2014).

Kebijakan akreditasi memiliki konsekuensi pendanaan cukup besar. Hal ini dikarenakan jumlah puskesmas di Indonesia mencapai 9.631 pada tahun 2018 tersebar dengan berbagai kondisi geografis. Kebutuhan anggaran kemudian juga menyesuaikan karakteristik dan kemampuan daerah karena setiap daerah memiliki SDM, karakter, budaya, geografis, dan topografi berbeda-beda (Buana, 2022). Dana besar pertama yang dikeluarkan adalah berupa dana alokasi khusus (DAK) nonfisik khusus ditujukan untuk mendukung proses operasional. Besaran dana tersebut dari tahun awal kebijakan akreditasi hingga tahun 2019 memperlihatkan kenaikan cukup signifikan (lihat Bagan 1). Anggaran berikutnya yang dikeluarkan dalam menunjang kebijakan akreditasi adalah DAK fisik pelayanan kesehatan dasar untuk melengkapi sarana dan prasarana kebutuhan puskesmas menghabiskan anggaran mencapai lebih dari 8 triliun rupiah secara nasional dari rentang tahun 2017 hingga tahun 2019.

“Kendala yang dihadapi (di Kota Ambon) adalah masalah SDM, tidak semua puskesmas memiliki dokter. Pengadaan sarana prasarana di puskesmas (sesuai standar akreditasi) tidak dibiayai dari APBD karena terbatas, DAK juga tidak bisa. ... (standar akreditasi di wilayah timur) tidak bisa dengan serta-merta mengikuti standar di Jawa.” (Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kota Ambon, Provinsi Maluku)

Besaran anggaran yang telah dikeluarkan kemudian cukup menghasilkan banyak puskesmas terakreditasi. Total pada tahun 2020 sudah sebanyak 9.153 puskesmas terakreditasi (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan, 2020). Capaian ini mampu dilihat sebagai suatu prestasi. Dalam jangka waktu relatif singkat, akreditasi telah dilakukan di sebagian besar puskesmas di Indonesia. Capaian ini cukup mengembirakan, terlebih dalam pelaksanaannya tampak perbaikan di beberapa penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas. Akreditasi memaksa puskesmas memenuhi persyaratan yang ditentukan mulai dari kejelasan standar operasional prosedur (SOP) hingga ketersediaan sarana dan prasarana menjadikan puskesmas dilihat secara fisik lebih baik sebelumnya.

Ketimpangan Pelayanan Kesehatan dalam Kebijakan Akreditasi

Akreditasi puskesmas dapat dikatakan sebagai upaya untuk melakukan reformasi pengelolaan puskesmas, terutama mendorong pemerintah daerah untuk menaruh perhatian yang memadai dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar. Untuk itu dibutuhkan standarisasi puskesmas, disesuaikan dengan Permenkes 75/2014. Di

banyak puskesmas, upaya ini menyangkut banyak aspek yang harus dibenahi, termasuk perubahan budaya kerja, perubahan kebijakan, juga perubahan cara pandang. Upaya standardisasi ini merupakan praktik penerapan konsep *new public management*, terlihat dari upaya mendorong puskesmas menjadi sebuah entitas pelayanan yang menggunakan konsep sektor privat dalam mengelola barang dan jasa.

Standardisasi memang kemudian mendorong penyetaraan kualitas pelayanan puskesmas yang tersebar di seluruh daerah. Salah satu upaya standardisasi dilakukan dengan mendorong setiap puskesmas memiliki standar operasional prosedur pada tiap kegiatan atau pelayanan yang diberikan.

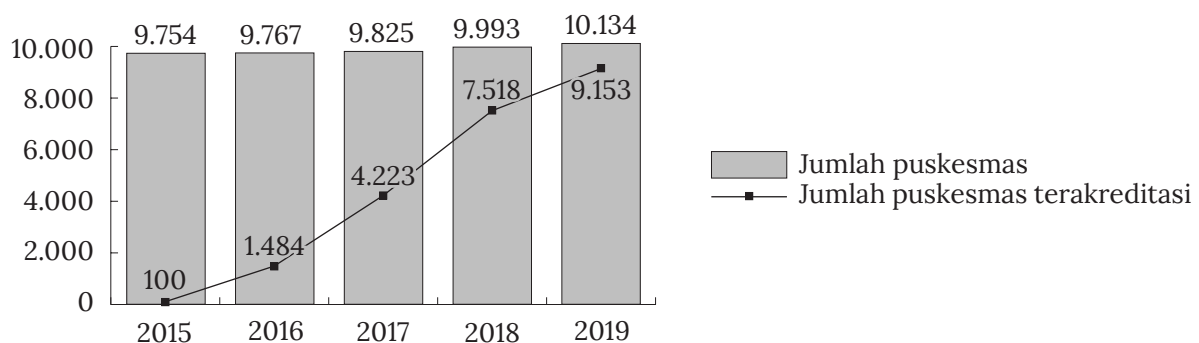
“Akreditasi mendukung tugas dan puskesmas terutama dalam peningkatan kinerja dan manajemen puskesmas... membangun kinerja yang lebih inovatif yang sesuai dengan kebutuhan program dan permasalahan kesehatan di wilayah kerja puskesmas.” (Wawancara dengan informan puskesmas di Kabupaten Konawe Selatan)

Pola akreditasi puskesmas yang dilakukan tersebut memang secara cepat memaksa pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar sesuai standar. Akreditasi menjadi instrumen efektif untuk mendorong standar pelayanan, terutama sarana dan prasarana, selama ini kurang diperhatikan oleh sebagian pemerintah daerah. Akreditasi pada fasilitas kesehatan masyarakat mampu merangsang peningkatan kualitas dan kinerja, memungkinkan fasilitas kesehatan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan, merangsang akuntabilitas dan transparansi, dan meningkatkan proses manajemen fasilitas kesehatan (Kronstadt *et al.*, 2016). Capaian puskesmas telah terakreditasi patut diapresiasi.

Dalam rentang selama 2015–2019 kenaikan kuantitatif jumlah puskesmas terakreditasi memang meningkat cukup pesat (lihat Tabel 3). Kondisi tersebut memperlihatkan pendekatan *new public management* yang diterapkan memang menjadi salah satu faktor pendorong kualitas pelayanan kesehatan. Hal ini juga sejalan dengan hasil beberapa penelitian yang memperlihatkan bahwa akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan dengan cepat meningkatkan kepatuhan terhadap standar dalam beberapa bulan sebelum penilaian dilakukan (Al Tehewy *et al.*, 2009).

