

Panduan Penyusunan *Citizen Charter* dan *Good Practices*

Kabupaten Deli Serdang
Kabupaten Boyolali

Kabupaten Sukoharjo
Kabupaten Kediri



Local Governance Support Program



USAID
DARI RAKYAT AMERIKA



Direktorat Jenderal Pemerintahan Umum
Departemen Dalam Negeri



**Praktek-praktek yang baik
dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan
Menggunakan Pakta Pelayanan Masyarakat**

Local Governance Support Program
Local Government Management Systems
Juni 2009

Buku ini terwujud berkat bantuan yang diberikan oleh United States Agency for International Development (USAID) berdasarkan kontrak dengan RTI International nomor 497-M-00-05-00017-00, mengenai pelaksanaan Local Governance Support Program (LGSP) di Indonesia. Pendapat yang tertuang di dalam laporan ini tidak mencerminkan pendapat dari USAID.

Program LGSP dilaksanakan atas kerjasama Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), Departemen Dalam Negeri, Departemen Keuangan, pemerintah daerah dan organisasi masyarakat dalam wilayah provinsi mitra LGSP. Program LGSP didanai oleh USAID dan dilaksanakan oleh RTI International berkolaborasi dengan International City/County Management Association (ICMA), Democracy International (DI), Computer Assisted Development Incorporated (CADI) dan Indonesia Media Law and Policy Centre (IMLPC). Program dilaksanakan mulai 1 Maret 2005 dan berakhir 30 September 2009.

Untuk informasi lebih lanjut tentang LGSP silakan hubungi:

Telephone : +62 (21) 515 1755	Fax : +62 (21) 515 1752
Bursa Efek Indonesia, Gedung 1, lantai 29	Email : lgsp@lgsp.or.id
Jl. Jend. Sudirman, kav. 52-53	Website : www.lgsp.or.id
Jakarta 12190	

Dicetak di Indonesia

Publikasi ini didanai oleh USAID. Sebagian atau seluruh isi buku ini, termasuk ilustrasinya, boleh diperbanyak, direproduksi atau diubah dengan syarat disebarluaskan secara gratis.

ABSTRACT

“Good Practices in Health Public Services Using Citizen’s Charter” is a collection of experience to facilitate local government and its stakeholders in Service Improvement Action Plan (SIAP) application in health services until they committed with its Citizen’s Charter. This book will describes some records processes and key success factors during of facilitation in each cases.

Objective of this book is to be a facilitator guide for training, workshop, discussion material, and as a tools for service management improvement. This will be guide to improve knowledge, attitude from a buraucratic style to become a real public servant. More specific, this book is useful to any public service unit, in health sector or others, to replicate the good experiences in Citizen’s Charter applications.

Target group of this book are local government leaders and service unit staffs, public service management specialists, service providers (faculty staffs, individual facilitators and consultants), legislative members, non-government organizations, journalists, and others who have concern with public service improvement efforts.

This book consists of seven chapters:

1. Chapter 1: Introduction.
2. Chapter 2: *Citizen’s Charter* of Public Services.
3. Chapter 3: Facilitation Process to Prepare Public Service *Citizen’s Charter* in Local Government Service Unit
4. Chapter 4: *Good Practices* of Preparing Service Excellent for Health Service Unit in Kabupaten Deli Serdang.
5. Chapter 5. *Good Practices* of Preparation and Implementation of *Citizen’s Charter* in the Health Communication, Information Service Unit in Kabupaten Boyolali.
6. Chapter 6. *Good Practices* of Preparation and Implementation of *Citizen’s Charter* to Improve Health Service in Kabupaten Sukoharjo..
7. Chapter 7. *Good Practices* of Service Management Improvement in the Health Service Unit (Puskesmas) in Kabupaten Kediri.

The first three chapters describe the concept and manual to prepare *Citizen’s Charter*. While the other four chapters describe specific in detail processes and results of the service improvement action plan using SIAP approach, especially in the preparation of *Citizen’s Charter* as a participatory approach to promote transparent and accountable public service improvement in local government context..

ABSTRAKSI

Buku “Praktek-praktek yang Baik dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan menggunakan Pakta Pelayanan” ini merupakan kumpulan pengalaman mendampingi pemerintah daerah dalam menerapkan Aplikasi Skema Tindakan Peningkatan Pelayanan Publik (STPP) pada bidang pelayanan publik tertentu hingga disepakatinya *Citizen’s Charter*. Proses dan kunci keberhasilan dalam pendampingan tersebut diuraikan secara detail pada setiap pembahasan lokasi dampingan.

Tujuan panduan ini adalah sebagai pedoman fasilitator dalam pelatihan, loka karya, bahan diskusi dalam program pendampingan, serta kumpulan modul dan alat manajemen peningkatan kemampuan dalam perbaikan pelayanan publik. Ini merupakan panduan yang menyangkut peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku dalam pengelolaan peningkatan pelayanan. Lebih spesifik lagi, ditujukan sebagai panduan SKPD atau daerah lain yang menginginkan untuk mereplikasi atau mengadopsi pendekatan-pendekatan dalam meningkatkan pelayanan publik seperti diuraikan dalam buku ini.

Kelompok sasaran panduan ini ialah pimpinan dan staf penyelenggara pelayanan publik (SKPD), para ahli manajemen pelayanan publik, *service providers* (akademisi, individu fasilitator atau konsultan), anggota DPRD, LSM, media massa lokal, dan bagi siapa saja yang memiliki perhatian dan kepedulian terhadap upaya perbaikan pelayanan publik.

Panduan ini terdiri dari 7 bab, sebagai berikut:

1. Bab 1. Pendahuluan.
2. Bab 2. *Citizen’s Charter* Pelayanan Publik.
3. Bab 3. Proses Fasilitasi Penyusunan *Citizen’s Charter* Pelayanan Publik di SKPD.
4. Bab 4. *Good Practices* Pengembangan Pelayanan Prima Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.
5. Bab 5. *Good Practices* Penyusunan dan Implementasi *Citizen’s Charter* Kominfokes Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Boyolali.
6. Bab 6. *Good Practices* Penyusunan dan Implementasi *Citizen’s Charter* PKD untuk Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Sukoharjo.
7. Bab 7. *Good Practices* Peningkatan Efektivitas Manajemen Pelayanan Puskesmas Kabupaten Kediri.

Tiga Bab pertama memberikan gambaran secara menyeluruh proses dan pelajaran penting dalam pendampingan, dan empat Bab berikutnya adalah penjelasan secara rinci per lokasi daerah dampingan, baik keberhasilan yang telah dicapai atau langkah-langkah lebih lanjut untuk lebih meningkatkan peran pendekatan STPP, khususnya *Citizen’s Charter*, bagi perbaikan pelayanan publik yang partisipatif dan akuntabel di daerah.

DAFTAR ISI

ABSTRACT.....	iii
ABSTRAKSI.....	iv
DAFTAR ISI	v
KATA PENGANTAR	vi
Bab I. Pendahuluan	1
A. <i>Overview</i> Kebijakan Publik dan Prinsip <i>Good Governance</i>	1
B. Tujuan dan Sasaran Buku Panduan Penyusunan <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik	3
C. Ruang Lingkup dan Sistematika Buku Panduan <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik	3
Bab 2. <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik	7
A. Pengertian dan Peran <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik	7
B. Manfaat <i>Citizen's Charter</i> dalam Pelayanan Publik	9
C. Prinsip-Prinsip dalam Penyusunan <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik	9
D. Tahapan Utama Penyusunan <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik	10
E. Prototipe dokumen <i>citizen's charter</i> pelayanan publik	13
Bab 3. Proses Fasilitasi Penyusunan <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik di SKPD	17
A. Tahapan Persiapan	17
B. Proses Penyusunan Dokumen <i>Citizen's Charter</i>	28
C. Proses Legalisasi <i>Citizen's Charter</i> Pelayanan Publik	35
Bab 4. <i>Good Practices</i> Pengembangan Pelayanan Prima Kesehatan Kabupaten Deli Serdang	49
Bab 5. <i>Good Practices</i> Penyusunan dan Implementasi <i>Citizen's Charter</i> Kominfokes Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kab. Boyolali	59
Bab 6. <i>Good Practices</i> Penyusunan dan Implementasi <i>Citizen's Charter</i> PKD untuk Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kab. Sukoharjo	71
Bab 7. <i>Good Practices</i> Peningkatan Efektivitas Manajemen Pelayanan Puskesmas Kabupaten Kediri	83

KATA PENGANTAR

Sebagai bagian dari *Program Local Governance Strengthening* di LGSP, *Team Local Government Management Systems* (LGMS), selama tahun 2006 sampai 2009 telah melaksanakan program pelatihan dan bantuan teknis (*Technical Assistance*) peningkatan pelayanan publik, di lebih dari 60 kabupaten dan kota di daerah LGSP untuk mengembangkan perbaikan dan peningkatan kapasitas organisasi pelayanan publik menuju pada pelayanan yang responsif, partisipatif, transparan dan akuntabel. Untuk itu Team LGMS bekerjasama dengan: Pemda terutama SKPD pelayanan pengelola pelayanan, anggota DPRD, Pemda, LSM (LSM tematis, Asosiasi, Organisasi Keagamaan, dll) dan *Community Based Organization* (kelompok warga, penerima akibat).

Panduan Penyusunan *Citizen's Charter* dan *Good Practices*, merupakan rangkuman pengalaman LGSP dan mitra-mitra dalam mengimplementasikan program pelatihan dan bantuan teknis untuk memperkuat kapasitas dan penguatan manajemen SKPD, dengan melibatkan secara aktif *stakeholders* penting diantaranya: DPRD, LSM dan Organisasi Komunitas di daerah. Buku ini merupakan kontribusi yang penting untuk pengayaan referensi dan perluasan wawasan dalam peningkatan pelayanan publik di daerah dan, dengan harapan akan memberikan petunjuk praktis perbaikan manajemen dan kapasitas penyelenggaraan pelayanan publik, sehingga harapan proses desentralisasi yang sehat dan demokratis di Indonesia dapat tercapai dengan semakin baiknya pelayanan publik bagi masyarakat. Atas nama LGSP, perkenalkan kami untuk menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada mitra-mitra konsultan, perguruan tinggi sebagai *service providers*, para mitra dari pemerintah daerah, DPRD, LSM sebagai *strategic partners* di lapangan dan para spesialis yang telah melaksanakan program ini. Kami juga berharap bahwa program ini akan sukses di masa yang akan datang.

Semoga buku ini bermanfaat dan dapat digunakan secara meluas.

Juni 2009

Judith Edstrom
Chief of Party,
USAID-LGSP
RTI International

Robert van der Hoff
Local Government Management Systems Advisor,
USAID – LGSP
RTI International

Bab I

Pendahuluan

A. Overview Kebijakan Publik dan Prinsip Good Governance

Penyelenggaraan pemerintahan, pembangunan dan pelayanan publik menurut paradigma *good governance*, dalam prosesnya tidak hanya dilakukan oleh pemerintah daerah berdasarkan pendekatan *rule government* (legalitas), tetapi juga melibatkan berbagai kepentingan *stakeholders*. Paradigma *good governance*, mengedepankan proses dan prosedur, dimana dalam proses persiapan, perencanaan, perumusan dan penyusunan suatu kebijakan senantiasa mengedepankan musyawarah dan dilakukan dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan (*stakeholders*). Pelibatan *stakeholders* ini berpegang pada prinsip-prinsip *good governance* seperti partisipasi, transparansi, akuntabilitas, kesetaraan, penegakan hukum, efektivitas dan efisiensi serta profesionalisme. Implikasi penyelenggaraan *good governance* akan menciptakan saling ketergantungan antara unsur pemerintah, masyarakat dan swasta.

Dalam konsep *good governance*, pelayanan publik merupakan pintu yang tepat untuk mewujudkan tata pemerintahan yang baik, karena pelayanan publik langsung bersentuhan dengan kebutuhan masyarakat banyak. Pelayanan Publik didefinisikan sebagai segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Adapun Asas Pelayanan Publik merujuk pada Keputusan MenPAN No. 63/KEP/M.PAN/7/2003, antara lain meliputi:

- Transparansi.
- Akuntabilitas.
- Kondisional.
- Partisipatif.
- Kesamaan Hak.
- Keseimbangan Hak.
- Kewajiban.

Dari pengertian pelayanan dan pelayanan publik yang diuraikan tersebut, dalam konteks pemerintah daerah, pelayanan publik dapat dimengerti sebagai pemberian layanan atau melayani keperluan orang atau masyarakat dan/atau organisasi lain yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu, sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang ditentukan dan ditujukan untuk memberikan kepuasan kepada penerima pelayanan. Dengan demikian, terdapat 3 unsur penting dalam pelayanan publik, yaitu: *pertama*, adalah organisasi pemberi (penyelenggara) pelayanan atau Pemerintah Daerah; *kedua* adalah penerima layanan (pelanggan) atau orang atau masyarakat atau organisasi yang berkepentingan, dan *ketiga* adalah kepuasan yang diberikan dan/atau diterima oleh penerima layanan (pelanggan).

Guna pemenuhan kebutuhan dasar, implementasi pelayanan publik harus memenuhi persyaratan standar kualitas minimal, sebagai pemenuhan hak dasar masyarakat yang menjadi tanggung jawab penyelenggara pelayanan publik di daerah. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal,

terutama yang berkaitan dengan pelayanan dasar, baik daerah provinsi maupun daerah kabupaten/kota. Legalitas Standar Pelayanan Minimal tersebut diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005, tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM.

Selain itu, SPM juga dapat mewujudkan tata pemerintahan yang baik melalui penerapan prinsip-prinsip partisipasi, transparansi dan akuntabilitas. Seiring dengan pelayanan minimal yang harus diberikan kepada masyarakat, untuk mendukung pelayanan minimal tersebut ada beberapa prinsip khusus yang berlaku dalam pelayanan publik, antara lain: kesederhaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi, keamanan, tanggung jawab, kelengkapan sarana prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan, keramahan, kesopanan dan kenyamanan. Prinsip-prinsip pelayanan publik ini sejalan dengan prinsip-prinsip SPM yang diatur dalam kebijakan Peraturan Pemerintah diatas, yaitu: sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas pencapaian yang dapat diselenggarakan secara bertahap.

Impelementasi prinsip pelayanan publik maupun SPM tersebut dapat diindikasikan dari berubahnya bentuk pelayanan publik, dari pelayanan yang sulit dan berbelit menjadi pelayanan yang mudah, pelayanan yang mahal menjadi lebih terjangkau, pelayanan yang tadinya memakan waktu yang lama menjadi lebih cepat, dan tempat pelayanan yang aksesnya jauh menjadi lebih dekat. Dengan demikian efisiensi dan produktivitas pelayanan publik akan semakin baik.

Dalam aspek *good governance*, partisipasi masyarakat menjadi kunci keberhasilan baik pelayanan yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun oleh swadaya masyarakat. Partisipasi penuh masyarakat akan menciptakan pelayanan publik yang benar-benar mereka butuhkan. Tidak kalah penting transparansi dalam penyelenggaraan pelayanan, transparansi akan menciptakan hubungan timbal balik antara pengguna dan penyelenggara pelayanan sampai terselenggaranya pelayanan publik yang mengedepankan kecepatan waktu, keseimbangan antara hak dan kewajiban. Hubungan timbal balik ini lebih dalam dapat dituangkan dalam kesepakatan antara masyarakat dan penyelenggara pelayanan secara formal. Kesepakatan tersebut biasa disebut sebagai pakta pelayanan atau *Citizen's Charter*.

Citizen's Charter (CC) merupakan sebuah pernyataan resmi berupa dokumen kesepakatan pelayanan yang memuat kebutuhan pelayanan publik yang akan diberikan oleh pemberi pelayanan serta disusun secara bersama-sama oleh pemberi dan penerima pelayanan. *Citizen's Charter* adalah suatu pendekatan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang menempatkan pengguna layanan sebagai pusat pelayanan. Artinya kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan harus menjadi pertimbangan utama dalam keseluruhan proses penyelenggaraan pelayanan publik. Untuk mencapai maksud tersebut, CC mendorong penyedia layanan untuk bersama dengan pengguna layanan dan *stakeholders* lainnya untuk menyepakati jenis, prosedur, waktu, biaya, serta tata cara pelayanan.

Menurut Surat Edaran MENPAN Nomor: SE/10/M.PAN/07/2005, tentang Prioritas Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik, prioritas pelayanan tersebut antara lain di bidang: Administrasi Kependudukan; Kepolisian; Perindustrian, Perdagangan dan Koperasi; Bea Cukai dan Pajak; Kesehatan; Imigrasi; Perhubungan; Ketenagakerjaan; Pertanahan dan Permukiman; Pendidikan; dan Penanaman Modal. Dalam panduan ini akan dijelaskan lebih lanjut terkait implementasi *Citizen's Charter* (CC) dalam mendukung pelayanan publik untuk

mewujudkan *good governance*. Proses penyusunan *Citizen's Charter* pelayanan publik sejalan dengan paradigma *good governance*, mengedepankan proses dan prosedur. Pada setiap proses persiapan, perencanaan, perumusan dan penyusunan suatu kebijakan senantiasa mengedepankan kebersamaan dan dilakukan dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan (*stakeholders*).

B. Tujuan dan Sasaran Buku Panduan Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

I. Tujuan

Tujuan dibuatnya buku panduan ini adalah untuk memberikan panduan terhadap peningkatan pelayanan publik melalui penyusunan *Citizen's Charter*.

Secara khusus buku ini bertujuan untuk:

- a. Memberikan penjelasan landasan kebijakan pelayanan publik dan *citizen's charter* pelayanan publik.
- b. Memberikan penjelasan dan pemahaman terhadap pengertian *citizen's charter* dalam peningkatan pelayanan publik.
- c. Memberikan pemahaman langkah-langkah dalam penyusunan *citizen's charter* bidang pelayanan publik secara umum.
- d. Memberikan pemahaman dan penjelasan terkait persiapan, pembentukan dan pengimplementasian CC pelayanan publik.
- e. Memberikan langkah pengorganisaian pemangku kepentingan dalam kaitannya dengan persiapan penyusunan CC yang meliputi: pemahaman dan pemilihan pemangku kepentingan.
- f. Menyediakan pilihan cara-cara memfasilitasi persiapan dan proses pelaksanaan CC pelayanan publik termasuk hasil maupun temuannya.
- g. Mendorong Upaya monitoring dan evaluasi terkait implementasi CC pelayanan publik, termasuk upaya replikasinya.

2. Sasaran

Penyusunan buku panduan ini diharapkan bisa dimanfaatkan terutama bagi semua penyelenggara pelayanan publik pada berbagai level pelayanan, termasuk *stakeholders* terkait antara lain para akademisi, praktisi, pengambil kebijakan dan masyarakat umum yang berkecimpung dalam pelayanan publik.

C. Ruang Lingkup dan Sistematika Buku Panduan

I. Ruang Lingkup Buku Panduan

Buku panduan ini memberikan arahan pemerintah daerah dan *stakeholders* terkait dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik menggunakan pendekatan *citizen's charter*. Untuk itu pembahasan secara detail tahap demi tahap diuraikan agar pengguna panduan ini dapat mereplikasi pengalaman-pengalaman CC pelayanan publik. Pokok-pokok bahasan tersebut adalah: isu pelayanan publik; Pengertian *citizen's charter*; Persiapan dan identifikasi kebutuhan penyusunan CC; Identifikasi *stakeholders* yang terlibat dan pembentukan tim dalam penyusunan CC; Identifikasi dan prioritas

pelayanan publik yang akan difasilitasi perbaikan manajemennya; Alat dan sarana pendukung CC; Hasil langkah penyusunan CC pelayanan publik; Proses-proses penyusunan dan pelaksanaan CC; Proses penyusunan monitoring dan evaluasi serta upaya replikasi.

2. Sistematika Buku Panduan

Bab I Pendahuluan

Pendahuluan meliputi:

- o *Overview* Kebijakan Publik Dan *Citizen Charter* (CC).
- o Tujuan dan Sasaran Buku Panduan.
- o Ruang Lingkup dan Sistematika Buku Panduan.

Bab 2 *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

yang meliputi:

- A. Pengertian dan Peran CC Pelayanan Publik**
Memuat definisi, kepentingan dan manfaat CC dalam Pelayanan Publik.
- B. Manfaat CC dalam Pelayanan Publik**
Manfaat CC pelayanan publik dapat ditinjau dari dua sisi, yaitu dari sisi pengguna pelayanan publik dan dari sisi pemberi pelayanan publik.
- C. Prinsip-Prinsip dalam Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik**
Prinsip penyusunan pelayanan publik meliputi kesederhanaan, kejelasan, keamanan, keterbukaan, efisiensi, keadilan yang merata serta partisipatif.
- D. Tahapan Utama Penyusunan CC Pelayanan Publik** Tahap utama penyusunan CC meliputi: Tahap persiapan; Tahap penyusunan dokumen CC; Tahap legalisasi CC; Tahap implementasi CC; Tahap monitoring dan evaluasi CC; Upaya replikasi CC.
- E. *Prototype* Isi Dokumen CC Pelayanan Publik**
Merupakan contoh dokumen CC pelayanan publik yang telah dibuat dan diimplementasikan pada pelayanan publik.

Bab 3. Langkah Tata Cara Penyusunan CC Pelayanan Publik

- A. Tahap Persiapan**
Persiapan terdiri pemilihan *Stakeholders* yang akan dilibatkan dan pembentukan Tim Kecil dalam penyiapan penyusun CC pelayanan publik.
- B. Proses Penyusunan CC**
Merupakan tahapan penentuan prioritas pelayanan yang akan dibuat CC; Penyusunan *draft* dokumen CC yang meliputi: pembuatan kerangka, pembuatan rencana kerja dan anggaran; dan pengisian *draft* CC secara musyawarah yang terdiri dari: visi, misi, slogan, standar pelayanan, hak dan kewajiban, indikator keberhasilan dan survei kepuasan pelanggan. Selanjutnya upaya untuk melakukan uji coba yang dilakukan di lapangan atau masyarakat. Uji coba dilaksanakan dengan cara bertanya langsung kepada masyarakat terhadap pemahaman atau isi dari dokumen CC. Mencatat *feedback* yang diberikan responden dan melakukan analisis yang selanjutnya digunakan untuk perbaikan (revisi) dokumen CC.

C. Legalisasi Dokumen CC

Pada tahapan ini dilakukan seminar untuk mendeseminasikan dokumen CC kepada masyarakat luas, selain itu juga ada upaya untuk melakukan advokasi terhadap para perwakilan penerima dan pemberi pelayanan untuk selanjutnya bisa dilakukan legalisasi dokumen CC tersebut.

D. Pelaksanaan CC Pelayanan Publik

Pelaksanaan CC pelayanan publik terdiri dari sosialisasi CC pelayanan publik; Persiapan pelaksanaan CC pelayanan publik; Pelaksanaan CC pelayanan publik; Instrumentasi monitoring dan evaluasi CC pelayanan publik; Pelaksanaan monitoring dan evaluasi CC pelayanan publik; Upaya replikasi CC pelayanan publik; Replikasi CC pelayanan publik.

E. Monitoring dan Evaluasi

Pada tahapan ini dilakukan penyusunan instrumen untuk monitoring dan evaluasi pelaksanaan CC. Hasil dari pelaksanaan monitoring dan evaluasi dapat digunakan untuk melakukan perbaikan pelayanan terkait CC pelayanan publik yang dipilih.

F. Upaya Replikasi

Langkah yang dapat dilakukan sebelum pelaksanaan replikasi adalah melakukan kegiatan pertemuan dalam menggali *good practice* CC pelayanan publik; Langkah lain adalah melakukan tukar pengalaman antar tempat pelayanan publik. Persiapan saran dan prasarana pendukung diperlukan demi kesiapan upaya replikasi. Kegiatan ini dilakukan untuk menularkan CC pelayanan publik dari tempat yang telah berhasil melaksanakan CC pelayanan publik.

Empat bab berikutnya merupakan uraian pengalaman penerapan di empat kabupaten yaitu:

- Praktek Terbaik Pengembangan Pelayanan Prima Kesehatan Kabupaten Deli Serdang (Bab 4).
- Praktek Terbaik Penyusunan dan Implementasi *Citizen's Charter* Kominfokes Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Boyolali (Bab 5).
- Praktek Terbaik Penyusunan dan Implementasi *Citizen's Charter* PKD untuk Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Sukoharjo (Bab 6).
- Praktek Terbaik Peningkatan Efektivitas Manajemen Pelayanan Puskesmas Kabupaten Kediri (Bab 7).

Bab 2

Citizen's Charter Pelayanan Publik

A. Pengertian dan Peran *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Citizen's charter (CC), atau pakta pelayanan publik, adalah salah satu jenis pernyataan resmi dari penyelenggara pelayanan publik kepada masyarakat pengguna/pelanggan sebagai “janji” atas kualitas pelayanan publik yang akan diberikan. *Citizen's charter* pelayanan publik mendorong penyedia layanan publik untuk bersama dengan pengguna layanan dan *stakeholders* lainnya untuk menyepakati jenis, prosedur, waktu, biaya, serta cara pelayanan dengan mempertimbangkan keseimbangan hak dan kewajiban antara penyedia layanan, pengguna layanan, serta *stakeholders* terkait.

Citizen's Charter (CC) atau pakta pelayanan merupakan pendekatan penyelenggaraan pelayanan publik yang menempatkan masyarakat sebagai pusat pelayanan. Artinya kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan publik harus menjadi pertimbangan utama dalam keseluruhan proses penyelenggaraan pelayanan publik. Berbeda dengan praktik penyelenggaraan pelayanan publik umumnya, yang menempatkan kepentingan pemerintah dan penyedia layanan sebagai acuan utama dari praktik penyelenggaraan pelayanan, CC menempatkan kepentingan pengguna layanan sebagai unsur paling penting.

Dilihat dari sisi pola penyelenggaraannya, pelayanan publik masih memiliki berbagai kelemahan antara lain:

- a. **Kurang responsif.** Kondisi ini terjadi pada hampir semua tingkatan unsur pelayanan, mulai pada tingkatan petugas pelayanan (*front line*), sampai dengan tingkatan penanggung jawab instansi. Respon terhadap berbagai keluhan, aspirasi, maupun harapan masyarakat seringkali lambat atau diabaikan sama sekali. Bahkan tidak ada loket pengaduan atau unit pengaduan, apalagi petugas yang memberikan tindak lanjut tanggapan.
- b. **Kurang informatif.** Berbagai informasi yang seharusnya disampaikan kepada masyarakat, lambat atau tidak sampai kepada masyarakat. Informasi yang seharusnya disampaikan petugas tersebut mengenai penjelasan terkait tata cara pendaftaran, berapa jumlah uang yang harus dibayarkan, tata cara konsultasi, dsb.
- c. **Kurang aksesibel.** Berbagai unit pelaksana pelayanan terletak jauh dari jangkauan masyarakat, sehingga menyulitkan bagi mereka yang memerlukan pelayanan. Realitas yang terjadi adalah biaya untuk membayar pelayanan publik jauh lebih kecil dibandingkan biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk menjangkau tempat pelayanan tersebut.
- d. **Kurang koordinasi.** Berbagai unit pelayanan yang terkait satu dengan lainnya sangat jarang berkoordinasi. Akibatnya, sering terjadi tumpang tindih ataupun pertentangan kebijakan dalam memberikan pelayanan antara satu instansi pelayanan dengan instansi pelayanan lain yang terkait.
- e. **Birokratis.** Pelayanan pada umumnya dilakukan melalui proses panjang bertingkat-tingkatan, sehingga penyelesaian pelayanan yang terlalu lama. Dalam kaitan dengan penyelesaian masalah pelayanan, kemungkinan staf pelayanan (*front line staff*)

menyelesaikan masalah sangat kecil, dan dilain pihak kemungkinan masyarakat untuk bertemu penanggung jawab pelayanan pada tingkat lebih tinggi juga sulit. Akibatnya, berbagai masalah pelayanan memerlukan waktu yang lama untuk diselesaikan.

- f. **Kurang mau mendengar keluhan/saran/aspirasi masyarakat.** Pada umumnya aparat pelayanan kurang memiliki kemauan untuk mendengar aspirasi dari masyarakat. Akibatnya, pelayanan dilaksanakan dengan apa adanya, tanpa ada perbaikan dari waktu ke waktu. Walaupun ada kotak aduan atau kotak saran, *feedback* untuk memberikan tanggapan terkait saran atau aspirasi pengguna layanan publik sering tidak dilakukan, akibatnya pelayanan yang terjadi akan sama seperti semula yaitu terlalu birokratis dan menghabiskan waktu. Selain itu masih banyak petugas pemberi pelayanan publik yang kurang ramah (misalnya petugas pendaftaran di loket pelayanan).
- g. **Inefisien.** Berbagai persyaratan yang diperlukan seringkali tidak relevan dan tidak sebanding dengan waktu mendapatkan persyaratan dan pelayanan yang diberikan. Demikian halnya jam pelayanan yang diberikan hanya sebatas jam-jam tertentu, padahal masyarakat yang aksesnya jauh dari tempat pelayanan membutuhkan waktu cukup lama untuk sampai tempat tersebut.

Untuk menghindari praktik pelayanan seperti permasalahan di atas, maka CC pelayanan publik dapat mendorong penyedia layanan untuk bersama dengan pengguna layanan dan pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) untuk menyepakati jenis, prosedur, waktu, biaya, serta cara pelayanan. Kesepakatan tersebut harus mempertimbangkan keseimbangan hak dan kewajiban antara penyedia layanan publik, pengguna layanan publik, serta *stakeholders* terkait. Kesepakatan ini nantinya akan menjadi dasar praktik penyelenggaraan pelayanan publik, dengan demikian transparansi, responsifitas, akuntabilitas akan terwujud. Dokumen CC pelayanan publik ini dapat dijadikan bukti yang sah terkait kualitas pelayanan publik yang diterima oleh masyarakat.

Indikator kualitas pelayanan menurut konsumen atau penerima pelayanan publik ada 5 dimensi yaitu (Amy Y.S. Rahayu, 1997:11):

- a. **Tangibles:** fasilitas pelayanan yang dapat dinikmati atau dimanfaatkan oleh para penerima layanan publik yang dapat berupa sarana fisik tempat pelayanan publik (misal Puskesmas, rumah sakit), komputerasi administrasi, ruang tunggu yang bersih dan nyaman, tempat informasi dan aduan yang jelas).
- b. **Realibility:** kemampuan dan keandalan dalam menyediakan pelayanan yang terpercaya, dalam hal ini peralatan penunjang yang memadai, *skill* dan kompetensi petugas yang mumpuni sangat diperlukan.
- c. **Responsivness:** kesiapsediaan dari petugas pemberi pelayanan publik serta kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan publik secara cepat dan tepat serta tanggap terhadap kebutuhan pengguna atau masyarakat.
- d. **Assurance:** jaminan kualitas pelayanan publik yang diberikan, demikian halnya dengan kemampuan dan keramahan serta sopan santun dalam meyakinkan kepercayaan masyarakat pengguna layanan publik.
- e. **Emphaty:** sikap pemberi pelayanan publik yang dapat merasakan apa yang dirasakan oleh pasien atau konsumen, hal ini dapat diwujudkan dalam sikap tegas tetapi ramah dalam memberikan pelayanan kepada konsumen.

B. Manfaat *Citizen's Charter* dalam Pelayanan Publik

Manfaat CC pelayanan publik dapat dibagi dalam dua sisi yaitu dari sisi pengguna pelayanan publik dan dari sisi pemberi pelayanan publik. *Pertama*, dari sisi pengguna layanan publik adalah memberikan jaminan bahwa pelayanan publik akan menjadi lebih responsif, transparan dan akuntabel; Memberikan kemudahan untuk mengakses informasi pelayanan publik dan melakukan kontrol terhadap penyelenggaraan pelayanan publik; Menghargai martabat dan kedudukan pengguna layanan publik sebagai warga yang berdaulat karena ada keseimbangan antara hak dan kewajiban dalam CC pelayanan publik. *Kedua*, dari sisi penyedia atau pemberi pelayanan antara lain: memudahkan dalam melakukan evaluasi terhadap kinerja pelayanan; Membantu memahami kebutuhan dan aspirasi warga, serta *stakeholders* mengenai penyelenggaraan pelayanan publik; Meningkatkan kesadaran masyarakat bahwa pelayanan publik bukan hanya tanggung jawab pemerintah, tetapi menjadi tanggung jawab semua, termasuk warga dan pengguna layanan.

C. Prinsip-Prinsip Penyusunan *Citizen Charters* Pelayanan Publik

Dikaitkan dengan sendi-sendi pelayanan publik maka manajemen dengan pendekatan CC menggunakan prinsip-prinsip penyusunan pelayanan antara lain:

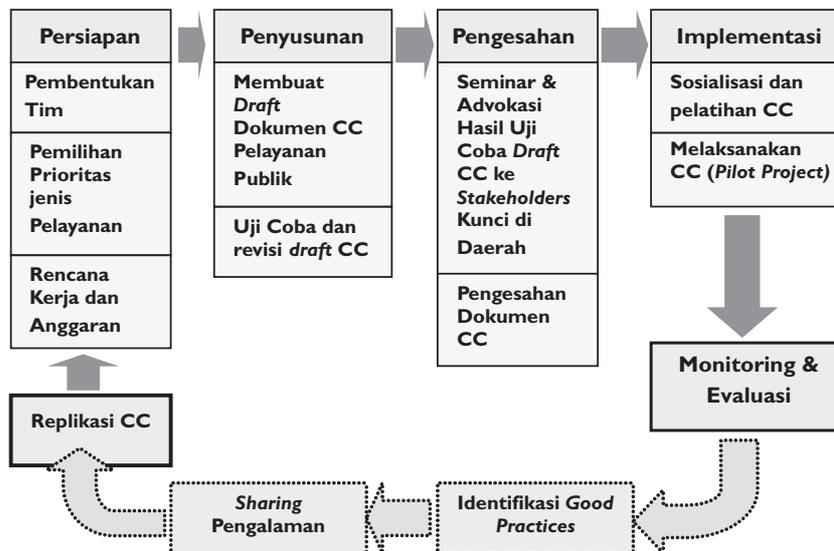
- a. **Kesederhanaan**, Prinsip ini mengandung arti bahwa prosedur atau tata cara pelayanan publik diselenggarakan secara lancar, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan.
- b. **Kejelasan dan Kepastian**, Prinsip ini mengandung arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai: Prosedur/tata cara pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif; Unit kerja dan atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan; Rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya; Jadwal dan waktu penyelesaian pelayanan. Dalam penyusunan ini dokumen yang termuat dalam CC pelayanan publik dimuat prosedur, penanggungjawab atau petugas, biaya, jadwal dan waktu penyelesaian pelayanan maupun aduan, secara jelas dan tegas telah diatur oleh pihak pemberi maupun penerima pelayanan.
- c. **Keamanan**, Prinsip ini mengandung arti proses serta hasil pelayanan dapat memberikan keamanan, kenyamanan dan dapat memberikan kepastian hukum bagi masyarakat. Prinsip ini berarti dengan adanya jaminan kualitas pelayanan publik yang baik maka pemberi maupun penerima pelayanan akan lebih terjaga, demikian halnya dengan kepastian hukum dari kedua belah pihak karena memuat hak dan kewajiban, sehingga tidak merugikan masing-masing pihak.
- d. **Keterbukaan**, Prinsip ini mengandung arti bahwa prosedur, pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian tarif serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka kepada masyarakat, baik diminta maupun tidak diminta. Penyusunan CC pelayanan publik dilakukan secara transparan, seluruh informasi dan data masing-masing pihak dipelajari dan dibahas bersama sebagai landasan penyusunan CC.
- e. **Efisiensi**, Prinsip ini mengandung arti bahwa persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang diberikan. Mencegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan dan terbuangnya waktu pelayanan.

