

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Derajat kesehatan di Indonesia saat ini masih tertinggal dari negara-negara lain. Berdasarkan laporan Human Development Report dari United Nations Development Programme (UNDP), yang dirilis pada Oktober 2009, peringkat Human Development Index (Indeks Pembangunan Manusia/IPM) Indonesia pada tahun 2009 menurun dari posisi ke-107 pada 2006 menjadi peringkat ke-111. Penilaian indeks ini dilakukan terhadap 182 negara. Bahkan, untuk kawasan ASEAN pun, Indonesia hanya unggul dari Vietnam, Laos, Myanmar, Kamboja, dan Timor Leste. Indonesia tertinggal dibandingkan dengan Singapura yang menduduki peringkat ke-23, Brunei (30), Malaysia (66), Thailand (86), dan Filipina (105). Angka IPM Indonesia adalah sebesar 0,734 pada tahun 2009 (publikasi UNDP terbaru ini didasarkan pada data tahun 2007). Semua ini menjadikan Indonesia masuk dalam kategori sedang.¹ Karena itu, diperlukan upaya yang lebih memadai bagi peningkatan derajat kesehatan Indonesia.

Wujud nyata upaya Pemerintah Indonesia (dih. departemen kesehatan/depkes) adalah dengan menetapkan program jangka pendek 100 hari dan program jangka menengah Departemen depkes, yang disusun dalam sebuah rencana strategis (renstra) depkes periode 2010 – 2014. Diharapkan dengan terealisasinya program tersebut akan tercapai paradigma yang kini dianggap baru, yaitu: *sehat itu indah dan sehat itu gratis*, yang dilakukan dari pendekatan sehat dan bukan dari pendekatan sakit.² Yang dimaksud dengan pendekatan sehat adalah usaha peningkatan kesehatan masyarakat dengan cara mencegah masyarakat agar tidak terserang penyakit. Implikasi dari pendekatan ini adalah program yang dijalankan harus fokus pada kegiatan pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif) dibandingkan dengan pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif).

¹ Majalah Gatra Nomor 50 tanggal 15 Oktober 2009

² www.depkes.go.id

Berbagai bentuk lembaga pelayanan kesehatan masyarakat sudah ada di Indonesia misalnya, rumah sakit, poliklinik, dan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Dari ketiga lembaga tersebut, puskesmas merupakan lembaga yang paling tepat karena memberikan pelayanan kesehatan yang sejalan dengan pendekatan sehat. Hal ini dikarenakan selain menjalankan fungsi kuratif, puskesmas juga mempunyai peran dalam kegiatan preventif dan promotif, yang dapat dilihat dari 3 fungsi puskesmas seperti yang disebutkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, yaitu (1) pusat penggerak pembangunan dan berwawasan kesehatan; (2) pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat; (3) pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah cakupan pelayanan puskesmas tersebut. Agar dapat memberikan pelayanan yang maksimal maka diperlukan sumber daya yang memadai. Dalam UU Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan disebutkan bahwa sumber daya kesehatan merupakan semua perangkat keras dan perangkat lunak yang diperlukan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan, meliputi: (a) tenaga kesehatan; (b) sarana kesehatan; (c) perbekalan kesehatan; (d) pembiayaan kesehatan; (e) pengelolaan kesehatan; (f) penelitian dan pengembangan kesehatan.

Dalam menjalankan fungsinya, puskesmas-puskesmas di Indonesia mengalami kendala-kendala seperti keterbatasan sarana dan prasarana, serta keterbatasan tenaga kesehatan, terutama di daerah perbatasan, terpencil dan kepulauan (DPTK). Kendala keterbatasan tenaga kesehatan juga dialami oleh puskesmas-puskesmas di Kabupaten Pati. Hal ini dapat digambarkan oleh masih rendahnya rasio tenaga kesehatan Kabupaten Pati per 100.000 penduduk jika dibandingkan dengan rasio di tingkat propinsi Jawa Tengah dan Indonesia. Perbandingan tersebut dapat dilihat pada Tabel 1.1. Dari tabel tersebut, dapat dilihat bahwa rasio dokter umum hanya seperempat dari rasio rata-rata Indonesia. Rasio bidan hanya seperlima dari rasio rata-rata Indonesia. Sedangkan rasio dokter gigi jauh lebih rendah lagi yaitu hanya sepersepuluh dari rasio rata-rata Indonesia.