“Harusnya capaian kinerja berubah setelah akreditasi. Tetapi masih kurang maksimal.... Sulit pada komitmen SDM karena terkait mengubah kebiasaan. Itu memerlukan waktu dan bermodalkan komitmen.... Tetapi tidak semua kepala puskesmas punya persepsi yang sama dan kemauan yang sama. Terlebih untuk puskesmas yang tidak punya pendamping.” (Wawancara dengan tim pendamping akreditasi di dinas kesehatan kabupaten/kota)

Pada pelaksanaan proses akreditasi meski memang berdampak positif, akan tetapi dalam penerapannya masih memerlukan beberapa catatan, yaitu perhatian terhadap kemampuan setiap puskesmas berbeda-beda dalam mempertahankan perubahan



Bagan 3. Pertumbuhan Jumlah Puskesmas Terakreditasi

Sumber: Direktorat Mutu dan Akreditasi, Kementerian Kesehatan (2020).

pasca-akreditasi. Beberapa puskesmas mengalami perubahan kinerja semu, sehingga pasca-akreditasi mereka kembali ke pola kerja lama karena dianggap lebih nyaman. Perubahan semu tersebut juga disebabkan sistem pengawasan pasca-akreditasi belum berjalan.

Hal lain yang perlu mendapat perhatian adalah pelaksanaan akreditasi dianggap sebagai suatu beban oleh sebagian puskesmas. Proses akreditasi kemudian hanya dimaknai saat terjadinya penilaian, namun keberlanjutan dari perubahan yang diakibatkan dari proses akreditasi menjadi dipertanyakan. Nilai dan semangat dilakukannya akreditasi sering tidak dijalankan dengan baik sepenuhnya. Puskesmas terpaksa mengalami perubahan cukup cepat. Namun, setelah akreditasi selesai, tidak ada mekanisme pengawasan yang memastikan bahwa perubahan yang dihasilkan dari akreditasi tetap dilaksanakan secara berkelanjutan.

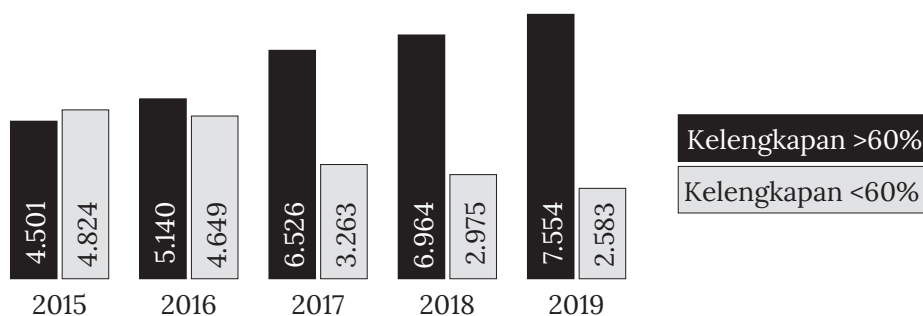
“Pada waktu persiapan, terasa berat sekali. Mereka harus lembur sampai malam. Bahkan, ada yang sampai menginap.” (Wawancara dengan informan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah)

“(pasca-akreditasi) kami lihat, pencapaian program malah kendur.... Pencapaian imunisasi dasar saja masih rendah dibanding tahun lalu. Peningkatan pengetahuan masyarakat banyak dipengaruhi hal lain bukan akreditasi.” (Wawancara dengan informan Dinas Kesehatan Kota Tidore)

Masalah keberlanjutan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pasca-dilaksanakan akreditasi memperlihatkan bahwa dukungan nonfinansial dalam pengembangan akreditasi belum terlalu maksimal. Dukungan dalam pengembangan kualitas SDM yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan cukup minim. Dalam akreditasi, dukungan nonfinansial sama pentingnya dengan dukungan finansial dari pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (El-Jardali *et al.*, 2014). Di Yordania, dengan penerapan akreditasi meningkatkan perbaikan manajemen dan standar organisasi akan tetapi tidak terlalu signifikan berdampak pada perbaikan kualitas pelayanan serta keselamatan pasien (Diab, 2015).

Capaian lain dari proses akreditasi puskesmas yang telah dilakukan adalah mendorong perbaikan fasilitas di puskesmas. Penelitian ini menemukan adanya perbaikan fasilitas dan pengelolaan puskesmas pasca-akreditasi. Hal ini terjadi karena dalam akreditasi, sarana dan prasarana menjadi salah satu prasyarat yang harus dipenuhi. Strategi kebijakan ini menghasilkan hasil yang menggembirakan. Dalam upaya masif dari pemerintah untuk melakukan akreditasi puskesmas, terlihat peningkatan signifikan dalam perbaikan sarana dan prasarana.

Ketika peningkatan kualitas diukur berdasarkan indikator sarana, prasarana, dan kelengkapannya, kebijakan pemerintah dalam menerapkan akreditasi telah mencapai tujuannya (lihat Bagan 4). Pengalaman dan data yang dikumpulkan selama pelaksana-



Bagan 4. Kelengkapan Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan di Puskesmas

Sumber: Direktorat Mutu dan Akreditasi, Kementerian Kesehatan, diolah dari data hasil penelitian.

an akreditasi puskesmas menunjukkan peningkatan kualitas signifikan. Penyelenggaraan sarana dan prasarana alat kesehatan juga mengalami dampak yang positif. Fakta ini menjelaskan bahwa kebijakan akreditasi merupakan langkah tepat dan merupakan pilihan bijak, terutama dalam mengakselerasi ketersediaan alat dan penunjang yang memadai untuk pelayanan kesehatan dasar.

Kebijakan akreditasi menjadi perlu dipertanyakan, terlebih ketika melihat kembali tujuan akreditasi untuk menjamin kualitas dan akses pelayanan kesehatan sesuai dengan amanat UUD NRI Tahun 1945. Terdapat ketimpangan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, terutama di daerah timur Indonesia, di mana puskesmas di daerah tersebut cenderung memiliki tingkat akreditasi yang lebih rendah dibandingkan dengan puskesmas di daerah Pulau Jawa (lihat Bagan 2). Hal ini menunjukkan bahwa masih ada ketimpangan yang perlu diperhatikan dalam implementasi kebijakan akreditasi untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aksesibel tersedia secara merata di seluruh wilayah Indonesia.

Proses akreditasi puskesmas pada akhirnya semakin memperjelas disparitas kondisi puskesmas di berbagai wilayah di Indonesia. Dalam perumpamaan, meskipun puskesmas memiliki modal yang berbeda, mereka diharuskan berlari dengan jarak dan waktu yang sama. Capaian hasil dari proses akreditasi menunjukkan adanya ketimpangan antara wilayah Indonesia Timur dan Indonesia Barat. Wilayah Indonesia Timur (seperti Papua, Papua Barat, Maluku Utara, Maluku, Sulawesi Utara, dan Nusa Tenggara Timur) sebagian besar masih memiliki status akreditasi dasar, sementara wilayah Indonesia Barat cenderung memiliki status akreditasi madya (lihat Tabel 2). Meski pada beberapa kasus pada daerah Indonesia bagian barat yang berkarakteristik terdapan dan kepulauan seperti Nias, puskesmas belum siap melaksanakan akreditasi (Zega *et al.*, 2022). Hal ini menimbulkan pertanyaan tentang tujuan awal kebijakan akreditasi untuk menjamin pelayanan kesehatan berkualitas yang sama dari setiap puskesmas. Disparitas dalam kondisi pelayanan kesehatan tetap terlihat.