- f. **Keadilan yang Merata**, Prinsip ini mengandung arti bahwa pelayanan publik dapat dijangkau semua pengguna tanpa pengecualian. Selain itu, jangkauan pelayanan harus didistribusikan seluas mungkin secara merata di seluruh wilayah tanggung jawab layanan. Tidak ada diskriminasi berdasarkan jender, usia, ataupun perbedaan tingkat sosial ekonomi atau golongan-golongan tertentu.
- g. **Partisipatif**, Prinsip ini mengandung arti dalam penyusunan CC pelayanan publik dilakukan secara bersama-sama antara pemberi, penerima dan *stakeholders*, sehingga dokumen yang dihasilkan menjadi tanggung jawab dan menjadi fungsi kontrol bagi semua pihak.

D. Tahapan Utama Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Dalam penyusunan CC pelayanan publik terdapat tahapan utama yang sebaiknya ditempuh. Tahapan tersebut digambarkan seperti Skema 1 berikut.

Skema 1. Alur Proses Penyusunan dan Pengimplementasian *Citizen's Charter* Pelayanan Publik



I. Tahap Persiapan

Persiapan dalam rangka penyusunan CC pelayanan publik antara lain:

a. Pembentukan Tim Penyusun CC

Tujuannya adalah memilih anggota dan mempersiapkan pembentukan tim penyusun CC pelayanan publik. Dalam mempersiapkan tim ini, sebaiknya ada tim kecil (*task force*) yang terdiri dari perwakilan pihak pemberi maupun penerima pelayanan serta *stakeholders* lain.

b. Pemilihan Prioritas Jenis Pelayanan

Tujuan dari tahapan ini adalah untuk melakukan identifikasi dan prioritasasi pelayanan publik yang akan dibuatkan dokumen CC di SKPD.

c. **Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran Penyusunan CC.** Tujuan pembuatan rencana kerja dan anggaran adalah mengidentifikasi secara sistematis semua langkah kegiatan beserta sumber daya yang diperlukan, mulai dari tahap persiapan sampai dengan implementasi, serta replikasi CC Pelayanan Publik.

2. Tahap Penyusunan Dokumen CC

a. Membuat *Draft* Dokumen CC Pelayanan Publik

Tujuan dari tahapan ini adalah untuk merancang dan menyusun isi *draft* dokumen CC pelayanan publik secara lengkap dan partisipatif.

Secara umum isi *draft* CC yang perlu disusun meliputi beberapa komponen:

- o Nama/Judul Pelayanan Publik.
- o Visi.
- o Misi.
- o Standar Pelayanan.
- o Hak & Kewajiban Pemberi Pelayanan.
- o Hak & Kewajiban Penerima Pelayanan.
- o Sanksi.
- o Mekanisme Pengaduan.
- o Survei Pengguna Pelayanan.
- o Halaman Pengesahan Dokumen CC.

b. Uji Coba dan Revisi *Draft* Dokumen CC Pelayanan Publik

Pada tahap ini yang dapat dilakukan adalah melakukan pertemuan, membuat materi uji coba, membuat instrumen masukan/*feedback*, melakukan koordinasi dengan *stakeholders* di tempat uji coba, melakukan uji coba *draft* CC; melakukan pertemuan *review* hasil uji coba, melakukan perbaikan *draft* CC. Uji coba dilakukan dengan cara menanyakan langsung dokumen CC pelayanan publik terutama pada standar pelayanan kepada responden yaitu masyarakat umum dan para petugas yang akan memberikan pelayanan publik. Pelaksanaan uji coba dilakukan oleh para peserta dan calon petugas yang terlibat dalam memberikan CC pelayanan publik. Masyarakat yang menjadi responden adalah masyarakat umum dengan berbagai latar tingkat sosial ekonomi. Hasil yang diharapkan adalah terselenggaranya uji coba dan dipahaminya *draft* CC pelayanan publik pada masyarakat pengguna dan pemberi serta mendapatkan masukan untuk perbaikan CC pelayanan publik.

3. Tahap Legalisasi

a. Seminar dan Advokasi CC Pelayanan Publik

Langkah yang dapat dilakukan adalah: Melakukan koordinasi dan pertemuan; Menyusun kepanitiaan; penugasan, dan menyusun kebutuhan (menyusun agenda, membuat daftar peserta dan pembicara, membuat surat undangan, mencari tempat, sumber dana, materi, protokoler); Melaksanakan seminar. Hasil yang diharapkan adalah dukungan publik melalui publikasi dalam seminar CC pelayanan publik tingkat Kabupaten/Kota.

b. Pengesahan CC Pelayanan Publik

Pengesahan dapat dilaksanakan setelah melakukan publikasi dengan langkah melakukan koordinasi tim; Penyiapan dokumen; Advokasi kepada para perwakilan; dan penandatanganan. Hasil yang diharapkan adalah disyiahkannya CC pelayanan publik oleh para perwakilan pihak pemberi dan penerima pelayanan publik.

4. Tahap Implementasi *Citizen's Charter*

a. Sosialisasi dan Pelatihan CC Pelayanan Publik

Sosialisasi dapat dilakukan dengan langkah: Menyiapkan dokumen CC; Melakukan koordinasi internal dan eksternal SKPD, melakukan pertemuan dan sosialisasi; Menyiapkan dokumen atau modul pelatihan; Mengundang petugas pemberi pelayanan CC terkait, Melakukan pelatihan oleh tim CC. Hasil yang diharapkan adalah dokumen CC pelayanan publik tersosialisasi secara internal ke seluruh tempat pelayanan publik yang terkait dalam CC. Sosialisasi penting untuk memperhitungkan kesiapan pemberi pelayanan. Selain itu juga untuk meningkatkan kapasitas pemberi pelayanan publik agar mampu melaksanakan penugasan ini.

b. Penerapan CC Pelayanan Publik

Langkah yang dilakukan adalah: melakukan koordinasi yang dipimpin SKPD terkait untuk melakukan persiapan tempat dan sarana pendukung, mempersiapkan petugas dan menjalankan CC pelayanan publik. Hasil yang diharapkan adalah sarana dan petugas pelayanan siap melaksanakan pekerjaannya.

5. Tahap Monitoring dan Evaluasi

Langkah yang dilakukan antara lain: Melakukan koordinasi dan pertemuan; Membuat instrumen monitoring dan evaluasi; Menyiapkan tim monitoring dan evaluasi; Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan CC; Menganalisis hasil monitoring dan evaluasi. Monitoring bisa dilakukan secara internal (dari para pemberi pelayanan) maupun eksternal (dari pengguna pelayanan atau kelompok independen yang lain).

Hasil yang diharapkan adalah teridentifikasinya faktor pendukung dan penghambat yang dapat dijadikan umpan balik perbaikan dalam pelayanan publik yang terdapat dalam dokumen *citizen's charter*.

Agar kegiatan monitoring dan evaluasi berjalan dengan baik diperlukan: kejelasan petugas yang bertanggung jawab, instrumen monitoring, metode pelaksanaan, indikator keberhasilan, dan waktu pelaksanaan monitoring evaluasi.

6. Upaya Replikasi

Langkah-langkah umum proses replikasi CC di lokasi lain adalah: Melakukan pertemuan; Mengidentifikasi keberhasilan CC pelayanan publik; Mengidentifikasi potensi dan karakteristik yang dimiliki masing-masing tempat pelayanan; Melakukan upaya replikasi ditempat tujuan replikasi.

Hasil yang diharapkan adalah CC pelayanan publik dapat diterapkan di tempat pelayanan publik lain sesuai karakteristiknya. Upaya yang dapat dilakukan agar replikasi efektif antara lain: Melakukan sosialisasi CC pelayanan publik; Melakukan kunjungan ke tempat yang telah berhasil melaksanakan CC pelayanan publik; Melakukan *sharing experience* terkait keberhasilan antar tempat pelayanan publik; Memeriksa kesiapan sarana dan prasarana; Mengkaji kesiapan organisasi dan jaringan; Menyiapkan petugas/tim CC pelayanan publik.

E. *Prototype* Dokumen *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Boks 1

Prototype Citizen's Charter Pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan Kabupaten Boyolali

Visi

Terwujudnya pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan yang MUDAH, CEPAT dan AKURAT di Kabupaten Boyolali.

Misi

1. Menciptakan pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan secara transparan dan profesional.
2. Menjadikan pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan sebagai alat/sarana/media pemberdayaan dan kemandirian masyarakat menuju perilaku hidup sehat tahun 2015.
3. Mewujudkan Komunikasi Informasi Kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat.
4. Menjadikan Komunikasi Informasi Kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

Slogan: "Tiada hari tanpa Komunikasi Informasi Kesehatan."

Standar Pelayanan

a. Jadwal/Waktu pelayanan:

- Jadwal/Waktu pelayanan komunikasi informasi kesehatan rutin:
 - Tingkat Kabupaten Boyolali (DKK):
 - Senin – Kamis : 07.30-13.30 WIB.
 - Jum'at : 07.30-10.30 WIB.
 - Sabtu : 07.30-12.30 WIB.
 - Tingkat Kecamatan (Puskesmas):
 - Senin – Kamis : 07.30-13.30 WIB.
 - Jum'at : 07.30-10.30 WIB.
 - Sabtu : 07.30-12.30 WIB.
 - Tingkat Kelurahan/Desa:
 - Sesuai jadwal Posyandu.
- Jadwal/waktu pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan *Insidental*:
 - Setiap saat (24 jam).

b. Tempat pelayanan:

- Tempat pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan rutin:
 - Di Kabupaten:
 - Dinas kesehatan kabupaten.
 - RSUD PA.
 - Bagian Humas, informasi dan protokol Sekda.
 - PMI.
 - Kantor media cetak dan elektronik.
 - Di Kecamatan:
 - Puskesmas.
 - Puskesmas Pembantu (Pustu).
 - Di Kelurahan/Desa:
 - PKD/Polindes.
 - Posyandu.
- Tempat pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan *Insidental/Emergency*:
 - DKK.
 - RSUD.
 - Puskesmas.
 - PKD, Posyandu, Balai Kelurahan/Balai Desa.
 - Kantor Media Cetak/Elektronik.

Lanjutan Boks 1

c. Petugas pemberi pelayanan komunikasi informasi kesehatan:

- Petugas pemberi pelayanan komunikasi informasi kesehatan **rutin**:
 - Di Kab. Boyolali:
 - DKK (Seksi Promosi dan Infokes).
 - RSUD (bagian Humas dan/PKRS).
 - Forum Komunikasi Wartawan Boyolali.
 - Di Kecamatan:
 - Camat dan kasi Kesmas.
 - Ka. Puskesmas dan petugas Promkes Puskesmas.
 - Di Kelurahan/Desa:
 - Bidan desa, perangkat desa, kader Posyandu.
- Petugas pemberi pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan **Insidental**:
 - Di Kab. Boyolali:
 - Tim Komunikasi Informasi Kesehatan Kabupaten.
 - Media massa (Forum Komunikasi Wartawan Boyolali).
 - Di Kecamatan:
 - Tim Komunikasi Informasi Kesehatan Kecamatan.
 - Di Kelurahan/Desa:
 - Bidan desa dan perangkat desa.

d. Media/Sarana pelayanan:

- Media/sarana pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan **Rutin**:
 - Di Kab. Boyolali:
 - Audiensi.
 - SMS.
 - Papan data/informasi.
 - Media cetak dan elektronik.
 - Rapat koordinasi.
 - Di Kecamatan:
 - Papan data/informasi.
 - Rapat koordinasi.
 - Media cetak.
 - Di Kelurahan/Desa:
 - Penyuluhan.
 - Data dinding/monograf.
 - Media cetak.
- Media/Sarana pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan **Insidental**:
 - Alat komunikasi elektronik.
 - Media elektronik.
 - Media Tradisional (*woro-woro* masjid, *kenthongan*).

e. Tarif/biaya pelayanan:

- Tarif sesuai dengan Perda yang berlaku.
- Pada tataran masyarakat akan digratiskan sesuai dengan ketersediaan sumber daya dan tujuan pemanfaatan Komunikasi Informasi Kesehatan

Lanjutan Boks 1

Alur Pelayanan

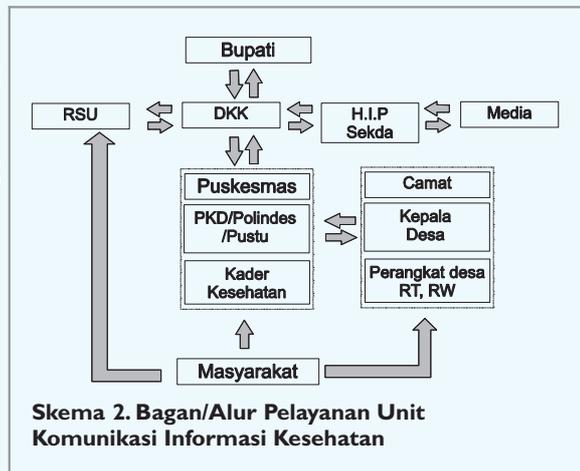
Tata cara pengguna unit pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan:

Umum

1. Memanfaatkan pelayanan pada waktu yang telah ditentukan.
2. Menghubungi unit pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan.
3. Menyebutkan identitas.
4. Petugas menanyakan kebutuhan pengguna.
5. Pengguna menyampaikan kebutuhan Komunikasi Informasi Kesehatan.
6. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan pengguna dengan ramah.

Insidental

1. Memanfaatkan pelayanan pada saat insidental.
2. Menghubungi tim pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan yang ditunjuk:
 - a. Bidan desa.
 - b. Ka. Puskesmas.
 - c. Ka. Dinkes.
3. Petugas pelayanan komunikasi dan informasi kesehatan yang dihubungi, segera menindaklanjuti laporan.



Unit Pengaduan Masyarakat

Apabila terjadi keluhan karena pelayanan yang kurang memuaskan, dapat disalurkan melalui:

- Kotak saran DKK, Puskesmas.
- Telpon dan SMS kepada Unit Informasi Promkes DKK no: -xxxxxx (sewaktu-waktu KLB emergency).
- Kepala DKK, Puskesmas, kader.
- Media (sewaktu-waktu).
- LSM.

Lanjutan Boks 1

Kewajiban dan Hak

Hak dan kewajiban pemberi pelayanan

Sesuai SPM bidang kesehatan kabupaten Boyolali dan Perda No 6 th 2007, tentang Pelayanan Publik.

- **Kewajiban**
 - Memberikan informasi/edukasi kesehatan secara periodik.
 - Menetapkan unit informasi dan pengaduan di tiap pusat pelayanan kesehatan (Bab IV pasal 7 ayat 3).
 - Memberikan informasi kepada pengguna informasi kesehatan (Bab III Pasal 5) secara santun, ramah dan tidak diskriminatif.
- **Hak**
 - Menolak memberikan informasi khusus (yang sifatnya rahasia) dengan alasan tertentu.
 - Mendapatkan informasi yang benar, jujur dan dapat dipertanggungjawabkan dari pengguna pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan.

Hak dan kewajiban pengguna pelayanan

- **Kewajiban:**
 - Mentaati prosedur dan mekanisme yang telah ditentukan.
 - Memelihara dan menjaga sarana dan prasarana Komunikasi Informasi Kesehatan yang.
 - Memberikan informasi yang benar, jujur dan dapat dipertanggungjawabkan.
- **Hak:**
 - Mendapatkan informasi secara mudah, cepat, tepat dan akurat serta lengkap.
 - Mendapatkan pelayanan informasi secara santun, ramah dan tidak diskriminatif.
 - Memberikan saran untuk perbaikan pelayanan.

Survei Pengguna Layanan

- Melakukan survei kepuasan pelanggan setahun sekali.
- Menyampaikan hasil survei secara terbuka dan/atau melalui media massa kepada masyarakat secara periodik.

Penutup

Dengan telah tersusunnya salah satu bentuk Komunikasi Informasi Kesehatan di Kabupaten Boyolali, maka perlu didukung adanya komitmen dari seluruh masyarakat di Kabupaten Boyolali.

Bersama dengan masyarakat di Kabupaten Boyolali Kita sukseskan *citizens' charter* Komunikasi Informasi Kesehatan Kabupaten Boyolali.

Boyolali, 16 April 2008

Mengetahui,

Perwakilan Masyarakat

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali

(A Yani)

dr. Yulianto Prabowo, MKes
NIP

Bab 3

Proses Fasilitasi Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik di SKPD

Dalam penyusunan *citizen's charter* bidang pelayanan publik terdapat tahapan utama yang sebaiknya ditempuh. Upaya ini dilakukan agar dalam penyusunan *citizen's charter* dilakukan secara terstruktur dan sistematis, sehingga mudah dipahami. Adapun tahapan penyusunan *citizen's charter* meliputi:

- a. **Tahap Persiapan Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Penyelenggara (SKPD Inisiator) bersama tim fasilitator melakukan persiapan penyusunan CC yang meliputi kegiatan: Koordinasi; Pemilihan *stakeholders* relevan yang akan dilibatkan; Pertemuan untuk pembentukan Tim Kecil; Pertemuan Penyusunan prioritas pelayanan publik dan rencana kerja untuk penyusunan CC.
- b. **Proses Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Tahap ini Tim Kecil memfasilitasi pertemuan *stakeholders* untuk: merancang *draft*, menyusun isi *draft* dokumen CC secara lengkap dan partisipatif.
- c. **Tahap Uji Coba dan Finalisasi Dokumen *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Tahapan uji coba dilakukan untuk menilai pemahaman pihak pengguna dan pemberi pelayanan terhadap dokumen CC yang telah dibuat, sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk penyempurnaan *draft* yang telah dibuat.
- d. **Pelaksanaan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Pada tahap ini meliputi: seminar CC pelayanan publik; legalisasi CC; sosialisasi; persiapan pelaksanaan dan pelaksanaan CC; monitoring dan evaluasi pelaksanaan serta replikasi CC pelayanan publik.

Tahapan penyusunan *citizen's charter* pelayanan publik secara runtut dapat dijelaskan sebagai berikut:

A. Tahap Persiapan

I. Pemilihan *Stakeholders* dan Pembentukan Tim Penyusun CC Pelayanan Publik SKPD

Tujuan

Tujuannya adalah memilih dan mempersiapkan pembentukan tim penyusun CC pelayanan publik. Dalam mempersiapkan tim ini, sebaiknya ada Tim Kecil (*task force*) yang terdiri dari perwakilan pihak pemberi maupun penerima pelayanan serta *stakeholders* lain.

Keluaran

1. Terpilihnya *stakeholders* yang cukup representatif dan bersedia dilibatkan dalam Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD.
2. Terbentuknya secara resmi Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD.
3. Tim Penyusun CC mampu membuat agenda dan rencana kegiatan maupun alokasi anggaran pendukungnya.

Metode

Pemaparan dan Diskusi Kelompok atau Workshop.

Langkah-langkah

1. Kepala SKPD mendiskusikan secara internal dengan beberapa staf inti untuk menentukan kriteria dan jumlah serta keterwakilan unsur/*stakeholders* (pemberi pelayanan & penerima pelayanan) yang akan dijadikan sebagai calon anggota Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD tersebut.
2. Pemilihan *stakeholders* sebagai calon Tim Penyusun CC Pelayanan Publik ini disesuaikan dengan peran masing-masing *stakeholders*.
3. Kepala SKPD selanjutnya mengirimkan surat undangan kepada calon anggota Tim tersebut untuk menghadiri acara pembentukan Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD.
4. Menggelar rapat koordinasi untuk pembentukan Tim CC didahului oleh pemaparan Kepala SKPD tentang konsep dasar dari CC dan penjelasan tentang kriteria, tugas dan tanggung jawab sebagai Tim Penyusun CC Pelayanan Publik dan diakhiri dengan pembuatan rencana kegiatan dan perkiraan alokasi anggarannya.
5. Pembuatan Surat Keputusan oleh Kepala SKPD dan diserahkan secara resmi kepada Tim Penyusunan CC SKPD.

Informasi yang Disiapkan

1. Daftar *stakeholders* dari unsur pemberi pelayanan dan penerima pelayanan yang dicalonkan sebagai anggota Tim Penyusun CC.
2. Bahan presentasi berisi konsep dasar dari CC dan beberapa aturan terkait lainnya.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Proses pemilihan *stakeholders* yang akan terlibat dalam penyusunan CC penting karena menyangkut keterwakilan dan keberlanjutan dari pakta pelayanan yang akan dijalankan. Selain keterwakilan dari komponen masyarakat maka soliditas tim juga akan terbentuk dengan baik. Partisipasi dari berbagai *stakeholders* akan membuat tim ini langgeng. Selain itu, pemilihan *stakeholders* yang akan terlibat perlu mempertimbangkan komitmen dan loyalitas para calon, karena proses pembuatan CC sampai dengan implementasi membutuhkan waktu yang panjang.
- Cara pengidentifikasian *stakeholders* secara garis besar dapat dibagi kedalam empat klasifikasi peran yaitu: (1) **Penerima:** Sasaran pelayanan adalah orang yang menjadi sasaran pemberian pelayanan publik; (2) **Penentu kebijakan/pembuat keputusan:** adalah orang atau organisasi yang dapat membuat keputusan terkait pelayanan publik; (3) **Penyelenggara:** Pemberi/penanggung jawab pelayanan adalah orang atau organisasi yang memberikan pelayanan publik; dan (4) **Pihak lain:** pihak yang bukan termasuk salah satu di atas, atau yang tidak terlibat secara langsung dalam pelayanan publik.
- Kekompakan antara Kepala SKPD dan staf inti akan menjadi salah satu faktor penentu utama keberhasilan dan kelancaran penyusunan CC.
- Keterwakilan maupun keterlibatan dari semua unsur/bidang yang ada dalam struktur SKPD akan sangat menentukan pula kelancaran proses penyusunan sampai dengan pengimplementasian maupun replikasi CC.

- Perlu dibuatkan aturan main yang jelas tentang kriteria, pembagian tugas dan kewenangan masing-masing anggota Tim Penyusun CC.
- Beberapa contoh kriteria anggota tim penyusun CC antara lain:
- Mempunyai pengalaman dalam mengelola dan atau memanfaatkan secara langsung pelayanan publik.
- Mempunyai wawasan dan kepedulian pada masalah pelayanan publik.
- Mempunyai kesiapan waktu yang memadai.
- Sebaiknya sebelum ditetapkan secara resmi, masing-masing anggota tim terlebih dahulu mengisi surat pernyataan kesediaan dan kalau perlu juga diperkuat dengan surat ijin dari instansi/atasan tempat mereka bekerja.
- Pada saat pembentukan Tim Penyusun CC sebaiknya juga dapat diputuskan apakah akan mengangkat tim fasilitator untuk membantu proses dan pekerjaan dari Tim Penyusun CC. Adapun kriteria calon fasilitator yang dibutuhkan dalam penyusunan CC Pelayanan Publik antara lain:
 - √ Mempunyai pemahaman yang cukup tentang peraturan/ regulasi terkait pelayanan publik.
 - √ Mempunyai pengalaman yang cukup dalam memfasilitasi terutama teknik fasilitasi yang partisipatif.

Tabel 1. Perkiraan Waktu

No	Kegiatan	Minggu Ke-			
		1	2	3	4
1	Diskusi internal SKPD untuk identifikasi <i>stakeholders</i> & pembuatan surat undangan kepada calon anggota Tim Penyusun CC.				
2	Pertemuan koordinasi Pembentukan Tim Penyusun CC. Pertemuan ini penting untuk memberi pemahaman tentang CC dan diikuti dengan pembuatan rencana kegiatan, anggaran & Tupoksi tim.				
3	Pembuatan dan penyerahan SK Kepala SKPD kepada Tim Penyusun CC.				

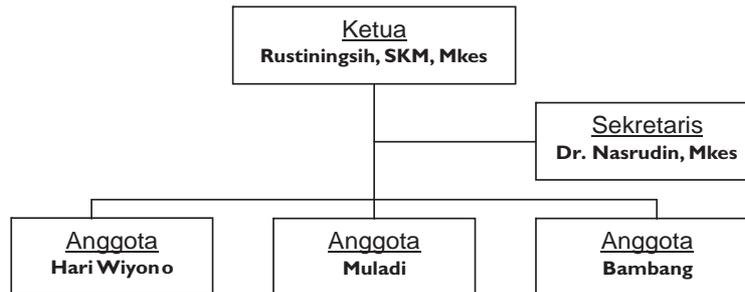
Tabel 2. Contoh *instrument* untuk Identifikasi *stakeholders*

No	Nama Stakeholders	Klasifikasi Peran	Keterangan/Alasan

Pertanyaan Kunci untuk mengisi Tabel 2 di atas:

- Menurut Saudara siapa saja yang mungkin terlibat dalam penyusunan *Citizens Charter* Pelayanan Publik di SKPD ini?
- Dimana posisi yang paling pas untuk masing-masing *stakeholders* tersebut sesuai 4 klasifikasi peran yang tersedia (*client, decision maker, designer* atau *passively involment*)?
- Sebutkan alasan Saudara mengapa mereka perlu dilibatkan dalam penyusunan *Citizens Charter* Pelayanan Publik di SKPD ini?

Skema 3. Susunan Organisasi Tim Penyusun CC SKPD (Contoh)



Tabel 3. Resume Hasil Identifikasi *Stakeholders* Sebagai Tim Penyusun CC Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) di Kabupaten Sukoharjo Tahun 2008 (Contoh)

No	Nama Stakeholders	Klasifikasi Peran
	Ka. Promkes.	Pemberi pelayanan.
	Ka. Puskesmas.	Pengambil keputusan.
	KIA/Bidan.	Pemberi pelayanan.
	Jurim.	Pemberi pelayanan.
	Gizi.	Pemberi pelayanan.
	Muspika.	Tidak terlibat langsung.
	RB.	Pemberi pelayanan.
	Kader/SKD.	Pemberi pelayanan.
	PKK.	Pemberi pelayanan.
	Media.	Tidak terlibat langsung.
	LSM.	Tidak terlibat langsung.
	Bumil/Buteki.	Sasaran.
	Posyandu.	Pemberi pelayanan/Sasaran.
	Kades/Masyarakat.	<i>Client</i> .

2. Penentuan Prioritas Pelayanan Publik yang Akan Dibuat CC

Isu-isu atau permasalahan kesehatan dapat dipilih sebagai contoh. Saat ini isu kesehatan menjadi perhatian besar dunia internasional, isu global ini pada akhirnya juga menjadi pusat perhatian di tingkat nasional maupun daerah. Kemajuan ini ditunjukkan dengan bertambahnya Kebijakan-kebijakan mengenai perbaikan pelayanan kesehatan. Dorongan perbaikan pelayanan kesehatan bukan saja datang dari dunia internasional, permasalahan kesehatan yang dirasakan dan banyak dikeluhkan oleh masyarakat pengguna juga menjadi tantangan yang harus dijawab pemerintah. Isu prioritas lain misalnya adanya kebijakan mengenai pelayanan yang bersih dan berwibawa, pemberdayaan UKM, Lingkungan bersih dan sehat, dsb.

Pelibatan fasilitator dalam penentuan prioritas bersama *stakeholders* akan lebih baik. Pertemuan yang difasilitasi orang luar akan mengurangi beban psikologis peserta karena berbagai alasan, misalnya: sungkan, takut karena kedudukannya, kecurigaan membela kepentingan tertentu, dsb. Selain itu, fasilitator dapat membantu semua peserta secara aktif menyampaikan ide, merumuskan poin-poin penting, mengarahkan diskusi pada tujuannya, sampai meriview hasil-hasil yang dicapai Tim Penyusunan CC.

Tujuan

Tujuan dari tahapan ini adalah untuk melakukan identifikasi dan prioritasasi pelayanan publik yang akan dibuatkan dokumen CC di SKPD.

Keluaran

- Terpilihnya satu jenis pelayanan publik yang akan difasilitasi penyusunan dokumen *Citizens Charter*-nya.
- Tim Penyusun CC secara partisipatif mampu bermusyawarah dalam penetapan pelayanan prioritas.

Metode

Diskusi Kelompok atau Lokakarya.

Langkah-langkah

- Tiap anggota tim diminta mendeskripsikan minimal 3 jenis pelayanan yang paling sering dikeluhkan kepada SKPD dan menuliskannya dalam kertas metaplan.
- Pemimpin diskusi/fasilitator melakukan konfirmasi ulang terhadap semua jawaban peserta satu persatu dan jika sudah dianggap jelas maka jawaban tersebut ditempel di dinding/kertas plano.
- Selanjutnya semua peserta diminta mengelompokkan setiap jawaban yang mirip/sama (*clustering*), demikian seterusnya sampai semua jawaban bisa masuk ke dalam kelompok masing-masing.
- Jika dipandang perlu peserta diminta memberikan judul baru yang lebih sesuai pada masing-masing kelompok jawaban tersebut.
- Setelah itu peserta diminta memberikan penilaian menggunakan alat yang disediakan. Alat ini berguna untuk menilai tiap kelompok jawaban berdasarkan beberapa kriteria dan bobot tertentu sehingga pada akhirnya peserta dapat menentukan sendiri prioritas jenis pelayanan mana yang paling tepat untuk dibuatkan dokumen *citizen's charter*.

Informasi yang Disiapkan

- Laporan evaluasi/profil kinerja pelayanan yang selama ini ada di SKPD terutama dikaitkan dengan pencapaian standar pelayanan tertentu (misalnya standar pelayanan minimal/ SPM).
- Hasil survei kepuasan pengguna/masyarakat terakhir (jika memang pernah dilakukan).

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Metode pengambilan keputusan untuk menentukan jenis pelayanan publik yang akan diprioritaskan pembuatan *citizen's charter*-nya sedapat mungkin dilandasi oleh kecermatan dan ketepatan saat memilih teknik dan alat yang memungkinkan proses partisipatif tetap bisa berjalan efektif namun tanpa menyita waktu yang terlalu lama sehingga mengakibatkan peserta menjadi bosan.
- Masing-masing teknik/alat yang dipakai pada dasarnya memiliki keunggulan dan keterbatasan masing-masing sehingga yang harus dikedepankan saat memilih teknik/alat untuk prioritas adalah segi kepraktisan (kemudahan untuk digunakan secara cepat) sekaligus keakuratannya (kemampuannya untuk menilai secara obyektif tiap alternatif pilihan yang ada).

Perkiraan Waktu

1 hari *workshop*.

Template (Tabel 4)

Melakukan prioritas jenis pelayanan, banyak metode yang dapat digunakan terkait upaya prioritas jenis pelayanan publik, di antaranya dengan metode *Multiple Criteria Utility Assessment* (MCUA), metode *Voting* Terbobot, Metode *Hanlon, Delbecq*, dsb.

Tabel 4. Contoh Matriks MCUA (*Multiple Criteria Utility Assesment*) untuk Prioritasi Masalah Pelayanan Publik yang akan Dijadikan CC

Kriteria	Bobot (B)	Masalah Pelayanan Publik									
		Pelayanan a		Pelayanan b		Pelayanan c		Pelayanan d		Pelayanan e	
		Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB
Besar/Luas											
Gawat/Serius											
Kemudahan Penanggulangan											
dst											
Jumlah SxB											

S = merupakan notasi dari skor dan B merupakan notasi dari bobot.

Langkah-langkah:

1. Menetapkan Kriteria
Kriteria yang dapat disepakati dalam menentukan pemilihan masalah pelayanan

publik antara lain: besar masalah dari pelayanan publik itu sendiri; kegawatan atau keseriusan dari masalah pelayanan publik yang ada; kemudahan dalam menanggulangi masalah tersebut.

2. Melakukan Pembobotan Kriteria

Lakukanlah pembobotan atau penentuan kepentingan relatif dari setiap kriteria yang telah dipilih, artinya kriteria mana yang dianggap yang terpenting, itu yang diberi bobot tertinggi dan yang kurang penting diberi bobot yang terendah. Misalnya kisaran pembobotannya 1-10 (pembobotan secara mutlak), artinya bobot yang terendah 1 sedang yang tertinggi 10. Hanya satu kriteria yang akan diberi kriteria tertinggi dan hanya satu pula kriteria yang akan diberi kriteria terendah. Mengenai kisaran pemberian bobot ini tergantung dari kesepakatan kelompok (tentunya berdasarkan data atau fakta yang ada). Bobot kriteria juga dapat diberikan dengan memberikan persentase masing-masing kriteria, kriteria yang dianggap penting diberikan persentase besar dan sebaliknya, dan jika dijumlah bobot relatif masing-masing kriteria mencapai 100 %.

3. Membuat Skor Masing-masing Kriteria Terhadap Masing-masing Masalah

Setiap Kriteria diberi skor terhadap masing-masing Masalah artinya estimasi berapa besarnya pengaruh masalah terhadap Kriteria ini, apabila pengaruhnya besar, maka diberi skor yang lebih tinggi, sedang apabila dianggap pengaruhnya kurang, maka diberi skor yang lebih kecil, misalnya kisaran angka pemberian skor 1-10, 1-7, 1-5. Skor tersebut bisa dianalogikan mulai dari sangat besar diberikan skor 5, besar diberikan skor 4, cukup besar diberikan skor 3, kurang besar diberikan skor 2 dan tidak besar diberikan skor 1.

4. Mengalikan Skor dengan Bobot (S x B)

Kalikan masing-masing skor dengan bobot pada kriteria yang telah diberikan pada masing-masing kolom masalah pelayanan publik. Dengan demikian akan didapatkan nilai SKOR kali BOBOT untuk masing-masing kriteria dan masalah. Jumlahkanlah hasil perkalian tersebut untuk masing-masing masalah pelayanan publik, dengan jalan menjumlahkan ke bawah dan masalah pelayanan publik dengan jumlah perkalian tertinggi yang akan dipilih menjadi Prioritas Masalah Pelayanan Publik yang akan dibuat *citizen's charter*.

Tabel 5. Hasil Pemanfaatan MCUA dalam Penentuan Prioritas Jenis Pelayanan Kesehatan yang Akan Dibuatkan Dokumen CC di Kab. Sukoharjo Tahun 2007

Kriteria	Bobot (B)	Jenis Pelayanan Publik									
		Pelayanan SMD		Pelayanan Imunisasi		Pelayanan PKD		Pelayanan Surveilans		Pelayanan Penyuluhan	
		Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB
Besar/Luas	3	3	9	3	9	3	9	1	3	2	6
Gawat/Serius	2	2	4	3	6	2	6	2	4	2	4
Kemudahan Penanggulangan	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1	1
Jumlah SxB			16		16		18		13		11

Keterangan:

Total skor dikalikan bobot untuk SMD dan Imunisasi didapatkan 16; untuk PKD 18; untuk Surveilans dan Penyuluhan masing-masing 13 dan 11. Sehingga diprioritaskan pelayanan PKD sebagai prioritas pelayanan yang akan di buat CC dengan jumlah skorx bobot paling tinggi, karena ujung tombak pelayanan kesehatan yang langsung bersentuhan dengan masyarakat dan dapat meningkatkan kegiatan-kegiatan peningkatan kesehatan adalah PKD yang sekarang bernama Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

3. Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran

Penyusunan rencana kerja dan penganggaran CC pelayanan publik diperlukan untuk pembagian tugas dan tanggung jawab masing-masing personil atau institusi. Konsep siapa mengerjakan apa akan lebih baik bila dimusyawarahkan bersama. *Sharing* sumber daya dari masing-masing anggota akan lebih jelas, walaupun tidak harus dibagi sama rata. Metode pendekatan partisipatif yang dapat dipergunakan adalah metode *plan of action* (PoA).

Tujuan

Tujuan pembuatan rencana kerja dan anggaran adalah mengidentifikasi secara jelas dan sistematis semua langkah kegiatan beserta sumber daya yang diperlukan mulai dari tahap persiapan sampai dengan tahap implementasi dan replikasi CC.

Keluaran

Tim Penyusun CC secara partisipatif mampu membuat sebuah rencana kerja beserta anggarannya lengkap mulai dari persiapan sampai dengan implementasi penyusunan dokumen CC di SKPD dan rencana replikasinya.