Tabel 1.1
Rasio Tenaga Kesehatan di Kabupaten Pati per 100.000 Penduduk
Tahun 2009

Tingkat Rasio	Dokter Umum	Dokter Gigi	Bidan
Kabupaten Pati	5,48	0,41	9,62
Provinsi Jawa Tengah	17,22	2,38	36,75
Indonesia	19,59	3,35	42,92

Sumber: Profil Kesehatan Tahun 2009 (tingkat Kab. Pati & Provinsi Jawa Tengah)

Ketersediaan sarana kesehatan di Kabupaten Pati relatif memadai jika dibandingkan dengan rata-rata nasional. Berdasarkan profil kesehatan Kabupaten Pati tahun 2009, jumlah sarana kesehatan di Kabupaten Pati adalah sebagai berikut: puskesmas (29 unit), puskesmas pembantu (50 unit), puskesmas keliling (29 unit), poliklinik kesehatan desa/PKD (144 unit), posyandu (584 unit), polindes (107 unit), balai pengobatan klinik (26 unit), rumah sakit umum/RSU (7 unit), RSU pembantu (1 unit), RSU TNI / POLRI (1 unit), RS khusus (1 unit), dan RSU swasta (5 unit). Sarana kesehatan yang ada tersebut diharapkan mampu melayani jumlah penduduk Kabupaten Pati sejumlah 1.256.182 jiwa dengan luas wilayah 1.503,68 km², yang tersebar dalam 401 desa dan 5 kelurahan. Berdasarkan data tersebut, dapat dihitung rasio sarana kesehatan terhadap desa di tingkat Kabupaten Pati. Perbandingan terhadap Provinsi Jawa Tengah dan Indonesia dapat dilihat pada Tabel 1.2.

Tabel 1.2
Rasio Sarana Kesehatan Per Desa Tahun 2009

Tingkat Rasio	Puskesmas	Posyandu	Polindes
Kabupaten Pati	0,35	1,44	0,26
Provinsi Jawa Tengah	0,31	0,99	0,42
Indonesia	0,14	0,90	0,32

Sumber: Profil Kesehatan Tahun 2009 (tingkat Kab. Pati & Provinsi Jawa Tengah)

Ketersediaan sumber daya kesehatan akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas. Sebagai misal, puskesmas dengan jumlah dokter lebih banyak akan lebih mampu dalam memberikan pelayanan pengobatan kepada pasien yang sakit. Contoh lain, puskesmas dengan jumlah tenaga penyuluhan lebih akan lebih sering menyelenggarakan kegiatan penyuluhan, yang dapat berdampak pada peningkatan pemahaman masyarakat akan pola hidup sehat. Dari kedua contoh tersebut, dapat disimpulkan bahwa

ketersediaan sumber daya dapat berpengaruh pada kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan.

Pada kenyataannya, ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Pati masih relatif lebih rendah dibandingkan rata-rata Provinsi Jawa Tengah dan Indonesia. Namun, hal ini tidak boleh menjadi alasan bagi puskesmas untuk tidak memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal sesuai dengan cakupan pelayanan yang dimiliki.

Untuk mengetahui seberapa besar cakupan pelayanan puskesmas-puskesmas di Kabupaten Pati dapat dihitung dengan cara membandingkan antara kegiatan pelayanan aktual yang dilakukan puskesmas dengan indikator keluaran yang mencerminkan tingkat pencapaian dari setiap program kegiatan pelayanan kesehatan. Di tingkat nasional, tingkat pencapaian ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Sedangkan di Kabupaten Pati, target pencapaian program kegiatan ditetapkan dalam Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pati Nomor: 440/3287/2006 tentang Renstra DKK Pati tahun 2006-2011. Berdasarkan indikator keluaran tersebut, dapat diketahui puskesmas yang sudah atau belum mencapai target untuk program kegiatan tertentu.