Perbedaan kualitas puskesmas yang terlihat melalui proses akreditasi menunjukkan adanya kesenjangan dalam pemberian pelayanan kesehatan di setiap puskesmas di Indonesia. Dari sisi pencapaian tujuan akreditasi, sebagian besar informan dalam penelitian ini mengemukakan fakta bahwa pada pra-akreditasi dan saat pelaksanaan penilaian, akreditasi mampu memperbaiki tata kelola puskesmas meliputi perbaikan tata laksana dokumen, memicu puskesmas untuk berinovasi, dan mengidentifikasi serta mengintervensi masalah kesehatan di wilayahnya. Di lain sisi, perbaikan menjadi sangat bervariasi bergantung pada kemampuan dari setiap daerah dalam mendukung akreditasi puskesmas.

Peran Terbatas Masyarakat dalam Akreditasi Puskesmas

Akreditasi puskesmas merupakan kebijakan yang bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dasar secara menyeluruh. Salah satu tujuan akreditasi adalah melibatkan masyarakat sebagai pengguna layanan. Akreditasi puskesmas bertujuan untuk menjamin mutu layanan dan keselamatan pasien. Untuk itu, peran serta masyarakat dalam proses pelayanan puskesmas menjadi penting.

Dalam proses perencanaan, puskesmas harus mengidentifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat, salah satunya melalui survei mawas diri (SMD). Hasil analisis kebutuhan masyarakat ini digunakan dalam perencanaan kegiatan di puskesmas. Keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan program kesehatan menjadi aspek penilaian akreditasi. Instrumen penilaian akreditasi puskesmas mencakup pertanyaan tentang penjangkaran aspirasi dan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan puskesmas.

mas. Akreditasi juga mewajibkan puskesmas merespons harapan masyarakat terhadap mutu layanan. Salah satu responden mengakui:

“Puskesmas membuat rencana usulan kegiatan (RUK) yang merupakan usulan-usulan termasuk dari masyarakat, pada pelaksanaannya tetap disesuaikan dengan renstra (rencana strategis) daerah.” (Wawancara dengan informan puskesmas di Kota Bogor)

Pola pelibatan masyarakat dalam akreditasi masih bersifat *top-down*, yang berarti ditentukan oleh pemerintah pusat. Hal ini tidak mengherankan karena kebijakan akreditasi yang diterapkan oleh pemerintah pusat adalah *top-down*. Kebijakan ini memang mendorong pemerintah daerah untuk memperbaiki pelayanan kesehatan dasar di puskesmas, namun perlu diperhatikan bahwa setiap daerah memiliki sumber daya dan kebutuhan masyarakat yang berbeda. Studi sistematis *review* tentang pelaksanaan akreditasi puskesmas juga memperlihatkan bahwa standar akreditasi juga harus fleksibel untuk mengakomodasi kebutuhan masyarakat di tiap daerah (Tabrizi & Gharibi, 2019).

Keterlibatan masyarakat dalam akreditasi masih belum maksimal. Masyarakat belum terlibat secara aktif dalam mendorong perbaikan pelayanan dan memberikan masukan yang membangun untuk puskesmas. SMD dan mini lokakarya yang digunakan untuk menggali kebutuhan masyarakat belum mampu mendorong peran serta masyarakat secara organik.

Upaya keterlibatan masyarakat dalam program kesehatan telah dilakukan melalui upaya kesehatan berbasis masyarakat, seperti posyandu. Posyandu merupakan salah satu program yang mendorong partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan (Ekowati *et al.*, 2016) serta mampu menjangkau masyarakat golongan menengah ke bawah (Nazri *et al.*, 2016). Namun, upaya ini belum cukup kuat dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat. Program posyandu belum dilakukan secara aktif di setiap daerah di Indonesia karena kurangnya dukungan pemerintah (Pardosi *et al.*, 2014).

“Untuk UKM (upaya kesehatan masyarakat) sangat melibatkan linsek menjadi PR untuk lintas sektor saling membantu tetapi sekarang masih dalam tahap koordinasi, (dukungan anggaran) posyandu dibicarakan dengan kelurahan serta RT setempat.” (Wawancara dengan informan puskesmas di Kota Kendari)

Selain itu, perlu dipahami bahwa keterlibatan masyarakat tidak hanya sebatas sebagai pelaksana tugas di puskesmas, tetapi juga dalam perumusan dan pembahasan kegiatan dan program. Partisipasi masyarakat secara komprehensif tidak hanya membantu tugas-tugas puskesmas, tetapi juga dapat meningkatkan keterlibatan sipil masyarakat itu sendiri. Temuan penelitian ini selaras dengan temuan penelitian di Ghana yang menyebutkan keterlibatan masyarakat dapat mengarahkan peningkatan kesehatan dan perilaku kesehatan, serta menjaga keberlanjutan program kesehatan yang sedang berjalan (Alhassan *et al.*, 2019).

Pola pelibatan masyarakat dalam akreditasi puskesmas saat ini hanya menghasilkan perubahan persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan secara fisik. Hal ini didasarkan pada perubahan infrastruktur dan sikap petugas puskesmas. Setidaknya, informan Kota Bogor meyakini adanya dorongan positif infrastruktur terhadap kualitas perilaku pelayanan:

“Dari tata graha (bangunan puskesmas), awalnya sederhana, sekarang lebih bagus.... perubahan perilaku petugas puskesmas, lebih ramah.... Kecamatan berpikir normatif, jika tidak ada keluhan dari masyarakat berarti tidak ada masalah.” (Wawancara dengan informan kecamatan di Kota Bogor)

Penting untuk menjadi perhatian bahwa ketersediaan infrastruktur belum tentu mencerminkan kualitas pelayanan secara keseluruhan. Diperlukan keterlibatan aktif masyarakat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan. Keterlibatan tersebut bukan hanya sebagai pembantu dan subjek program puskesmas, tetapi juga dalam perencanaan, perancangan, dan tata kelola intervensi terkait faktor sosial dalam kesehatan. Keterlibatan masyarakat sejak dalam perencanaan program hingga pelaksanaan mewujudkan pengelolaan pelayanan kesehatan yang lebih demokratis. Upaya pemerintah dalam melibatkan masyarakat perlu ditingkatkan dengan mengembangkan pola yang menggabungkan pendekatan *top-down* dan *bottom-up*. Dengan pendekatan yang lebih holistik, program pemerintah dapat mencapai hasil yang lebih optimal dalam menyelenggarakan pelayanan publik (Sieveking, 2019; Singto et al., 2018).