Metode

Diskusi Kelompok atau *Workshop*.

Langkah-langkah

1. Definisikan tujuan penyusunan CC pelayanan publik dengan pendekatan SMART (*specific, measurable, accountable, realistic dan timebounds*).
2. Inventarisasi jenis kegiatan dan tahapannya yang akan dilaksanakan terkait penyusunan CC pelayanan publik di SKPD.
3. Identifikasi semua sumber daya (keuangan dan non keuangan) yang dibutuhkan untuk pencapaian tujuan maupun pelaksanaan kegiatan yang sudah diinventarisir sebelumnya.
4. Tentukan indikator dari masing-masing kegiatan/komponen yang diperlukan dalam penyusunan CC secara jelas dan terukur/obyektif.
5. Susun *draft* rencana kerja dan anggaran. *Draft* rencana kerja dan anggaran dapat dibuat dengan membuat tabel yang memuat unsur-unsur: kegiatan, alokasi biaya, *output*, penanggung jawab, jadwal dan keterangan-keterangan yang diperlukan.

Informasi yang Disiapkan

- Laporan evaluasi/profil kinerja pelayanan yang selama ini ada di SKPD terutama dikaitkan dengan pencapaian standar pelayanan tertentu (misalnya standar pelayanan minimal/SPM).
- Hasil penentuan prioritas jenis pelayanan publik yang disepakati oleh Tim Penyusun CC sebelumnya.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Metode pengambilan keputusan untuk menentukan jenis pelayanan publik yang akan diprioritaskan pembuatan CC-nya sedapat mungkin dilandasi oleh kecermatan dan ketepatan. Usahakan pada saat memilih teknik dan/alat selalu memberikan ruang partisipasi aktif bagi seluruh peserta, namun tetap dapat menjaga efektivitas kerja dan tidak menyita waktu. Partisipasi yang produktif akan menghindarkan peserta dari kebosanan dalam mengikuti proses diskusi

yang panjang.

- Masing-masing teknik/alat yang dipakai pada dasarnya memiliki keunggulan dan keterbatasan, sehingga yang harus dikedepankan saat memilih teknik/alat untuk prioritas adalah segi kepraktisan (kemudahan untuk digunakan secara cepat) sekaligus keakuratannya (kemampuannya untuk menilai secara obyektif tiap alternatif pilihan yang ada).

Perkiraan Waktu

1 hari

Boks 2 Langkah Fasilitasi

Contoh:

Penyusunan Rencana Kegiatan *Good Practices* Desa Siaga di Sukoharjo 2007

Tahap I: Peserta diajak merumuskan Konteks dengan pendekatan *Brainstorming*

Perumusan konteks tersebut dengan beberapa panduan pertanyaan untuk memperoleh gambaran kegiatan antara lain:

- *Apa*: Rencana tindak kegiatan untuk *good practices* Desa Siaga (Desi) di Sukoharjo.
- *Kapan*: 2008.
- *Dimana*: Sukoharjo.
- *Mengapa*: Mendukung Sukoharjo Sehat 2010.
- *Bagaimana*: Membuat *Good Practice* Desa melalui PKD.
- *Oleh Siapa*: *Stakeholders* Desa Siaga.

Tujuan Rasional:

Kegiatan *good practices* untuk Desa Siaga Sukoharjo Tahun 2007.

Tujuan Eksperiensial:

- Untuk membuat para *stakeholders* merasa lebih percaya diri dalam pengembangan *good practices* Desa Siaga.
- Untuk membuat kebersamaan para *stakeholders* Desa Siaga dan masyarakat di Sukoharjo.

Tahap II: Menentukan Indikator Keberhasilan

Indikator Keberhasilan *follow-up* CC PKD

1. Ada dukungan lintas sektor.
2. Ada SK desa atau Perdes PKD dan SK Bupati.
3. Tersedia sumber dana dan sarana prasarana (Sarpras).
4. Ada forum/pokja Desa Sehat Aktif.
5. Ada pedoman penyelenggaraan PKD.
6. Ada tenaga medis/non medis.
7. Ada rencana kerja PKD.

Tahap III: Menilai Realitas yang Ada

Kekuatan/Pendukung:

1. Ada tenaga (SDM).
2. Ada sarana dan prasarana.
3. Ada Kemauan/komitmen dari petugas.

Lanjutan Boks 2

4. Dukungan masyarakat.
5. Sudah ada buku pedoman penyelenggaraan PKD.

Kelemahan/Penghambat:

1. Skill kurang, tenaga belum terkoordinasi.
2. Sarpras belum merata/kurang.
3. Minimalnya dana.
4. Pemahaman masyarakat terhadap PKD.
5. Distribusi buku pedoman penyelenggaraan PKD tidak merata.

Tahap IV: Pembuatan Komitmen

“PKD berkualitas masyarakat sehat”.

Tahap V: Penentuan & Pengelompokan kegiatan kunci

Pada tahap ini proses fasilitasi dilakukan dengan cara mengidentifikasi kegiatan kunci maupun target yang akan dicapai terkait penyelenggaraan pelayanan CC PKD nantinya. Masing-masing peserta diberi kertas meta plan, untuk mengidentifikasi kegiatan kunci dengan bantuan pertanyaan: *Kegiatan kunci apa saja yang harus dilakukan untuk membuat good practices dalam pelayanan CC PKD untuk Desa Siagai Di Sukoharjo 2007?*

Lakukan Brainstorming dan metode Lokakarya dengan langkah:

- Tulis kegiatan kunci dalam kertas meta plan, satu kertas satu ide, huruf besar, 7 kata, tulis melebar (*landscape*).
- Kegiatan kunci ditulis dalam kata kerja.
- Jangan menuliskan “membuat panitia”.
- Tempelkan di papan/tembok.
- Kelompokkan dan buat judul.

Hasil:

Target:

1. Terwujudnya kemandirian masyarakat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan (Yankes)/Sadar Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)/Upaya Kesehatan Masyarakat(UKM).
2. Terwujudnya penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)/bencana secara cepat dan tepat.
3. Ada upaya deteksi dini faktor resiko.
4. Angka Bebas Jentik (ABJ) > 95 %.
5. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat setempat (AKI,AKB, Status Gizi, UHH dst).
6. Peningkatan strata UKBM (Posyandu, Pos Obat Desa).
7. Persentase masyarakat yang menggunakan PKD bertambah (*Visit Rate* 15 %).
8. *Customer satisfaction* > 70 %.
9. Ada hadiah dan hukuman (*reward* dan *punishment*).
10. Ada kegiatan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Lanjutan Boks 2

Kegiatan Kunci:

- Melaksanakan rapat dan Koordinasi.
- Mengadvokasi anggota dewan dan bupati.
- Menyusun standarisasi PKD.
- Melaksanakan pelatihan.
- mendeseminasi informasi CC (Sosialisasi hasil CC).
- Melaksanakan studi Banding.
- Penyusunan PoA dan anggaran.
- Melaksanakan Monitoring dan evaluasi Monev.

Tahap VI: Penjadwalan dan Penugasan

Lakukan *Plan of Action*

- Minta peserta menuliskan nama mereka dalam kertas kecil.
- Minta peserta menempelkan kertas kecil yang bertuliskan nama mereka pada judul yang telah ditulis.
- Setelah semua judul terisi (minimal 2 orang nama), maka selanjutnya kelompok ini disebut TIM KERJA.
- Cek kembali, adakah nama yg belum tertempel atau jumlahnya kurang dari dua.
- Salah satu dari masing-masing TIM KERJA maju ke depan untuk mengambil kartu ide/meta plan (salah satu kegiatan kunci).
- Masing-masing TIM KERJA membuat *Action Plan* dan jadwal kegiatannya.
- Buatlah kolom:
 - Kolom vertikal menunjukkan Judul Kegiatan-kegiatan kunci.
 - Kolom horizontal menunjukkan tanggal atau waktu kegiatannya.
 - Kolom horizontal terakhir berisi tim kerja.
- TIM KERJA harus mengurutkan kegiatan berdasar urutan waktu (kronologis).
- Masing-masing tim kerja mempresentasikan hasilnya.
- Setelah semua selesai mempresentasikan hasil, tanyakan apakah kegiatan kunci telah diidentifikasi sesuai kronologi yang benar. Jika perlu lakukan perubahan.
- Minta peserta melihat kembali kalender kegiatan yang mereka buat, bandingkan dengan kalender kegiatan tim kerja lain.
- Tanyakan pada kelompok tentang kegiatan umum apa yg perlu dijadwalkan dalam kalender (misal rapat koordinasi antar ketua tim kerja).
- Cek kembali kegiatan yg telah dijadwalkan; Mekanisme koordinasi; Alokasi sumber daya.

Contoh Hasil:

Penanggung jawab tugas Kegiatan dan Tim Kerja dalam Tindak lanjut CC PKD (Poliklinik Kesehatan Desa):

1. Rapat dan Koordinasi: Yuda, Sri Hartani, Bambang S.
2. Advokasi anggota dewan dan bupati: Tatik OS, Bambang H, Sukidi.
3. Standarisasi PKD: Bejo R, Yunianti dan Sri Wahyuni.
4. Pelatihan: Lilis, Mursinem, dan Linda.
5. Deseminasi informasi/Sosialisasi hasil CC: Tuwiyono, Hari, Maya.
6. Studi Banding: Dwi Pur, Rusti.
7. Penyusunan PoA dan anggaran: Agus, Utami dan Salamah.
8. Monev: Kristini, Jumali, Sumi Rahayu.

Tabel 6. Matriks Hasil Penyusunan Rencana Kerja atau *Plan Of Action (POA)* Pembuatan *Good Practices* Implementasi CC dalam Program Desa Siaga di Sukoharjo 2007

Program	Penanggung Jawab	Rincian Kegiatan	Keluaran	Unit (frekuensi)	Biaya (juta)	Jadwal
Rapat Koordinasi (A.Yuda K., Sri Hartani).	Sie rapat.	Penyusunan piagam (CC) dan pembentukan tim penyusun.	Tersusun <i>draft</i> CC dan terbentuk tim penyusunnya.	35	1,05 jt.	Des.'08.
	Sie rapat.	Rapat finalisasi CC		48	1,88 jt.	Des.'08.
	Sie rapat.	Rapat persiapan advokasi dan sosialisasi.		30	0,45 jt.	Des.'08.
	Sie rapat.	Rapat persiapan pencaangan CC.		40	0,6 jt.	Des.'08.
Standarisasi PKD (Bejo Raharjo, Yunianti, Yuni).	<i>Task force</i> , TP PKK Kec, IBI, PPNI.	a. Rapat penyusunan standar PKD.		7 x	2 jt.	Jan.'08.
	<i>Task force</i> .	b. Pelaksanaan standarisasi PKD di 21 puskesmas.		4 x	5 jt.	Feb-des.'08.
Sosialisasi CC PKD (Maya, Tuwiyono, Hari).	Pokjantal kab.	a. sosialisasi <i>draft</i> CC tk kab.	Masukan utk penyempurnaan <i>draft</i> CC.	1 x	2 jt.	Des II.'07.
	Ketua tim <i>task force</i> kab.	b. masukan ke tim <i>task force</i> .	CC yang sempurna.	1 x	0,5 jt.	Jan II.'08.
	Pokjantal kab.	c. sosialisasi PKD ke kab.	<i>Stakeholders</i> yang paham dan men- <i>support</i> CC.	1 x	2 jt.	Feb I.'08.
	Pokjantal kec.	d. sosialisasi PKD ke kec.	<i>Stakeholders</i> yang paham dan men- <i>support</i> CC.	12 x	24 jt.	Feb II.'08.
	Pokjantal kec.	e. sosialisasi PKD ke desa.	<i>Stakeholders</i> yang paham dan men- <i>support</i> CC.	12 x	24 jt.	Mar I.'08.

B. Proses Penyusunan Dokumen *Citizen's Charter*

Dalam proses penyusunan dokumen CC ser dan Legaliasi Dokumen CC.

I. Perancangan Isi *Draft* Dokumen *Citizen's Charter*

Tujuan

Merancang, menyusun isi *draft* dokumen CC pelayanan publik secara lengkap dan partisipatif.

Keluaran

Tersusunnya *draft* dokumen CC pelayanan publik yang telah diprioritaskan secara lengkap melalui proses yang partisipatif.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

1. Hari pertama:
 - a Koordinasi antar tim CC untuk kesepakatan agenda *workshop*
 - b Menyiapkan dan mengumpulkan data sesuai kebutuhan untuk penyusunan *draft* dokumen CC (buku pedoman; *template* untuk mendokumentasikan alur pelayanan dan berbagai regulasi lain yang terkait pemberi pelayanan maupun penerima pelayanan).
 - c Membuat dan menyepakati kerangka *draft* CC.

2. Hari ke dua:
 - a Mengisi kerangka *draft* CC PKD (dibagi dalam kelompok kecil).
 - b Tiap kelompok mempresentasikan hasil perancangan isi *draft* CC dan diakhiri kesepakatan bersama dalam sidang pleno.

Informasi yang disiapkan

- Contoh *outline citizen's charter* yang ada di referensi.
- *Standard Operating Procedur* (SOP) dari jenis pelayanan yang dipilih untuk dibuatkan CC.
- Surat Keputusan atau regulasi lain yang terkait dengan pelayanan publik tersebut yang berisi antara lain unit/pihak yang terlibat/bertanggung jawab, jenis pelayanan, sasaran, jadwal pelayanan, tarif pelayanan, penanganan keluhan pelanggan dan sanksi (jika ada).
- Alur pelayanan dari awal sampai akhir.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Penyiapan bahan dan data untuk pelaksanaan *workshop* akan lebih baik jika sudah mulai dilakukan sebelum pelaksanaan *workshop* untuk menghindari ketidaklengkapan data/bahan.
- Metode yang digunakan sedapat mungkin bersifat partisipatif agar setiap peserta mampu dan mau memberikan gagasan/ide mereka secara terbuka dan leluasa sehingga lebih baik dilakukan dalam format kelompok kecil.
- Keuntungan lain jika dibuat format kelompok kecil adalah beberapa topik/komponen dari isi *draft* CC dapat dibahas secara paralel sehingga akan lebih efisien dalam waktu & tenaga.

Perkiraan Waktu

2 Hari.

Template

Secara umum isi *draft citizen's charter* yang perlu disusun meliputi beberapa komponen:

- Nama/Judul Pelayanan Publik.
- Visi.
- Misi.
- Standar Pelayanan.

Boks 3

Penyusunan *Draft CC* Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa Siaga di Kabupaten Sukoharjo 2007

Langkah Fasilitasi:

Kerangka *draft CC* Pelayanan Publik yaitu Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) yang telah dibuat selanjutnya diisi dengan cara *brainstorming* dengan langkah:

Melakukan *brainstorming terhadap judul dari CC pelayanan kesehatan*, judul ini biasanya tidak menyimpang jauh dari masalah kesehatan yang telah diprioritaskan. Namun demikian setiap peserta diharapkan dapat memberikan sumbangan ide terhadap judul yang akan dipakai. Metode pendekatan yang dipakai adalah *brainstorming* dengan *round robin* atau dengan cara menulis pada kertas meta plan, mengingat tidak semua peserta mau berbicara. Kemudian fasilitator melakukan langkah pengelompokkan terhadap judul yang telah di kumpulkan. Pilih satu judul yang relevan dengan masalah kesehatan yang diprioritaskan. Hasil *brainstorming* yang didapatkan dari *brainstorming* judul CC PKD antara lain: Pelayanan Survei Mawas Diri dan Musyawarah Masyarakat Desa; Pelayanan Imunisasi; Pemberdayaan Masyarakat; Pelayanan PKD untuk mengembangkan Desa Siaga di Sukoharjo 2010. *brainstorming* judul diakhiri dengan kesepakatan judul dari CC pelayanan kesehatan, yaitu: Pelayanan PKD untuk mengembangkan Desa Siaga di Sukoharjo 2010.

Melakukan *brainstorming terhadap Visi dan Misi, dan Slogan*, pada tahapan ini alangkah baiknya jika terlebih dahulu para peserta atau tim telah mendapatkan pemahaman terhadap visi dan misi secara umum, termasuk kriteria dan cara membuatnya. Metode *brainstorming* dapat digunakan untuk membangun kesepakatan.

Visi : Terwujudnya masyarakat Sukoharjo sehat dan mandiri melalui pelayanan PKD berkualitas tahun 2010

Misi :

- Meningkatkan fungsi pelayanan medik dasar dengan pendekatan faktor risiko dan surveilen.
- Menumbuhkembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.
- Mendorong perilaku keluarga/masyarakat untuk hidup bersih dan sehat.
- Mewujudkan dan meningkatkan pelayanan kesehatan melalui PKD yang berkualitas untuk kepuasan pelanggan.
- Mendorong kegiatan gotong royong/surveilen/pembiayaan kesehatan di masyarakat.
- Memberdayakan potensi yang ada di masyarakat.
- Mewujudkan informasi kesehatan yang mudah diakses masyarakat/melalui media.
- Mendorong dan menumbuhkembangkan sistem kewaspadaan dini (*Early warning system*) terhadap bencana/KLB.

Slogan : “Bersama Kita Bisa”; “Sukoharjo Bangkit”; “Ayo... Kita Bisa”; “Siaga Satu, Satu Siaga”, “PKD berkualitas masyarakat sehat”. Kemudian yang diprioritaskan: “PKD berkualitas masyarakat sehat”.

Melakukan *brainstorming/workshop terhadap Standar Pelayanan PKD* yang meliputi: Jadwal Pelayanan (jenis, hari, jam, petugas, tariff); Alur Pelayanan, Tempat Pengaduan, Sarana Pelayanan.

Lanjutan Boks 3

Hasil:

Tabel 7. Penyusunan Draft CC Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa Siaga di Kabupaten Sukoharjo 2007

Jenis pelayanan	Hari	Jam	Tempat	Petugas	Tarif
Pelayanan Dasar (KIA, KB, Imunisasi, Gizi, Poloklinik).	Senin Sabtu.	Pagi, mulai 07.00 sampai 12.00 WIB. Sore, mulai 17.00 sampai 19.00 WIB.	• PKD. • Posyandu.	Bidan +Kader.	Sesuai Perdes.
Promkes/Penyuluhan.	Insidental		PKD, Posyandu, Masyarakat.	Bidan +Kader+desa.	
Surveilans/ Faktor Risiko.	Insidental (sesuai jadwal Posyandu/Puskesmas).		Desa.	Bidan, Petugas Kes lain, Kader.	
Persalinan dan gawat darurat.	24 jam.		PKD/rumah pasien.	Bidan+Kader +Desa.	

Alur Pelayanan:

Masyarakat/pasien datang ke tempat pelayanan (PKD, Posyandu) sesuai jadwal yang telah ditentukan, kemudian mendaftar pada petugas yang bertanggung jawab atau ditunjuk, selanjutnya petugas kesehatan/bidan memberikan pelayanan anamnesa, pemeriksaan fisik dan penunjang (sesuai kebutuhan) kemudian diambil keputusan ditangani langsung (dilakukan pengobatan, penyuluhan, konseling) atau dirujuk (diberikan surat dan didampingi sesuai kondisi berat ringan kasus pasien) ke Puskesmas atau RS, selanjutnya pasien/keluarga menyelesaikan administrasi (membayar sesuai peraturan yang ada).

Tempat Pengaduan:

Apabila terjadi keluhan karena pelayanan yang kurang memuaskan, dapat disalurkan melalui:

- Kotak saran yang dipasang di depan rumah petugas.
- Ke kepala Desa/Lurah.
- Ke Ketua/pengelola PKD.
- Ke Ketua Forum/Pokja Desa Sehat.

Sarana Pelayanan:

- Rumah (ruang tunggu dan pendaftaran, ruang periksa).
- Obat (jenis generik).
- Alat:
 - √ medis (steril-non steril).
 - √ Non medis (bahan habis pakai, formulir).

Melakukan *brainstorming/workshop* terhadap, Hak dan Kewajiban Pemberi dan Penerima Pelayanan, demikian halnya dengan Sanksi-Sanksi

Lanjutan Boks 3

Hasil:

Hak Dan Kewajiban Pemberi Pelayanan

1. Kewajiban:

- Memberikan pelayanan sesuai standar, baik di dalam maupun di luar gedung.
- Memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.
- Memberikan penjelasan/informasi kepada pasien.

2. Hak:

- mendapatkan perlindungan tatkala menghadapi kasus dalam menjalankan tugas.
- mendapatkan jasa pelayanan.
- Mendapatkan fasilitas minimal peralatan pelayanan.

Hak Dan Kewajiban Pengguna Pelayanan

1. Kewajiban:

- membayar jasa pelayanan sesuai tarif yang ditentukan.
- Mentaati peraturan PKD.
- Mengisi *form* evaluasi untuk perbaikan pelayanan.
- Memberikan keterangan sejelas-jelasnya dan jujur tentang keluhannya.
- Bersedia mengisi *informed consent* pada jenis pelayanan tertentu.

2. Hak:

- mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan standart dan kebutuhan pasien.
- Melakukan komplain terhadap pelayanan yang kurang memuaskan.
- Mendapatkan informasi yang jelas atas hasil pemeriksaan/konsultasinya.

Sanksi

1. Bagi Petugas:

- Berdasar pedoman PKD.
- Teguran sampai adminstrasi dari desa.

2. Bagi Pengguna:

- Tidak mendapatkan fasilitas (pelayanan) sesuai prosedur pelayanan.

Melakukan *brainstorming/workshop* terhadap Survei Pengguna Layanan

- Melakukan survei kepuasan masyarakat setahun sekali.
- Menyampaikan hasil survei SCR terbuka dan/melalui media massa PKD masyarakat secara rutin.

- Hak & Kewajiban Pemberi Pelayanan.
- Hak & Kewajiban Penerima Pelayanan.
- Sanksi.
- Mekanisme Pengaduan.
- Survei Pengguna Pelayanan.
- Halaman Pengesahan Dokumen *Citizen's Charter*.

2. Uji Coba Dan Finalisasi *Draft* Dokumen *Citizen's Charter*

Tujuan

Tujuan dan manfaat dari sesi ini agar diperoleh gambaran tingkat pemahaman yang lebih obyektif dan menjamin terjadinya *feedback* langsung dari masyarakat terhadap sebagian isi *draft* dokumen CC sebagai salah satu cara untuk merevisi kekurangan untuk penyempurnaan *draft* dokumen CC melalui pendekatan yang lebih partisipatif.

Keluaran

- Penerimaan/pemahaman masyarakat terhadap isi *draft* dokumen CC pelayanan publik yang telah disusun.
- *Draft* Dokumen CC Pelayanan Publik yang diuji coba telah mendapatkan masukan langsung dari masyarakat sehingga bisa dilakukan penyempurnaannya oleh Tim.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

1. Koordinasi antar tim CC untuk uji coba lapangan.
2. Menyiapkan alat/instrumen dan bahan (*draft* CC dan kuesioner) dan penentuan lokasi uji coba serta pembagian kelompok/tim.
3. Pelaksanaan uji coba di masyarakat/lokasi yang telah ditentukan.
4. Peserta kembali ke tempat pertemuan dan dilanjutkan dengan diskusi kelompok untuk mengevaluasi temuan/masukan dari hasil uji coba lapangan.
5. Tiap kelompok membuat laporan hasil uji coba dan rekomendasi revisi perbaikan sesuai kebutuhan/masukan dari lapangan.
6. Tiap kelompok mempresentasikan hasil uji coba lapangan dalam diskusi pleno.
7. Membuat kesepakatan bersama terhadap *draft* CC yang telah disempurnakan sesuai temuan/masukan dari hasil uji coba lapangan.

Informasi yang Disiapkan

- *Draft* CC yang siap untuk di uji coba.
- Karakteristik masyarakat yang akan dilibatkan/menjadi responden dari uji coba.
- Lokasi dan jarak tempuhnya untuk mengantisipasi alokasi waktu yang dibutuhkan untuk melakukan uji coba.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

Beberapa hal yang perlu diperhatikan saat menerapkan metode ini adalah teknik pengendalian waktu harus tepat dan ketat, sehingga disatu sisi kebebasan memilih wilayah/sasaran tetap bisa diberikan (untuk menghindari kesan rekayasa karena masyarakat sudah disiapkan dan risiko bias karena masyarakat beberapa kali akan ditanyai tentang materi yang sama oleh kelompok peserta yang berbeda). Disisi lain kebebasan memilih dapat berpotensi membuat sebagian peserta cenderung mencari sasaran yang terlalu jauh yang tentu akan berisiko pada kesulitan untuk monitoring dan pengendalian oleh fasilitator.

Perkiraan Waktu

1 hari.

Template

Tabel 8. Contoh Tabel Identifikasi Karakteristik Masyarakat /Responden

No	Nama	Jenis Kelamin (L/P)	Umur (th)	Pekerjaan	Alamat
1					
2					
3					
dst					

C. Proses Legalisasi *Citizen's Charter* Pelayanan Publik**Boks 4****Pengalaman Uji Coba *Draft* CC di Kabupaten Sukoharjo**

Resume Hasil Uji Coba Standar Pelayanan Dan Alur CC PKD Kabupaten Sukoharjo

1. Informasi Umum:

- Lokasi: Desa Banaran Kabupaten Sukoharjo.
- Jumlah responden: 56 (14 laki-laki dan 42 perempuan).
- Tingkat Pendidikan responden: rata-rata setingkat SMA (50%).
- Usia responden rata-rata > 40 tahun (60%).

2. Temuan/Masukan:

- Alur pelayanan PKD secara umum sudah disetujui atau mudah dipahami.
- Ada yang *manut* (ikut saja), *silakan*; *monggo kerso* (terserah).
- Istilah PKD dan Pokja belum dikenal dan dimengerti.

3. Saran Perbaikan:

- Sebaiknya memakai bahasa yang umum atau yang familiar di masyarakat (misal : *incidental* diganti dengan sewaktu-waktu).
- Pelayanan minta 24 jam dan jika tidak ada bidan bisa diganti dengan tenaga kesehatan yang lain (perawat, sanitarian, dsb).
- Alur sebaiknya diberikan penjelasan dan contoh, karena tidak bisa langsung dipahami sehingga diperlukan narasi.
- Perlu kepastian waktu yang dibutuhkan dalam proses pelayanan.
- Untuk bidan, jadwal yang tertera dalam tabel tersebut masih perlu penyesuaian waktu, harus ada ijin dari kepala Puskesmas untuk tidak mengikuti kegiatan apel.
- Istilah pokja sebaiknya diperjelas dengan Pokja Desa Sehat, karena ada pokja PKK.
- Tempat pelayanan PKD harus diberi papan nama didepan rumah/tempat pelayanan, tetapi untuk PKD yang sudah mendapat kucuran dana Rp.10 juta yang sebagian sudah dialokasikan dananya untuk pembuatan papan nama PKD.
- Penjelasan hari besar dan hari minggu = tutup.
- Segera lakukan sosialisasi alur pelayanan PKD di setiap RT, dapat dengan penyebaran *leaflet*, dilakukan setelah seminar *citizen's charter*.

I. Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran

I.1. Seminar *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Tujuan

Menyelenggarakan seminar khusus untuk pemaparan hasil uji coba *draft* dokumen CC pelayanan publik kepada *stakeholders* lain di daerah.

Keluaran

- a Sosialisasi hasil perancangan dan uji coba *draft* dokumen CC pelayanan publik ke *stakeholders* lain di daerah.
- b Mendapatkan masukan dari *stakeholders* lain untuk finalisasi dokumen CC pelayanan publik yang akan disahkan di daerah.

Metode

Seminar.

Langkah-langkah

- a Melakukan koordinasi tim CC pelayanan PKD.
- b Membentuk kepanitiaan.
- c Membuat pembagian tugas yang meliputi: sumber dana dan alokasi, penyiapan dan penggandaan materi, pembicara, moderator, peserta, undangan, konsumsi, notulen, alat audio visual, gedung/tempat, jadwal/agenda, penyiapan poster, dokumentasi dan setting tempat.
- d Menghubungi pembicara, tamu undangan (Bupati, Dewan).
- e Menyebarkan informasi (undangan dan brosur seminar).
- f Melaksanakan seminar.
- g Hasil dari seminar digunakan untuk penyempurnaan cc pelayanan kesehatan.

Informasi yang Disiapkan

- a Referensi tentang kebijakan pelayanan publik di Indonesia.
- b Bahan peraturan/regulasi tentang pelayanan publik di daerah/SKPD.
- c *Draft* dokumen CC pelayanan publik yang telah disempurnakan berdasarkan hasil uji coba lapangan.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- a Pemilihan *stakeholders* yang diundang sebagai peserta sedapat mungkin mencakup semua perwakilan SKPD yang ada di daerah.
- b Komitmen dan dukungan dari pimpinan daerah akan menentukan keberhasilan pencapaian tujuan seminar.
- c Sebaiknya dapat dihasilkan gambaran tentang upaya penjajagan untuk pengembangan penyusunan CC di SKPD/unit pelayanan lain di daerah.

Perkiraan Waktu

Sesuai dengan tahapan kegiatan maka estimasi waktu yang diperlukan untuk penyelenggaraan seminar adalah seperti dalam tabel berikut ini:

Template

Tabel 9. Contoh Tabel Alternatif Susunan Acara Seminar

No	Kegiatan	Waktu	Petugas/Pembicara
1	Daftar Ulang Peserta.		
2	Pembukaan.		
3	Sesi 1: <ul style="list-style-type: none"> o Presentasi 1: Review Kebijakan Dasar tentang Pelayanan Publik. o Presentasi 2: Implementasi Kebijakan Pelayanan Publik dalam bentuk penyusunan CC di daerah. o Diskusi. 		
4	Sesi 2: <ul style="list-style-type: none"> □ Presentasi 3: Pemaparan Proses Penyusunannya <i>Draft</i> CC Pelayanan Publik dan hasil uji coba lapangan. □ Diskusi. □ Pembuatan Kesimpulan & Rekomendasi. 		
5	Penutupan.		

I.2. Legalisasi *Citizen's Charter* Pelayanan Publik**Tujuan**

Membuat kesepakatan secara resmi terhadap dokumen CC pelayanan publik antara perwakilan pemberi pelayanan dan penerima pelayanan.

Keluaran

Dokumen CC pelayanan publik telah ditandatangani oleh perwakilan dari penerima pelayanan (masyarakat) dan perwakilan pemberi pelayanan (pimpinan SKPD) dalam sebuah surat/nota kesepahaman (MoU).

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

1. Rapat koordinasi tim CC Pelayanan Kesehatan.
2. Melakukan advokasi/pengkomunikasian lebih lanjut dokumen CC

pelayanan publik hasil revisi pasca seminar kepada perwakilan dari pemberi pelayanan dan pengguna pelayanan (unsur masyarakat) dan merancang format acara penanda tangannya.

1.3. Penanda tangan dokumen CC secara resmi oleh masing-masing perwakilan tersebut.

Informasi yang Disiapkan

- *Draft* Dokumen CC terakhir yang telah direvisi sesuai hasil seminar.
- Regulasi yang menjadi landasan peraturan untuk penanda tangan *draft* dokumen CC.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Perwakilan dari unsur pengguna pelayanan (wakil masyarakat) seharusnya bukan atas nama klaim dari pribadi/kelompok tertentu tetapi sebaiknya sudah resmi diwadahi/diakui oleh pemerintah daerah (semacam Komite atau Dewan atau Forum yang ada dimasing-masing tingkat di daerah mulai dari kabupaten sampai dengan tingkat desa).
- Format baku dari dokumen akhir/final CC yang akan ditandatangani maupun urutan seremonialnya sebaiknya disesuaikan dengan format baku yang berlaku di daerah.

Perkiraan Waktu

Perkiraan alokasi waktu yang diperlukan untuk penandatanganan secara resmi dari *draft* final dokumen CC pelayanan publik pasca seminar, seperti dalam tabel berikut ini:

Tabel 10. Perkiraan Waktu Legalisasi Dokumen CC Pasca Seminar

No	Kegiatan	Pasca Seminar Minggu Ke-			
		1	2	3	4
1	Finalisasi <i>draft</i> CC & penentuan jadwal penandatanganan dokumen CC.				
2	Advokasi/pengkomunikasian <i>draft</i> final dokumen CC pasca seminar dan perancangan format acara penandatanganan antara wakil pemberi pelayanan dan penerima pelayanan.				
3	Penandatanganan Dokumen CC oleh wakil penerima & pemberi pelayanan publik di daerah.				

D. Proses Implementasi *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran

I. Sosialisasi *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Tujuan

Mendiseminasikan dokumen *citizen's charter* pelayanan publik yang telah disahkan kepada seluruh jajaran pemberi dan penerima pelayanan publik di daerah.

Keluaran

Dokumen CC pelayanan publik yang telah ditanda tangani oleh perwakilan dari penerima pelayanan (masyarakat) dan perwakilan pemberi pelayanan (pimpinan SKPD) bisa diketahui secara luas oleh semua pihak terkait.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

- Membuat daftar kebutuhan bahan/alat/anggaran untuk kegiatan sosialisasi dokumen *citizen's charter*.
- Merancang disain materi/metode, jadwal dan pembagian tugas untuk pemberian informasi ke semua unit pelayanan publik maupun ke penerima pelayanan publik.
- Melaksanakan upaya diseminasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai jadwal yang disepakati.
- Monitoring dan evaluasi keberhasilan upaya diseminasi dan pembuatan rekomendasi perbaikan.

Informasi yang Disiapkan

- Dokumen CC pelayanan publik yang telah disahkan.
- Kondisi sasaran baik dari pengguna pelayanan maupun pemberi pelayanan publik dan hasil kesepakatan jadwal dengan mereka.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Untuk efisiensi sebaiknya perlu dibentuk *Task Force* secara berjenjang di tiap level pelayanan yang ada (dari tingkat kabupaten sampai dengan tingkat desa) yang nantinya akan bertugas/bertanggung jawab dalam diseminasi dokumen CC sesuai batas kewenangan/wilayah masing-masing.
- Perlu dirancang alat/media diseminasi yang menarik dan disesuaikan dengan karakteristik sasaran dan wilayah/daerah masing-masing.
- Jika dibutuhkan juga dapat dibuat sebuah pusat informasi tentang CC di tingkat SKPD yang sewaktu-waktu dapat memberikan informasi dan penyelesaian problem saat diseminasi dijalankan di masing-masing level pelayanan.

Perkiraan Waktu

Perkiraan alokasi waktu yang diperlukan untuk sosialisasi dokumen CC Pelayanan Publik, seperti dalam tabel berikut ini:

Tabel 11. Perkiraan Waktu Kegiatan Sosialisasi Pasca Legalisasi CC

No	Kegiatan	Pasca Legalisasi CC Minggu Ke-			
		1	2	3	4
1	Membuat daftar kebutuhan bahan/alat untuk kegiatan sosialisasi dokumen CC.				
2	Merancang disain materi/metode, jadwal dan pembagian tugas/wilayah untuk pemberian informasi ke semua unit pelayanan maupun ke penerima pelayanan publik				
3	Melaksanakan upaya diseminasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai jadwal yang disepakati.				
4	Monev keberhasilan upaya diseminasi dan pembuatan rekomendasi perbaikan/penyelesaian masalah.				

2. Persiapan Pelaksanaan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Tujuan

Menyiapkan secara internal SKPD implementasi CC unit pelayanannya masing-masing.

Keluaran

Tiap unit pelayanan publik di SKPD telah siap mengimplementasikan CC di masing-masing pelayanannya.

Metode

Pendampingan Teknis.