Dalam menjalankan program kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat, terdapat enam program kesehatan dasar yang minimal harus dilaksanakan oleh puskesmas, yaitu: promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak (KIA), perbaikan gizi, pemberantasan penyakit penular dan pengobatan. Indikator keluaran yang dapat mencerminkan tingkat pencapaian keenam program tersebut adalah cakupan rumah sehat, cakupan bayi lahir hidup, cakupan balita ditimbang dengan berat badan naik, dan cakupan imunisasi bayi dasar lengkap, yang nilainya dinyatakan dalam persentase. Besaran persentase untuk keempat indikator keluaran tersebut secara berturut-turut adalah 65%, 100%, 80%, dan 90%. Puskesmas yang mencapai target apabila pelayanan aktual yang diberikan sama atau melebihi dari besar indikator keluaran yang telah ditetapkan.

Puskesmas di Kabupaten Pati berjumlah 29 unit yang terdiri dari 6 puskesmas perawatan dan 23 puskesmas non perawatan, yang dapat dilihat pada Tabel 1.3. Program kegiatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas relatif sama satu dengan yang lain karena sudah ditetapkan dalam Renstra DKK Pati tahun 2006-2011, termasuk di dalamnya adalah 6 program pelayanan yang wajib diselenggarakan oleh puskesmas di Kabupaten Pati. Dengan demikian, program kegiatan pelayanan antara puskesmas perawatan dan non perawatan adalah sama, kecuali pelayanan rawat inap yang hanya dimiliki oleh puskesmas perawatan.

Tabel 1.3
Nama dan Jenis Puskesmas di Kabupaten Pati

No	Nama Puskesmas	Jenis Puskesmas	No	Nama Puskesmas	Jenis Puskesmas
1	Sukolilo I	Perawatan	16	Gabus II	Perawatan
2	Sukolilo II	Perawatan	17	Margorejo	Perawatan
3	Kayen	Non Perawatan	18	Gembong	Perawatan
4	Tambakromo	Perawatan	19	Tlogowungu	Perawatan
5	Winong I	Perawatan	20	Wedarijaksa I	Perawatan
6	Winong II	Perawatan	21	Wedarijaksa II	Perawatan
7	Pucakwangi I	Perawatan	22	Trangkil	Perawatan
8	Pucakwangi II	Perawatan	23	Margoyoso I	Non Perawatan
9	Jaken	Perawatan	24	Margoyoso II	Perawatan
10	Batangan	Perawatan	25	Gunung Wungkal	Perawatan
11	Juwana	Perawatan	26	Cluwak	Perawatan
12	Jakenan	Non Perawatan	27	Tayu I	Perawatan
13	Pati I	Perawatan	28	Tayu II	Perawatan
14	Pati II	Perawatan	29	Dukuhseti	Perawatan
15	Gabus I	Perawatan			

Sumber: Profil Pesehatan Pati 2009

Puskesmas yang mencapai target pelayanan berarti mampu mengelola sumber daya dengan baik sehingga dapat menyelenggarakan program kegiatan secara maksimal. Kemampuan puskesmas dalam pengelolaan sumber daya dapat mencerminkan tingkat efisiensi puskesmas. Efisiensi adalah rasio antara output dengan input. Secara umum, suatu unit dapat dikatakan efisien apabila menggunakan sejumlah input yang lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah input unit-unit lainnya, namun dapat menghasilkan jumlah output yang sama. Atau dengan kata lain, suatu unit dikatakan efisien jika unit tersebut menggunakan jumlah input yang sama dengan unit-unit lainnya, tetapi dapat menghasilkan unit output yang lebih besar. Input puskesmas adalah ketersediaan sumber daya,

sedangkan yang menjadi output adalah kegiatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas. Perbandingan antara output dengan input inilah yang menunjukkan tingkat efisiensi puskesmas-puskesmas di Kabupaten Pati.

Nilai efisiensi dari setiap puskesmas dapat dijadikan sebagai ukuran untuk membandingkan kemampuan puskesmas di Kabupaten Pati dalam mengelola sumber daya untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Namun, penilaian efisiensi akan menjadi kompleks jika ruang lingkup penelitian mencakup banyak unit dan setiap unit memiliki input dan output lebih dari satu. Hal ini juga terjadi pada puskesmas yang memiliki input dan output lebih dari satu. Input puskesmas dapat berupa ketersediaan tenaga kesehatan, ketersediaan obat-obatan, ketersediaan alat/fasilitas kesehatan, dan ketersediaan biaya untuk kegiatan operasional dan pemeliharaan puskesmas. Output puskesmas adalah kegiatan pelayanan yang disesuaikan dengan program pelayanan yang diselenggarakan setiap puskesmas. Kegiatan pelayanan tersebut misalnya, penimbangan balita, pemberian imunisasi bayi dasar lengkap, pemberian vitamin A pada balita, pelayanan kepada warga lanjut usia, konsultasi kepada ibu hamil, bantuan persalinan oleh bidan, dsb.