Terakhir, penting untuk mengubah pandangan bahwa masyarakat hanya merupakan objek dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Puskesmas seharusnya mendorong peran aktif masyarakat dalam bidang kesehatan dan melibatkan mereka dalam perumusan kegiatan dan program. Dengan keterlibatan masyarakat yang lebih aktif, puskesmas dapat menghadapi tantangan dalam menjaga keberlanjutan program dan kegiatan pelayanan kesehatan dasar. Partisipasi aktif masyarakat tersebut menjadi penting karena merupakan indikasi keterikatan masyarakat sebagai warga negara dalam proses kebijakan. Keterikatan masyarakat dalam kebijakan memperlihatkan pelaksanaan *democratic governance* yang konsisten dalam mendorong penyelenggaraan pelayanan publik (Denhardt & Denhardt, 2015).

Dampak Negatif Kebijakan Akreditasi Puskesmas terhadap Pemenuhan Pelayanan Kesehatan

Upaya dalam pemenuhan standardisasi pada praktiknya mendorong adanya pergeseran nilai dan ide dari awal akreditasi itu sendiri. Terdapat perubahan konsep pengelolaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mendorong puskesmas memakai prinsip *new public management*. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di puskesmas sekarang dianggap sebagai semacam badan usaha, dengan penerapan konsep BLUD. Kontradiksi inilah yang menjadi titik awal terlihatnya pergeseran nilai pada kebijakan akreditasi puskesmas. Nilai dan ide awal dari akreditasi puskesmas yang berlandaskan UUD NRI Tahun 1945 yang menempatkan masyarakat memiliki hak atas pelayanan kesehatan tanpa terkecuali. Akan tetapi, penerapan konsep BLUD memang mendorong perbaikan kualitas pelayanan kesehatan sebatas perbaikan dengan dukungan penganggaran yang cukup besar. Kebijakan akreditasi dilihat dari beberapa indikator ekstrinsik kualitas pelayanan kesehatan dasar, seperti sarana-prasarana. Padahal, konsepsi BLUD menimbulkan pertanyaan atas akses tanpa terkecuali atas pelayanan kesehatan.

Bentuk BLUD menawarkan solusi atas permasalahan yang dialami oleh puskesmas dalam mengelola anggaran. BLUD memberi peluang atas fleksibilitas pengelolaan anggaran. Fleksibilitas dalam mengelola anggaran inilah yang dianggap mampu menjadikan puskesmas mampu merespons kebutuhan dan tuntutan atas pelayanan kesehatan yang begitu dinamis.

“Anggaran masih mendapat DAK non-fisik, puskesmas belum BLUD sehingga kita mendorong ke arah BLUD, sehingga memudahkan fleksibilitas anggaran, sehingga kalau DAK nonfisik dari Kemenkes tidak berlanjut, puskesmas masih bisa membiayai.” (Wawancara dengan informan Dinas Kesehatan Kota Bogor)

Kecenderungan yang ditemukan penelitian ini mengarah pada perubahan bentuk organisasi puskesmas menjadi BLUD. Pola ini terjadi karena secara desain kelemba-

gaan peraturan tentang BLUD telah tersedia. Hal ini membuat pemerintah daerah berlomba-lomba untuk mengubah bentuk organisasi puskesmas menjadi BLUD. Hal ini tak lain karena dianggap menjadi solusi atas sengkabut pengelolaan keuangan di puskesmas.

Kebijakan pemerintah daerah tersebut didasari oleh pengaturan Kementerian Dalam Negeri yang memungkinkan perubahan tata kelola keuangan puskesmas tersebut. Dalam hal ini pemerintah pusat memberikan dorongan dengan dukungan kebijakan untuk memungkinkan pemerintah daerah menjadikan beberapa institusi pelayannya menjadi badan layanan umum melalui Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018. Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah ini menjadikan tata kelola pelayanan yang diselenggarakan pemerintah daerah dengan prinsip BLUD sebagai salah satu pilihan.

“Kemendagri mendorong semua puskesmas menjadi BLUD karena terkait kemudahan tata kelola dan fleksibilitas manajemen keuangan. Dengan kemudahan itu diharapkan terjadi peningkatan mutu layanan.” (Wawancara dengan informan Direktorat Kesehatan, Ditjen Bina Pembangunan Daerah Kementerian Dalam Negeri)

Pilihan kebijakan menjadikan puskesmas sebagai BLUD menjadi solusi konkret. Tata kelola keuangan lebih fleksibel akan tetapi secara tidak langsung masih dalam kendali pemerintah daerah. Hal tersebut diharapkan mampu mendorong perbaikan pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pola argumentasi serupa digunakan dalam merespons kebijakan akreditasi, yaitu dengan mendorong puskesmas menjadi BLUD merupakan pilihan kebijakan pemerintah daerah. Terlebih, dengan BLUD, persoalan-persoalan yang berakar dari penganggaran dan manajemen tata kelola puskesmas dalam proses akreditasi mampu diatasi.

“pemenuhan SDM menangis darah, susah. Teriak ke BKD (Badan Kepegawaian Daerah) karena moratorium, karena status puskesmas bukan BLUD, anggaran dari mana (untuk pengadaan pegawai), jadi contoh kalau harus ada asisten apoteker kami pindahkan dahulu (dari Dinas Kesehatan ke puskesmas).” (Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi)

Dalam pelaksanaannya, kebijakan untuk mengubah tata kelola puskesmas menjadi BLUD memiliki dampak kebijakan yang signifikan. Pasal 31 ayat (4) dan Pasal 207 ayat (3) dalam Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 memberikan peluang bagi pemerintah daerah untuk menjadikan BLUD sebagai unit yang mandiri, yang tidak hanya bertugas menyelenggarakan pelayanan publik secara rutin. Pendapatan dari BLUD termasuk dalam daftar sumber pendapatan keuangan daerah, yang membuat BLUD dapat mencari keuntungan dan merencanakan anggaran serta rencana bisnis secara independen. Konsekuensinya, perubahan puskesmas menjadi BLUD tidak hanya berdampak pada penyelenggaraan pelayanan publik semata.