Langkah-langkah

- Penyiapan aspek organisasi internal pemberi pelayanan CC.
- Penyiapan Tugas Pokok dan Fungsi dari CC Pelayanan Publik.
- Penyiapan SK atau surat tugas bagi pemberi pelayanan CC.
- Persiapan terhadap: personil pemberi pelayanan publik; Tempat untuk memberikan pelayanan; Teralatan komputer; Papan nama, Alur kegiatan pelayanan; Jadwal pelayanan; Kotak saran beserta kelengkapan alat tulis; Mebel; Dokumen (*form* laporan maupun pencatatan, *form* aduan).
- Persiapan pengaturan tempat.
- Pemasangan Bagan Alur Pelayanan.
- Pemasangan jadwal kegiatan.
- Pemasangan papan pelayanan.
- Penyediaan petugas pemberi pelayanan *citizen's charter*.
- Pemasangan informasi (brosur, *leaflet*).
- Pemasangan kotak saran/aduan beserta kelengkapannya.

Informasi yang Disiapkan

- Hasil evaluasi dari kegiatan sosialisasi dokumen CC.
- Dokumen CC pelayanan publik yang telah disahkan.
- Kondisi sumber daya yang dimiliki tiap unit pelayanan di SKPD.
- Karakteristik/kebutuhan sasaran/pengguna pelayanan dari tiap unit pelayanan di SKPD.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

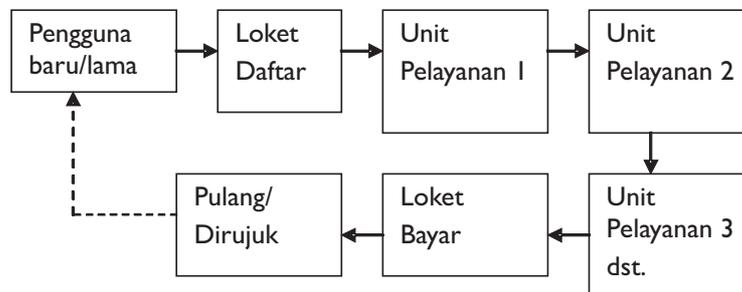
- Di unit pelayanan pada tiap level pelayanan yang ada (dari tingkat kabupaten sampai dengan tingkat desa) harus mendapat dukungan penuh dari pimpinan SKPD agar mereka mau secara konsisten dan konsekuen menjalankan pelayanan sesuai isi *citizen's charter*.
- Sebaiknya dirancang pola komunikasi yang efektif dan didukung oleh pengembangan sistem informasi yang handal antar pemberi pelayanan dengan pengguna pelayanan maupun internal antar pemberi pelayanan di semua level (dari kabupaten sampai desa).

Perkiraan Waktu

Maksimal 1 bulan (tergantung jumlah dan sebaran serta kemampuan dari unit pelayanan yang akan disiapkan).

Template

Skema 4. Alternatif Alur Pelayanan (disesuaikan isi dokumen CC)



3. Pelaksanaan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Tujuan

Pengimplementasian sebagian atau seluruh isi/komponen yang ada di dokumen *citizen's charter* pelayanan publik pada tiap unit pelayanan yang ditunjuk.

Keluaran

Tiap unit yang ditunjuk di SKPD mampu mengimplementasikan sebagian atau semua isi/komponen yang ada dalam dokumen CC pelayanan publik sesuai kemampuan di masing-masing pelayanannya.

Metode

Pendampingan Teknis.

Langkah-langkah

- Pelaksanaan pelayanan sesuai alur, hak dan tanggung jawab dan standar pelayanan yang ada di dalam dokumen CC.
- Pelaksanaan mekanisme aduan sesuai isi dari dokumen CC.
- Pelaksanaan survei kepuasan pengguna sesuai format dan jawal yang ditentukan dalam dokumen CC.
- Penegakan aturan dan sanksi sesuai ketentuan yang ada di isi dokumen CC pelayanan publik.

Informasi yang Disiapkan

- Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Sebaiknya dibentuk semacam tim fasilitator yang berpengalaman dan berdedikasi tinggi untuk kegiatan pendampingan teknis.
- Instrumen/alat untuk pendampingan teknis pengimplementasian CC harus terlebih dahulu disiapkan dan dilatihkan minimal kepada fasilitator sehingga proses implementasi CC di semua unit pelayanan dapat berjalan lebih efektif.
- Kelengkapan/kejelasan dan kecepatan laporan dari semua unit pelayanan pada tiap level pelayanan yang ada (dari tingkat kabupaten sampai dengan tingkat desa) untuk menilai adanya kemungkinan hambatan dalam menerapkan isi CC sehingga bisa dicari solusi segera bersama fasilitator ayng mendampingi.

Perkiraan Waktu

Seharusnya setelah disahkan dan kemudian dicanangkan/tersosialisasikan maka implementasi CC pelayanan publik sudah dapat langsung dijalankan dengan prinsip semakin cepat semakin baik.

Template

Form Laporan Kegiatan Implementasi CC

Tabel 12. Laporan Kegiatan Implementasi CC Pelayanan Publik
 SKPD Tahun

A. Unit Pelayanan:

B. Item Kegiatan: Penanganan Aduan

NO	Jenis Pengaduan	Kapan	Lokasi	Tindak Lanjut	Hasil	Penganggung Jawab
1						
2						
3						

E. Monitoring & Evaluasi *Citizen's Charter*

Tujuan

Menyelenggarakan kegiatan pemantauan dan penilaian pelaksanaan CC pelayanan publik secara lebih efektif.

Keluaran

- Tersusunnya instrumen dan kesiapan petugas untuk pemantauan dan penilaian pelaksanaan CC pelayanan publik di tiap unit pelayanan.
- Kegiatan monitoring dan evaluasi implementasi isi dari dokumen CC pelayanan publik bisa berjalan secara lebih efektif.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

- Koordinasi petugas atau tim CC pelayanan publik untuk membahas persiapan kegiatan monitoring dan evaluasi.
- Melakukan identifikasi obyek maupun subyek dari kegiatan monitoring evaluasi pengimplementasian CC pelayanan publik.
- Membuat instrumen monev (berisi jenis kegiatan dengan indikator dan targetnya) dan jika memungkinkan dilakukan uji coba instrumen secara terbatas.
- Melaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi implementasi CC dalam pelayanan publik berdasarkan instrumen yang telah disusun/diuji coba.

Informasi yang Disiapkan

- Hasil uji coba instrumen monev (jika ada).
- Laporan tentang proses kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Laporan jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan serta upaya/hasil intervensinya.
- Laporan berkala dari hasil kegiatan secara menyeluruh dibandingkan target atau standar yang telah ditetapkan.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Rekrutmen tim monev sebaiknya diutamakan dari individu yang telah berpengalaman dan memiliki motivasi yang tinggi dalam menjalankan tugasnya.
- Keandalan sekaligus kepraktisan disain instrumen monev tentu akan memudahkan pekerjaan dari petugas monev yang ditunjuk.
- Pemilihan waktu/jadwal monev rutin sesuai kesepakatan sebaiknya bisa dikombinasi dengan kegiatan monev yang bersifat insidental untuk menghindari bias dan bisa sebagai pembanding yang lebih obyektif.

Perkiraan Waktu

Sepanjang waktu tetapi paling tidak bisa dibedakan berdasarkan siklus yang rutin/periodik (mingguan, bulanan, triwulanan, semesteran dan tahunan) dan yang non rutin/insidental.

Template

Tabel 13. Contoh Matrik Monitoring & Evaluasi Implementasi CC Pelayan Publik Berdasarkan Jenis Kegiatan

A. Nama Kegiatan:						
No	Siapa Saja Sasaran	Kapan	Petugas	Di Mana	Bukti	Keterangan (Temuan kendala/ kekurangan yg bisa dieliminir)
1						
2						
3						
4						
5						
dst						

Tabel 14. Format Instrumen Monitoring Evaluasi Sesuai Item Kegiatan Pelayanan PKD di Kabupaten Sukoharjo Dan Kabupaten Boyolali Tahun 2007

1. Nama Kegiatan :Advokasi CC PKD						
No	Siapa saja Sasaran	Kapan	Petugas	Dimana	Bukti	Keterangan (Temuan terhadap contoh keberhasilan; Temuan kendala/kekurangan yg bisa dieliminir)
1						
2						
3						
dst						
2. Nama Kegiatan : Sosialisasi CC PKD						
NO	Siapa saja Sasaran	Kapan	Petugas/Nara Sumber	Dimana	Bukti	Keterangan
1						
2						
3						
dst						

F. Upaya Replikasi *Citizen's Charter*

Tujuan

Merintis pengembangan hasil implementasi CC pelayanan publik melalui upaya replikasi ke unit pelayanan/SKPD lain di daerah.

Keluaran

Unit pelayanan atau SKPD lain di daerah bersedia menerima dan mau berusaha mengimplementasikan CC pelayanan publik di unit pelayanan/SKPD masing-masing.

Metode

Workshop dan Pendampingan Teknis.

Langkah-langkah

- Koordinasi petugas atau tim CC pelayanan publik di tingkat kabupaten/SKPD.

- Melakukan pertemuan atau *workshop* untuk upaya replikasi CC pelayanan publik.
- Menilai kelayakan upaya replikasi melalui pengidentifikasian faktor pendukung dan penghambat (bisa menggunakan pendekatan P3O yaitu *Personil, Procedure, Policy* dan *Organization*) dari upaya replikasi CC pelayanan publik sesuai situasi & kondisi masing-masing unit atau SKPD yang ingin mengadopsi CC.
- Merancang *plan of action* dari upaya replikasi CC pelayanan publik berdasarkan hasil analisis kelayakan di masing-masing unit atau SKPD tersebut.

Informasi yang Disiapkan

- penerapan CC.
- Hasil pengembangan model *good practices* dari pengalaman unit/SKPD yang dianggap berhasil menerapkan CC.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Sebaiknya dibentuk tim fasilitator atau *task force* yang bisa direkrut dari pimpinan/staf SKPD/unit yang telah berhasil menerapkan CC di lingkungan masing-masing.
- Kecukupan dan komitmen pengalokasian sumber daya menjadi salah satu faktor kunci sukses upaya replikasi CC di SKPD/unit lain di daerah.
- Proses perancangan tahapan kegiatan mulai dari awal yaitu pembentukan tim penyusun CC sampai dengan implementasi dan monev-nya sebaiknya dilakukan secara partisipatif agar didapatkan dukungan yang luas dari semua *stakeholders* pelayanan publik yang akan mereplikasi CC.

Perkiraan Waktu

Seharusnya dengan adanya model *good practices* proses pengimplementasian CC menjadi semakin mudah dan cepat. Target waktu yang realistis adalah maksimal 3 bulan efektif mulai dari penyusunan dokumen CC sampai dengan pengimplementasiannya.

Template

Matrik Identifikasi Faktor Pendukung & Penghambat Upaya Replikasi citizen's charter Berdasarkan Pendekatan P3O.

Tabel 15. Contoh Tabel Identifikasi Faktor Pendukung dan Penghambat Replikasi Citizen's Charter

No	Aspek	Pendukung	Penghambat	Keterangan
1	<i>Organization</i>			
2	<i>Personil</i>			
3	<i>Procedure</i>			
4	<i>Policy</i>			
Skor *)				

Keterangan: *) Skor: untuk menunjukkan jumlah akumulatif dari tiap faktor pendukung atau faktor penghambat, yang manfaatnya untuk melihat secara sekilas tentang “kelayakan” upaya replikasi *citizen's charter*. Jika skor dari faktor pendukung lebih banyak daripada faktor penghambat maka seharusnya upaya replikasi CC akan menjadi lebih mudah/cepat, atau sebaliknya.

Penilaian sederhana ini lebih bersifat kualitatif yaitu memprediksi semua kesulitan yang mungkin akan dihadapi saat menjalankan upaya replikasi dan bagaimana bisa memanfaatkan setiap faktor pendukung untuk mengatasi kesulitan yang akan dialami.

Boks 5

Identifikasi Faktor Pendukung dan Penghambat Upaya Replikasi *Citizen's Charter* di Kabupaten Sukoharjo, 2007

Hasil:

Faktor Pendukung Penerima Pelayanan:

- *Man*: Masyarakat butuh.
- Metode: melalui FKD, Posyandu, PKK, Dawis (UKBM).
- Material FISIK: Ada tempat dan fasilitas yang bisa dimanfaatkan (PKD, balai pertemuan/desa, Papan informasi, tempat- tempat umum).
- Material Non FISIK: Ada pertemuan yang melibatkan masyarakat (pengajian, arisan, rapat).
- *Money*: Swadana.

Faktor Pendukung Pemberi Pelayanan:

- Personil: Ada personil, cukup, loyal.
- Metode: penyuluhan (sosialisasi CC pada Toma).
- Material fisik: gambar/media (*leaflet*, poster, spanduk); Puskesmas.
- *Money*: Gunakan operasional Puskesmas, Jamkesmas.

Faktor Penghambat dari Penerima:

- *Policy*: belum ada.
- Personil: Status sosbud Beragam.
- *Prosedur*: Luar Jam kerja (jauh-dekat).
- Organisasi: belum ada.

Faktor Penghambat Pemberi:

- *Policy*: belum ada.
- Personil: komitmen kurang.
- *Prosedur*: pada jam kerja; akses (jauh-dekat).
- Organisasi: belum ada.

Boks 6

Identifikasi Tahapan Kegiatan Kunci dalam *Plan Of Action* Upaya Replikasi CC di Kabupaten Boyolali, 2007

Upaya Replikasi CC Kominfokes di Tingkat Desa:

1. Sosialisasi CC di tiap Puskesmas oleh Peserta TA Replikasi/Kapuskesmas.
2. Pembentukan tim CC tingkat Puskesmas.
3. Koordinasi dengan pihak desa oleh tim Puskesmas termasuk sosialisasi CC.
4. Membentuk tim CC tingkat desa.
5. Tim desa menyusun *draft* CC berdasarkan kesepakatan masyarakat (terutama pada standar pelayanan berdasarkan karakteristik masing-masing wilayah).
6. Pengesahan CC oleh kades (SK desa/Perdes).
7. Sosialisasi CC tingkat desa.
8. Implementasi CC kominfokes tingkat desa.
9. Melakukan monev.

mewujudkan *good governance*. Proses penyusunan *Citizen's Charter* pelayanan publik sejalan dengan paradigma *good governance*, mengedepankan proses dan prosedur. Pada setiap proses persiapan, perencanaan, perumusan dan penyusunan suatu kebijakan senantiasa mengedepankan kebersamaan dan dilakukan dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan (*stakeholders*).

B. Tujuan dan Sasaran Buku Panduan Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

I. Tujuan

Tujuan dibuatnya buku panduan ini adalah untuk memberikan panduan terhadap peningkatan pelayanan publik melalui penyusunan *Citizen's Charter*.

Secara khusus buku ini bertujuan untuk:

- a. Memberikan penjelasan landasan kebijakan pelayanan publik dan *citizen's charter* pelayanan publik.
- b. Memberikan penjelasan dan pemahaman terhadap pengertian *citizen's charter* dalam peningkatan pelayanan publik.
- c. Memberikan pemahaman langkah-langkah dalam penyusunan *citizen's charter* bidang pelayanan publik secara umum.
- d. Memberikan pemahaman dan penjelasan terkait persiapan, pembentukan dan pengimplementasian CC pelayanan publik.
- e. Memberikan langkah pengorganisaian pemangku kepentingan dalam kaitannya dengan persiapan penyusunan CC yang meliputi: pemahaman dan pemilihan pemangku kepentingan.
- f. Menyediakan pilihan cara-cara memfasilitasi persiapan dan proses pelaksanaan CC pelayanan publik termasuk hasil maupun temuannya.
- g. Mendorong Upaya monitoring dan evaluasi terkait implementasi CC pelayanan publik, termasuk upaya replikasinya.

2. Sasaran

Penyusunan buku panduan ini diharapkan bisa dimanfaatkan terutama bagi semua penyelenggara pelayanan publik pada berbagai level pelayanan, termasuk *stakeholders* terkait antara lain para akademisi, praktisi, pengambil kebijakan dan masyarakat umum yang berkecimpung dalam pelayanan publik.

C. Ruang Lingkup dan Sistematika Buku Panduan

1. Ruang Lingkup Buku Panduan

Buku panduan ini memberikan arahan pemerintah daerah dan *stakeholders* terkait dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik menggunakan pendekatan *citizen's charter*. Untuk itu pembahasan secara detail tahap demi tahap diuraikan agar pengguna panduan ini dapat mereplikasi pengalaman-pengalaman CC pelayanan publik. Pokok-pokok bahasan tersebut adalah: isu pelayanan publik; Pengertian *citizen's charter*; Persiapan dan identifikasi kebutuhan penyusunan CC; Identifikasi *stakeholders* yang terlibat dan pembentukan tim dalam penyusunan CC; Identifikasi dan prioritas

pelayanan publik yang akan difasilitasi perbaikan manajemen; Alat dan sarana pendukung CC; Hasil langkah penyusunan CC pelayanan publik; Proses-proses penyusunan dan pelaksanaan CC; Proses penyusunan monitoring dan evaluasi serta upaya replikasi.

2. Sistematika Buku Panduan

Bab I Pendahuluan

Pendahuluan meliputi:

- o *Overview* Kebijakan Publik Dan *Citizen Charters* (CC).
- o Tujuan dan Sasaran Buku Panduan.
- o Ruang Lingkup dan Sistematika Buku Panduan.

Bab 2 Citizen's Charter Pelayanan Publik

yang meliputi:

- A. **Pengertian dan Peran CC Pelayanan Publik**
Memuat definisi, kepentingan dan manfaat CC dalam Pelayanan Publik.
- B. **Manfaat CC dalam Pelayanan Publik**
Manfaat CC pelayanan publik dapat ditinjau dari dua sisi, yaitu dari sisi pengguna pelayanan publik dan dari sisi pemberi pelayanan publik.
- C. **Prinsip-Prinsip dalam Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik**
Prinsip penyusunan pelayanan publik meliputi kesederhanaan, kejelasan, keamanan, keterbukaan, efisiensi, keadilan yang merata serta partisipatif.
- D. **Tahapan Utama Penyusunan CC Pelayanan Publik** Tahap utama penyusunan CC meliputi: Tahap persiapan; Tahap penyusunan dokumen CC; Tahap legalisasi CC; Tahap implementasi CC; Tahap monitoring dan evaluasi CC; Upaya replikasi CC.
- E. **Prototype Isi Dokumen CC Pelayanan Publik**
Merupakan contoh dokumen CC pelayanan publik yang telah dibuat dan diimplementasikan pada pelayanan publik.

Bab 3. Langkah Tata Cara Penyusunan CC Pelayanan Publik

- A. **Tahap Persiapan**
Persiapan terdiri pemilihan *Stakeholders* yang akan dilibatkan dan pembentukan Tim Kecil dalam penyiapan penyusunan CC pelayanan publik.
- B. **Proses Penyusunan CC**
Merupakan tahapan penentuan prioritas pelayanan yang akan dibuat CC; Penyusunan *draft* dokumen CC yang meliputi: pembuatan kerangka, pembuatan rencana kerja dan anggaran; dan pengisian *draft* CC secara musyawarah yang terdiri dari: visi, misi, slogan, standar pelayanan, hak dan kewajiban, indikator keberhasilan dan survei kepuasan pelanggan. Selanjutnya upaya untuk melakukan uji coba yang dilakukan di lapangan atau masyarakat. Uji coba dilaksanakan dengan cara bertanya langsung kepada masyarakat terhadap pemahaman atau isi dari dokumen CC. Mencatat *feedback* yang diberikan responden dan melakukan analisis yang selanjutnya digunakan untuk perbaikan (revisi) dokumen CC.

C. Legalisasi Dokumen CC

Pada tahapan ini dilakukan seminar untuk mendeseminasikan dokumen CC kepada masyarakat luas, selain itu juga ada upaya untuk melakukan advokasi terhadap para perwakilan penerima dan pemberi pelayanan untuk selanjutnya bisa dilakukan legalisasi dokumen CC tersebut.

D. Pelaksanaan CC Pelayanan Publik

Pelaksanaan CC pelayanan publik terdiri dari sosialisasi CC pelayanan publik; Persiapan pelaksanaan CC pelayanan publik; Pelaksanaan CC pelayanan publik; Instrumentasi monitoring dan evaluasi CC pelayanan publik; Pelaksanaan monitoring dan evaluasi CC pelayanan publik; Upaya replikasi CC pelayanan publik; Replikasi CC pelayanan publik.

E. Monitoring dan Evaluasi

Pada tahapan ini dilakukan penyusunan instrumen untuk monitoring dan evaluasi pelaksanaan CC. Hasil dari pelaksanaan monitoring dan evaluasi dapat digunakan untuk melakukan perbaikan pelayanan terkait CC pelayanan publik yang dipilih.

F. Upaya Replikasi

Langkah yang dapat dilakukan sebelum pelaksanaan replikasi adalah melakukan kegiatan pertemuan dalam menggali *good practice* CC pelayanan publik; Langkah lain adalah melakukan tukar pengalaman antar tempat pelayanan publik. Persiapan saran dan prasarana pendukung diperlukan demi kesiapan upaya replikasi. Kegiatan ini dilakukan untuk menularkan CC pelayanan publik dari tempat yang telah berhasil melaksanakan CC pelayanan publik.

Bab 4. Praktek Terbaik Pengembangan Pelayanan Prima Kesehatan Kabupaten Deli Serdang.**Bab 5. Praktek Terbaik Penyusunan dan Implementasi *Citizen's Charter* Kominfo Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Boyolali.****Bab 6. Praktek Terbaik Penyusunan dan Implementasi *Citizen's Charter* PKD untuk Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Sukoharjo****Bab 7. Praktek Terbaik Peningkatan Efektivitas Manajemen Pelayanan Puskesmas Kabupaten Kediri****Referensi****Lampiran**

Bab 2

Citizen's Charter Pelayanan Publik

A. Pengertian dan Peran *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Citizen's charter (CC), atau pakta pelayanan publik, adalah salah satu jenis pernyataan resmi dari penyelenggara pelayanan publik kepada masyarakat pengguna/pelanggan sebagai “janji” atas kualitas pelayanan publik yang akan diberikan. *Citizen's charter* pelayanan publik mendorong penyedia layanan publik untuk bersama dengan pengguna layanan dan *stakeholders* lainnya untuk menyepakati jenis, prosedur, waktu, biaya, serta cara pelayanan dengan mempertimbangkan keseimbangan hak dan kewajiban antara penyedia layanan, pengguna layanan, serta *stakeholders* terkait.

Citizen's Charter (CC) atau pakta pelayanan merupakan pendekatan penyelenggaraan pelayanan publik yang menempatkan masyarakat sebagai pusat pelayanan. Artinya kebutuhan dan kepentingan pengguna layanan publik harus menjadi pertimbangan utama dalam keseluruhan proses penyelenggaraan pelayanan publik. Berbeda dengan praktik penyelenggaraan pelayanan publik umumnya, yang menempatkan kepentingan pemerintah dan penyedia layanan sebagai acuan utama dari praktik penyelenggaraan pelayanan, CC menempatkan kepentingan pengguna layanan sebagai unsur paling penting.

Dilihat dari sisi pola penyelenggaraannya, pelayanan publik masih memiliki berbagai kelemahan antara lain:

- a. **Kurang responsif.** Kondisi ini terjadi pada hampir semua tingkatan unsur pelayanan, mulai pada tingkatan petugas pelayanan (*front line*), sampai dengan tingkatan penanggung jawab instansi. Respon terhadap berbagai keluhan, aspirasi, maupun harapan masyarakat seringkali lambat atau diabaikan sama sekali. Bahkan tidak ada loket pengaduan atau unit pengaduan, apalagi petugas yang memberikan tindak lanjut tanggapan.
- b. **Kurang informatif.** Berbagai informasi yang seharusnya disampaikan kepada masyarakat, lambat atau tidak sampai kepada masyarakat. Informasi yang seharusnya disampaikan petugas tersebut mengenai penjelasan terkait tata cara pendaftaran, berapa jumlah uang yang harus dibayarkan, tata cara konsultasi, dsb.
- c. **Kurang aksesibel.** Berbagai unit pelaksana pelayanan terletak jauh dari jangkauan masyarakat, sehingga menyulitkan bagi mereka yang memerlukan pelayanan. Realitas yang terjadi adalah biaya untuk membayar pelayanan publik jauh lebih kecil dibandingkan biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk menjangkau tempat pelayanan tersebut.
- d. **Kurang koordinasi.** Berbagai unit pelayanan yang terkait satu dengan lainnya sangat jarang berkoordinasi. Akibatnya, sering terjadi tumpang tindih ataupun pertentangan kebijakan dalam memberikan pelayanan antara satu instansi pelayanan dengan instansi pelayanan lain yang terkait.
- e. **Birokratis.** Pelayanan pada umumnya dilakukan melalui proses panjang bertingkat-tingkatan, sehingga penyelesaian pelayanan yang terlalu lama. Dalam kaitan dengan penyelesaian masalah pelayanan, kemungkinan staf pelayanan (*front line staff*)

menyelesaikan masalah sangat kecil, dan dilain pihak kemungkinan masyarakat untuk bertemu penanggung jawab pelayanan pada tingkat lebih tinggi juga sulit. Akibatnya, berbagai masalah pelayanan memerlukan waktu yang lama untuk diselesaikan.

- f. **Kurang mau mendengar keluhan/saran/aspirasi masyarakat.** Pada umumnya aparat pelayanan kurang memiliki kemauan untuk mendengar aspirasi dari masyarakat. Akibatnya, pelayanan dilaksanakan dengan apa adanya, tanpa ada perbaikan dari waktu ke waktu. Walaupun ada kotak aduan atau kotak saran, *feedback* untuk memberikan tanggapan terkait saran atau aspirasi pengguna layanan publik sering tidak dilakukan, akibatnya pelayanan yang terjadi akan sama seperti semula yaitu terlalu birokratis dan menghabiskan waktu. Selain itu masih banyak petugas pemberi pelayanan publik yang kurang ramah (misalnya petugas pendaftaran di loket pelayanan).
- g. **Inefisien.** Berbagai persyaratan yang diperlukan seringkali tidak relevan dan tidak sebanding dengan waktu mendapatkan persyaratan dan pelayanan yang diberikan. Demikian halnya jam pelayanan yang diberikan hanya sebatas jam-jam tertentu, padahal masyarakat yang aksesnya jauh dari tempat pelayanan membutuhkan waktu cukup lama untuk sampai tempat tersebut.

Untuk menghindari praktik pelayanan seperti permasalahan di atas, maka CC pelayanan publik dapat mendorong penyedia layanan untuk bersama dengan pengguna layanan dan pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) untuk menyepakati jenis, prosedur, waktu, biaya, serta cara pelayanan. Kesepakatan tersebut harus mempertimbangkan keseimbangan hak dan kewajiban antara penyedia layanan publik, pengguna layanan publik, serta *stakeholders* terkait. Kesepakatan ini nantinya akan menjadi dasar praktik penyelenggaraan pelayanan publik, dengan demikian transparansi, responsifitas, akuntabilitas akan terwujud. Dokumen CC pelayanan publik ini dapat dijadikan bukti yang sah terkait kualitas pelayanan publik yang diterima oleh masyarakat.

Indikator kualitas pelayanan menurut konsumen atau penerima pelayanan publik ada 5 dimensi yaitu (Amy Y.S. Rahayu, 1997:11):

- a. **Tangibles:** fasilitas pelayanan yang dapat dinikmati atau dimanfaatkan oleh para penerima layanan publik yang dapat berupa sarana fisik tempat pelayanan publik (misal Puskesmas, rumah sakit), komputerasi administrasi, ruang tunggu yang bersih dan nyaman, tempat informasi dan aduan yang jelas).
- b. **Realibility:** kemampuan dan keandalan dalam menyediakan pelayanan yang terpercaya, dalam hal ini peralatan penunjang yang memadai, *skill* dan kompetensi petugas yang mumpuni sangat diperlukan.
- c. **Responsivness:** kesiapsediaan dari petugas pemberi pelayanan publik serta kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan publik secara cepat dan tepat serta tanggap terhadap kebutuhan pengguna atau masyarakat.
- d. **Assurance:** jaminan kualitas pelayanan publik yang diberikan, demikian halnya dengan kemampuan dan keramahan serta sopan santun dalam meyakinkan kepercayaan masyarakat pengguna layanan publik.
- e. **Emphaty:** sikap pemberi pelayanan publik yang dapat merasakan apa yang dirasakan oleh pasien atau konsumen, hal ini dapat diwujudkan dalam sikap tegas tetapi ramah dalam memberikan pelayanan kepada konsumen.

B. Manfaat *Citizen's Charter* dalam Pelayanan Publik

Manfaat CC pelayanan publik dapat dibagi dalam dua sisi yaitu dari sisi pengguna pelayanan publik dan dari sisi pemberi pelayanan publik. *Pertama*, dari sisi pengguna layanan publik adalah memberikan jaminan bahwa pelayanan publik akan menjadi lebih responsif, transparan dan akuntabel; Memberikan kemudahan untuk mengakses informasi pelayanan publik dan melakukan kontrol terhadap penyelenggaraan pelayanan publik; Menghargai martabat dan kedudukan pengguna layanan publik sebagai warga yang berdaulat karena ada keseimbangan antara hak dan kewajiban dalam CC pelayanan publik. *Kedua*, dari sisi penyedia atau pemberi pelayanan antara lain: memudahkan dalam melakukan evaluasi terhadap kinerja pelayanan; Membantu memahami kebutuhan dan aspirasi warga, serta *stakeholders* mengenai penyelenggaraan pelayanan publik; Meningkatkan kesadaran masyarakat bahwa pelayanan publik bukan hanya tanggung jawab pemerintah, tetapi menjadi tanggung jawab semua, termasuk warga dan pengguna layanan.

C. Prinsip-Prinsip Penyusunan *Citizen Charters* Pelayanan Publik

Dikaitkan dengan sendi-sendi pelayanan publik maka manajemen dengan pendekatan CC menggunakan prinsip-prinsip penyusunan pelayanan antara lain:

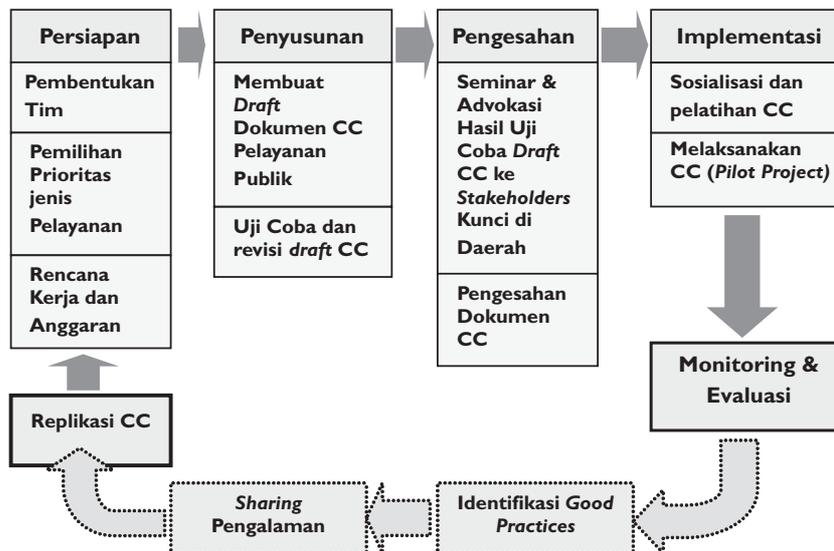
- a. **Kesederhanaan**, Prinsip ini mengandung arti bahwa prosedur atau tata cara pelayanan publik diselenggarakan secara lancar, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan.
- b. **Kejelasan dan Kepastian**, Prinsip ini mengandung arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai: Prosedur/tata cara pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif; Unit kerja dan atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan; Rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya; Jadwal dan waktu penyelesaian pelayanan. Dalam penyusunan ini dokumen yang termuat dalam CC pelayanan publik dimuat prosedur, penanggungjawab atau petugas, biaya, jadwal dan waktu penyelesaian pelayanan maupun aduan, secara jelas dan tegas telah diatur oleh pihak pemberi maupun penerima pelayanan.
- c. **Keamanan**, Prinsip ini mengandung arti proses serta hasil pelayanan dapat memberikan keamanan, kenyamanan dan dapat memberikan kepastian hukum bagi masyarakat. Prinsip ini berarti dengan adanya jaminan kualitas pelayanan publik yang baik maka pemberi maupun penerima pelayanan akan lebih terjaga, demikian halnya dengan kepastian hukum dari kedua belah pihak karena memuat hak dan kewajiban, sehingga tidak merugikan masing-masing pihak.
- d. **Keterbukaan**, Prinsip ini mengandung arti bahwa prosedur, pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian tarif serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka kepada masyarakat, baik diminta maupun tidak diminta. Penyusunan CC pelayanan publik dilakukan secara transparan, seluruh informasi dan data masing-masing pihak dipelajari dan dibahas bersama sebagai landasan penyusunan CC.
- e. **Efisiensi**, Prinsip ini mengandung arti bahwa persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang diberikan. Mencegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan dan terbuangnya waktu pelayanan.

- f. **Keadilan yang Merata**, Prinsip ini mengandung arti bahwa pelayanan publik dapat dijangkau semua pengguna tanpa pengecualian. Selain itu, jangkauan pelayanan harus didistribusikan seluas mungkin secara merata di seluruh wilayah tanggung jawab layanan. Tidak ada diskriminasi berdasarkan jender, usia, ataupun perbedaan tingkat sosial ekonomi atau golongan-golongan tertentu.
- g. **Partisipatif**, Prinsip ini mengandung arti dalam penyusunan CC pelayanan publik dilakukan secara bersama-sama antara pemberi, penerima dan *stakeholders*, sehingga dokumen yang dihasilkan menjadi tanggung jawab dan menjadi fungsi kontrol bagi semua pihak.

D. Tahapan Utama Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Dalam penyusunan CC pelayanan publik terdapat tahapan utama yang sebaiknya ditempuh. Tahapan tersebut digambarkan seperti Skema 1 berikut.

Skema 1. Alur Proses Penyusunan dan Pengimplementasian *Citizen's Charter* Pelayanan Publik



I. Tahap Persiapan

Persiapan dalam rangka penyusunan CC pelayanan publik antara lain:

a. Pembentukan Tim Penyusun CC

Tujuannya adalah memilih anggota dan mempersiapkan pembentukan tim penyusun CC pelayanan publik. Dalam mempersiapkan tim ini, sebaiknya ada tim kecil (*task force*) yang terdiri dari perwakilan pihak pemberi maupun penerima pelayanan serta *stakeholders* lain.

b. Pemilihan Prioritas Jenis Pelayanan

Tujuan dari tahapan ini adalah untuk melakukan identifikasi dan prioritasasi pelayanan publik yang akan dibuatkan dokumen CC di SKPD.

c. **Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran Penyusunan CC.** Tujuan pembuatan rencana kerja dan anggaran adalah mengidentifikasi secara sistematis semua langkah kegiatan beserta sumber daya yang diperlukan, mulai dari tahap persiapan sampai dengan implementasi, serta replikasi CC Pelayanan Publik.

2. Tahap Penyusunan Dokumen CC

a. Membuat *Draft* Dokumen CC Pelayanan Publik

Tujuan dari tahapan ini adalah untuk merancang dan menyusun isi *draft* dokumen CC pelayanan publik secara lengkap dan partisipatif.