Agar nilai efisiensi puskesmas dapat diperbandingkan maka diperlukan suatu *benchmark*, yaitu puskesmas yang mempunyai efisiensi terbaik, yang dijadikan sebagai dasar acuan untuk menghitung nilai efisiensi puskesmas yang satu dengan lainnya. Oleh karena itu, penilaian efisiensi 29 puskesmas di Kabupaten Pati adalah penilaian efisiensi secara relatif. Hal ini berarti nilai efisiensi hasil perhitungan adalah nilai efisiensi relatif terhadap 29 puskesmas yang diteliti.

Nilai efisiensi dari setiap puskesmas dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengelompokkan menjadi puskesmas efisien dan tidak efisien. Puskesmas tidak efisien berarti puskesmas tersebut tidak mampu mengelola sumber daya secara efisien dalam usahanya menghasilkan output. Ketidakefisienan dapat disebabkan oleh output yang dihasilkan belum maksimal atau terdapat sumber daya yang berlebih. Melalui penilaian efisiensi, diharapkan di masa mendatang, setiap

puskesmas di Kabupaten Pati dapat melakukan berbagai upaya dan strategi yang dapat membuat semua puskesmas menjadi efisien.

1.2. Pokok Permasalahan

Pokok permasalahan yang akan diteliti dalam tesis ini adalah:

1. Dari 29 puskesmas yang ada di Kabupaten Pati, puskesmas mana yang beroperasi paling efisien dibanding dengan puskesmas lainnya?
2. Jika masih terdapat puskesmas yang belum efisien, kebijakan apa yang harus dilakukan agar puskesmas tersebut dapat menjadi efisien?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan pokok permasalahan tersebut di atas, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Mengetahui pemetaan efisiensi puskesmas-puskesmas di Kabupaten Pati dengan cara mengukur nilai efisiensi relatif puskesmas-puskesmas di Kabupaten Pati
2. Memberikan masukan kebijakan bagi puskesmas yang tidak efisien agar puskesmas tersebut dapat menjadi efisien.

1.4. Hipotesis Penelitian

Setiap program dan kegiatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah cakupan pelayanan puskesmas tersebut. Derajat kesehatan masyarakat dapat ditingkatkan jika setiap puskesmas mampu menyelenggarakan program kegiatan pelayanan secara maksimal dengan memperhatikan ketersediaan sumber daya yang dimiliki. Untuk itu, ditetapkan indikator keluaran dari setiap program kegiatan untuk mengukur tingkat pencapaian, yang merupakan cerminan dari efisiensi pelaksanaan program kegiatan pelayanan. Beberapa indikator keluaran yang digunakan adalah cakupan rumah sehat, persentase bayi lahir hidup, persentase balita ditimbang dengan berat badan naik, dan cakupan imunisasi bayi dasar lengkap, dengan nilai secara berturut-turut adalah 65%, 100%, 80%, dan 90%. Berdasarkan indikator keluaran tersebut, dapat diketahui puskesmas yang sudah atau belum mencapai target.

Puskesmas yang mempunyai cakupan rumah sehat tertinggi adalah Puskesmas Gunungwungkal, Pucakwangi I, dan Pati II. Puskesmas dengan persentase bayi lahir hidup sebesar 100% adalah Puskesmas Pucakwangi II, Gabus II, Wedarijaksa I, Wedarijaksa II, Margoyoso II, Gunungwungkal, Cluwak, Tayu I, dan Dukuhseti. Untuk persentase balita ditimbang dengan berat badan naik tertinggi berada di Puskesmas Wedarijaksa I, Cluwak, dan Margoyoso II. Untuk cakupan imunisasi bayi dasar lengkap, semua puskesmas sudah mencapai target 90%. Cakupan imunisasi bayi terbesar berada di Puskesmas Trangkil, Wedarijaksa II, dan Pati II. Diharapkan, puskesmas yang sudah mencapai target adalah puskesmas yang efisien. Oleh karena itu hipotesis penelitian ini adalah dari 29 puskesmas di Kabupaten Pati, puskesmas dengan nilai efisiensi tertinggi adalah Puskesmas Gunungwungkal, Pucakwangi I, Pucakwangi II, Pati II, Gabus II, Wedarijaksa I, Wedarijaksa II, Margoyoso II, Cluwak, Tayu I, Dukuhseti, dan Trangkil.