Indikasi ini didasarkan pada argumentasi, pertama, pelayanan kesehatan tidak lagi sepenuhnya dianggap sebagai hak dari warga negara tanpa suatu pengecualian. Pelayanan kesehatan bukan semata merupakan hak yang begitu saja melekat dalam status kewarganegaraan seseorang. Kehadiran BLUD sedianya diharapkan menjadi solusi untuk mengatasi masalah pengelolaan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan telah menimbulkan efek yang tidak diinginkan. Meskipun upaya tersebut bertujuan untuk meningkatkan kualitas, semangat di balik pendirian lembaga pelayanan kesehatan berubah. Awalnya, BLUD didirikan untuk mendorong peningkatan kualitas pelayanan dan mendukung akreditasi puskesmas demi mencapai mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik. Namun, perubahan ini menghadirkan konsekuensi negatif, yaitu mere-

dupnya konsep pelayanan publik dalam mengelola puskesmas sebagai institusi pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berada di puskesmas tidak serta merta diperlakukan sebagai barang publik. Indikasi bagaimana pelayanan kesehatan diperlakukan dapat dilihat dari bagaimana puskesmas mengelola pelayanan kesehatan, apakah sebagai barang publik atau barang privat. Akreditasi sebagai salah satu cara mengelola dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas bisa menjadi pintu masuk memahami pendekatan puskesmas dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan kebijakan akreditasi, indikasi tersebut dilacak melalui pola dan cara yang dipilih untuk mencapai kualitas pelayanan publik yang ditargetkan. Pola dan cara ini memperlihatkan bagaimana pelayanan kesehatan dimaknai dan dijalankan untuk dapat diakses oleh masyarakat. Pola dan cara tersebut dapat dilihat dari pola penganggaran, pelembagaan, serta manajemen pelayanan kesehatan itu dijalankan negara melalui pemerintah pusat maupun daerah. Pada akhirnya, hal tersebut akan memperlihatkan kadar keterlibatan negara, baik pemerintah pusat maupun daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di puskesmas.

Peralihan pendekatan pemerintah pusat dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan di puskesmas memberi peluang pengelolaan sebagai suatu unit layanan yang mampu menjadi sumber pendapatan. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 dalam beberapa pasalnya menjadi bukti perbedaan semangat dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan ketika berbentuk sebuah BLUD. Dalam peraturan pemerintah tersebut, Pasal 31 dan Pasal 207 setidaknya memperlihatkan celah bahwa pelayanan kesehatan ketika tata kelola dibuat menjadi sebagai badan layanan umum akan mengusung logika barang privat dalam suatu pelayanan yang diberikan. Pendapat ini dikarenakan dalam dua pasal tersebut memberi peluang menjadikan badan layanan umum sebagai salah satu sumber pendapatan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) serta melakukan perencanaan bisnis yang cenderung mengusung nilai barang privat dalam menyelenggarakan pelayanan. Substansi peraturan tersebut bisa jadi merupakan bentuk indikasi kuat logika pemerintah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi indikasi pertama atas bergesernya konsepsi barang publik dalam memperlakukan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas.

Indikasi kedua terlihat dengan adanya penerapan tarif dalam mengakses pelayanan kesehatan. Keberadaan tarif memperlihatkan suatu persyaratan untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan.

Persyaratan yang timbul dalam mengakses berarti menjadikan pelayanan kesehatan seperti barang privat. Terdapat persaingan dan pengecualian untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sehingga tidak semua orang bisa langsung mengaksesnya. Persyaratan ini menunjukkan bahwa masyarakat harus memenuhi syarat tertentu untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan, dan jika tidak memenuhi syarat tersebut, maka secara otomatis tidak dapat mengaksesnya. Kondisi ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan tidak sepenuhnya dapat diakses oleh semua masyarakat. Dengan kata lain, akses ke pelayanan kesehatan belum dianggap sebagai hak yang dimiliki oleh semua warga negara.

Pola penyelenggaraan pelayanan kesehatan menggunakan pola BLUD tidak sepenuhnya dapat dikategorikan sebagai upaya privatisasi pelayanan kesehatan. Masih ada kesempatan bagi golongan tidak mampu untuk mengaksesnya melalui skema jaminan kesehatan nasional. Hal ini menunjukkan adanya peran terbatas negara. Negara tidak memberikan jaminan akses pelayanan kesehatan secara menyeluruh, namun mengatur siapa yang dapat mengakses secara gratis atau dengan syarat tertentu. Pilihan kebi-

jakan pemerintah ini menunjukkan bahwa negara menganggap pelayanan kesehatan bukan hanya sebagai barang privat, namun juga bukan barang publik. Konsep inilah yang digunakan pada pelayanan kesehatan di puskesmas.

Berubahnya orientasi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan di puskesmas ini merupakan bentuk dari kegagalan menerjemahkan UUD NRI Tahun 1945 yang menempatkan pelayanan kesehatan merupakan hak setiap warga negara dan harus dilindungi oleh negara. Hak tersebut melekat pada identitas masyarakat sebagai warga negara Indonesia tanpa terkecuali. Perbedaan orientasi menjadikan adanya pengecualian tertentu dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Pola BLUD juga berpeluang tidak sekadar untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan melainkan juga sumber pendapatan daerah. Sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah, konsep BLUD berpeluang menjadi sumber penerimaan daerah. Pelayanan dengan konsep BLUD memungkinkan untuk memungut biaya secara langsung dari masyarakat yang mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini menjadi indikasi bahwa ada pola barang privat yang diterapkan dalam mengelola pelayanan kesehatan melalui konsep BLUD. Indikasi lainnya terlihat dalam praktik penyelenggaraan pelayanan di puskesmas, yaitu membayar retribusi pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah daerah. Pelayanan kesehatan dengan pola tersebut bisa dimaknai menempatkan pelayanan bukan sepenuhnya menjadi hak warga negara dan terdapat proses persaingan sekaligus pengecualian. Dengan terpenuhinya dua indikasi yaitu pengecualian dan persaingan, bisa dikatakan cara pengelolaannya cenderung bukan lagi mewakili konsep sebagai barang publik karena dalam mengakses terdapat syarat dan ketentuan yang harus dipenuhi negara (Choe & Yun, 2017).

Negara melalui pemerintah mengurangi perannya dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan menerapkan pola BLUD pada puskesmas. Membuat puskesmas sebagai BLUD memang mampu memperbaiki manajemen serta tata kelola pelayanan kesehatan, namun berdampak pada munculnya permasalahan terkait kesenjangan/ketidakadilan dalam pelayanan kesehatan (Maharani & Tampubolon, 2017). Permasalahan kesenjangan/ketidakadilan merupakan dampak dari penerapan *new public management* yang dibahasakan melalui penerapan BLUD pada pelayanan kesehatan dasar. Berkurangnya peran pemerintah bisa diartikan secara tidak langsung negara telah mencoba tidak sepenuhnya bertanggung jawab pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan tidak serta merta dianggap lagi sebagai barang/jasa yang bersifat barang publik.

Di sisi lain, puskesmas dalam pelaksanaannya cenderung menerapkan prinsip-prinsip *new public management*, terlebih ketika didorong untuk lebih berbentuk BLUD. Argumentasi tersebut didasari oleh prinsip privatisasi dan *entrepreneurship like* yang diterapkan untuk mencapai efisiensi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Triprasetya *et al.*, 2014). Prinsip ini mendorong pelayanan publik seperti puskesmas mampu dengan baik menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pola badan layanan umum bidang kesehatan pada kenyataannya menunjukkan performa yang cukup baik dalam sisi finansial dan pelayanan sekalipun sebenarnya masih belum tepat pengelolaannya (Choi, 2016).