Secara umum isi *draft* CC yang perlu disusun meliputi beberapa komponen:

- o Nama/Judul Pelayanan Publik.
- o Visi.
- o Misi.
- o Standar Pelayanan.
- o Hak & Kewajiban Pemberi Pelayanan.
- o Hak & Kewajiban Penerima Pelayanan.
- o Sanksi.
- o Mekanisme Pengaduan.
- o Survei Pengguna Pelayanan.
- o Halaman Pengesahan Dokumen CC.

b. Uji Coba dan Revisi *Draft* Dokumen CC Pelayanan Publik

Pada tahap ini yang dapat dilakukan adalah melakukan pertemuan, membuat materi uji coba, membuat instrumen masukan/*feedback*, melakukan koordinasi dengan *stakeholders* di tempat uji coba, melakukan uji coba *draft* CC; melakukan pertemuan *review* hasil uji coba, melakukan perbaikan *draft* CC. Uji coba dilakukan dengan cara menanyakan langsung dokumen CC pelayanan publik terutama pada standar pelayanan kepada responden yaitu masyarakat umum dan para petugas yang akan memberikan pelayanan publik. Pelaksanaan uji coba dilakukan oleh para peserta dan calon petugas yang terlibat dalam memberikan CC pelayanan publik. Masyarakat yang menjadi responden adalah masyarakat umum dengan berbagai latar tingkat sosial ekonomi. Hasil yang diharapkan adalah terselenggaranya uji coba dan dipahaminya *draft* CC pelayanan publik pada masyarakat pengguna dan pemberi serta mendapatkan masukan untuk perbaikan CC pelayanan publik.

3. Tahap Legalisasi

a. Seminar dan Advokasi CC Pelayanan Publik

Langkah yang dapat dilakukan adalah: Melakukan koordinasi dan pertemuan; Menyusun kepanitiaan; penugasan, dan menyusun kebutuhan (menyusun agenda, membuat daftar peserta dan pembicara, membuat surat undangan, mencari tempat, sumber dana, materi, protokoler); Melaksanakan seminar. Hasil yang diharapkan adalah dukungan publik melalui publikasi dalam seminar CC pelayanan publik tingkat Kabupaten/Kota.

b. Pengesahan CC Pelayanan Publik

Pengesahan dapat dilaksanakan setelah melakukan publikasi dengan langkah melakukan koordinasi tim; Penyiapan dokumen; Advokasi kepada para perwakilan; dan penandatanganan. Hasil yang diharapkan adalah disyiahkannya CC pelayanan publik oleh para perwakilan pihak pemberi dan penerima pelayanan publik.

4. Tahap Implementasi *Citizen's Charter*

a. Sosialisasi dan Pelatihan CC Pelayanan Publik

Sosialisasi dapat dilakukan dengan langkah: Menyiapkan dokumen CC; Melakukan koordinasi internal dan eksternal SKPD, melakukan pertemuan dan sosialisasi; Menyiapkan dokumen atau modul pelatihan; Mengundang petugas pemberi pelayanan CC terkait, Melakukan pelatihan oleh tim CC. Hasil yang diharapkan adalah dokumen CC pelayanan publik tersosialisasi secara internal ke seluruh tempat pelayanan publik yang terkait dalam CC. Sosialisasi penting untuk memperhitungkan kesiapan pemberi pelayanan. Selain itu juga untuk meningkatkan kapasitas pemberi pelayanan publik agar mampu melaksanakan penugasan ini.

b. Penerapan CC Pelayanan Publik

Langkah yang dilakukan adalah: melakukan koordinasi yang dipimpin SKPD terkait untuk melakukan persiapan tempat dan sarana pendukung, mempersiapkan petugas dan menjalankan CC pelayanan publik. Hasil yang diharapkan adalah sarana dan petugas pelayanan siap melaksanakan pekerjaannya.

5. Tahap monitoring dan evaluasi

Langkah yang dilakukan antara lain: Melakukan koordinasi dan pertemuan; Membuat instrumen monitoring dan evaluasi; Menyiapkan tim monitoring dan evaluasi; Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan CC; Menganalisis hasil monitoring dan evaluasi. Monitoring bisa dilakukan secara internal (dari para pemberi pelayanan) maupun eksternal (dari pengguna pelayanan atau kelompok independen yang lain).

Hasil yang diharapkan adalah teridentifikasinya faktor pendukung dan penghambat yang dapat dijadikan umpan balik perbaikan dalam pelayanan publik yang terdapat dalam dokumen *citizen's charter*.

Agar kegiatan monitoring dan evaluasi berjalan dengan baik diperlukan: kejelasan petugas yang bertanggung jawab, instrumen monitoring, metode pelaksanaan, indikator keberhasilan, dan waktu pelaksanaan monitoring evaluasi.

6. Upaya replikasi

Langkah-langkah umum proses replikasi CC di lokasi lain adalah: Melakukan pertemuan; Mengidentifikasi keberhasilan CC pelayanan publik; Mengidentifikasi potensi dan karakteristik yang dimiliki masing-masing tempat pelayanan; Melakukan upaya replikasi ditempat tujuan replikasi.

Hasil yang diharapkan adalah CC pelayanan publik dapat diterapkan di tempat pelayanan publik lain sesuai karakteristiknya. Upaya yang dapat dilakukan agar replikasi efektif antara lain: Melakukan sosialisasi CC pelayanan publik; Melakukan kunjungan ke tempat yang telah berhasil melaksanakan CC pelayanan publik; Melakukan *sharing experience* terkait keberhasilan antar tempat pelayanan publik; Memeriksa kesiapan sarana dan prasarana; Mengkaji kesiapan organisasi dan jaringan; Menyiapkan petugas/tim CC pelayanan publik.

E. *Prototype* Dokumen *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Boks 1

Prototype Citizen's Charter Pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan Kabupaten Boyolali

Visi

Terwujudnya pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan yang MUDAH, CEPAT dan AKURAT di Kabupaten Boyolali.

Misi

1. Menciptakan pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan secara transparan dan profesional.
2. Menjadikan pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan sebagai alat/sarana/media pemberdayaan dan kemandirian masyarakat menuju perilaku hidup sehat tahun 2015.
3. Mewujudkan Komunikasi Informasi Kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat.
4. Menjadikan Komunikasi Informasi Kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

Slogan: "Tiada hari tanpa Komunikasi Informasi Kesehatan."

Standar Pelayanan

a. Jadwal/Waktu pelayanan:

- Jadwal/Waktu pelayanan komunikasi informasi kesehatan rutin:
 - Tingkat Kabupaten Boyolali (DKK):
 - Senin – Kamis : 07.30-13.30 WIB.
 - Jum'at : 07.30-10.30 WIB.
 - Sabtu : 07.30-12.30 WIB.
 - Tingkat Kecamatan (Puskesmas):
 - Senin – Kamis : 07.30-13.30 WIB.
 - Jum'at : 07.30-10.30 WIB.
 - Sabtu : 07.30-12.30 WIB.
 - Tingkat Kelurahan/Desa:
 - Sesuai jadwal Posyandu.
- Jadwal/waktu pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan *Insidental*:
 - Setiap saat (24 jam).

b. Tempat pelayanan:

- Tempat pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan rutin:
 - Di Kabupaten:
 - Dinas kesehatan kabupaten.
 - RSUD PA.
 - Bagian Humas, informasi dan protokol Sekda.
 - PMI.
 - Kantor media cetak dan elektronik.
 - Di Kecamatan:
 - Puskesmas.
 - Puskesmas Pembantu (Pustu).
 - Di Kelurahan/Desa:
 - PKD/Polindes.
 - Posyandu.
- Tempat pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan *Insidental/Emergency*:
 - DKK.
 - RSUD.
 - Puskesmas.
 - PKD, Posyandu, Balai Kelurahan/Balai Desa.
 - Kantor Media Cetak/Elektronik.

Lanjutan Boks 1

c. Petugas pemberi pelayanan komunikasi informasi kesehatan:

- Petugas pemberi pelayanan komunikasi informasi kesehatan **rutin**:
 - Di Kab. Boyolali:
 - DKK (Seksi Promosi dan Infokes).
 - RSUD (bagian Humas dan/PKRS).
 - Forum Komunikasi Wartawan Boyolali.
 - Di Kecamatan:
 - Camat dan kasi Kesmas.
 - Ka. Puskesmas dan petugas Promkes Puskesmas.
 - Di Kelurahan/Desa:
 - Bidan desa, perangkat desa, kader Posyandu.
- Petugas pemberi pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan **Insidental**:
 - Di Kab. Boyolali:
 - Tim Komunikasi Informasi Kesehatan Kabupaten.
 - Media massa (Forum Komunikasi Wartawan Boyolali).
 - Di Kecamatan:
 - Tim Komunikasi Informasi Kesehatan Kecamatan.
 - Di Kelurahan/Desa:
 - Bidan desa dan perangkat desa.

d. Media/Sarana pelayanan:

- Media/sarana pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan **Rutin**:
 - Di Kab. Boyolali:
 - Audiensi.
 - SMS.
 - Papan data/informasi.
 - Media cetak dan elektronik.
 - Rapat koordinasi.
 - Di Kecamatan:
 - Papan data/informasi.
 - Rapat koordinasi.
 - Media cetak.
 - Di Kelurahan/Desa:
 - Penyuluhan.
 - Data dinding/monograf.
 - Media cetak.
- Media/Sarana pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan **Insidental**:
 - Alat komunikasi elektronik.
 - Media elektronik.
 - Media Tradisional (*woro-woro* masjid, *kenthongan*).

e. Tarif/biaya pelayanan:

- Tarif sesuai dengan Perda yang berlaku.
- Pada tataran masyarakat akan digratiskan sesuai dengan ketersediaan sumber daya dan tujuan pemanfaatan Komunikasi Informasi Kesehatan

Lanjutan Boks 1

Alur Pelayanan

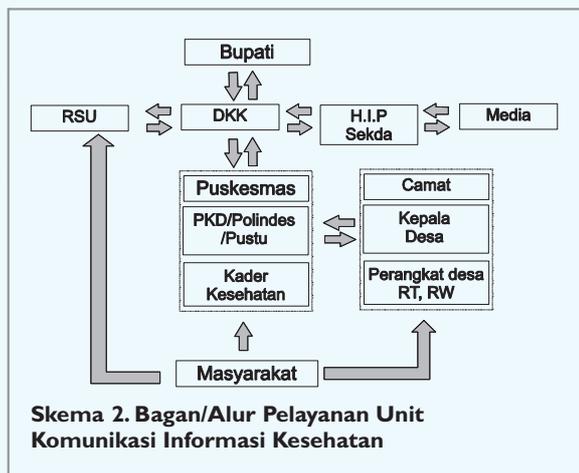
Tata cara pengguna unit pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan:

Umum

1. Memanfaatkan pelayanan pada waktu yang telah ditentukan.
2. Menghubungi unit pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan.
3. Menyebutkan identitas.
4. Petugas menanyakan kebutuhan pengguna.
5. Pengguna menyampaikan kebutuhan Komunikasi Informasi Kesehatan.
6. Petugas memberikan informasi yang dibutuhkan pengguna dengan ramah.

Insidental

1. Memanfaatkan pelayanan pada saat insidental.
2. Menghubungi tim pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan yang ditunjuk:
 - a. Bidan desa.
 - b. Ka. Puskesmas.
 - c. Ka. Dinkes.
3. Petugas pelayanan komunikasi dan informasi kesehatan yang dihubungi, segera menindaklanjuti laporan.



Unit Pengaduan Masyarakat

Apabila terjadi keluhan karena pelayanan yang kurang memuaskan, dapat disalurkan melalui:

- Kotak saran DKK, Puskesmas.
- Telpon dan SMS kepada Unit Informasi Promkes DKK no: -xxxxxx (sewaktu-waktu KLB emergency).
- Kepala DKK, Puskesmas, kader.
- Media (sewaktu-waktu).
- LSM.

Lanjutan Boks 1

Kewajiban dan Hak

Hak dan kewajiban pemberi pelayanan

Sesuai SPM bidang kesehatan kabupaten Boyolali dan Perda No 6 th 2007, tentang Pelayanan Publik.

■ Kewajiban

- Memberikan informasi/edukasi kesehatan secara periodik.
- Menetapkan unit informasi dan pengaduan di tiap pusat pelayanan kesehatan (Bab IV pasal 7 ayat 3).
- Memberikan informasi kepada pengguna informasi kesehatan (Bab III Pasal 5) secara santun, ramah dan tidak diskriminatif.

■ Hak

- Menolak memberikan informasi khusus (yang sifatnya rahasia) dengan alasan tertentu.
- Mendapatkan informasi yang benar, jujur dan dapat dipertanggungjawabkan dari pengguna pelayanan Komunikasi Informasi Kesehatan.

Hak dan kewajiban pengguna pelayanan

■ Kewajiban :

- Mentaati prosedur dan mekanisme yang telah ditentukan.
- Memelihara dan menjaga sarana dan prasarana Komunikasi Informasi Kesehatan yang.
- Memberikan informasi yang benar, jujur dan dapat dipertanggungjawabkan.

■ Hak :

- Mendapatkan informasi secara mudah, cepat, tepat dan akurat serta lengkap.
- Mendapatkan pelayanan informasi secara santun, ramah dan tidak diskriminatif.
- Memberikan saran untuk perbaikan pelayanan.

Survei Pengguna Layanan

- Melakukan survei kepuasan pelanggan setahun sekali.
- Menyampaikan hasil survei secara terbuka dan/atau melalui media massa kepada masyarakat secara periodik.

Penutup

Dengan telah tersusunnya salah satu bentuk Komunikasi Informasi Kesehatan di Kabupaten Boyolali, maka perlu didukung adanya komitmen dari seluruh masyarakat di Kabupaten Boyolali.

Bersama dengan masyarakat di Kabupaten Boyolali Kita sukseskan *citizens' charter* Komunikasi Informasi Kesehatan Kabupaten Boyolali.

Boyolali, 16 April 2008

Mengetahui,

Perwakilan Masyarakat

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Boyolali

(A Yani)

dr. Yulianto Prabowo, MKes
NIP

Bab 3

Proses Fasilitasi Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik di SKPD

Dalam penyusunan *citizen's charter* bidang pelayanan publik terdapat tahapan utama yang sebaiknya ditempuh. Upaya ini dilakukan agar dalam penyusunan *citizen's charter* dilakukan secara terstruktur dan sistematis, sehingga mudah dipahami. Adapun tahapan penyusunan *citizen's charter* meliputi:

- a. **Tahap Persiapan Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Penyelenggara (SKPD Inisiator) bersama tim fasilitator melakukan persiapan penyusunan CC yang meliputi kegiatan: Koordinasi; Pemilihan *stakeholders* relevan yang akan dilibatkan; Pertemuan untuk pembentukan Tim Kecil; Pertemuan Penyusunan prioritas pelayanan publik dan rencana kerja untuk penyusunan CC.
- b. **Proses Penyusunan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Tahap ini Tim Kecil memfasilitasi pertemuan *stakeholders* untuk: merancang *draft*, menyusun isi *draft* dokumen CC secara lengkap dan partisipatif.
- c. **Tahap Uji Coba dan Finalisasi Dokumen *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Tahapan uji coba dilakukan untuk menilai pemahaman pihak pengguna dan pemberi pelayanan terhadap dokumen CC yang telah dibuat, sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk penyempurnaan *draft* yang telah dibuat.
- d. **Pelaksanaan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik.** Pada tahap ini meliputi: seminar CC pelayanan publik; legalisasi CC; sosialisasi; persiapan pelaksanaan dan pelaksanaan CC; monitoring dan evaluasi pelaksanaan serta replikasi CC pelayanan publik.

Tahapan penyusunan *citizen's charter* pelayanan publik secara runtut dapat dijelaskan sebagai berikut:

A. Tahap Persiapan

I. Pemilihan *Stakeholders* dan Pembentukan Tim Penyusun CC Pelayanan Publik SKPD

Tujuan

Tujuannya adalah memilih dan mempersiapkan pembentukan tim penyusun CC pelayanan publik. Dalam mempersiapkan tim ini, sebaiknya ada Tim Kecil (*task force*) yang terdiri dari perwakilan pihak pemberi maupun penerima pelayanan serta *stakeholders* lain.

Keluaran

1. Terpilihnya *stakeholders* yang cukup representatif dan bersedia dilibatkan dalam Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD.
2. Terbentuknya secara resmi Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD.
3. Tim Penyusun CC mampu membuat agenda dan rencana kegiatan maupun alokasi anggaran pendukungnya.

Metode

Pemaparan dan Diskusi Kelompok atau Workshop.

Langkah-langkah

1. Kepala SKPD mendiskusikan secara internal dengan beberapa staf inti untuk menentukan kriteria dan jumlah serta keterwakilan unsur/*stakeholders* (pemberi pelayanan & penerima pelayanan) yang akan dijadikan sebagai calon anggota Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD tersebut.
2. Pemilihan *stakeholders* sebagai calon Tim Penyusun CC Pelayanan Publik ini disesuaikan dengan peran masing-masing *stakeholders*.
3. Kepala SKPD selanjutnya mengirimkan surat undangan kepada calon anggota Tim tersebut untuk menghadiri acara pembentukan Tim Penyusun CC Pelayanan Publik di SKPD.
4. Menggelar rapat koordinasi untuk pembentukan Tim CC didahului oleh pemaparan Kepala SKPD tentang konsep dasar dari CC dan penjelasan tentang kriteria, tugas dan tanggung jawab sebagai Tim Penyusun CC Pelayanan Publik dan diakhiri dengan pembuatan rencana kegiatan dan perkiraan alokasi anggarannya.
5. Pembuatan Surat Keputusan oleh Kepala SKPD dan diserahkan secara resmi kepada Tim Penyusunan CC SKPD.

Informasi yang Disiapkan

1. Daftar *stakeholders* dari unsur pemberi pelayanan dan penerima pelayanan yang dicalonkan sebagai anggota Tim Penyusun CC.
2. Bahan presentasi berisi konsep dasar dari CC dan beberapa aturan terkait lainnya.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Proses pemilihan *stakeholders* yang akan terlibat dalam penyusunan CC penting karena menyangkut keterwakilan dan keberlanjutan dari pakta pelayanan yang akan dijalankan. Selain keterwakilan dari komponen masyarakat maka soliditas tim juga akan terbentuk dengan baik. Partisipasi dari berbagai *stakeholders* akan membuat tim ini langgeng. Selain itu, pemilihan *stakeholders* yang akan terlibat perlu mempertimbangkan komitmen dan loyalitas para calon, karena proses pembuatan CC sampai dengan implementasi membutuhkan waktu yang panjang.
- Cara pengidentifikasian *stakeholders* secara garis besar dapat dibagi kedalam empat klasifikasi peran yaitu: (1) **Penerima:** Sasaran pelayanan adalah orang yang menjadi sasaran pemberian pelayanan publik; (2) **Penentu kebijakan/pembuat keputusan:** adalah orang atau organisasi yang dapat membuat keputusan terkait pelayanan publik; (3) **Penyelenggara:** Pemberi/penanggung jawab pelayanan adalah orang atau organisasi yang memberikan pelayanan publik; dan (4) **Pihak lain:** pihak yang bukan termasuk salah satu di atas, atau yang tidak terlibat secara langsung dalam pelayanan publik.
- Kekompakan antara Kepala SKPD dan staf inti akan menjadi salah satu faktor penentu utama keberhasilan dan kelancaran penyusunan CC.
- Keterwakilan maupun keterlibatan dari semua unsur/bidang yang ada dalam struktur SKPD akan sangat menentukan pula kelancaran proses penyusunan sampai dengan pengimplementasian maupun replikasi CC.

- Perlu dibuatkan aturan main yang jelas tentang kriteria, pembagian tugas dan kewenangan masing-masing anggota Tim Penyusun CC.
- Beberapa contoh kriteria anggota tim penyusun CC antara lain:
- Mempunyai pengalaman dalam mengelola dan atau memanfaatkan secara langsung pelayanan publik.
- Mempunyai wawasan dan kepedulian pada masalah pelayanan publik.
- Mempunyai kesiapan waktu yang memadai.
- Sebaiknya sebelum ditetapkan secara resmi, masing-masing anggota tim terlebih dahulu mengisi surat pernyataan kesediaan dan kalau perlu juga diperkuat dengan surat ijin dari instansi/atasan tempat mereka bekerja.
- Pada saat pembentukan Tim Penyusun CC sebaiknya juga dapat diputuskan apakah akan mengangkat tim fasilitator untuk membantu proses dan pekerjaan dari Tim Penyusun CC. Adapun kriteria calon fasilitator yang dibutuhkan dalam penyusunan CC Pelayanan Publik antara lain:
 - √ Mempunyai pemahaman yang cukup tentang peraturan/regulasi terkait pelayanan publik.
 - √ Mempunyai pengalaman yang cukup dalam memfasilitasi terutama teknik fasilitasi yang partisipatif.

Tabel 1. Perkiraan Waktu

No	Kegiatan	Minggu Ke-			
		1	2	3	4
1	Diskusi internal SKPD untuk identifikasi <i>stakeholders</i> & pembuatan surat undangan kepada calon anggota Tim Penyusun CC.				
2	Pertemuan koordinasi Pembentukan Tim Penyusun CC. Pertemuan ini penting untuk memberi pemahaman tentang CC dan diikuti dengan pembuatan rencana kegiatan, anggaran & Tupoksi tim.				
3	Pembuatan dan penyerahan SK Kepala SKPD kepada Tim Penyusun CC.				

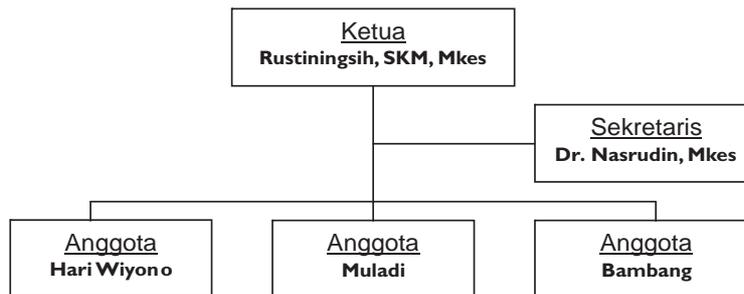
Tabel 2. Contoh *instrument* untuk Identifikasi *stakeholders*

No	Nama Stakeholders	Klasifikasi Peran	Keterangan/Alasan

Pertanyaan Kunci untuk mengisi Tabel 2 di atas:

- Menurut Saudara siapa saja yang mungkin terlibat dalam penyusunan *Citizens Charter* Pelayanan Publik di SKPD ini?
- Dimana posisi yang paling pas untuk masing-masing *stakeholders* tersebut sesuai 4 klasifikasi peran yang tersedia (*client, decision maker, designer* atau *passively involment*)?
- Sebutkan alasan Saudara mengapa mereka perlu dilibatkan dalam penyusunan *Citizens Charter* Pelayanan Publik di SKPD ini?

Skema 3. Susunan Organisasi Tim Penyusun CC SKPD (Contoh)



Tabel 3. Resume Hasil Identifikasi Stakeholders Sebagai Tim Penyusun CC Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) di Kabupaten Sukoharjo Tahun 2008 (Contoh)

No	Nama Stakeholders	Klasifikasi Peran
	Ka. Promkes.	Pemberi pelayanan.
	Ka. Puskesmas.	Pengambil keputusan.
	KIA/Bidan.	Pemberi pelayanan.
	Jurim.	Pemberi pelayanan.
	Gizi.	Pemberi pelayanan.
	Muspika.	Tidak terlibat langsung.
	RB.	Pemberi pelayanan.
	Kader/SKD.	Pemberi pelayanan.
	PKK.	Pemberi pelayanan.
	Media.	Tidak terlibat langsung.
	LSM.	Tidak terlibat langsung.
	Bumil/Buteki.	Sasaran.
	Posyandu.	Pemberi pelayanan/Sasaran.
	Kades/Masyarakat.	<i>Client</i> .

2. Penentuan Prioritas Pelayanan Publik yang Akan Dibuat CC

Isu-isu atau permasalahan kesehatan dapat dipilih sebagai contoh. Saat ini isu kesehatan menjadi perhatian besar dunia internasional, isu global ini pada akhirnya juga menjadi pusat perhatian di tingkat nasional maupun daerah. Kemajuan ini ditunjukkan dengan bertambahnya Kebijakan-kebijakan mengenai perbaikan pelayanan kesehatan. Dorongan perbaikan pelayanan kesehatan bukan saja datang dari dunia internasional, permasalahan kesehatan yang dirasakan dan banyak dikeluhkan oleh masyarakat pengguna juga menjadi tantangan yang harus dijawab pemerintah. Isu prioritas lain misalnya adanya kebijakan mengenai pelayanan yang bersih dan berwibawa, pemberdayaan UKM, Lingkungan bersih dan sehat, dsb.

Pelibatan fasilitator dalam penentuan prioritas bersama *stakeholders* akan lebih baik. Pertemuan yang difasilitasi orang luar akan mengurangi beban psikologis peserta karena berbagai alasan, misalnya: sungkan, takut karena kedudukannya, kecurigaan membela kepentingan tertentu, dsb. Selain itu, fasilitator dapat membantu semua peserta secara aktif menyampaikan ide, merumuskan poin-poin penting, mengarahkan diskusi pada tujuannya, sampai meriview hasil-hasil yang dicapai Tim Penyusunan CC.

Tujuan

Tujuan dari tahapan ini adalah untuk melakukan identifikasi dan prioritasasi pelayanan publik yang akan dibuatkan dokumen CC di SKPD.

Keluaran

- Terpilihnya satu jenis pelayanan publik yang akan difasilitasi penyusunan dokumen *Citizens Charter*-nya.
- Tim Penyusun CC secara partisipatif mampu bermusyawarah dalam penetapan pelayanan prioritas.

Metode

Diskusi Kelompok atau Lokakarya.

Langkah-langkah

- Tiap anggota tim diminta mendeskripsikan minimal 3 jenis pelayanan yang paling sering dikeluhkan kepada SKPD dan menuliskannya dalam kertas metaplan.
- Pemimpin diskusi/fasilitator melakukan konfirmasi ulang terhadap semua jawaban peserta satu persatu dan jika sudah dianggap jelas maka jawaban tersebut ditempel di dinding/kertas plano.
- Selanjutnya semua peserta diminta mengelompokkan setiap jawaban yang mirip/sama (*clustering*), demikian seterusnya sampai semua jawaban bisa masuk ke dalam kelompok masing-masing.
- Jika dipandang perlu peserta diminta memberikan judul baru yang lebih sesuai pada masing-masing kelompok jawaban tersebut.
- Setelah itu peserta diminta memberikan penilaian menggunakan alat yang disediakan. Alat ini berguna untuk menilai tiap kelompok jawaban berdasarkan beberapa kriteria dan bobot tertentu sehingga pada akhirnya peserta dapat menentukan sendiri prioritas jenis pelayanan mana yang paling tepat untuk dibuatkan dokumen *citizen's charter*.

Informasi yang Disiapkan

- Laporan evaluasi/profil kinerja pelayanan yang selama ini ada di SKPD terutama dikaitkan dengan pencapaian standar pelayanan tertentu (misalnya standar pelayanan minimal/ SPM).
- Hasil survei kepuasan pengguna/masyarakat terakhir (jika memang pernah dilakukan).

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Metode pengambilan keputusan untuk menentukan jenis pelayanan publik yang akan diprioritaskan pembuatan *citizen's charter*-nya sedapat mungkin dilandasi oleh kecermatan dan ketepatan saat memilih teknik dan alat yang memungkinkan proses partisipatif tetap bisa berjalan efektif namun tanpa menyita waktu yang terlalu lama sehingga mengakibatkan peserta menjadi bosan.
- Masing-masing teknik/alat yang dipakai pada dasarnya memiliki keunggulan dan keterbatasan masing-masing sehingga yang harus dikedepankan saat memilih teknik/alat untuk prioritas adalah segi kepraktisan (kemudahan untuk digunakan secara cepat) sekaligus keakuratannya (kemampuannya untuk menilai secara obyektif tiap alternatif pilihan yang ada).

Perkiraan Waktu

1 hari *workshop*.

Template (Tabel 4)

Melakukan prioritas jenis pelayanan, banyak metode yang dapat digunakan terkait upaya prioritas jenis pelayanan publik, di antaranya dengan metode *Multiple Criteria Utility Assessment* (MCUA), metode *Voting* Terbobot, Metode *Hanlon, Delbecq*, dsb.

Tabel 4. Contoh Matriks MCUA (*Multiple Criteria Utility Assesment*) untuk Prioritasi Masalah Pelayanan Publik yang akan Dijadikan CC

Kriteria	Bobot (B)	Masalah Pelayanan Publik									
		Pelayanan a		Pelayanan b		Pelayanan c		Pelayanan d		Pelayanan e	
		Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB
Besar/Luas											
Gawat/Serius											
Kemudahan Penanggulangan											
dst											
Jumlah SxB											

S = merupakan notasi dari skor dan B merupakan notasi dari bobot.

Langkah-langkah:

1. Menetapkan Kriteria
Kriteria yang dapat disepakati dalam menentukan pemilihan masalah pelayanan

publik antara lain: besar masalah dari pelayanan publik itu sendiri; kegawatan atau keseriusan dari masalah pelayanan publik yang ada; kemudahan dalam menanggulangi masalah tersebut.

2. Melakukan Pembobotan Kriteria

Lakukanlah pembobotan atau penentuan kepentingan relatif dari setiap kriteria yang telah dipilih, artinya kriteria mana yang dianggap yang terpenting, itu yang diberi bobot tertinggi dan yang kurang penting diberi bobot yang terendah. Misalnya kisaran pembobotannya 1-10 (pembobotan secara mutlak), artinya bobot yang terendah 1 sedang yang tertinggi 10. Hanya satu kriteria yang akan diberi kriteria tertinggi dan hanya satu pula kriteria yang akan diberi kriteria terendah. Mengenai kisaran pemberian bobot ini tergantung dari kesepakatan kelompok (tentunya berdasarkan data atau fakta yang ada). Bobot kriteria juga dapat diberikan dengan memberikan persentase masing-masing kriteria, kriteria yang dianggap penting diberikan persentase besar dan sebaliknya, dan jika dijumlah bobot relatif masing-masing kriteria mencapai 100 %.

3. Membuat Skor Masing-masing Kriteria Terhadap Masing-masing Masalah

Setiap Kriteria diberi skor terhadap masing-masing Masalah artinya estimasi berapa besarnya pengaruh masalah terhadap Kriteria ini, apabila pengaruhnya besar, maka diberi skor yang lebih tinggi, sedang apabila dianggap pengaruhnya kurang, maka diberi skor yang lebih kecil, misalnya kisaran angka pemberian skor 1-10, 1-7, 1-5. Skor tersebut bisa dianalogikan mulai dari sangat besar diberikan skor 5, besar diberikan skor 4, cukup besar diberikan skor 3, kurang besar diberikan skor 2 dan tidak besar diberikan skor 1.

4. Mengalikan Skor dengan Bobot (S x B)

Kalikan masing-masing skor dengan bobot pada kriteria yang telah diberikan pada masing-masing kolom masalah pelayanan publik. Dengan demikian akan didapatkan nilai SKOR kali BOBOT untuk masing-masing kriteria dan masalah. Jumlahkanlah hasil perkalian tersebut untuk masing-masing masalah pelayanan publik, dengan jalan menjumlahkan ke bawah dan masalah pelayanan publik dengan jumlah perkalian tertinggi yang akan dipilih menjadi Prioritas Masalah Pelayanan Publik yang akan dibuat *citizen's charter*.

Tabel 5. Hasil Pemanfaatan MCUA dalam Penentuan Prioritas Jenis Pelayanan Kesehatan yang Akan Dibuatkan Dokumen CC di Kab. Sukoharjo Tahun 2007

Kriteria	Bobot (B)	Jenis Pelayanan Publik									
		Pelayanan SMD		Pelayanan Imunisasi		Pelayanan PKD		Pelayanan Surveilans		Pelayanan Penyuluhan	
		Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB	Skor	SxB
Besar/Luas	3	3	9	3	9	3	9	1	3	2	6
Gawat/Serius	2	2	4	3	6	2	6	2	4	2	4
Kemudahan Penanggulangan	1	3	3	1	1	3	3	3	3	1	1
Jumlah SxB			16		16		18		13		11

Keterangan:

Total skor dikalikan bobot untuk SMD dan Imunisasi didapatkan 16; untuk PKD 18; untuk Surveilans dan Penyuluhan masing-masing 13 dan 11. Sehingga diprioritaskan pelayanan PKD sebagai prioritas pelayanan yang akan di buat CC dengan jumlah skorx bobot paling tinggi, karena ujung tombak pelayanan kesehatan yang langsung bersentuhan dengan masyarakat dan dapat meningkatkan kegiatan-kegiatan peningkatan kesehatan adalah PKD yang sekarang bernama Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

3. Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran

Penyusunan rencana kerja dan penganggaran CC pelayanan publik diperlukan untuk pembagian tugas dan tanggung jawab masing-masing personil atau institusi. Konsep siapa mengerjakan apa akan lebih baik bila dimusyawarahkan bersama. *Sharing* sumber daya dari masing-masing anggota akan lebih jelas, walaupun tidak harus dibagi sama rata. Metode pendekatan partisipatif yang dapat dipergunakan adalah metode *plan of action* (PoA).

Tujuan

Tujuan pembuatan rencana kerja dan anggaran adalah mengidentifikasi secara jelas dan sistematis semua langkah kegiatan beserta sumber daya yang diperlukan mulai dari tahap persiapan sampai dengan tahap implementasi dan replikasi CC.

Keluaran

Tim Penyusun CC secara partisipatif mampu membuat sebuah rencana kerja beserta anggarannya lengkap mulai dari persiapan sampai dengan implementasi penyusunan dokumen CC di SKPD dan rencana replikasinya.

Metode

Diskusi Kelompok atau *Workshop*.

Langkah-langkah

1. Definisikan tujuan penyusunan CC pelayanan publik dengan pendekatan SMART (*specific, measurable, accountable, realistic dan timebounds*).
2. Inventarisasi jenis kegiatan dan tahapannya yang akan dilaksanakan terkait penyusunan CC pelayanan publik di SKPD.
3. Identifikasi semua sumber daya (keuangan dan non keuangan) yang dibutuhkan untuk pencapaian tujuan maupun pelaksanaan kegiatan yang sudah diinventarisir sebelumnya.
4. Tentukan indikator dari masing-masing kegiatan/komponen yang diperlukan dalam penyusunan CC secara jelas dan terukur/obyektif.
5. Susun *draft* rencana kerja dan anggaran. *Draft* rencana kerja dan anggaran dapat dibuat dengan membuat tabel yang memuat unsur-unsur: kegiatan, alokasi biaya, *output*, penanggung jawab, jadwal dan keterangan-keterangan yang diperlukan.

Informasi yang Disiapkan

- Laporan evaluasi/profil kinerja pelayanan yang selama ini ada di SKPD terutama dikaitkan dengan pencapaian standar pelayanan tertentu (misalnya standar pelayanan minimal/SPM).
- Hasil penentuan prioritas jenis pelayanan publik yang disepakati oleh Tim Penyusun CC sebelumnya.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Metode pengambilan keputusan untuk menentukan jenis pelayanan publik yang akan diprioritaskan pembuatan CC-nya sedapat mungkin dilandasi oleh kecermatan dan ketepatan. Usahakan pada saat memilih teknik dan/alat selalu memberikan ruang partisipasi aktif bagi seluruh peserta, namun tetap dapat menjaga efektivitas kerja dan tidak menyita waktu. Partisipasi yang produktif akan menghindarkan peserta dari kebosanan dalam mengikuti proses diskusi

yang panjang.

- Masing-masing teknik/alat yang dipakai pada dasarnya memiliki keunggulan dan keterbatasan, sehingga yang harus dikedepankan saat memilih teknik/alat untuk prioritas adalah segi kepraktisan (kemudahan untuk digunakan secara cepat) sekaligus keakuratannya (kemampuannya untuk menilai secara obyektif tiap alternatif pilihan yang ada).