1.5. Ruang Lingkup dan Data Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah 29 unit puskesmas di Kabupaten Pati yang terdiri 6 puskesmas perawatan dan 23 unit puskesmas non perawatan untuk periode 2009. Karena puskesmas merupakan organisasi non profit maka pengukuran efisiensi secara absolut sulit dilakukan. Hal ini dikarenakan output dari puskesmas adalah berupa program pelayanan kesehatan masyarakat sehingga bersifat *intangible* dan tidak bisa dengan mudah diukur seperti halnya pengukuran laba dari suatu organisasi komersial. Permasalahan ini menjadi kompleks dengan adanya fakta bahwa puskesmas menggunakan berbagai macam jenis input dan juga menghasilkan berbagai macam output. Berdasarkan permasalahan di atas, perlu dipergunakan metode penelitian yang tepat, yaitu dengan menggunakan Data Envelopment Analysis (DEA).

Efisiensi yang diukur menggunakan DEA bukan absolut melainkan relatif, yaitu relatif terhadap puskesmas yang mempunyai efisiensi terbaik (*benchmark*). Puskesmas yang mempunyai efisiensi terbaik diberikan nilai 100%. Sedangkan puskesmas yang tidak efisien, nilainya bervariasi, yaitu antara lebih dari 0% sampai dengan kurang dari 100%.

Seperti yang disebutkan di atas, bahwa pengukuran efisiensi 29 puskesmas di Kabupaten Pati akan menggunakan lebih dari satu variabel input dan output. Variabel input akan dikaitkan dengan sumber daya yang dimiliki puskesmas untuk menyelenggarakan program kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat. Merujuk pengertian sumber daya kesehatan seperti yang telah diuraikan dalam latar belakang, variabel input dari suatu puskesmas terdiri dari biaya pemakaian obat-obatan dan alat kesehatan habis pakai, biaya operasional dan pemeliharaan puskesmas, dan jumlah tenaga kesehatan. Karena periode penelitian hanya untuk tahun 2009, maka biaya pemakaian obat-obatan dan alat kesehatan dan biaya operasional dan pemeliharaan puskesmas adalah jumlah biaya terpakai dalam satu tahun, yaitu tahun 2009.

Tenaga kesehatan di puskesmas terdiri dari berbagai profesi. Oleh karena itu, variabel tenaga kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok yang akan menjadi variabel terdistribusi. Kelompok yang pertama terdiri dari dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis, yang kemudian disebut dengan variabel tenaga medis. Kelompok yang kedua terdiri dari perawat dan bidan yang kemudian disebut dengan variabel asisten medis. Kelompok yang ketiga terdiri dari tenaga farmasi (apoteker dan asisten apoteker), tenaga gizi, teknisi medis (analisis, penata *rontgen*, penata anestesi, dan fisioterapi), sanitarian, dan tenaga kesehatan masyarakat, yang kemudian disebut dengan variabel tenaga kesehatan lainnya. Pembagian ini didasarkan oleh pertimbangan bahwa masing-masing kelompok tersebut memberikan kontribusi yang berbeda dalam menghasilkan output di suatu puskesmas. Dengan demikian, variabel input terpilih terdiri dari 5 variabel, yaitu (1) biaya pemakaian obat-obatan dan alat kesehatan; (2) biaya operasional dan pemeliharaan puskesmas; (3) tenaga medis; (4) asisten medis; dan (5) tenaga kesehatan lainnya.