Dengan tata kelola badan layanan umum yang dilakukan, cukup mendorong perbaikan kualitas pelayanan (Widaningtyas, 2018). Perbedaan terjadi karena ketika selama ini pola pengelolaan pelayanan publik, seperti puskesmas dengan pola birokratis belum menghasilkan pelayanan kesehatan yang cukup berkualitas (Waluyo, 2011). Pola yang terlalu birokratis memperlambat puskesmas untuk merespons kebutuhan dina-

mis dalam pelayanan kesehatan. Dari hal perencanaan, penganggaran hingga pelaksanaan mempersempit ruang gerak puskesmas untuk memfasilitasi dengan baik kebutuhan masyarakat secara efisien dan berkualitas. Model badan layanan umum yang menerapkan prinsip korporat/sektor privat mampu meningkatkan pola manajemen pelayanan kesehatan, terutama dalam pengelolaan sumber daya dalam upaya meningkatkan kinerja pelayanan (Maharani & Tampubolon, 2018).

Keunggulan konsep *new public management* yang diterapkan di puskesmas melalui pola perubahan bentuk lembaga dari unit pelaksana teknis menjadi BLUD mendorong perbaikan dari pemberian pelayanan kesehatan (Pribadi, 2013). Penerapan BLUD di puskesmas meningkatkan akuntabilitas kinerja keuangan dan kinerja pelayanan melalui perbaikan sarana dan SDM kesehatan. Peningkatan akuntabilitas dan kinerja tersebut berimbas pada peningkatan kepuasan dan jumlah kunjungan ke puskesmas (Mawarni & Wuryani, 2020). Selain sisi positif dari pendekatan *new public management*, terdapat eksese yang kurang menguntungkan dibaliknya. Pola logika penyelenggaraan yang sangat berorientasi bisnis yang menuntut efisiensi dan kualitas pelayanan berujung pada kecenderungan mudarnya semangat negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pola *new public management* memang memiliki implikasi mendevaluasi nilai keadilan, keterwakilan dan kelayakan dalam penyelenggaraan pelayanan (Denhardt & Denhardt, 2015). Devaluasi tersebut pada akhirnya memunculkan permasalahan terkait kesenjangan dalam implementasi pelayanan kesehatan (Maharani & Tampubolon, 2017). Isu kesenjangan ini muncul ditandai dengan kondisi bahwa masyarakat mengalami hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan oleh negara yang lebih memandang masyarakat sebagai pelanggan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Padahal, masyarakat merupakan warga negara yang sebenarnya tidak saja mempunyai hak untuk mengakses pelayanan kesehatan akan tetapi juga terlibat dalam proses kebijakannya (Denhardt & Denhardt, 2015).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak lagi dilihat sebagai suatu kebutuhan masyarakat semata. Masyarakat cenderung diperlakukan sebagai konsumen. Logika penyelenggaraan yang menuntut efisiensi dan kualitas pelayanan berujung pada kecenderungan mudarnya semangat negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dalam pengalaman Finlandia hal ini terjadi dengan pembatasan pembiayaan kesehatan oleh negara (Harjula, 2016). Hal ini merupakan salah satu implikasi serius dalam bergesernya semangat dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Menempatkan masyarakat sebagai konsumen selain mereduksi nilai hak yang ada juga merupakan bukti berkurangnya peran negara dalam menyediakan kebutuhan warga negaranya. Terlebih peran dan keterlibatan masyarakat cukup minim dan sebatas menjadi objek dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

“(pasca-akreditasi) sarpras puskesmas menjadi lebih baik dan keluhan masyarakat menurun. ... tetapi secara spesifik masyarakat tidak ada keterlibatan dalam akreditasi. ... (pada awalnya) akreditasi terkesan perlombaan untuk prestise saja.” (Wawancara dengan informan kecamatan/masyarakat di Kota Pontianak, Provinsi Kalimantan Barat)

Negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan memang dihadapkan pada pilihan kebijakan. Negara dapat memilih untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif sesuai tanggung jawab perundang-undangan atau mendelegasikannya pada derajat tertentu dikarenakan belum memiliki kapasitas yang memadai. Dengan mengurangi perannya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pemerintah seperti mengambil jalan pintas. Terlebih ketika dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan pemerintah menghadapi konteks tata birokrasi yang masih cukup

rumit. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas menjadi tidak responsif terhadap permasalahan masyarakat. Penerapan BLUD memang menjadi jawaban atas permasalahan tersebut, karena mendorong efektivitas dan efisiensi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Meski pada akhirnya berdampak pada bergesernya nilai yang dianut dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, tidak lagi sebagai sepenuhnya didefinisikan sebagai barang publik. Perilaku tersebut dapat dimaknai sebagai politik kebijakan dari pemerintah yang mengubah nilai penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Kondisi ini dikarenakan berkurangnya kemampuan negara menyelenggarakan pelayanan publik sehingga upaya yang cenderung mengarah privatisasi atau mengurangi peran negara menjadi pilihan kebijakan (Nasikun, 2003). Dorongan tersebut menjadi kuat ketika konteks kemampuan negara mendanai serta menjamin keberlanjutan penyelenggaraan pelayanan publik juga terbatas (Palumbo, 2017).

Kesimpulan

Pilihan kebijakan mendorong peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui kebijakan akreditasi puskesmas ternyata memiliki ekses negatif. Penelitian ini menemukan indikasi terdapat perubahan konsepsi pelayanan kesehatan dasar yang diselenggarakan. Pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya diperlakukan sebagai barang publik. Pergeseran nilai dan kepentingan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut dimanifestasikan dalam kecenderungan penggunaan pendekatan pembentukan BLUD dalam kebijakan akreditasi puskesmas. Argumentasi penggunaan pola BLUD adalah untuk mengatasi berbagai permasalahan sumber daya yang dihadapi puskesmas. BLUD yang mereplikasi konsep *new public management* memang memberi kelebihan dalam fleksibilitas pengelolaan, mengatasi permasalahan, dan mendorong perbaikan pada beberapa sisi penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Terlihat dengan pendekatan BLUD permasalahan seperti infrastruktur, alat penunjang, serta fasilitas lainnya mampu diatasi dengan cukup baik. Akan tetapi, pilihan kebijakan tersebut memiliki dampak menggeser konsepsi pelayanan kesehatan dari barang publik, menjadi seperti barang privat.

Pendekatan BLUD yang diambil dalam pelaksanaan akreditasi puskesmas menempatkan puskesmas sebagai lembaga layanan kesehatan bagi masyarakat/warga negara secara keseluruhan. Argumen ini didasarkan pada dua temuan utama dalam penelitian ini. Pertama, kurangnya keterlibatan masyarakat secara aktif sebagai subjek kebijakan, yaitu keterlibatan dalam proses kebijakan secara menyeluruh dan tidak hanya dianggap sebagai penerima pelayanan kesehatan semata. Kedua, konsep badan layanan usaha yang membuka ruang menempatkan pelayanan kesehatan sebagai pendapatan daerah. Pendekatan tersebut memiliki kecenderungan menempatkan pelayanan kesehatan sebagai jasa yang tidak serta merta dapat diakses masyarakat. Atas dasar itulah kemudian terdapat kecenderungan pemerintah daerah untuk mengubah manajemen puskesmas sebagai BLUD menunjukkan semangat pelayanan kesehatan bergeser dari barang publik menjadi cenderung diperlakukan seperti barang privat.