Perkiraan Waktu

1 hari

Boks 2 Langkah Fasilitasi

Contoh:

Penyusunan Rencana Kegiatan *Good Practices* Desa Siaga di Sukoharjo 2007

Tahap I: Peserta diajak merumuskan Konteks dengan pendekatan *Brainstorming*

Perumusan konteks tersebut dengan beberapa panduan pertanyaan untuk memperoleh gambaran kegiatan antara lain:

- *Apa*: Rencana tindak kegiatan untuk *good practices* Desa Siaga (Desi) di Sukoharjo.
- *Kapan*: 2008.
- *Dimana*: Sukoharjo.
- *Mengapa*: Mendukung Sukoharjo Sehat 2010.
- *Bagaimana*: Membuat *Good Practice* Desa melalui PKD.
- *Oleh Siapa*: *Stakeholders* Desa Siaga.

Tujuan Rasional:

Kegiatan *good practices* untuk Desa Siaga Sukoharjo Tahun 2007.

Tujuan Eksperiensial:

- Untuk membuat para *stakeholders* merasa lebih percaya diri dalam pengembangan *good practices* Desa Siaga.
- Untuk membuat kebersamaan para *stakeholders* Desa Siaga dan masyarakat di Sukoharjo.

Tahap II: Menentukan Indikator Keberhasilan

Indikator Keberhasilan *follow-up* CC PKD

1. Ada dukungan lintas sektor.
2. Ada SK desa atau Perdes PKD dan SK Bupati.
3. Tersedia sumber dana dan sarana prasarana (Sarpras).
4. Ada forum/pokja Desa Sehat Aktif.
5. Ada pedoman penyelenggaraan PKD.
6. Ada tenaga medis/non medis.
7. Ada rencana kerja PKD.

Tahap III: Menilai Realitas yang Ada

Kekuatan/Pendukung:

1. Ada tenaga (SDM).
2. Ada sarana dan prasarana.
3. Ada Kemauan/komitmen dari petugas.

Lanjutan Boks 2.

4. Dukungan masyarakat.
5. Sudah ada buku pedoman penyelenggaraan PKD.

Kelemahan/Penghambat:

1. Skill kurang, tenaga belum terkoordinasi.
2. Sarpras belum merata/kurang.
3. Minimalnya dana.
4. Pemahaman masyarakat terhadap PKD.
5. Distribusi buku pedoman penyelenggaraan PKD tidak merata.

Tahap IV: Pembuatan Komitmen

“PKD berkualitas masyarakat sehat”.

Tahap V: Penentuan & Pengelompokan kegiatan kunci

Pada tahap ini proses fasilitasi dilakukan dengan cara mengidentifikasi kegiatan kunci maupun target yang akan dicapai terkait penyelenggaraan pelayanan CC PKD nantinya. Masing-masing peserta diberi kertas meta plan, untuk mengidentifikasi kegiatan kunci dengan bantuan pertanyaan: *Kegiatan kunci apa saja yang harus dilakukan untuk membuat good practices dalam pelayanan CC PKD untuk Desa Siagai Di Sukoharjo 2007?*

Lakukan **Brainstorming dan metode Lokakarya** dengan langkah:

- Tulis kegiatan kunci dalam kertas meta plan, satu kertas satu ide, huruf besar, 7 kata, tulis melebar (*landscape*).
- Kegiatan kunci ditulis dalam kata kerja.
- Jangan menuliskan “membuat panitia”.
- Tempelkan di papan/tembok.
- Kelompokkan dan buat judul.

Hasil:

Target:

1. Terwujudnya kemandirian masyarakat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan (Yankes)/Sadar Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)/Upaya Kesehatan Masyarakat(UKM).
2. Terwujudnya penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)/bencana secara cepat dan tepat.
3. Ada upaya deteksi dini faktor resiko.
4. Angka Bebas Jentik (ABJ) > 95 %.
5. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat setempat (AKI,AKB, Status Gizi, UHH dst).
6. Peningkatan strata UKBM (Posyandu, Pos Obat Desa).
7. Persentase masyarakat yang menggunakan PKD bertambah (*Visit Rate* 15 %).
8. *Customer satisfaction* > 70 %.
9. Ada hadiah dan hukuman (*reward* dan *punishment*).
10. Ada kegiatan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Lanjutan Boks 2.

Kegiatan Kunci:

- Melaksanakan rapat dan Koordinasi.
- Mengadvokasi anggota dewan dan bupati.
- Menyusun standarisasi PKD.
- Melaksanakan pelatihan.
- mendeseminasi informasi CC (Sosialisasi hasil CC).
- Melaksanakan studi Banding.
- Penyusunan PoA dan anggaran.
- Melaksanakan Monitoring dan evaluasi Monev.

Tahap VI: Penjadwalan dan Penugasan

Lakukan *Plan of Action*

- Minta peserta menuliskan nama mereka dalam kertas kecil.
- Minta peserta menempelkan kertas kecil yang bertuliskan nama mereka pada judul yang telah ditulis.
- Setelah semua judul terisi (minimal 2 orang nama), maka selanjutnya kelompok ini disebut TIM KERJA.
- Cek kembali, adakah nama yg belum tertempel atau jumlahnya kurang dari dua.
- Salah satu dari masing-masing TIM KERJA maju ke depan untuk mengambil kartu ide/meta plan (salah satu kegiatan kunci).
- Masing-masing TIM KERJA membuat *Action Plan* dan jadwal kegiatannya.
- Buatlah kolom:
 - Kolom vertikal menunjukkan Judul Kegiatan-kegiatan kunci.
 - Kolom horizontal menunjukkan tanggal atau waktu kegiatannya.
 - Kolom horizontal terakhir berisi tim kerja.
- TIM KERJA harus mengurutkan kegiatan berdasar urutan waktu (kronologis).
- Masing-masing tim kerja mempresentasikan hasilnya.
- Setelah semua selesai mempresentasikan hasil, tanyakan apakah kegiatan kunci telah diidentifikasi sesuai kronologi yang benar. Jika perlu lakukan perubahan.
- Minta peserta melihat kembali kalender kegiatan yang mereka buat, bandingkan dengan kalender kegiatan tim kerja lain.
- Tanyakan pada kelompok tentang kegiatan umum apa yg perlu dijadwalkan dalam kalender (misal rapat koordinasi antar ketua tim kerja).
- Cek kembali kegiatan yg telah dijadwalkan; Mekanisme koordinasi; Alokasi sumber daya.

Contoh Hasil:

Penanggung jawab tugas Kegiatan dan Tim Kerja dalam Tindak Lanjut CC PKD (Poliklinik Kesehatan Desa):

1. Rapat dan Koordinasi: Yuda, Sri Hartani, Bambang S.
2. Advokasi anggota dewan dan bupati: Tatik OS, Bambang H, Sukidi.
3. Standarisasi PKD: Bejo R, Yuniarti dan Sri Wahyuni.
4. Pelatihan: Lilis, Mursinem, dan Linda.
5. Deseminasi informasi/Sosialisasi hasil CC: Tuwiyono, Hari, Maya.
6. Studi Banding: Dwi Pur, Rusti.
7. Penyusunan PoA dan anggaran: Agus, Utami dan Salamah.
8. Monev: Kristini, Jumali, Sumi Rahayu.

Tabel 6. Matriks Hasil Penyusunan Rencana Kerja atau *Plan Of Action (POA)* Pembuatan *Good Practices* Implementasi CC dalam Program Desa Siaga di Sukoharjo 2007

Program	Penanggung Jawab	Rincian Kegiatan	Keluaran	Unit (frekuensi)	Biaya (juta)	Jadwal
Rapat Koordinasi (A.Yuda K., Sri Hartani).	Sie rapat.	Penyusunan piagam (CC) dan pembentukan tim penyusun.	Tersusun <i>draft</i> CC dan terbentuk tim penyusunnya.	35	1,05 jt.	Des.'08.
	Sie rapat.	Rapat finalisasi CC		48	1,88 jt.	Des.'08.
	Sie rapat.	Rapat persiapan advokasi dan sosialisasi.		30	0,45 jt.	Des.'08.
	Sie rapat.	Rapat persiapan pencaangan CC.		40	0,6 jt.	Des.'08.
Standarisasi PKD (Bejo Raharjo, Yunianti, Yuni).	<i>Task force</i> , TP PKK Kec, IBI, PPNI.	a. Rapat penyusunan standar PKD.		7 x	2 jt.	Jan.'08.
	<i>Task force</i> .	b. Pelaksanaan standarisasi PKD di 21 puskesmas.		4 x	5 jt.	Feb-des.'08.
Sosialisasi CC PKD (Maya, Tuwiyono, Hari).	Pokjantal kab.	a. sosialisasi <i>draft</i> CC tk kab.	Masukan utk penyempurnaan <i>draft</i> CC.	1 x	2 jt.	Des II.'07.
	Ketua tim <i>task force</i> kab.	b. masukan ke tim <i>task force</i> .	CC yang sempurna.	1 x	0,5 jt.	Jan II.'08.
	Pokjantal kab.	c. sosialisasi PKD ke kab.	<i>Stakeholders</i> yang paham dan men- <i>support</i> CC.	1 x	2 jt.	Feb I.'08.
	Pokjantal kec.	d. sosialisasi PKD ke kec.	<i>Stakeholders</i> yang paham dan men- <i>support</i> CC.	12 x	24 jt.	Feb II.'08.
	Pokjantal kec.	e. sosialisasi PKD ke desa.	<i>Stakeholders</i> yang paham dan men- <i>support</i> CC.	12 x	24 jt.	Mar I.'08.

B. Proses Penyusunan Dokumen *Citizen's Charter*

Dalam proses penyusunan dokumen CC ser dan Legaliasi Dokumen CC.

I. Perancangan Isi *Draft* Dokumen *Citizen's Charter*

Tujuan

Merancang, menyusun isi *draft* dokumen CC pelayanan publik secara lengkap dan partisipatif.

Keluaran

Tersusunnya *draft* dokumen CC pelayanan publik yang telah diprioritaskan secara lengkap melalui proses yang partisipatif.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

1. Hari pertama:
 - a Koordinasi antar tim CC untuk kesepakatan agenda *workshop*
 - b Menyiapkan dan mengumpulkan data sesuai kebutuhan untuk penyusunan *draft* dokumen CC (buku pedoman; *template* untuk mendokumentasikan alur pelayanan dan berbagai regulasi lain yang terkait pemberi pelayanan maupun penerima pelayanan).
 - c Membuat dan menyepakati kerangka *draft* CC.

2. Hari ke dua:
 - a Mengisi kerangka *draft* CC PKD (dibagi dalam kelompok kecil).
 - b Tiap kelompok mempresentasikan hasil perancangan isi *draft* CC dan diakhiri kesepakatan bersama dalam sidang pleno.

Informasi yang disiapkan

- Contoh *outline citizen's charter* yang ada di referensi.
- *Standard Operating Procedur* (SOP) dari jenis pelayanan yang dipilih untuk dibuatkan CC.
- Surat Keputusan atau regulasi lain yang terkait dengan pelayanan publik tersebut yang berisi antara lain unit/pihak yang terlibat/bertanggung jawab, jenis pelayanan, sasaran, jadwal pelayanan, tarif pelayanan, penanganan keluhan pelanggan dan sanksi (jika ada).
- Alur pelayanan dari awal sampai akhir.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Penyiapan bahan dan data untuk pelaksanaan *workshop* akan lebih baik jika sudah mulai dilakukan sebelum pelaksanaan *workshop* untuk menghindari ketidaklengkapan data/bahan.
- Metode yang digunakan sedapat mungkin bersifat partisipatif agar setiap peserta mampu dan mau memberikan gagasan/ide mereka secara terbuka dan leluasa sehingga lebih baik dilakukan dalam format kelompok kecil.
- Keuntungan lain jika dibuat format kelompok kecil adalah beberapa topik/komponen dari isi *draft* CC dapat dibahas secara paralel sehingga akan lebih efisien dalam waktu & tenaga.

Perkiraan Waktu

2 Hari.

Template

Secara umum isi *draft citizen's charter* yang perlu disusun meliputi beberapa komponen:

- Nama/Judul Pelayanan Publik.
- Visi.
- Misi.
- Standar Pelayanan.
- Hak & Kewajiban Pemberi Pelayanan.

Boks 3

Penyusunan *Draft CC* Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa Siaga di Kabupaten Sukoharjo 2007

Langkah Fasilitasi:

Kerangka *draft CC* Pelayanan Publik yaitu Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) yang telah dibuat selanjutnya diisi dengan cara *brainstorming* dengan langkah:

Melakukan *brainstorming terhadap judul dari CC pelayanan kesehatan*, judul ini biasanya tidak menyimpang jauh dari masalah kesehatan yang telah diprioritaskan. Namun demikian setiap peserta diharapkan dapat memberikan sumbangan ide terhadap judul yang akan dipakai. Metode pendekatan yang dipakai adalah *brainstorming* dengan *round robin* atau dengan cara menulis pada kertas meta plan, mengingat tidak semua peserta mau berbicara. Kemudian fasilitator melakukan langkah pengelompokkan terhadap judul yang telah di kumpulkan. Pilih satu judul yang relevan dengan masalah kesehatan yang diprioritaskan. Hasil *brainstorming* yang didapatkan dari *brainstorming* judul CC PKD antara lain: Pelayanan Survei Mawas Diri dan Musyawarah Masyarakat Desa; Pelayanan Imunisasi; Pemberdayaan Masyarakat; Pelayanan PKD untuk mengembangkan Desa Siaga di Sukoharjo 2010. *brainstorming* judul diakhiri dengan kesepakatan judul dari CC pelayanan kesehatan, yaitu: Pelayanan PKD untuk mengembangkan Desa Siaga di Sukoharjo 2010.

Melakukan *brainstorming terhadap Visi dan Misi, dan Slogan*, pada tahapan ini alangkah baiknya jika terlebih dahulu para peserta atau tim telah mendapatkan pemahaman terhadap visi dan misi secara umum, termasuk kriteria dan cara membuatnya. Metode *brainstorming* dapat digunakan untuk membangun kesepakatan.

Visi : Terwujudnya masyarakat Sukoharjo sehat dan mandiri melalui pelayanan PKD berkualitas tahun 2010

Misi :

- Meningkatkan fungsi pelayanan medik dasar dengan pendekatan faktor risiko dan surveilen.
- Menumbuhkembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.
- Mendorong perilaku keluarga/masyarakat untuk hidup bersih dan sehat.
- Mewujudkan dan meningkatkan pelayanan kesehatan melalui PKD yang berkualitas untuk kepuasan pelanggan.
- Mendorong kegiatan gotong royong/surveilen/pembiayaan kesehatan di masyarakat.
- Memberdayakan potensi yang ada di masyarakat.
- Mewujudkan informasi kesehatan yang mudah diakses masyarakat/melalui media.
- Mendorong dan menumbuhkembangkan sistem kewaspadaan dini (*Early warning system*) terhadap bencana/KLB.

Slogan : “Bersama Kita Bisa”; “Sukoharjo Bangkit”; “Ayo... Kita Bisa”; “Siaga Satu, Satu Siaga”, “PKD berkualitas masyarakat sehat”. Kemudian yang diprioritaskan: “PKD berkualitas masyarakat sehat”.

Melakukan *brainstorming/workshop terhadap Standar Pelayanan PKD* yang meliputi: Jadwal Pelayanan (jenis, hari, jam, petugas, tariff); Alur Pelayanan, Tempat Pengaduan, Sarana Pelayanan.

Lanjutan Boks 3

Hasil:

Tabel 7. Penyusunan Draft CC Pelayanan Poliklinik Kesehatan Desa Siaga di Kabupaten Sukoharjo 2007

Jenis pelayanan	Hari	Jam	Tempat	Petugas	Tarif
Pelayanan Dasar (KIA, KB, Imunisasi, Gizi, Poloklinik).	Senin Sabtu.	Pagi, mulai 07.00 sampai 12.00 WIB. Sore, mulai 17.00 sampai 19.00 WIB.	• PKD. • Posyandu.	Bidan +Kader.	Sesuai Perdes.
Promkes/Penyuluhan.	Insidental		PKD, Posyandu, Masyarakat.	Bidan +Kader+desa.	
Surveilans/ Faktor Risiko.	Insidental (sesuai jadwal Posyandu/Puskesmas).		Desa.	Bidan, Petugas Kes lain, Kader.	
Persalinan dan gawat darurat.	24 jam.		PKD/rumah pasien.	Bidan+Kader +Desa.	

Alur Pelayanan:

Masyarakat/pasien datang ke tempat pelayanan (PKD, Posyandu) sesuai jadwal yang telah ditentukan, kemudian mendaftar pada petugas yang bertanggung jawab atau ditunjuk, selanjutnya petugas kesehatan/bidan memberikan pelayanan anamnesa, pemeriksaan fisik dan penunjang (sesuai kebutuhan) kemudian diambil keputusan ditangani langsung (dilakukan pengobatan, penyuluhan, konseling) atau dirujuk (diberikan surat dan didampingi sesuai kondisi berat ringan kasus pasien) ke Puskesmas atau RS, selanjutnya pasien/keluarga menyelesaikan administrasi (membayar sesuai peraturan yang ada).

Tempat Pengaduan:

Apabila terjadi keluhan karena pelayanan yang kurang memuaskan, dapat disalurkan melalui:

- Kotak saran yang dipasang di depan rumah petugas.
- Ke kepala Desa/Lurah.
- Ke Ketua/pengelola PKD.
- Ke Ketua Forum/Pokja Desa Sehat.

Sarana Pelayanan:

- Rumah (ruang tunggu dan pendaftaran, ruang periksa).
- Obat (jenis generik).
- Alat:
 - √ medis (steril-non steril).
 - √ Non medis (bahan habis pakai, formulir).

Melakukan *brainstorming/workshop* terhadap, Hak dan Kewajiban Pemberi dan Penerima Pelayanan, demikian halnya dengan Sanksi-Sanksi

Lanjutan Boks 3

Hasil:

Hak Dan Kewajiban Pemberi Pelayanan

1. Kewajiban:

- Memberikan pelayanan sesuai standar, baik di dalam maupun di luar gedung.
- Memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.
- Memberikan penjelasan/informasi kepada pasien.

2. Hak:

- mendapatkan perlindungan tatkala menghadapi kasus dalam menjalankan tugas.
- mendapatkan jasa pelayanan.
- Mendapatkan fasilitas minimal peralatan pelayanan.

Hak Dan Kewajiban Pengguna Pelayanan

1. Kewajiban:

- membayar jasa pelayanan sesuai tarif yang ditentukan.
- Mentaati peraturan PKD.
- Mengisi *form* evaluasi untuk perbaikan pelayanan.
- Memberikan keterangan sejelas-jelasnya dan jujur tentang keluhannya.
- Bersedia mengisi *informed consent* pada jenis pelayanan tertentu.

2. Hak:

- mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan standart dan kebutuhan pasien.
- Melakukan komplain terhadap pelayanan yang kurang memuaskan.
- Mendapatkan informasi yang jelas atas hasil pemeriksaan/konsultasinya.

Sanksi

1. Bagi Petugas:

- Berdasar pedoman PKD.
- Teguran sampai adminstrasi dari desa.

2. Bagi Pengguna:

- Tidak mendapatkan fasilitas (pelayanan) sesuai prosedur pelayanan.

Melakukan *brainstorming/workshop* terhadap Survei Pengguna Layanan

- Melakukan survei kepuasan masyarakat setahun sekali.
- Menyampaikan hasil survei SCR terbuka dan/melalui media massa PKD masyarakat secara rutin.

- Hak & Kewajiban Penerima Pelayanan.
- Sanksi.
- Mekanisme Pengaduan.
- Survei Pengguna Pelayanan.
- Halaman Pengesahan Dokumen *Citizen's Charter*.

2. Uji Coba Dan Finalisasi *Draft* Dokumen *Citizen's Charter*

Tujuan

Tujuan dan manfaat dari sesi ini agar diperoleh gambaran tingkat pemahaman yang lebih obyektif dan menjamin terjadinya *feedback* langsung dari masyarakat terhadap sebagian isi *draft* dokumen CC sebagai salah satu cara untuk merevisi kekurangan untuk penyempurnaan *draft* dokumen CC melalui pendekatan yang lebih partisipatif.

Keluaran

- Penerimaan/pemahaman masyarakat terhadap isi *draft* dokumen CC pelayanan publik yang telah disusun.
- *Draft* Dokumen CC Pelayanan Publik yang diuji coba telah mendapatkan masukan langsung dari masyarakat sehingga bisa dilakukan penyempurnaannya oleh Tim.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

1. Koordinasi antar tim CC untuk uji coba lapangan.
2. Menyiapkan alat/instrumen dan bahan (*draft* CC dan kuesioner) dan penentuan lokasi uji coba serta pembagian kelompok/tim.
3. Pelaksanaan uji coba di masyarakat/lokasi yang telah ditentukan.
4. Peserta kembali ke tempat pertemuan dan dilanjutkan dengan diskusi kelompok untuk mengevaluasi temuan/masukan dari hasil uji coba lapangan.
5. Tiap kelompok membuat laporan hasil uji coba dan rekomendasi revisi perbaikan sesuai kebutuhan/masukan dari lapangan.
6. Tiap kelompok mempresentasikan hasil uji coba lapangan dalam diskusi pleno.
7. Membuat kesepakatan bersama terhadap *draft* CC yang telah disempurnakan sesuai temuan/ masukan dari hasil uji coba lapangan.

Informasi yang Disiapkan

- *Draft* CC yang siap untuk di uji coba.
- Karakteristik masyarakat yang akan dilibatkan/menjadi responden dari uji coba.
- Lokasi dan jarak tempuhnya untuk mengantisipasi alokasi waktu yang dibutuhkan untuk melakukan uji coba.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

Beberapa hal yang perlu diperhatikan saat menerapkan metode ini adalah teknik pengendalian waktu harus tepat dan ketat, sehingga disatu sisi kebebasan memilih wilayah/sasaran tetap bisa diberikan (untuk menghindari kesan rekayasa karena masyarakat sudah disiapkan dan risiko bias karena masyarakat beberapa kali akan ditanyai tentang materi yang sama oleh kelompok peserta yang berbeda). Disisi lain kebebasan memilih dapat berpotensi membuat sebagian peserta cenderung mencari sasaran yang terlalu jauh yang tentu akan berisiko pada kesulitan untuk monitoring dan pengendalian oleh fasilitator.

Perkiraan Waktu

1 hari.

Template

Tabel 8. Contoh Tabel Identifikasi Karakteristik Masyarakat /Responden

No	Nama	Jenis Kelamin (L/P)	Umur (th)	Pekerjaan	Alamat
1					
2					
3					
dst					

Boks 4**Pengalaman Uji Coba *Draft* CC di Kabupaten Sukoharjo**

Resume Hasil Uji Coba Standar Pelayanan Dan Alur CC PKD Kabupaten Sukoharjo

1. Informasi Umum:

- Lokasi: Desa Banaran Kabupaten Sukoharjo.
- Jumlah responden: 56 (14 laki-laki dan 42 perempuan).
- Tingkat Pendidikan responden: rata-rata setingkat SMA (50%).
- Usia responden rata-rata > 40 tahun (60%).

2. Temuan/Masukan:

- Alur pelayanan PKD secara umum sudah disetujui atau mudah dipahami.
- Ada yang *manut* (ikut saja), *silakan*; *monggo kerso* (terserah).
- Istilah PKD dan Pokja belum dikenal dan dimengerti.

3. Saran Perbaikan:

- Sebaiknya memakai bahasa yang umum atau yang familiar di masyarakat (misal : *incidental* diganti dengan sewaktu-waktu).
- Pelayanan minta 24 jam dan jika tidak ada bidan bisa diganti dengan tenaga kesehatan yang lain (perawat, sanitarian, dsb).
- Alur sebaiknya diberikan penjelasan dan contoh, karena tidak bisa langsung dipahami sehingga diperlukan narasi.
- Perlu kepastian waktu yang dibutuhkan dalam proses pelayanan.
- Untuk bidan, jadwal yang tertera dalam tabel tersebut masih perlu penyesuaian waktu, harus ada ijin dari kepala Puskesmas untuk tidak mengikuti kegiatan apel.
- Istilah pokja sebaiknya diperjelas dengan Pokja Desa Sehat, karena ada pokja PKK.
- Tempat pelayanan PKD harus diberi papan nama didepan rumah/tempat pelayanan, tetapi untuk PKD yang sudah mendapat kucuran dana Rp.10 juta yang sebagian sudah dialokasikan dananya untuk pembuatan papan nama PKD.
- Penjelasan hari besar dan hari minggu = tutup.
- Segera lakukan sosialisasi alur pelayanan PKD di setiap RT, dapat dengan penyebaran *leaflet*, dilakukan setelah seminar *citizen's charter*.

C. Proses Legalisasi *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

I. Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran

I.1. Seminar *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Tujuan

Menyelenggarakan seminar khusus untuk pemaparan hasil uji coba *draft* dokumen CC pelayanan publik kepada *stakeholders* lain di daerah.

Keluaran

- a Sosialisasi hasil perancangan dan uji coba *draft* dokumen CC pelayanan publik ke *stakeholders* lain di daerah.
- b Mendapatkan masukan dari *stakeholders* lain untuk finalisasi dokumen CC pelayanan publik yang akan disahkan di daerah.

Metode

Seminar.

Langkah-langkah

- a Melakukan koordinasi tim CC pelayanan PKD.
- b Membentuk kepanitiaan.
- c Membuat pembagian tugas yang meliputi: sumber dana dan alokasi, penyiapan dan penggandaan materi, pembicara, moderator, peserta, undangan, konsumsi, notulen, alat audio visual, gedung/tempat, jadwal/agenda, penyiapan poster, dokumentasi dan setting tempat.
- d Menghubungi pembicara, tamu undangan (Bupati, Dewan).
- e Menyebarluaskan informasi (undangan dan brosur seminar).
- f Melaksanakan seminar.
- g Hasil dari seminar digunakan untuk penyempurnaan cc pelayanan kesehatan.

Informasi yang Disiapkan

- a Referensi tentang kebijakan pelayanan publik di Indonesia.
- b Bahan peraturan/regulasi tentang pelayanan publik di daerah/SKPD.
- c *Draft* dokumen CC pelayanan publik yang telah disempurnakan berdasarkan hasil uji coba lapangan.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- a Pemilihan *stakeholders* yang diundang sebagai peserta sedapat mungkin mencakup semua perwakilan SKPD yang ada di daerah.
- b Komitmen dan dukungan dari pimpinan daerah akan menentukan keberhasilan pencapaian tujuan seminar.
- c Sebaiknya dapat dihasilkan gambaran tentang upaya penjajagan untuk pengembangan penyusunan CC di SKPD/unit pelayanan lain di daerah.

Perkiraan Waktu

Sesuai dengan tahapan kegiatan maka estimasi waktu yang diperlukan untuk penyelenggaraan seminar adalah seperti dalam tabel berikut ini:

Template

Tabel 9. Contoh Tabel Alternatif Susunan Acara Seminar

No	Kegiatan	Waktu	Petugas/Pembicara
1	Daftar Ulang Peserta.		
2	Pembukaan.		
3	Sesi 1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasi 1: Review Kebijakan Dasar tentang Pelayanan Publik. ○ Presentasi 2: Implementasi Kebijakan Pelayanan Publik dalam bentuk penyusunan CC di daerah. ○ Diskusi. 		
4	Sesi 2: <ul style="list-style-type: none"> □ Presentasi 3: Pemaparan Proses Penyusunannya <i>Draft</i> CC Pelayanan Publik dan hasil uji coba lapangan. □ Diskusi. □ Pembuatan Kesimpulan & Rekomendasi. 		
5	Penutupan.		

1.2. Legalisasi Citizen's Charter Pelayanan Publik**Tujuan**

Membuat kesepakatan secara resmi terhadap dokumen CC pelayanan publik antara perwakilan pemberi pelayanan dan penerima pelayanan.

Keluaran

Dokumen CC pelayanan publik telah ditandatangani oleh perwakilan dari penerima pelayanan (masyarakat) dan perwakilan pemberi pelayanan (pimpinan SKPD) dalam sebuah surat/nota kesepahaman (MoU).

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

1. Rapat koordinasi tim CC Pelayanan Kesehatan.
2. Melakukan advokasi/pengkomunikasian lebih lanjut dokumen CC pelayanan publik hasil revisi pasca seminar kepada perwakilan dari pemberi pelayanan dan pengguna pelayanan (unsur masyarakat) dan merancang format acara penanda tangannya.

I.3. Penanda tangan dokumen CC secara resmi oleh masing-masing perwakilan tersebut.

Informasi yang Disiapkan

- *Draft* Dokumen CC terakhir yang telah direvisi sesuai hasil seminar.
- Regulasi yang menjadi landasan peraturan untuk penanda tangan *draft* dokumen CC.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Perwakilan dari unsur pengguna pelayanan (wakil masyarakat) seharusnya bukan atas nama klaim dari pribadi/kelompok tertentu tetapi sebaiknya sudah resmi diwadahi/diakui oleh pemerintah daerah (semacam Komite atau Dewan atau Forum yang ada dimasing-masing tingkat di daerah mulai dari kabupaten sampai dengan tingkat desa).
- Format baku dari dokumen akhir/final CC yang akan ditandatangani maupun urutan seremonialnya sebaiknya disesuaikan dengan format baku yang berlaku di daerah.

Perkiraan Waktu

Perkiraan alokasi waktu yang diperlukan untuk penandatanganan secara resmi dari *draft* final dokumen CC pelayanan publik pasca seminar, seperti dalam tabel berikut ini:

Tabel 10. Perkiraan Waktu Legalisasi Dokumen CC Pasca Seminar

No	Kegiatan	Pasca Seminar Minggu Ke-			
		1	2	3	4
1	Finalisasi <i>draft</i> CC & penentuan jadwal penandatanganan dokumen CC.				
2	Advokasi/pengkomunikasian <i>draft</i> final dokumen CC pasca seminar dan perancangan format acara penandatanganan antara wakil pemberi pelayanan dan penerima pelayanan.				
3	Penandatanganan Dokumen CC oleh wakil penerima & pemberi pelayanan publik di daerah.				

D. Proses Implementasi *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Pembuatan Rencana Kerja dan Anggaran

I. Sosialisasi *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Tujuan

Mendiseminasikan dokumen *citizen's charter* pelayanan publik yang telah disahkan kepada seluruh jajaran pemberi dan penerima pelayanan publik di daerah.

Keluaran

Dokumen CC pelayanan publik yang telah ditanda tangani oleh perwakilan dari penerima pelayanan (masyarakat) dan perwakilan pemberi pelayanan (pimpinan SKPD) bisa diketahui secara luas oleh semua pihak terkait.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

- Membuat daftar kebutuhan bahan/alat/anggaran untuk kegiatan sosialisasi dokumen *citizen's charter*.
- Merancang disain materi/metode, jadwal dan pembagian tugas untuk pemberian informasi ke semua unit pelayanan publik maupun ke penerima pelayanan publik.
- Melaksanakan upaya diseminasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai jadwal yang disepakati.
- Monitoring dan evaluasi keberhasilan upaya diseminasi dan pembuatan rekomendasi perbaikan.

Informasi yang Disiapkan

- Dokumen CC pelayanan publik yang telah disahkan.
- Kondisi sasaran baik dari pengguna pelayanan maupun pemberi pelayanan publik dan hasil kesepakatan jadwal dengan mereka.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Untuk efisiensi sebaiknya perlu dibentuk *Task Force* secara berjenjang di tiap level pelayanan yang ada (dari tingkat kabupaten sampai dengan tingkat desa) yang nantinya akan bertugas/bertanggung jawab dalam diseminasi dokumen CC sesuai batas kewenangan/wilayah masing-masing.
- Perlu dirancang alat/media diseminasi yang menarik dan disesuaikan dengan karakteristik sasaran dan wilayah/daerah masing-masing.
- Jika dibutuhkan juga dapat dibuat sebuah pusat informasi tentang CC di tingkat SKPD yang sewaktu-waktu dapat memberikan informasi dan penyelesaian problem saat diseminasi dijalankan di masing-masing level pelayanan.

Perkiraan Waktu

Perkiraan alokasi waktu yang diperlukan untuk sosialisasi dokumen CC Pelayanan Publik, seperti dalam tabel berikut ini:

Tabel 11. Perkiraan Waktu Kegiatan Sosialisasi Pasca Legalisasi CC

No	Kegiatan	Pasca Legalisasi CC Minggu Ke-			
		1	2	3	4
1	Membuat daftar kebutuhan bahan/alat untuk kegiatan sosialisasi dokumen CC.				
2	Merancang disain materi/metode, jadwal dan pembagian tugas/wilayah untuk pemberian informasi ke semua unit pelayanan maupun ke penerima pelayanan publik				
3	Melaksanakan upaya diseminasi secara bertahap dan berkelanjutan sesuai jadwal yang disepakati.				
4	Monev keberhasilan upaya diseminasi dan pembuatan rekomendasi perbaikan/penyelesaian masalah.				

2. Persiapan Pelaksanaan Citizen's Charter Pelayanan Publik

Tujuan

Menyiapkan secara internal SKPD implementasi CC unit pelayanannya masing-masing.

Keluaran

Tiap unit pelayanan publik di SKPD telah siap mengimplementasikan CC di masing-masing pelayanannya.

Metode

Pendampingan Teknis.

Langkah-langkah

- Penyiapan aspek organisasi internal pemberi pelayanan CC.
- Penyiapan Tugas Pokok dan Fungsi dari CC Pelayanan Publik.
- Penyiapan SK atau surat tugas bagi pemberi pelayanan CC.
- Persiapan terhadap: personil pemberi pelayanan publik; Tempat untuk memberikan pelayanan; Teralatan komputer; Papan nama, Alur kegiatan pelayanan; Jadwal pelayanan; Kotak saran beserta kelengkapan alat tulis; Mebel; Dokumen (*form* laporan maupun pencatatan, *form* aduan).
- Persiapan pengaturan tempat.
- Pemasangan Bagan Alur Pelayanan.
- Pemasangan jadwal kegiatan.
- Pemasangan papan pelayanan.
- Penyediaan petugas pemberi pelayanan *citizen's charter*.
- Pemasangan informasi (brosur, *leaflet*).
- Pemasangan kotak saran/aduan beserta kelengkapannya.

Informasi yang Disiapkan

- Hasil evaluasi dari kegiatan sosialisasi dokumen CC.
- Dokumen CC pelayanan publik yang telah disahkan.
- Kondisi sumber daya yang dimiliki tiap unit pelayanan di SKPD.
- Karakteristik/kebutuhan sasaran/pengguna pelayanan dari tiap unit pelayanan di SKPD.

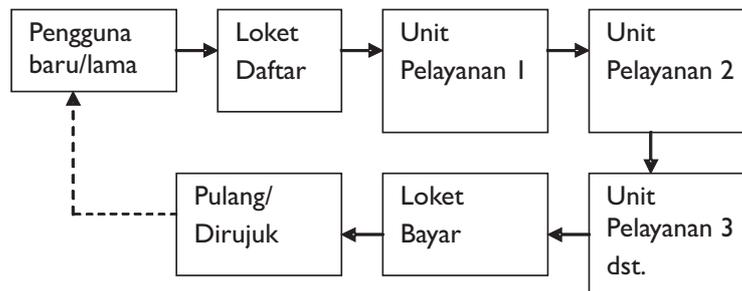
Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Di unit pelayanan pada tiap level pelayanan yang ada (dari tingkat kabupaten sampai dengan tingkat desa) harus mendapat dukungan penuh dari pimpinan SKPD agar mereka mau secara konsisten dan konsekuen menjalankan pelayanan sesuai isi *citizen's charter*.
- Sebaiknya dirancang pola komunikasi yang efektif dan didukung oleh pengembangan sistem informasi yang handal antar pemberi pelayanan dengan pengguna pelayanan maupun internal antar pemberi pelayanan di semua level (dari kabupaten sampai desa).

Perkiraan Waktu

Maksimal 1 bulan (tergantung jumlah dan sebaran serta kemampuan dari unit pelayanan yang akan disiapkan).