Untuk pemilihan variabel output didasarkan pada 2 alasan yaitu, alasan kebijakan dan alasan teknis. Alasan kebijakan adalah output yang dipilih merupakan kegiatan dari enam program kesehatan dasar yang wajib dilaksanakan oleh puskesmas, yaitu (1) program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, (2) program pengembangan lingkungan sehat, (3) program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak, termasuk KB, (4) program

perbaikan gizi masyarakat, (5) program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, dan (6) program obat dan perbekalan kesehatan. Program-program tersebut terbagi menjadi kegiatan-kegiatan, yang dilaksanakan secara bersama-sama oleh DKK Pati (sebagai koordinator) dengan unit pelaksana teknis daerah (UPTD) yang meliputi puskesmas, laboratorium kesehatan (labkes), dan gudang farmasi. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada Lampiran 1 dan 2.

Alasan yang kedua adalah alasan teknis, yaitu ketersediaan anggaran dari enam program wajib tersebut, dimana output yang terpilih masuk dalam program pelayanan yang mempunyai alokasi anggaran terbesar. Program dengan alokasi anggaran terbesar dapat mencerminkan prioritas pelayanan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten Pati seperti yang ditetapkan dalam Renstra DKK Pati periode 2006 – 2011.

Jika dilihat dari nilai anggaran yang tersedia untuk masing-masing program, 8 program pelayanan kesehatan masyarakat yang mempunyai alokasi anggaran terbesar dapat dilihat pada Tabel 1.4.

Tabel 1.4
Program Pelayanan Kesehatan dengan Alokasi Anggaran Terbesar

No	Nama Program	Alokasi Anggaran
1	Program Pengadaan, Peningkatan, dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringannya	35,94%
2	Program Upaya Kesehatan Masyarakat	33,65%
3	Program Obat dan Perbekalan Kesehatan	10,62%
4	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	4,53%
5	Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	2,43%
6	Pengembangan Lingkungan Sehat	1,25%
7	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	1,10%
8	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	0,98%

Sumber: LAKIP Bidang Kesehatan Tahun 2009, telah diolah kembali

Program dengan alokasi anggaran terbesar pertama (35,94%) adalah program pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/puskesmas pembantu dan jaringannya. Program dengan alokasi anggaran terbesar kedua (33,65%) adalah program upaya kesehatan masyarakat. Kegiatan dari program ini adalah kegiatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan masyarakat, khususnya bagi korban bencana. Selain itu, program ini juga

diperuntukkan untuk biaya operasional dan pemeliharaan puskesmas, yang merupakan variabel input dalam penelitian ini. Program dengan alokasi anggaran terbesar ketiga (10,62%) adalah program obat dan perbekalan kesehatan. Kegiatan dari program ini berupa pengadaan obat yang nantinya digunakan oleh puskesmas dalam melakukan tindakan pengobatan kepada pasien. Biaya atas pemakaian obat-obat tersebut yang akan dijadikan sebagai variabel input dalam penelitian ini.

Program dengan alokasi anggaran terbesar keempat (4,53%) adalah program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Kegiatan dari program ini adalah penyemprotan/*fogging* sarang nyamuk, pelayanan vaksinasi bagi balita, peningkatan imunisasi dan pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seperti TB Paru, Flu Burung, Ispa, HIV/AIDS. Program dengan alokasi anggaran terbesar kelima (2,43%) adalah program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. kegiatan dari program ini adalah penyuluhan masyarakat pola hidup sehat. Program dengan alokasi anggaran terbesar keenam (1,25%) adalah program pengembangan lingkungan sehat. Kegiatan dari program ini adalah penyuluhan menciptakan lingkungan sehat. Program dengan alokasi anggaran terbesar ketujuh (1,10%) adalah program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak. Kegiatan dari program ini berupa pemberian tablet Fe kepada ibu hamil, pelayanan kunjungan ibu hamil pertama (K1) sampai dengan keempat (K4), dan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Program dengan alokasi anggaran terbesar kedelapan (0,98%) adalah program perbaikan gizi masyarakat. Kegiatan dari program ini meliputi pemberian tambahan makanan dan vitamin, misalnya pemberian vitamin A kepada bayi sebanyak 2 kali dan penimbangan balita. Kegiatan dari program dengan alokasi anggaran terbesar keempat sampai dengan kedelapan, akan dijadikan sebagai variabel output.