Indikasi pergeseran nilai yang menjadi ekses negatif dari kebijakan akreditasi puskesmas dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Ekses tersebut menunjukkan bahwa pola pelayanan kesehatan yang diterapkan di Indonesia mulai berubah dari niat awal pelayanan kesehatan. Kebijakan akreditasi memiliki niat awal untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, tetapi dalam implementasinya menjauhkannya dari semangat penyediaan layanan kesehatan. Kebijakan yang diadopsi juga belum maksimal memperhatikan nilai-nilai dan tujuan negara dalam memberikan layanan publik kepa-

da masyarakat sebagai warga negara. Kewajiban negara adalah menjamin kesejahteraan rakyat, termasuk sektor kesehatan melalui layanan kesehatan untuk semua warga negara. Pengawasan dan peninjauan ulang pelaksanaan akreditasi puskesmas perlu mendapat perhatian Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI) terutama Komisi IX DPR RI terkait fungsi anggaran, legislasi, dan pengawasan pada bidang kesehatan. Komisi IX perlu mendorong Kementerian Kesehatan untuk melakukan peninjauan ulang pelaksanaan akreditasi puskesmas, terutama terkait pendekatan dan cara Kementerian Kesehatan dalam menerapkan kebijakan akreditasi puskesmas yang menggeser nilai dari pelayanan kesehatan dari barang dan jasa bersifat barang publik menjadi menyerupai barang privat dikarenakan pendekatan ala *new public management* dalam kebijakan akreditasi. Pendekatan *new public management* memiliki semangat yang bertentangan dengan perubahan ke-4 UUD NRI Tahun 1945 Pasal 34 ayat (3). Pergeseran nilai dalam memandang pelayanan kesehatan perlu dikembalikan agar tidak berubah dari semangat penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk semua warga negara Indonesia, yaitu tidak saja aman, bermutu akan tetapi juga keadilan dan non-diskriminatif.

Ucapan Terima Kasih

Tim penulis mengucapkan terima kasih kepada Tety Rahmawati, Siti Maimunah, Karlina, Jenny Veronica Samosir, Asep Kusnali, dan Primasari Syam atas kontribusinya dalam penelitian ini. Terima kasih juga kami sampaikan kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang telah mendanai penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Adam, E. S., Suparwati, A., & Arso, S. P. (2017). Analisis kesiapan implementasi badan layanan umum daerah puskesmas Kota Semarang (Studi kasus pada Puskesmas Ngesrep dan Bandarharjo). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 59–67.
- Al Tehewy, M., Salem, B., Habil, I., & El Okda, S. (2009). Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: Short-term outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3), 183–189. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp014>
- Alhassan, R. K., Nketiah-Amponsah, E., Ayanore, M. A., Afaya, A., Salia, S. M., Milipaak, J., Ansah, E. K., & Owusu-Agyei, S. (2019). Impact of a bottom-up community engagement intervention on maternal and child health services utilization in Ghana: A cluster randomised trial. *BMC Public Health*, 19(1), 791. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7180-8>
- Andhika, L. R. (2017). Meta-theory: Kebijakan barang publik untuk kesejahteraan rakyat. *Jurnal Ekonomi & Kebijakan Publik*, 8(1), 41–55. <https://doi.org/10.46807/jekp.v8i1.697>
- Andres, E. B., Song, W., Song, W., & Johnston, J. M. (2019). Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey. *BMC Health Services Research*, 19(1), 623. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4452-z>
- Araujo, C. A. S., Siqueira, M. M., & Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(8), 531–544. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa090>
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2018). *Penguatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas*. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat.
- Baharuddin, N. H., Lazuardi, L., & Handono, D. (2016). Kesenjangan distribusi tenaga kesehatan di puskesmas wilayah Indonesia timur (Analisis data IFLS east 2012). *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 19(3), 01–06.

- Buana, H. C. (2022). Refocusing dana alokasi khusus (DAK) dalam pengelolaan anggaran daerah. *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*, 6(6), 2212–2219. <http://dx.doi.org/10.58258/jisip.v6i4.3620>
- Campos, P. A., & Reich, M. R. (2019). Political Analysis for health policy implementation. *Health Systems & Reform*, 5(3), 224–235. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1625251>
- Choe, H., & Yun, S. J. (2017). Revisiting the concept of common pool resources: Beyond ostrom. *Development and Society*, 46(1), 113–129. <https://doi.org/10.21588/dns/2017.46.1.005>
- Choi, J.-W. (2016). New public management or mismanagement? The Case of public service agency of Indonesia. *Journal of Government and Politics*, 7(1), 104. <https://doi.org/10.18196/jgp.2016.0024>
- Creswell, J. W. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 2(1), 7–12. <https://doi.org/10.1370/afm.104>
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2015). The new public service revisited. *Public Administration Review*, 75(5), 664–672. <https://doi.org/10.1111/puar.12347>
- Diab, S. M. (2015). The effect of primary health accreditation standards on the primary health care quality and employees satisfaction in the Jordanian health care centers. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 5(4), 204–220. <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v5-i4/1568>
- Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan. (2020, January). Laporan akuntabilitas kinerja direktorat mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan: tahun anggaran 2020. https://Yankes.Kemkes.Go.Id/Lakip_files/Direktorat_mutu_akreditasi_pelayanan_kesehatan_lakip_2020.Pdf
- Ekowati, D., Hofstee, C., Praputra, A. V., & Sheil, D. (2016). Motivation matters: Lessons for REDD+ participatory measurement, reporting and verification from three decades of child health participatory monitoring in Indonesia. *PLoS ONE*, 11(11), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159480>
- El-Jardali, F., Hemadeh, R., Jaafar, M., Sagherian, L., El-Skaff, R., Mdeihly, R., Jamal, D., & Ataya, N. (2014). The impact of accreditation of primary healthcare centers: Successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC Health Services Research*, 14(86), 1–10.
- Farzana, N., Suparwati, A., & Arso, S. P. (2016). Analisis kesiapan akreditasi dasar Puskesmas Mangkang di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(4), 94–103.
- Harjula, M. (2016). Health Citizenship and access to health services: Finland 1900–2000. *Social History of Medicine*, 29(3), 573–589. <https://doi.org/10.1093/shm/hkv144>
- Hasjimzum, Y. (2014). Model demokrasi dalam peningkatan kualitas pelayanan publik (Studi otonomi daerah dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat pasca reformasi). *Jurnal Dinamika Hukum*, 14(3). <https://doi.org/10.20884/1.jdh.2014.14.3.310>
- Heim, C. E. (2015). Introduction: Public and private provision of urban public goods. *Social Science History*, 39(3), 361–369. <https://doi.org/10.1017/ssh.2015.60>
- Horne, L. C. (2019). Public health, public goods, and market failure. *Public Health Ethics*, 12(3), 287–292. <https://doi.org/10.1093/phe/phz004>
- Kronstadt, J., Meit, M., Siegfried, A., Nicolaus, T., Bender, K., & Corso, L. (2016). Evaluating the impact of national public health department accreditation in United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(31), 803–806. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6531a3>
- Maharani, A., & Tampubolon, G. (2017). The double-edged sword of corporatisation in the hospital sector: Evidence from Indonesia. *Health Economics, Policy and Law*, 12(1), 61–80. <https://doi.org/10.1017/S174413311600027X>