Template



Skema 4. Alternatif Alur Pelayanan (d disesuaikan isi dokumen CC)

3. Pelaksanaan *Citizen's Charter* Pelayanan Publik

Tujuan

Pengimplementasian sebagian atau seluruh isi/komponen yang ada di dokumen *citizen's charter* pelayanan publik pada tiap unit pelayanan yang ditunjuk.

Keluaran

Tiap unit yang ditunjuk di SKPD mampu mengimplementasikan sebagian atau semua isi/komponen yang ada dalam dokumen CC pelayanan publik sesuai kemampuan di masing-masing pelayanannya.

Metode

Pendampingan Teknis.

Langkah-langkah

- Pelaksanaan pelayanan sesuai alur, hak dan tanggung jawab dan standar pelayanan yang ada di dalam dokumen CC.
- Pelaksanaan mekanisme aduan sesuai isi dari dokumen CC.
- Pelaksanaan survei kepuasan pengguna sesuai format dan jawa yang ditentukan dalam dokumen CC.
- Penegakan aturan dan sanksi sesuai ketentuan yang ada di isi dokumen CC pelayanan publik.

Informasi yang Disiapkan

- Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan Laporan tentang kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Sebaiknya dibentuk semacam tim fasilitator yang berpengalaman dan berdedikasi tinggi untuk kegiatan pendampingan teknis.
- Instrumen/alat untuk pendampingan teknis pengimplementasian CC harus terlebih dahulu disiapkan dan dilatihkan minimal kepada fasilitator sehingga proses implementasi CC di semua unit pelayanan dapat berjalan lebih efektif.
- Kelengkapan/kejelasan dan kecepatan laporan dari semua unit pelayanan pada tiap level pelayanan yang ada (dari tingkat kabupaten sampai dengan tingkat desa) untuk menilai adanya kemungkinan hambatan dalam menerapkan isi CC sehingga bisa dicari solusi segera bersama fasilitator ayng mendampingi.

Perkiraan Waktu

Seharusnya setelah disahkan dan kemudian dicanangkan/tersosialisasikan maka implementasi CC pelayanan publik sudah dapat langsung dijalankan dengan prinsip semakin cepat semakin baik.

Template

Form Laporan Kegiatan Implementasi CC

Tabel 12. Laporan Kegiatan Implementasi CC Pelayanan Publik
 SKPD Tahun

A. Unit Pelayanan:

B. Item Kegiatan: Penanganan Aduan

NO	Jenis Pengaduan	Kapan	Lokasi	Tindak Lanjut	Hasil	Penganggung Jawab
1						
2						
3						

E. Monitoring & Evaluasi *Citizen's Charter*

Tujuan

Menyelenggarakan kegiatan pemantauan dan penilaian pelaksanaan CC pelayanan publik secara lebih efektif.

Keluaran

- Tersusunnya instrumen dan kesiapan petugas untuk pemantauan dan penilaian pelaksanaan CC pelayanan publik di tiap unit pelayanan.
- Kegiatan monitoring dan evaluasi implementasi isi dari dokumen CC pelayanan publik bisa berjalan secara lebih efektif.

Metode

Workshop.

Langkah-langkah

- Koordinasi petugas atau tim CC pelayanan publik untuk membahas persiapan kegiatan monitoring dan evaluasi.
- Melakukan identifikasi obyek maupun subyek dari kegiatan monitoring evaluasi pengimplementasian CC pelayanan publik.
- Membuat instrumen monev (berisi jenis kegiatan dengan indikator dan targetnya) dan jika memungkinkan dilakukan uji coba instrumen secara terbatas.
- Melaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi implementasi CC dalam pelayanan publik berdasarkan instrumen yang telah disusun/diuji coba.

Informasi yang Disiapkan

- Hasil uji coba instrumen monev (jika ada).
- Laporan tentang proses kegiatan pelayanan yang diberikan di masing-masing unit pelayanan di SKPD.
- Laporan jumlah dan jenis keluhan dari pengguna pelayanan serta upaya/hasil intervensinya.
- Laporan berkala dari hasil kegiatan secara menyeluruh dibandingkan target atau standar yang telah ditetapkan.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Rekrutmen tim monev sebaiknya diutamakan dari individu yang telah berpengalaman dan memiliki motivasi yang tinggi dalam menjalankan tugasnya.
- Keandalan sekaligus kepraktisan disain instrumen monev tentu akan memudahkan pekerjaan dari petugas monev yang ditunjuk.
- Pemilihan waktu/jadwal monev rutin sesuai kesepakatan sebaiknya bisa dikombinasi dengan kegiatan monev yang bersifat insidental untuk menghindari bias dan bisa sebagai pembanding yang lebih obyektif.

Perkiraan Waktu

Sepanjang waktu tetapi paling tidak bisa dibedakan berdasarkan siklus yang rutin/periodik (mingguan, bulanan, triwulanan, semesteran dan tahunan) dan yang non rutin/insidental.

Template

Tabel 13. Contoh Matrik Monitoring & Evaluasi Implementasi CC Pelayan Publik Berdasarkan Jenis Kegiatan

A. Nama Kegiatan:						
No	Siapa Saja Sasaran	Kapan	Petugas	Di Mana	Bukti	Keterangan (Temuan kendala/ kekurangan yg bisa dieliminir)
1						
2						
3						
4						
5						
dst						

Tabel 14. Format Instrumen Monitoring Evaluasi Sesuai Item Kegiatan Pelayanan PKD di Kabupaten Sukoharjo Dan Kabupaten Boyolali Tahun 2007

1. Nama Kegiatan :Advokasi CC PKD						
No	Siapa saja Sasaran	Kapan	Petugas	Dimana	Bukti	Keterangan (Temuan terhadap contoh keberhasilan; Temuan kendala/kekurangan yg bisa dieliminir)
1						
2						
3						
dst						
2. Nama Kegiatan : Sosialisasi CC PKD						
NO	Siapa saja Sasaran	Kapan	Petugas/Nara Sumber	Dimana	Bukti	Keterangan
1						
2						
3						
dst						

F. Upaya Replikasi *Citizen's Charter*

Tujuan

Merintis pengembangan hasil implementasi CC pelayanan publik melalui upaya replikasi ke unit pelayanan/SKPD lain di daerah.

Keluaran

Unit pelayanan atau SKPD lain di daerah bersedia menerima dan mau berusaha mengimplementasikan CC pelayanan publik di unit pelayanan/SKPD masing-masing.

Metode

Workshop dan Pendampingan Teknis.

Langkah-langkah

- Koordinasi petugas atau tim CC pelayanan publik di tingkat kabupaten/SKPD.

- Melakukan pertemuan atau *workshop* untuk upaya replikasi CC pelayanan publik.
- Menilai kelayakan upaya replikasi melalui pengidentifikasian faktor pendukung dan penghambat (bisa menggunakan pendekatan P3O yaitu *Personil, Procedure, Policy* dan *Organization*) dari upaya replikasi CC pelayanan publik sesuai situasi & kondisi masing-masing unit atau SKPD yang ingin mengadopsi CC.
- Merancang *plan of action* dari upaya replikasi CC pelayanan publik berdasarkan hasil analisis kelayakan di masing-masing unit atau SKPD tersebut.

Informasi yang Disiapkan

- penerapan CC.
- Hasil pengembangan model *good practices* dari pengalaman unit/SKPD yang dianggap berhasil menerapkan CC.

Hal-hal Penting yang Harus diperhatikan

- Sebaiknya dibentuk tim fasilitator atau *task force* yang bisa direkrut dari pimpinan/staf SKPD/unit yang telah berhasil menerapkan CC di lingkungan masing-masing.
- Kecukupan dan komitmen pengalokasian sumber daya menjadi salah satu faktor kunci sukses upaya replikasi CC di SKPD/unit lain di daerah.
- Proses perancangan tahapan kegiatan mulai dari awal yaitu pembentukan tim penyusun CC sampai dengan implementasi dan monev-nya sebaiknya dilakukan secara partisipatif agar didapatkan dukungan yang luas dari semua *stakeholders* pelayanan publik yang akan mereplikasi CC.

Perkiraan Waktu

Seharusnya dengan adanya model *good practices* proses pengimplementasian CC menjadi semakin mudah dan cepat. Target waktu yang realistis adalah maksimal 3 bulan efektif mulai dari penyusunan dokumen CC sampai dengan pengimplementasiannya.

Template

Matrik Identifikasi Faktor Pendukung & Penghambat Upaya Replikasi citizen's charter Berdasarkan Pendekatan P3O.

Tabel 15. Contoh Tabel Identifikasi Faktor Pendukung dan Penghambat Replikasi Citizen's Charter

No	Aspek	Pendukung	Penghambat	Keterangan
1	<i>Organization</i>			
2	<i>Personil</i>			
3	<i>Procedure</i>			
4	<i>Policy</i>			
Skor *)				

Keterangan: *) Skor: untuk menunjukkan jumlah akumulatif dari tiap faktor pendukung atau faktor penghambat, yang manfaatnya untuk melihat secara sekilas tentang “kelayakan” upaya replikasi *citizen's charter*. Jika skor dari faktor pendukung lebih banyak daripada faktor penghambat maka seharusnya upaya replikasi CC akan menjadi lebih mudah/cepat, atau sebaliknya.

Penilaian sederhana ini lebih bersifat kualitatif yaitu memprediksi semua kesulitan yang mungkin akan dihadapi saat menjalankan upaya replikasi dan bagaimana bisa memanfaatkan setiap faktor pendukung untuk mengatasi kesulitan yang akan dialami.

Boks 5

Identifikasi Faktor Pendukung dan Penghambat Upaya Replikasi *Citizen's Charter* di Kabupaten Sukoharjo, 2007

Hasil:

Faktor Pendukung Penerima Pelayanan:

- *Man*: Masyarakat butuh.
- Metode: melalui FKD, Posyandu, PKK, Dawis (UKBM).
- Material FISIK: Ada tempat dan fasilitas yang bisa dimanfaatkan (PKD, balai pertemuan/desa, Papan informasi, tempat- tempat umum).
- Material Non FISIK: Ada pertemuan yang melibatkan masyarakat (pengajian, arisan, rapat).
- *Money*: Swadana.

Faktor Pendukung Pemberi Pelayanan:

- Personil: Ada personil, cukup, loyal.
- Metode: penyuluhan (sosialisasi CC pada Toma).
- Material fisik: gambar/media (*leaflet*, poster, spanduk); Puskesmas.
- *Money*: Gunakan operasional Puskesmas, Jamkesmas.

Faktor Penghambat dari Penerima:

- *Policy*: belum ada.
- Personil: Status sosbud Beragam.
- *Prosedur*: Luar Jam kerja (jauh-dekat).
- Organisasi: belum ada.

Faktor Penghambat Pemberi:

- *Policy*: belum ada.
- Personil: komitmen kurang.
- *Prosedur*: pada jam kerja; akses (jauh-dekat).
- Organisasi: belum ada.

Boks 6

Identifikasi Tahapan Kegiatan Kunci dalam *Plan Of Action* Upaya Replikasi CC di Kabupaten Boyolali, 2007

Upaya Replikasi CC Kominfokes di Tingkat Desa:

1. Sosialisasi CC di tiap Puskesmas oleh Peserta TA Replikasi/Kapuskesmas.
2. Pembentukan tim CC tingkat Puskesmas.
3. Koordinasi dengan pihak desa oleh tim Puskesmas termasuk sosialisasi CC.
4. Membentuk tim CC tingkat desa.
5. Tim desa menyusun *draft* CC berdasarkan kesepakatan masyarakat (terutama pada standar pelayanan berdasarkan karakteristik masing-masing wilayah).
6. Pengesahan CC oleh kades (SK desa/Perdes).
7. Sosialisasi CC tingkat desa.
8. Implementasi CC kominfokes tingkat desa.
9. Melakukan monev.

Bab 4

Good Practices

Pengembangan Pelayanan Prima Kesehatan Kabupaten Deli Serdang

I. Latar Belakang

Secara Geografis, wilayah Kabupaten Deli Serdang terletak pada posisi 2° 57' hingga 3° 16' Lintang Utara dan 98° 33' dan 98° 33' hingga 99° 27' Bujur Timur. Luas keseluruhan wilayah kabupaten 249.802.00 Ha. Kabupaten Deli Serdang secara administratif terbagi atas 22 kecamatan dan 394 Desa/kelurahan. Wilayah Deli Serdang pada umumnya terletak pada dataran rendah, dengan ketinggian antara 0 – 500 meter Diatas Permukaan Laut. Posisi Deli Serdang juga sangat strategis karena mengelilingi pusat pertumbuhan Kota Medan. Batas-batas administrasi dengan wilayah lain adalah:

- Sebelah Utara: Berbatasan dengan Kabupaten Langkat dan Selat Sumatera.
- Sebelah Selatan: Berbatasan dengan Kabupaten Karo dan Simalungun.
- Sebelah Barat: Berbatasan dengan Kabupaten Langkat dan Karo.
- Sebelah Timur: Berbatasan dengan Kabupaten Serdang Bedagai.

Jumlah penduduk Kabupaten Deli Serdang tahun 2006 sebanyak 1.572.768 jiwa, tersebar di 394 desa. Kepadatan penduduknya sebesar 630 jiwa per km² dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 2,74% per tahun.

Kabupaten Deli Serdang menempati posisi rawan bila dilihat dari sisi sosial demografis kaitannya dengan penyebaran penyakit, mengingat kabupaten berbatasan langsung dengan ibu kota propinsi yang mobilitas penduduknya tinggi, serta banyak kecamatan yang menjadi daerah industri seperti kecamatan Tanjung morawa, Percut Sei Tuan, Sunggal dan Pancur batu. Dari sudut pandang kesehatan (epidemiologis), masyarakat di Kabupaten Deli Serdang berpotensi terserang penyakit menular maupun penyakit tidak menular.

Kondisi demografi lain seperti rendahnya tingkat pendidikan penduduk dan rendahnya pendapatan menyebabkan kemampuan masyarakat untuk mengakses sarana kesehatan juga rendah. Rendahnya kemampuan mengakses sarana kesehatan ini membutuhkan uluran tangan pemerintah untuk menyediakannya. Pembangunan sarana kesehatan seperti Puskesmas ditujukan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut. Selain itu dari waktu ke waktu harapan masyarakat terhadap layanan kesehatan ini juga meningkat pada mutu pelayanan, perluasan cakupan layanan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi standar pelayanan tersebut diperlukan keterpaduan dan pematapan manajemen pelayanan kesehatan.

Apabila Puskesmas tidak mempersiapkan diri secara lebih baik dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, maka akan terjadi ketidakpuasan masyarakat terhadap Puskesmas. akan dijauhi dan masyarakat akan mencari sarana kesehatan alternatif, yang mungkin lebih beresiko semakin memperburuk kondisi kesehatan masyarakat setempat. Untuk itu setiap Puskesmas haruslah meningkatkan kualitas layanan masing-masing secara terencana

sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat agar dapat terus berkembang.

Salah satu usaha peningkatan penampilan dari masing-masing sarana pelayanan Puskesmas adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, ataupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen.

2. Kondisi Umum Pelayanan Kesehatan

Pembangunan kesehatan di Kabupaten Deli Serdang dari sisi aksesibilitas telah menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas dan Puskesmas Pembantu) di setiap kecamatan, selain itu telah tersedia pula sebanyak 12 unit rumah sakit (1 pemerintah, 1 BUMN dan 10 swasta). Rumah sakit tersebut berada di: Deli Tua (2 unit), Lubuk Pakam (3 Unit), Tanjung Morawa (5 Unit), dan Percut Sei Tuan (2 Unit). Berdasarkan data tahun 2005 di Kabupaten Deli Serdang terdapat 31 unit Puskesmas dan 97 Puskesmas Pembantu. Jumlah tersebut bila dibandingkan dengan jumlah penduduk, maka diperoleh rasio antara jumlah Puskesmas terhadap jumlah penduduk 1 : 50.734, dan rasio Puskesmas pembantu terhadap penduduk 1 : 16.214.

Jumlah sarana fisik tersebut masih belum diimbangi dengan kualitas pelayanan, masih banyak dijumpai masalah, misalnya saja rendahnya tingkat utilitas dan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan dasar.

Secara umum dari tahun ke tahun terjadi perbaikan kesehatan masyarakat, ini dapat dilihat dari indikator pencapaian pembangunan bidang kesehatan. Beberapa indikator penting ditunjukkan dengan: penurunan tingkat Angka Kematian Bayi (AKB) dari 21,5/1000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 19/1000 kelahiran hidup pada tahun 2005, kasus kematian ibu melahirkan yang dilaporkan juga menurun. Demikian pula dengan Usia Harapan hidup (UHH) meningkat dari 68,3 tahun pada tahun 2004 menjadi 68,5 tahun pada tahun 2005.

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Deli Serdang baik tenaga medis maupun non medis pada tahun 2006, sebanyak 2013 Orang, dan tenaga non kesehatan sebanyak 138 orang. Berdasarkan indikator tingkat kebutuhan tenaga kesehatan, total tenaga kesehatan tersebut belum mencukupi kebutuhan Kabupaten Deli Serdang, baik dari aspek jumlah dan jenis tenaga kesehatan. Permasalahan yang lebih krusial adalah penyebaran tenaga kesehatan tidak merata, masih banyak daerah yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan.

Jumlah tenaga bidan baik bidan bergelar DI maupun bidan D III seluruhnya 905 orang atau 44,9% dari jumlah tenaga kesehatan. Jumlah ini cukup besar jika dibandingkan dengan jenis tenaga yang ada seperti tenaga analis, asisten apoteker, atau ahli gizi. Besarnya jumlah bidan sangat dipengaruhi faktor sosial budaya setempat yang terkait dengan pola komunikasi dengan orang luar akan lebih mudah bila dilakukan perempuan, selain itu fleksibilitas bidan dalam memberikan berbagai layanan kesehatan tambahan.

3. Permasalahan Mutu Pelayanan Kesehatan

Dinas Kesehatan selama ini belum pernah melakukan survei untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang telah disediakan, sehingga Dinas Kesehatan tidak mempunyai data yang pasti tentang tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Umpan balik masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menjadi kebutuhan mendesak untuk mengetahui kekuatan dan kelemahan pelayanan yang sudah dan tengah berjalan. Umpan balik ini penting untuk memberi arahan prioritas daerah dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Dengan fasilitasi dari USAID – LGSP Dinas Kesehatan melakukan survei kepuasan pelayanan kesehatan di 30 Puskesmas se Kabupaten Deli serdang meliputi Puskesmas : Lubuk Pakam, Pagar Jati, Batang Kuis, Karang Anyar, Pantai Labu, Bandar Dolok, Galang, Petumbuhan, Bangun Purba, Tiga Juhar, Talun Kenas, Patumbak, Tanjung Morawa, Dalu Sepuluh, Bandar Khalipah, Tanjung Rejo, Hamparan Perak, Pematang Johar, Sibolangit, Bandar Baru, Kutalimbaru, Pancur Batu, Suka Raya, Namorambe, Sibiru-biru, Deli Tua, Sei Mencirim, Sei Semayang, DAN Mulyorejo.

survei dilakukan dengan desain *Cross sectional study* dengan pendekatan *explanatory research*, yaitu penelitian menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang dengan sifat penelitian kualitatif dan kuantitatif.

Jumlah responden sebesar 600 orang, Proporsi responden perempuan sejumlah 429 orang (71%) sedangkan responden laki-laki 171 orang (29%), pendidikan terbesar responden adalah SD kebawah yaitu 178 orang(29,7%), tamat SLTP 13 orang (20,5%), tamat SLTA 173 orang (28,8%), tamat D1-D4 sebanyak 79 orang (13,2%) tamat S1 sebanyak 47 orang (7,8%). Pekerjaan responden sebagai petani sebesar 241 orang (40,2%), ibu rumah tangga 131 orang (21,8%), PNS/TNI/Polri 173 orang (28,8%), wiraswasta 60 orang (10,0%), buruh 38 orang (6,3%) dan tidak bekerja yaitu 15 orang (2,5%).

Jenis pembayaran pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh responden terbanyak melalui pembayaran langsung 299 orang (49,8%), melalui Askeskin 225 orang (37,5%), Askes 73 orang (12,2%). Unit pelayanan yang dituju responden yang terbanyak adalah Poliklinik umum 298 orang (49,7%), KIA sebanyak 160 orang (26,7%) dan Poliklinik Gigi 142 orang (23,7%). Dari hasil survei diketahui bahwa tingkat kepuasan pelanggan secara keseluruhan, lebih dari 65 % responden menyatakan tidak puas, dan yang menyatakan puas hanya 2.5 %.

Dari sisi Pelayanan Puskesmas pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, permasalahan yang di hadapi adalah: SDM, sarana & prasarana, prosedur, dana & insentif, data, jam berkunjung Puskesmas terlalu sempit dan beban Puskesmas atas target PAD.

4. Inovasi Pengembangan Manajemen Pelayanan Prima

Melalui serangkaian proses lokakarya dan bantuan teknis yang difasilitasi oleh *Management Specialist* LGSP, dirumuskan bahwa strategi untuk meningkatkan kapasitas pelayanan adalah dengan menerapkan Pelayanan Prima Kesehatan.

Penerapan Pelayanan Prima membawa konsekuensi penataan dan penyempurnaan kembali peraturan yang ada. Maksud penerapan Pelayanan Prima adalah untuk memastikan bahwa semua proses pelayanan yang dilakukan oleh dinas kesehatan dan Puskesmas di Deli Serdang akan menjamin pelaksanaan kerja yang konsisten dan menghasilkan Pelayanan Prima sesuai standar.

Sedangkan tujuan penerapan Pelayanan Prima adalah untuk membenahi, menyempurnakan, menyusun dan mengembangkan sistem Pelayanan Prima sesuai dengan standar. Strategi yang dilakukan dalam penerapan Pelayanan Prima dilakukan dalam beberapa tahapan yaitu: Tahap Persiapan, Tahap sosialisasi, Tahap Implementasi, Monitoring Evaluasi dan Replikasi.

Kepala Dinas Kesehatan Deli Serdang berkomitmen penuh dalam pelaksanaan Pelayanan Prima, terbukti dengan keputusan kepala dinas untuk memasukkan Pengembangan Pelayanan Prima dalam kebijakan dinas yang tertuang dalam Renstaras Dinas Kesehatan dan survei kepuasan pelayanan menjadi kebijakan rutin yang akan diterapkan.

5. Proses dan Kemajuan Implementasi Pelayanan Prima

Sejauh ini proses fasilitasi yang dilakukan LGSP bekerja sama dengan *stakeholders* sudah menghasilkan:

A. **Dari sisi Kebijakan** telah di rumuskan:

1. Peraturan Bupati tentang Penerapan Pelayanan Prima dan SOP Pelayanan Kesehatan (sedang proses pengesahan).
2. SK Kepala Dinas tentang Pembentukan Tim Pengendali Pelayanan Prima.
3. SK Kepala Dinas tentang Penetapan Puskesmas Tanjung Morawa, Puskesmas Batang Kuis, Puskesmas Talun Kenas, Puskesmas Karang Anyar dan Puskesmas Deli Tua sebagai percontohan penerapan Pelayanan Prima dan Pakta Pelayanan Publik.



Chitizen charter telah di pasang agar masyarakat mengetahui pelayanan yang mereka terima dan proses pelayanan yang telah menerapkan standar prosedur pelayanan

B. **Dari sisi kelembagaan**, di lima Puskesmas telah di bentuk:

1. Tim pengendali Pelayanan Prima.
2. *Customer relation*.

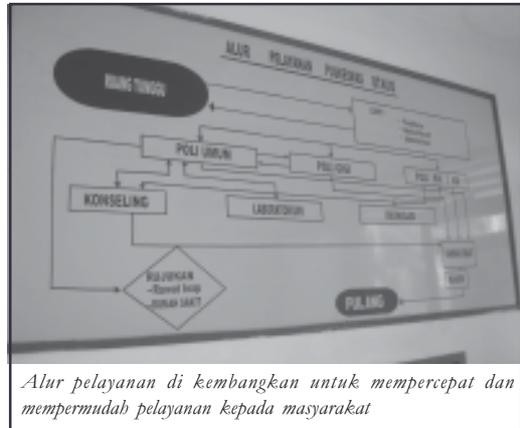
C. **Dari sisi Prosedur**, telah dirumuskan SOP Pelayanan pada: pelayanan administrasi di loket, pelayanan di poli umum, Pelayanan di poli KIA, pelayanan di poli gigi, pelayanan di poli anak, pelayanan laboratorium, pelayanan kamar obat, pelayanan rawat inap, pelayanan Puskesmas keliling, pelayanan penanggulangan penyakit menular, pelayanan gizi, pelayanan ibu dan anak dalam gerakan “CERIA”.

D. Dari sisi **Prosedur**, telah dirumuskan *Citizen's Charter* atau **Janji Pelayanan**.

E. Telah di rumuskan **Visi** pelayanan sebagai tujuan pelayanan kepada masyarakat: “Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan masyarakat”.

F. Telah dirumuskan **Misi** Pelayanan:

1. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat.
2. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.
3. Meningkatkan sistem informasi kesehatan.
4. Membangun citra pelayanan yang berorientasi pada kepuasan masyarakat.



G. Telah dirumuskannya **Slogan** pelayanan.” Santun dalam Bahasa, Prima dalam Pelayanan.

H. Telah dirumuskannya **Alur Proses** Pelayanan.

I. Telah Terapkannya **Kotak Saran/Kotak Opini** Pelayanan di setiap unit pelayanan di semua Puskesmas.

j. Program **Jaga Sahabat** dan 3 kata kunci dalam pelayanan “ Senyum, Salam dan Sapa”.

K. Puskesmas Tanjung Morawa Meraih **Piala Citra** Pelayanan Publik tingkat Propinsi Sumatera Utara. Tanggal 19 Desember 2008, penghargaan ini merupakan penghargaan paling bergengsi dalam pelayanan publik tingkat propinsi. Kriteria penilaian Citra pelayanan publik adalah:

- Visi, misi dan moto pelayanan satker/unit pelayanan.
- Sistem dan prosedur yang berlaku dalam memberikan pelayanan.
- SDM.
- Sarana dan prasarana pelayanan.
- Pendapat masyarakat penerima pelayanan, tentang kepuasan pelayanan.

Dari capaian diatas dapat diidentifikasi perbedaan antara sebelum dan sesudah terjadinya pendampingan oleh USAID – LGSP. Banyak terjadi perbaikan dalam pelayanan kesehatan, mulai dari perbaikan kebijakan, prosedur, personil, alur pelayanan, disediakan kotak saran, visi & misi yang jelas, sampai dilaksanakannya monitoring dan evaluasi secara rutin untuk memperoleh umpan balik dari masyarakat guna perbaikan pelayanan di masa datang. Lebih rinci dapat dilihat pada berikut.

Tabel. 16. Perubahan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Diterapkannya Manajemen Pelayanan Prima *Citizen's Charter*

No	Aspek	Sebelum	Sesudah
1	Kebijakan.	Belum ada kebijakan yang di terbitkan berkaitan dengan Pelayanan Prima.	Di terbitkannya SK Bupati tentang penerapan Pelayanan Prima dan SOP pelayanan, SK Kepala dinas untuk mendukung SK Bupati.
2	Survei Kepuasan pelayanan.	Belum pernah dilakukan.	Dilakukan survei dan Survei Kepuasan akan dilakukan secara rutin setiap tahun.
3	Kelembagaan.	Belum ada kelembagaan untuk penerapan Pelayanan Prima.	Di bentuk Tim Pengendali Pelayanan Prima dan <i>customer relation</i> .
4	Prosedur.	Belum dikembangkan Prosedur Pelayanan.	Di susun dan di terapkan-nya prosedur pelayanan.
5	Visi dan Misi.	Visi dan misi dinas.	Visi dan misi dalam pelayanan.
6	Pakta Pelayanan.	Belum ada.	Di terapkan di 5 Puskesmas.
7.	Alur Pelayanan.	Belum mudah.	Revisi Alur menjadi lebih mudah dan informatif.
8	Kotak Saran.	Tidak aktif.	Di perbaharui dan di permudah dan lebih informatif sehingga pasien dapat menyalurkan opininya.
9	Penghargaan.	Belum ada.	Puskesmas Tanjung Morawa berhasil mendapatkan citra pelayanan publik tingkat propinsi.
10	Prinsip Pelayanan Prima.	Belum membudaya.	Sudah mulai membudaya, konsep 3 S (senyum, salam dan sapa) dan sudah menjadi kewajiban dalam pelayanan.
11	Keterlibatan CSO/Masyarakat.	Belum dilakukan.	Melibatkan masyarakat dalam merancang, menyepakati dan memonitor.

Kebijakan



Penyerahan Penghargaan Citra pelayanan publik kepada drg Okty di ruang Asisten Tata Praja Kantor Gubernur Sumatera Utara “Dengan Citra Pelayanan Publik yang telah diterima dan menjadi pendorong bagi Puskesmas Tanjung Morawa untuk selalu mengembangkan dirinya menjadi Puskesmas yang lebih responsif, ramah dan berkualitas”

Sehubungan dengan diterimanya Citra Pelayanan Publik Bupati, “Saya ucapkan terima kasih kepada USAID – LGSP, selama empat tahun saya menunggu prestasi ini, akhirnya dengan fasilitasi USAID – LGSP Tanjung Morawa dapat meraih penghargaan itu.”

6. Peluang, Tantangan dan Strategi

Sejalan dengan perubahan sosial budaya masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan perkembangan informasi yang demikian cepat dan diikuti oleh tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik mengharuskan pelaksana pelayanan kesehatan untuk mengembangkan diri secara terus menerus seiring dengan perkembangan yang ada pada masyarakat tersebut, hal tersebut menjadi peluang bagi dinas kesehatan dan Puskesmas untuk terus meningkatkan kualitas pelayanannya sehingga masyarakat dapat menerima pelayanan secara prima.

Tantangannya adalah kesiapan SDM dan *Policy* yang mendukung Pelayanan Prima dan alokasi dana yang memadai agar proses Pelayanan Prima dapat berjalan sesuai harapan. Mengubah paradigma dan orientasi dari rutinitas kerja menjadi berorientasi memberikan pelayanan yang prima merupakan tantangan dan memerlukan proses dan waktu.

Keterlibatan *stakeholders* dalam upaya monitoring pelaksanaan Pelayanan Prima Pakta Pelayanan merupakan strategi keberlanjutan. Pemberdayaan CSO untuk dapat berpartisipasi dalam peningkatan pelayanan merupakan salah satu upaya untuk implementasi pelaksanaan Pelayanan Prima.



Masyarakat pengguna Puskesmas sedang antri melakukan pendaftaran untuk berobat di Puskesmas Tanjung Morawa



Pengobatan dan perawatan gigi sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan

7. Keberlanjutan Program

Pengembangan program Pelayanan Prima merupakan perubahan proses pelayanan secara sistematis dan bertahap. Pada dasarnya esensi Pelayanan Prima merupakan kewajiban setiap aparatur dalam memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat. Komitmen pimpinan dan seluruh staf sangat mempengaruhi upaya keberlanjutan program ini, agar di kemudian hari Pelayanan Prima tidak tinggal menjadi slogan belaka. Untuk memastikan sistem ini dapat berlanjut bahkan semakin baik, Dinas Kesehatan Deli Serdang melakukan strategi



Kepala Dinas Kesehatan Dr. Masdulhag:
 “Kami merasa fasilitasi USAID – LGSP dalam penerapan Pelayanan Prima dan Paketa pelayanan sangat positif, kami komit dan akan prioritaskan pelaksanaan Pelayanan Prima dari lima Puskesmas yang menjadi percontohan akan kami replikasikan menjadi 10 Puskesmas di tahun ini (2009).”

keberlanjutan program dengan:

- Pengembangan skema tindakan peningkatan pelayanan pada semua unit pelayanan.
- Penerbitan SK Bupati dan SK Kepala Dinas tentang Pengembangan Pelayanan Prima.
- Penerbitan Pakta pelayanan/janji pelayanan, yang dalam penyusunannya melibatkan masyarakat.
- Secara kelembagaan membentuk Tim Pengendali Pelayanan Prima yang berfungsi untuk selalu memonitor dan mengevaluasi jalannya pelayanan.
- Melibatkan masyarakat dalam proses pengenalan, perancangan dan monitoring evaluasi.
- Mengembangkan temu pelanggan sedikitnya satu tahun sekali.

8. Pelajaran yang di peroleh

Pelajaran yang di peroleh dari penerapan Pelayanan Prima Kesehatan di Kabupaten Deli serdang adalah:

- Terjadi perubahan sikap dan orientasi dalam pelayanan dari Dinas Kesehatan Deli Serdang dan Puskesmas.
- elibatan masyarakat dalam merancang dan monitoring Pelayanan Prima berperan besar dalam keberlanjutan program.
- Pengembangan Pelayanan Prima tidak identik dengan biaya mahal, komitmen dari semua pihak merupakan modal awal yang sangat berperan dalam pelaksanaan Pelayanan Prima.
- Puskesmas, dinas kesehatan dan masyarakat dapat duduk bersama untuk merumuskan pakta pelayanan dan SOP pelayanan, sehingga proses Pelayanan Prima yang dijalankan sesuai dengan kemampuan Puskesmas dan sesuai dengan harapan masyarakat.
- Dengan Biaya murah tetapi komitmen yang tinggi dalam pelayanan mampu mengantarkan Puskesmas Tanjung Morawa meraih Citra Pelayanan Publik se Provinsi Sumatera Utara.
- Sosialisasi internal dan eksternal dalam penerapan Pelayanan Prima akan mempercepat aplikasi pelayanan.
- Penerbitan kebijakan tentang Pelayanan Prima sangat membantu dalam percepatan implementasi program.
- Pembentukan Tim Pengendali Pelayanan Prima dan *customer relation* dapat menjamin keberlanjutan Pelayanan Prima.
- Kotak Opini yang mudah dan informatif yang dikembangkan di Deli Serdang dapat mempercepat dan mempermudah dinas dan Puskesmas untuk melakukan evaluasi kepuasan pelayanan yang telah dilakukan.

Hal hal yang semestinya tidak dilakukan dalam pengembangan Pelayanan Prima adalah:

- Pembebanan target PAD kepada Puskesmas sangat membebani Puskesmas dalam memberikan pelayanan.
- Tarif Pelayanan yang tidak sesuai dengan Perda yang ada, karena terlalu rendahnya penetapan biaya dalam Perda dan beban target PAD.
- Perda yang mengatur pelayanan Puskesmas sebaiknya tidak mengatur besaran tarif pelayanan Puskesmas.

9. Kelayakan untuk di replikasikan

Pelayanan Prima merupakan kewajiban aparatur pemerintah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, sebagai implementasi aparatur abdi masyarakat, yang di kembangkan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas Kabupaten Deli Serdang dengan mengembangkan skema tindakan Pelayanan Prima, SOP pelayanan dan Pakta Pelayanan dapat di replikasikan di Unit pelayanan lain atau daerah lain. Pengalaman pengembangan Pelayanan Prima dari sisi keberhasilan maupun hambatan yang dihadapi dapat mempermudah daerah lain atau SKPD lain untuk menerapkan sistem Pelayanan Prima.



Contact Person

1. Dr. Masdulhag Siregar, SP oG (K).
Kepala Dinas Kesehatan.
Alamat: Jalan Sudirman no 1, Deli Serdang.
Telp.0811600679.
2. Drs. Zulkarnain. Apt.
Kepala Bidang Yankes Dinas Kesehatan.
Alamat: Jalan Sudirman no 1, Deli Serdang.
Telp. 0811650211.
3. Dr. Dameria Ginting.
Kepala Puskesmas Tanjung Morawa.
Alamat: Tanjung Morawa, Deli Serdang.
Telp. 08126087401.