Selain alasan kebijakan dan teknis, faktor penentu pemilihan output adalah ketersediaan data di lapangan. Data penelitian merupakan data *crosssection* dari 29 puskesmas di Kabupaten Pati. Data ini merupakan data primer yang bersumber dari Dinas Kesehatan Pati yang sebagian besar terdapat dalam Profil Kesehatan Pati 2009. Untuk data statistik, seperti jumlah penduduk, kepadatan penduduk, pendapatan daerah, diperoleh dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Pati.

Berdasarkan alasan-alasan yang disebutkan di atas, kegiatan pelayanan kesehatan yang dijadikan sebagai variabel output adalah frekuensi penyuluhan masyarakat pola hidup dan lingkungan sehat, jumlah kunjungan ibu hamil (K1 dan K4), jumlah ibu hamil diberi tablet Fe, jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan, jumlah balita ditimbang, jumlah bayi diberi vitamin A sebanyak 2 kali, jumlah imunisasi bayi untuk BCG, DPT. HB.1, DPT.HB.3, Polio, Campak, dan HB 0, serta jumlah kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap.

Kegiatan penyuluhan masyarakat pola hidup dan lingkungan sehat mewakili 2 program, yaitu program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, dan program pengembangan lingkungan sehat. Jumlah kunjungan ibu hamil, jumlah ibu hamil diberi tablet Fe, dan jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan mewakili program peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak. Jumlah balita ditimbang dan jumlah bayi diberi vitamin A sebanyak 2 kali mewakili program perbaikan gizi masyarakat. Jumlah imunisasi bayi untuk BCG, DPT. HB.1, DPT.HB.3, Polio, Campak, dan HB 0 mewakili program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular. Banyaknya kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap menunjukkan eksistensi puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dan merupakan langkah awal bagi puskesmas untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dari pasien, apakah untuk pemeriksaan rutin atau pengobatan.

1.6. Sistematika Penulisan

Penulisan tesis ini terbagi menjadi lima bab dan masing-masing bab dibagi menjadi sub bab dengan penjelasan yang lebih terperinci. Secara ringkas, urutan penulisan tesis ini adalah sebagai berikut:

Bab 1 : Pendahuluan

Pada bab ini diuraikan mengenai latar belakang penulisan topik berikut dengan pokok permasalahan yang akan diteliti. Selanjutnya juga diuraikan ruang lingkup dan sumber data yang digunakan, serta sistematika penulisan dalam melakukan kajian tesis.

- Bab 2 : Pengukuran Efisiensi Relatif: Tinjauan dan Literatur
Pada bab ini diuraikan mengenai konsep dan pengukuran efisiensi dalam lembaga publik. Selanjutnya, juga dijelaskan tentang penggunaan dan kelebihan DEA sebagai metode non parametrik untuk mengukur efisiensi relatif unit-unit yang sejenis.
- Bab 3 : Gambaran Umum Kesehatan Kabupaten Pati
Bab ini menjelaskan secara global tentang profil kesehatan Kabupaten Pati tahun 2009. Selanjutnya, dijelaskan juga tentang peran DKK dan puskesmas Pati sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat. Setelah itu, dijelaskan ketersediaan sumber daya dan kegiatan pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan puskesmas. Sumber daya sebagai variabel input, sedangkan kegiatan pelayanan sebagai variabel output.
- Bab 4 : Analisa Hasil Perhitungan Efisiensi Relatif Puskesmas – puskesmas di Kabupaten Pati
Pada awal bab ini dijelaskan tentang proses pemilihan variabel dan model DEA. Setelah itu, dijelaskan proses analisis dan interpretasi atas hasil penghitungan efisiensi puskesmas Kabupaten Pati, yang meliputi nilai efisiensi teknis dan skala, tingkat pencapaian serta nilai target variabel input dan output. Hasil analisa tersebut dijadikan dasar untuk memberikan usulan kebijakan untuk perbaikan puskesmas yang tidak efisien.
- Bab 5 : Penutup
Merupakan bab terakhir yang menyajikan kesimpulan dan saran-saran yang diharapkan dapat bermanfaat bagi upaya-upaya perbaikan peningkatan efisiensi puskesmas-puskesmas di Kabupaten Pati. Setelah itu akan dijelaskan keterbatasan penelitian saat ini dan saran untuk penelitian selanjutnya.