- Maharani, A., & Tampubolon, G. (2018). Does corporatisation improve organisational commitment? Evidence from public hospitals in Indonesia. *International Journal of Human Resource Management*, 29(13), 1–28. <https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1239121>
- Mariana, D. (2017). Partisipasi masyarakat dalam proses kebijakan. *CosmoGov*, 1(2), 216. <https://doi.org/10.24198/cosmogov.v1i2.11834>
- Mawarni, E. A., & Wuryani, E. (2020). Analisis kinerja puskesmas yang menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah (PPK-BLUD) (Studi pada Puskesmas Krian Kabupaten Sidoarjo). *Jurnal Akuntansi AKUNESA*, 9(1). <https://doi.org/10.26740/akunesa.v9n1.p%p>
- Misnaniarti, M., & Destari, P. K. (2018). Aspek penting akreditasi puskesmas dalam mendukung implementasi jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 2(1), 10–16. <https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i1.35>
- Mokobimbing, V. M., Mandagi, C. K. F., & Korompis, G. E. C. (2019). Analisis tingkat kepuasan pasien ditinjau dari perbedaan status akreditasi pelayanan kesehatan Puskesmas Sario dan Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(5), 11–25.
- Molyadi, M., & Trisnantoro, L. (2018). Pelaksanaan kebijakan akreditasi puskesmas di Kabupaten Kubu Raya. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 7(1), 18–23. <https://doi.org/10.22146/JKKI.25486>
- Nasikun. (2003). Privatisasi sistem pelayanan kesehatan dan implikasinya bagi perumusan agenda penelitian dan kebijakan publik. *Jurnal Populasi*, 14(2), 45–62.
- Nazri, C., Yamazaki, C., Kameo, S., Herawati, D. M. D., Sekarwana, N., Raksanagara, A., & Koyama, H. (2016). Factors influencing mother's participation in posyandu for improving nutritional status of children under-five in Aceh Utara District, Aceh Province, Indonesia. *BMC Public Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2732-7>
- Nichols, L. M., & Taylor, L. A. (2018). Social determinants as public goods: A new approach to financing key investments in healthy communities. *Health Affairs*, 37(8), 1223–1230. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0039>
- Palumbo, R. (2017). Toward a new conceptualization of health care services to inspire public health. Public national health service as a “common pool of resources.” *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 14(3), 271–287. <https://doi.org/10.1007/s12208-017-0175-1>
- Pardosi, J. F., Parr, N., & Muhidin, S. (2014). Inequity issues and mothers' pregnancy, delivery and early-age survival experiences in Ende District, Indonesia. *Journal of Biosocial Science*, 47(06), 780–802. <https://doi.org/10.1017/S0021932014000522>
- Pribadi, U. (2013). Organizational Structure and Public Service Satisfaction in Yogyakarta City. *Jurnal Studi Pemerintahan*, 4(2), 374–389. <http://dx.doi.org/10.18196/jgp.2013.0026>
- Sieveking, A. (2019). Food policy councils as loci for practising food democracy? Insights from the case of Oldenburg, Germany. *Politics and Governance*, 7(4), 48–58. <https://doi.org/10.17645/pag.v7i4.2081>
- Singto, C., Fleskens, L., & Vos, J. (2018). Institutionalizing participation in water resource development: Bottom-up and top-down practices in southern Thailand. *Water (Switzerland)*, 10(6), 781–798. <https://doi.org/10.3390/w10060781>
- Sulistinah, A., Witcahyo, E., & Sandra, C. (2017). Kajian kesiapan dokumen akreditasi kelompok kerja administrasi manajemen di UPT Puskesmas Jelbuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. *E-Journal Pustaka Kesehatan*, 5(3), 580–587.
- Suryanto, Plummer, V., & Boyle, M. (2017). Healthcare system in Indonesia. *Hospital Topics*, 95(4), 82–89. <https://doi.org/10.1080/00185868.2017.1333806>
- Susilawati. (2017). Gambaran implementasi akreditasi puskesmas di kabupaten/kota Provinsi Sumatra Utara tahun 2016. *JUMANTIK*, 2(2), 89–99.

- Tabrizi, J. S., & Gharibi, F. (2019). Primary healthcare accreditation standards: A systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 310–320. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0052>
- Tawalujan, T. W., Korompis, G. E. C., & Maramis, F. R. R. (2018). Hubungan antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien di Kota Manado. *Kesmas*, 7(5), 1–11.
- Triprasetya, A. S., Trisnantoro, L., & Eka, N. L. P. (2014). Analisis kesiapan penerapan kebijakan badan layanan umum daerah (BLUD) puskesmas di Kabupaten Kulon Progo (Studi kasus di Puskesmas Wates dan Puskesmas Girimulyo II Kabupaten Kulon Progo) An analysis on the readiness to apply local public service agent. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 03(03), 124–137.
- Waluyo, I. (2011). Badan layanan umum sebuah pola baru dalam pengelolaan keuangan di satuan kerja pemerintah. *Jurnal Pendidikan Akuntansi Indonesia*, 9(2), 1–15. <https://doi.org/10.21831/jpai.v9i2.962>
- Widaningtyas, E. (2018). Kesiapan tata kelola puskesmas menjadi badan layanan umum daerah (BLUD). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 20–26. <https://doi.org/10.33560/.v6i1.180>
- Widiastuti, I., Jati, S. P., & Purnaweni, H. (2019). Factors affecting team effectiveness in Semarang community health center working group after accreditation. *Visikes: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 67–78.
- Wulandari, R. D., Ridho, I. A., Supriyanto, S., Qomarrudin, M. B., Damayanti, N. A., Laksono, A. D., & Rassa, A. N. F. (2019). Pengaruh pelaksanaan akreditasi puskesmas terhadap kepuasan pasien. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(6), 228–236. <http://dx.doi.org/10.30597/mkmi.v15i3.6195>
- Zega, I., Richadi, R. K., Tarigan, F. L., Nababan, D., Sitorus, M. E. J., & Warouw, S. P. (2022). Analisis kesiapan UPT Puskesmas Lotu menghadapi akreditasi puskesmas. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 98–112. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i1.2738>