Bab 5

Good Practices

Penyusunan dan Implementasi *Citizen's Charter* Kominfokes Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Boyolali

I. Latar Belakang

Sejak pertengahan tahun 2007 Kabupaten Boyolali mengeluarkan Peraturan Daerah (Perda) No 6 tahun 2007, tentang Pelayanan Publik sebagai Perda inisiatif DPRD, kemudian dilanjutkan dengan berbagai upaya sosialisasi ke sejumlah Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD). Namun sampai saat ini upaya implementasi Perda tersebut masih sangat sedikit. Salah satu kendala terbesar adalah belum ada kebijakan turunan yang mengatur secara teknis implementasi perda tersebut. Upaya mengantisipasi hal tersebut juga belum cukup signifikan dilakukan oleh SKPD yang seharusnya menjadi pelaksana isi dari Perda pelayanan publik ini.

Bidang kesehatan menjadi sektor yang paling diandalkan untuk menginisiasi pelaksanaan Perda ini. Pertimbangan utama karena dianggap paling siap dari sisi sumber daya dan regulasi, khususnya kebijakan spesifik Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan seperti yang diatur oleh SK Menkes No. 1457 tahun 2003 dan Keputusan Gubernur Jawa Tengah nomor 71 tahun 2004. Akan tetapi pada kenyataannya tidak bisa berjalan mulus disebabkan masih beberapa kendala antara lain:

- Pemahaman yang masih kurang tentang isi Perda Pelayanan Publik dari pimpinan SKPD Kesehatan (Dinas Kesehatan), sehingga tidak tahu bagaimana mempersiapkan pengimplementasiannya.
- Pelayanan publik masih menjadi isu yang kurang populer dan sulit dipahami oleh para petugas kesehatan di lapangan.
- Masyarakat belum tahu informasi tentang berbagai jenis pelayanan publik sektor kesehatan dan bagaimana mereka bisa mengaksesnya.
- Minimnya kualitas dan kontinuitas berita/informasi kesehatan untuk masyarakat
- Pokja Kesehatan Belum aktif di KIKK (Kantor Informasi dan Komunikasi Kabupaten).

2. Pembentukan *Citizen's Charter* Pelayanan Kesehatan

Pendekatan untuk mengatasi masalah tersebut melalui pendampingan teknis untuk meningkatkan tata kelola dari pelayanan publik di sektor kesehatan yaitu melalui penyusunan dan pengimplementasian *Citizen's Charter* (CC). Jenis pelayanan kesehatan yang dipilih di masing-masing daerah adalah:

- Berbagai *stakeholders* kunci pelayanan publik bidang kesehatan di daerah masih sulit dilibatkan/terlibat secara aktif.
- Perbedaan karakteristik jenis pelayanan kesehatan yang diprioritaskan serta kesiapan sumber daya maupun potensi yang dimiliki di tiap daerah sering menjadi kendala selama ini.

- Saat ini sangat diperlukan sebuah pendekatan/metode yang efektif, bersifat universal dan mudah diimplementasikan serta bisa meningkatkan keterlibatan *stakeholders* meskipun tiap daerah memiliki keterbatasan dan perbedaan karakteristik.

3. Tujuan dan Sasaran

Inisiatif pembentukan CC Komunikasi Informasi Kesehatan (Kominfokes) adalah mengintegrasikan fungsi informasi dan promosi kesehatan dari berbagai program kesehatan dalam satu wadah dengan melibatkan berbagai *stakeholders*. Peningkatan pelayanan di Kabupaten Boyolali yang dilakukan melalui kelembagaan yang berupa Tim CC Kominfokes, penguatan personil pemberi pelayanan kesehatan dalam bentuk pelatihan fasilitasi kesehatan, penyusunan kebijakan dalam operasionalisasi CC Kominfokes, demikian halnya prosedur pelayanan yang semakin mudah dan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat. Sasaran dari terbentuknya CC Kominfokes adalah masyarakat Boyolali. Pelayanan yang diberikan antara lain:

- Memberikan informasi kesehatan masyarakat melalui jaringan yang telah dibuat.
- Melakukan tindak lanjut aduan dari masyarakat terkait kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.



4. Strategi dan Pendekatan yang Diterapkan

Informasi yang disiapkan untuk mengklarifikasi prioritas jenis pelayanan promosi kesehatan yang akan dibuatkan dokumen CC-nya dilakukan dengan cara:

- Mengumpulkan data sekunder terutama kinerja pelayanan Promkes berdasarkan pencapaian target SPM Bidang Kesehatan di Kota/Kabupaten sesuai SK Menkes dan SK Gubernur Jateng yang masih berlaku.
- *Updating* data pencapaian SPM terakhir kepada *stakeholders* (DKK dan Puskesmas).

Tabel 17. Pencapaian SPM Promosi Kesehatan Dibandingkan SPM Jateng

Indikator Layanan Promosi Kesehatan di Boyolali 2004/2005	Capaian	SPM Jateng 2005
1. Rumah Tangga Sehat.	60,56%.	30%.
2. ASI Eksklusif.	24,1%.	40%.
3. Desa dengan Garam Beryodium Baik (II).	9,4%.	65%.
4. Keluarga Sadar Gizi (I).		65%.
5. Posyandu Purnama.	20,4%.	25%.
6. Posyandu Mandiri.	3,9%.	1%.
7. Penyuluhan NAPZA.	1,8%.	3%.

Klarifikasi terhadap prioritas jenis pelayanan kesehatan yang akan dibuatkan dokumen CC-nya secara umum melalui rangkaian kegiatan sebagai berikut:

- Dilakukan dalam lokakarya dengan melibatkan *stakeholders* yang mewakili pemberi pelayanan kesehatan, pengguna pelayanan (masyarakat) dan pihak lainnya (regulator diwakili Dinas Kesehatan dan DPRD, wakil media massa dan wakil LSM).
- Proses pemilihan dan perumusan dilakukan secara partisipatif dengan didukung tim fasilitator yang menguasai materi isu/masalah kesehatan yang ada dan konsep/regulasi terkini dari pelayanan publik.
- Alat dan teknik untuk pengambilan keputusan prioritas dipilih yang sederhana namun tetap valid dan reliabel. *Template* dari alat ini telah disiapkan dan dilatihkan terlebih dahulu ke semua peserta lokakarya.
- Memilih prioritas sesuai hasil analisis *gap* dari pencapaian SPM dan teknik *force field analysis* untuk melihat kelayakan pilihan berdasarkan faktor pendukung dan penghambatnya.
- Akhirnya dihasilkan kesepakatan prioritas jenis pelayanan publik di Kabupaten Boyolali, yaitu memberikan informasi kesehatan kepada masyarakat dan memberikan tindak lanjut pengaduan terkait pelayanan kesehatan yang diberikan.
- Jenis prioritas pelayanan tersebut dikemas dalam satu judul *Citizen's Charter* Pelayanan Komunikasi dan Informasi Kesehatan (Kom-infokes) Kabupaten Boyolali.

5. Perumusan Tujuan, Strategi dan Mobilisasi sumber daya

Perumusan tujuan, strategi dan mobilisasi sumber daya disusun melalui kegiatan lokakarya dengan *stakeholders* yang sudah diseleksi/dipilih dan dilibatkan secara aktif sejak awal. Uraian kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini adalah sebagai berikut:

I. Tujuan Pertama adalah Tersusunnya Dokumen CC

- a. Strategi yang dipilih antara lain:
 - Mendesain lokakarya secara *semi-training*, yaitu tiap peserta terlebih dahulu diberi latihan/simulasi cara menyusun isi dokumen CC secara partisipatif.
 - Membuat kegiatan uji coba secara langsung ke masyarakat sehingga diperoleh masukan dari calon pengguna untuk penyempurnaan isi *draft* CC.
- b. Mobilisasi sumber daya yang dilakukan antara lain:
 - *Template* CC dan fasilitator kit lainnya.
 - Lokasi dan responden dari masyarakat untuk uji coba lapangan isi *draft* CC.



2. Tujuan Kedua adalah Disahkannya Dokumen CC

- a. Strategi yang dipilih antara lain:
 - Penggabungan upaya pengesahan dokumen CC ke dalam pokok bahasan dari kegiatan seminar tentang sosialisasi awal hasil *draft* CC yang sudah diujicobakan agar mendapatkan perhatian dan dukungan politis dari

pimpinan di daerah maupun *stakeholders* kunci lainnya dalam rangka memuluskan rencana pengesahan dokumen.

- Hasil seminar harus dijadikan pedoman utama untuk penetapan rencana tindak lanjut serta batas waktu untuk pengesahan dokumen CC di tingkat kabupaten maupun implementasinya pada tingkat pelayanan dibawahnya.
 - Agenda terpenting lainnya adalah perintisan/pembentukan (jika belum ada) dan/atau penunjukan secara resmi sebuah wadah/organisasi yang dianggap paling representatif mewakili unsur pengguna pelayanan untuk memberikan tanda tangan pengesahannya terhadap dokumen CC.
- b. Mobilisasi sumber daya yang dilakukan antara lain:
- Pembentukan panitia dan penyediaan sarana dan prasarana untuk seminar.
 - *Draft* final dokumen CC yang telah di lokakaryakan dan diujicobakan di lapangan.
 - Poster *session* dari hasil foto dokumentasi kegiatan sebelumnya.

3. Tujuan Ketiga adalah Dimplementasikannya CC

- a. Strategi yang dipilih antara lain:
- Penjajagan kelayakan implementasi dilakukan dengan melihat tingkat kesiapan dan keseriusan pemberi pelayanan, pengguna pelayanan maupun regulator/*decision maker* di tingkat kabupaten (bupati, DPRD dan DKK), tingkat kecamatan (camat dan Puskesmas) dan/ atau tingkat desa (kepala desa dan bidan desa/PKD).
 - Pembuatan *pilot project* untuk implementasi CC secara lebih selektif di level pelayanan yang dinilai paling layak/siap. Hal ini untuk menghindari munculnya stagnasi seandainya *stakeholders* pelayanan publik di tingkat kabupaten ternyata malah belum siap.
 - Keuntungan perintisan pelaksanaan CC jika dimulai dari level pelayanan paling bawah (di tingkat desa/kecamatan) adalah proses pengesahan dokumen dan modifikasi isi dokumen bisa dilakukan lebih mudah dan cepat serta sesuai karakteristik atau kebutuhan spesifik pengguna pelayanan setempat.
 - Merancang desain/strategi dan *need analysis* untuk upaya replikasi yang didahului dengan proses monitoring dan evaluasi serta pengidentifikasian sejumlah *good practices* sebagai bahan utama dari kegiatan *sharing experience* antar *task force* yang dibentuk di tiap level pelayanan publik.
- b. Mobilisasi sumber daya yang dilakukan antara lain:
- Pembentukan dan pelatihan *task force* di tiap level pelayanan dari mulai tingkat kabupaten sampai yang paling bawah (desa) sesuai strategi dan agenda yang telah disepakati.
 - Pembuatan *plan of action* dari masing-masing *task force* tersebut
 - Pengadaan kotak saran untuk seluruh Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) berjumlah 13, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Induk secara mandiri bekerja sama/memperoleh bantuan dari pengusaha kaya setempat.
 - Penyusunan alat/instrumen monitoring evaluasi pengimplementasian CC.
 - Pembuatan *template* untuk identifikasi *good practices* dan *sharing* pengalaman.

4. Problem Dalam Implementasi CC dan Upaya Solusinya

Pada umumnya di daerah masih terdapat beberapa problem dalam pengimplementasian CC, antara lain:

- Belum ada daerah sekitar sasaran (2 kabupaten) yang bisa dijadikan *benchmarking* bagi pengimplementasian CC, sekalipun ada tetapi prosesnya terkesan sangat rumit dan lama sehingga cenderung membuat enggan bagi daerah yang ingin mencoba.
- Belum ada wadah/lembaga resmi yang merepresentasikan kepentingan publik sebagai pengguna pelayanan kesehatan terutama di level kabupaten/kota. Seharusnya ada semacam dewan kesehatan kota/kabupaten, di level kecamatan ada semacam komite kesehatan dan di level desa ada forum kesehatan desa. Sampai saat ini yang ada dan aktif hanya di level desa.
- Masih terfragmentasinya urusan/kegiatan kesehatan di tingkat dinas kesehatan seperti yang terjadi di Kabupaten Boyolali bahkan di tengah proses penyusunan CC terjadi pula pergantian kepala dinas dan staf akibat adanya perubahan SOTK.
- Belum ada aturan/regulasi khusus dan tegas (Peraturan Bupati atau SK Bupati maupun SK Kepala DKK) terutama di level kabupaten/kota sebagai pendukung bagi pengimplementasian CC di daerah.

Dari beberapa problem tersebut diatas kemudian diupayakan serangkaian solusinya yaitu:

- Merancang berbagai desain kegiatan fasilitasi yang bersifat partisipatif dan pemilihan beberapa *tools*/instrumen yang lebih praktis dan bisa diterima oleh *stakeholders* di daerah.
- Melakukan advokasi ke *stakeholders* kunci/pimpinan daerah yang dirintis sejak awal penentuan prioritas jenis pelayanan dan makin diintensifkan saat menjelang pelaksanaan seminar tentang CC.
- Memberikan pendampingan secara periodik, bertahap dan berkelanjutan terhadap anggota *task force* agar mereka bisa lebih aktif melakukan koordinasi di masing-masing level pelayanan dari kabupaten sampai yang terbawah (tingkat desa), sehingga meskipun ada SOTK baru dengan pimpinan yang baru diharapkan proses pengimplementasian tidak terputus di tengah jalan.
- Tetap merintis penyusunan regulasi pengimplementasian CC tetapi dipilih lebih dahulu di level Puskesmas/kecamatan (berbentuk SK Kepala Puskesmas) dan di level PKD (berbentuk Peraturan Desa) yang memang relatif tidak terlalu mengalami hambatan birokratis maupun politis.

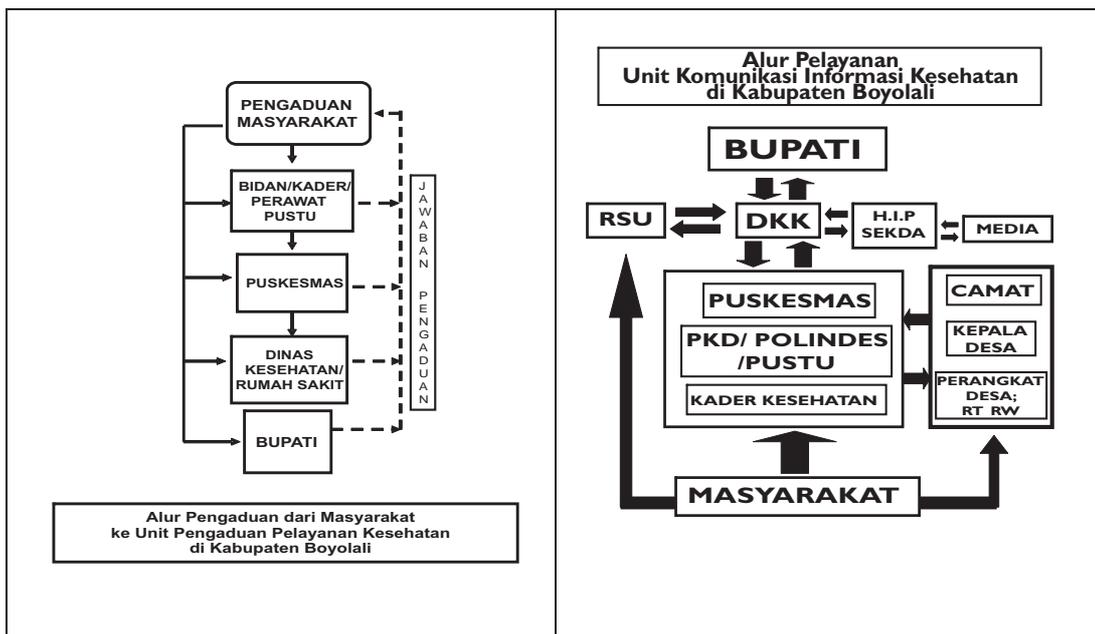


6. Hasil yang Dicapai

Beberapa hasil yang bisa dicapai sesuai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, yaitu sebagai berikut:

1. Penyusunan Dokumen CC:
 - Metode yang digunakan untuk menyusun draft dokumen CC Kominfokes melalui lokakarya dikombinasikan dengan pelatihan yang diselenggarakan dalam waktu 2 hari

Gambar 5. Alur Pelayanan & Pengaduan Dalam CC Kominfokes Di Kabupaten Boyolali



- Metode untuk uji coba lapangan dari *draft* dokumen CC dilakukan dalam 1 hari termasuk memberikan revisi hasil uji coba lapangan. tersebut untuk penyempurnaan *draft* dokumen CC.

2. Pengesahan Dokumen CC

- Menggabungkan proses pengesahan *draft* CC yang telah difinalisasi melalui uji coba lapangan kedalam kegiatan seminar secara serimonial pada umumnya tidak bisa berjalan maksimal.
- Penyebab utamanya karena di daerah masih belum memiliki wadah/organisasi resmi yang menjadi wakil dari pengguna pelayanan/masyarakat (biasanya berbentuk Dewan Kesehatan) yang berwenang dalam penandatanganan dokumen CC bersama dengan wakil dari pemberi pelayanan (DKK).
- Namun upaya pemberian advokasi bisa dilaksanakan melalui seminar



“Dengan demikian SKPD diharapkan kreatif seperti ini (penyusunan CC Kominfokes) untuk melaksanakan pelayanan publik “

Moh. Basyuni Al Faruq, S Ag
(Sekretaris Komisi I DPRD Boyolali)

karena yang datang dalam seminar sudah cukup mewakili semua *stakeholders* kunci bidang kesehatan di daerah. Hal ini dibuktikan dengan munculnya sejumlah rekomendasi untuk segera menindak lanjuti proses pengesahan *draft* CC menjadi dokumen resmi di tingkat kabupaten.

Boks 7

Komitmen Pimpinan Daerah Saat Seminar CC Kominfokes di Aula Kabupaten Boyolali



“Setiap pelayanan publik harus mempraktikkan manajemen risiko, sehingga jika ada ketidakpuasan masyarakat menjadi tanggung jawab secara tanggung renteng”

Marno Warsito (Sekda Kab Boyolali).

3. Pengimplementasian CC

- Belum disahkannya dokumen di level kabupaten tidak menyurutkan semangat dan upaya dari DKK maupun pelaksana di level terbawah untuk merintis pengimplementasian CC tersebut.
- Salah satunya dengan membuat *pilot project* pengimplementasian CC Kominfokes di Puskesmas Ampel 1 Boyolali.
- Bukti hasil pengimplementasian CC dan perbaikan kinerja pelayanan publik bidang kesehatan dari Kabupaten Boyolali tersebut antara lain seperti terlihat dalam tabel 18.

Tabel 18. Hasil Perbaikan Pelayanan Kesehatan Pasca Pengimplementasian CC di Kabupaten Boyolali

Indikator Kinerja Pelayanan		Sebelum Pelayanan CC Kominfokes	Setelah Pelayanan CC Kominfokes	Keterangan
Aksesibilitas				
1	Cakupan pelayanan kominfokes.	Belum jelas ada.	Komitmen pimpinan Puskesmas dan DKK untuk memprioritaskan implementasi CC Kominfokes di semua wilayah Puskesmas.	Hasil Rakornis Dinas Kesehatan pada tanggal 16/17 Des 2008.
2	Distribusi Kotak Aduan/Saran di PKD/Desa.	Belum ada.	Dari 13 Desa di wilayah Puskesmas Ampel seluruhnya sudah ada kotak aduan. Sementara beberapa Puskesmas lain akan segera menyusul untuk pengadaan kotak aduan di wilayah masing masing.	Penyediaan kotak saran/ aduan bekerjasama dengan Pengusaha Kayu.
Akuntabilitas				
3	Survei Kepuasan Konsumen.	Belum dilakukan.	Didapatkannya Hasil Survei Indeks Kepuasan Masyarakat di Puskesmas Ampel I dengan nilai 77,017 dengan kategori BAIK.	Survei dilakukan dengan instrumen MENPAN terhadap 40 responden.
4	Legalitas Tim Pelayanan Informasi di Puskesmas.	Belum ada.	Keluarnya SK Kepala Puskesmas untuk membentuk tim pelayanan informasi kesehatan di Kabupaten Boyolali.	SK Kepala Puskesmas Ampel I No. 445/254/83/2008.
TRANSPARANSI				
5	Pencatatan dan Pelaporan Aduan Pelayanan dan Responnya.	Belum ada.	Rata rata ada yang bisa mencapai 30 aduan per bulan dan respon/ <i>follow up</i> nya telah mulai bisa dicatat dan dilaporkan secara rutin oleh petugas yang ditunjuk.	Mulai 6 Pebruari 2008 sampai 12 Januari 2009.
6	Terbukanya komunikasi dan <i>sharing</i> informasi antar Puskesmas.	Belum ada.	Terbentuknya forum komunikasi lintas Puskesmas dengan agenda utamanya <i>sharing</i> informasi dan pengalaman pengimplementasian CC antar wilayah Puskesmas di Kabupaten Boyolali.	Tahun 2009 yang diketuai dr. Muzayin

7. Pelajaran yang Dapat Dipetik

I. Pelajaran terpenting yang diperoleh:

- Keberanian dan semangat pantang menyerah dari petugas Promkes Puskesmas telah menginspirasi petugas Promkes lain bahkan kepala Puskesmas yang baru dilantik sekalipun untuk bersedia membentuk forum komunikasi antar Puskesmas yang difasilitasi oleh DKK di Kabupaten Boyolali untuk melakukan *sharing* pengalaman secara rutin dan menginisiasi implementasi CC informasi kesehatan di seluruh Puskesmas secara bertahap.
- Tuntas dalam penerapan CC. Semua dampingan telah melalui proses mulai dari tahap pembentukan tim penyusun CC, tahap penyusunan dan pengesahan dokumen CC, sampai dengan pengimplementasian bahkan sebagian sudah dilakukan monitoring dan evaluasi serta mengarah pada upaya replikasi CC. Dari beberapa contoh implementasi, jika dilaksanakan secara serius dan konsisten maka hanya akan membutuhkan waktu kurang dari setahun serta tetap dalam pendekatan yang partisipatif.
- Sebagai salah satu pelayanan publik di bidang kesehatan, Puskesmas Ampel I telah berhasil melakukan survei kepuasan masyarakat terkait dengan pelayanan Puskesmas Ampel I dengan hasil indeks kepuasan masyarakat dalam **KATEGORI BAIK**.

2. Manfaat yang bisa dihasilkan dari pengimplementasian CC antara lain:

- Animo dan keberanian masyarakat untuk menyalurkan pengaduan atau sekedar meminta informasi ke petugas kesehatan di level desa maupun Puskesmas makin meningkat ditunjukkan dengan jumlah surat aduan yang telah dipasang di PKD semua desa dan di Puskesmas.
- Apresiasi dan kepercayaan dari kepala kantor camat dan jajarannya terhadap kinerja bagus dari petugas Promkes Puskesmas menyebabkan jajaran pimpinan kecamatan bersedia memberi semua fasilitas yang ada untuk mendukung implementasi CC dari pelayanan informasi kesehatan kepada masyarakatnya.
- Dukungan sektor lain (pengusaha kayu) dalam penyediaan kotak pengaduan pelayanan kesehatan di 13 desa di wilayah Puskesmas Ampel I.



Kotak Saran Hasil Sumbangan Masyarakat (pengusaha kayu)

8. Keberlanjutan

Beberapa poin pengembangan yang berpotensi untuk memunculkan kemandirian dan/ atau keberlanjutan proses dari pengimplementasian CC Kominfokes di Kabupaten Boyolali antara lain:

1. Sebenarnya ada satu *draft* CC lain yang berhasil disusun yaitu CC penanganan pengaduan masyarakat yang bisa melengkapi CC pelayanan informasi kesehatan yang dipilih untuk diseminarkan.
2. Ada penawaran dari anggota DPRD agar DKK bisa memanfaatkan momentum

- kegiatan penjangkaran aspirasi anggota DPRD sekaligus untuk sosialisasi hasil seminar penyusunan CC langsung ke masyarakat.
3. Muncul inisiatif dari peserta untuk membentuk forum komunikasi yang justru dimotori beberapa kepala Puskesmas yang baru dilantik serta difasilitasi secara suka rela oleh DKK melalui kegiatan rutin bulanan.
 4. Muncul upaya *benchmarking* antar petugas Promkes Puskesmas melalui kunjungan atau *sharing* pengalaman/*good practices* secara rutin dalam mempersiapkan dan mengimplementasikan CC di puskesmas masing-masing.
 5. Mulai muncul permintaan untuk *sharing* pengalaman dalam pengimplementasian CC dari instansi di kabupaten lain.

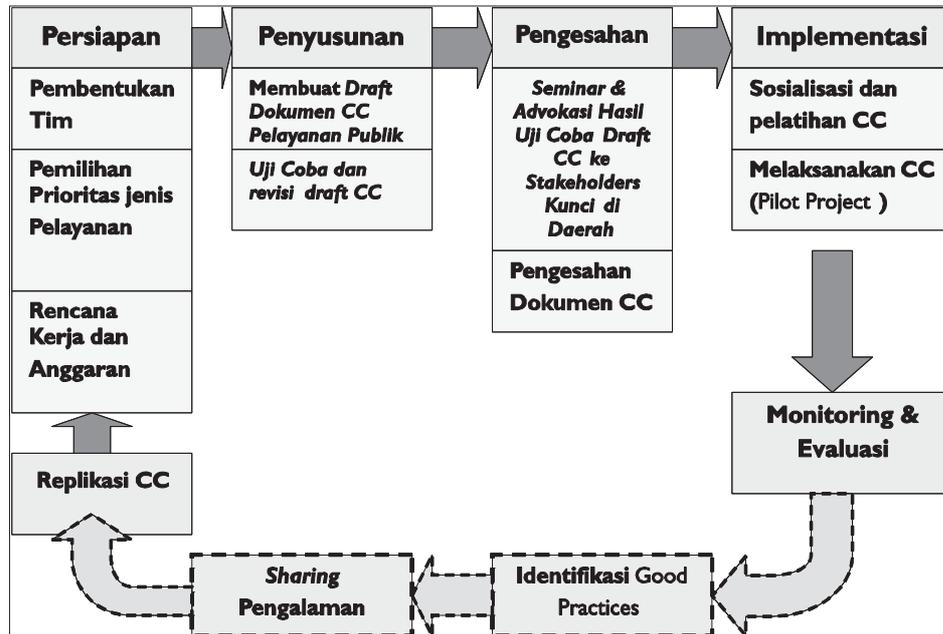
9. Kelayakan Untuk Direplikasi

1. Pelajaran baik yang telah didapatkan dari pelayanan CC Kominfokes yang telah dibuat dan diimplementasikan memberikan banyak pengaruh terhadap pengelolaan internal pelayanan kesehatan. Masalah perilaku terkait pelayanan informasi kesehatan dan pengaduan yang sebelumnya tidak dikelola dengan baik, sekarang telah terorganisir dengan baik, mulai dari tenaga, cara pelayanan, tempat pelayanan, fasilitas pelayanan sampai dokumentasi. Demikian halnya dengan kepuasan masyarakat terkait pelayanan kesehatan yang diberikan semakin baik.
2. Instansi yang sama pada wilayah lain lain banyak yang mencoba menerapkan pelayanan promosi kesehatan seperti yang diberikan oleh Puskesmas Ampel I, terbukti telah ada *sharing* informasi. Bahkan SKPD lain seperti BP4 telah meminta difasilitasi dalam memberikan pelayanan promosi kesehatan seperti CC yang telah dilaksanakan. Begitu juga dengan SKPD seperti Program Pelayanan Terpadu Pemda Boyolali.
3. Potensi untuk ditransfer kepada instansi lain sangat memungkinkan karena pelayanan Kominfokes telah berjalan dengan baik, selain itu tersedia personil yang mampu melaksanakan fasilitasi terkait CC pelayanan informasi kesehatan.
4. Tersedianya Sarana Unit Mobile yang siap mendukung kelancaran pelayanan kominfokes (Promosi Kesehatan) dari DKK Boyolali.



Sarana Unit Moblie Promosi Kesehat-an di DKK Boyolali

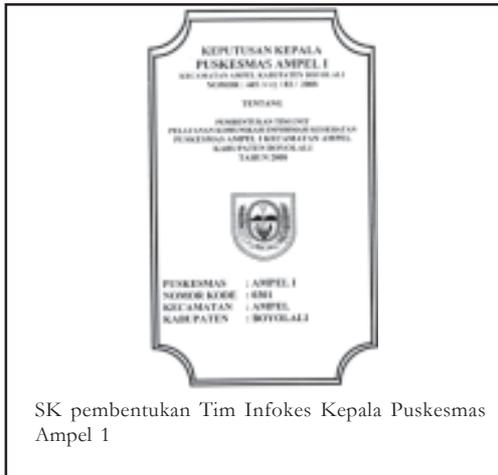
Gambar 6. Alur Proses Penyusunan dan Implementasi CC Pelayanan Publik Bidang Kesehatan



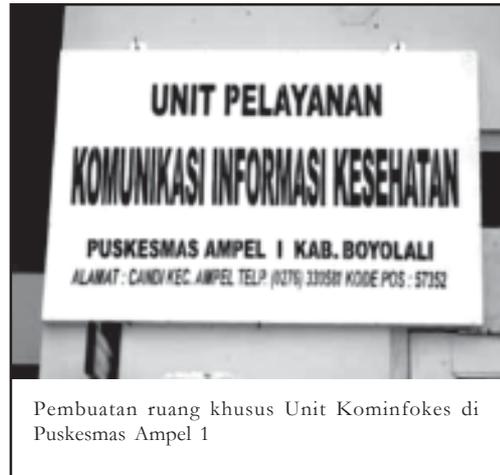
Contact Persons

1. drg Sri Handayani (DKK Boyolali)
Hp. 0 8 1 3 2 6 0 5 4 8 5 0.
2. Dwi Rohini, SKM (Puskesmas Ampel I)
Hp. 0 8 8 8 2 9 9 1 9 6 7.

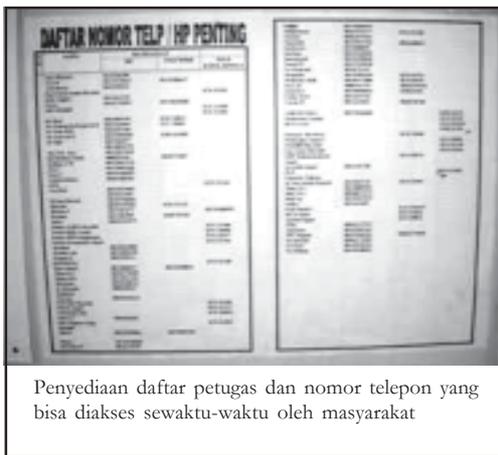
Gambar 7. Beberapa Proses CC Komunikasi Informasi Kesehatan



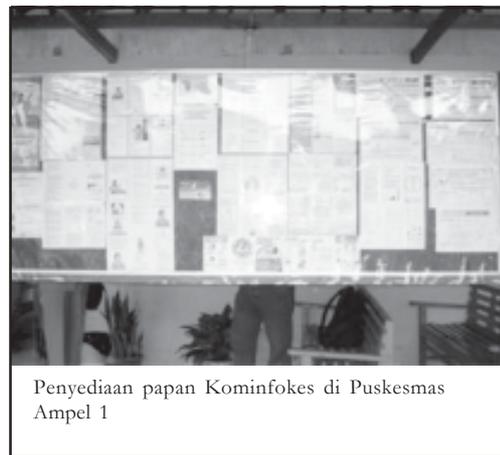
SK pembentukan Tim Infokes Kepala Puskesmas Ampel 1



Pembuatan ruang khusus Unit Kominfokes di Puskesmas Ampel 1



Penyediaan daftar petugas dan nomor telepon yang bisa diakses sewaktu-waktu oleh masyarakat



Penyediaan papan Kominfokes di Puskesmas Ampel 1



Struktur organisasi Tim Kominfokes di Puskesmas Ampel 1



Isi ruang Unit Kominfokes saat dikunjungi wakil dari Ditjen PUM Depdagri

Bab 6

Good Practices

Penyusunan Dan Implementasi *Citizen's Charter* PKD Untuk Peningkatan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Sukoharjo

I. Latar Belakang

Dalam rangka mencapai visi Menuju Indonesia Sehat 2010, pemerintah melalui Departemen Kesehatan menargetkan 70 ribu desa mengikuti Program Desa Siaga di tahun 2009. Target pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Sukoharjo menuju Desa Sehat dimulai dari Lokakarya Nasional “Sukoharjo Sehat 2010” yang dilaksanakan pada tahun 2003. Selanjutnya dibentuk *Task Force* pada tahun 2004-2005 tingkat kabupaten yang beranggotakan para Kepala Sub Dinas (Kasubdin) ditambah 2 orang per subdin dari seksi terkait. Pokjanal (kelompok kerja operasional) Kabupaten Sehat dan Dewan Masyarakat Peduli Kesehatan Sukoharjo (DMPKS) pada tingkat Kabupaten juga telah dibentuk, sedangkan pada tingkat Kecamatan dibentuk KMPKS.

Di wilayah Sukoharjo terdapat 167 desa, ternyata sampai tahun 2007 belum seluruhnya menjadi Desa Siaga padahal sesuai target harus sudah menjadi Desa Siaga semua di tahun 2008. Beberapa problem untuk merealisasikan target tersebut antara lain:

- Belum efektifnya kerja *Task Force* (Pokjanal) Desa Siaga tingkat kabupaten.
- Belum adanya Pokjanal Desa Siaga di tingkat kecamatan yang aktif.
- Pelayanan Poliklinik Desa (PKD) sebagai salah satu pilar utama dari program Desa Siaga di tingkat desa masih belum efektif.
- Keterlibatan dan dukungan *stakeholders* di tingkat desa kurang.
- Masyarakat desa sebagai pengguna/sasaran program Desa Siaga belum banyak yang memahami dan/atau memanfaatkan berbagai jenis pelayanan yang diberikan di PKD.

Secara khusus permasalahan pelayanan PKD dalam pengembangan Desa Siaga yang dialami oleh Kabupaten Sukoharjo adalah adanya dominasi pemberi pelayanan (bidan desa dalam penentuan tarif pelayanan) dan masyarakat lebih banyak pasif, belum ada kejelasan dan keterbukaan (transparansi) waktu dan mekanisme pelayanan pelayanan PKD. Masyarakat kurang banyak dilibatkan dalam pelayanan PKD, terdapat variasi kegiatan PKD satu desa dengan desa yang lain yang cukup besar, termasuk standar pelayanannya.

2. Inisiatif

Pembentukan *Citizen's Charter* Pelayanan Kesehatan

Beberapa motif utama untuk mengatasi masalah tersebut dengan dilakukan pendampingan teknis untuk peningkatan *good governance* pelayanan publik di sektor kesehatan yaitu melalui penyusunan dan pengimplementasian *Citizen's Charter* (CC).

pelayanan PKD yang dipilih di masing-masing daerah adalah:

- Berbagai *stakeholders* kunci dari pelayanan publik bidang kesehatan di daerah masih sulit dilibatkan/terlibat secara aktif.
- Perbedaan karakteristik jenis pelayanan kesehatan yang diprioritaskan serta kesiapan sumber daya maupun potensi yang dimiliki di tiap daerah sering menjadi kendala selama ini.
- Saat ini sangat diperlukan sebuah pendekatan/metode yang cukup efektif, bersifat universal dan mudah diimplementasikan serta bisa meningkatkan keterlibatan *stakeholders* meskipun tiap daerah memiliki keterbatasan dan perbedaan karakteristiknya masing-masing.

3. Tujuan dan Sasaran

Inisiatif pembentukan CC Pelayanan PKD adalah dalam rangka untuk mengintegrasikan berbagai program kesehatan dalam satu wadah dengan melibatkan berbagai *stakeholders*. Peningkatan pelayanan yang dilakukan melalui kelembagaan yang berupa pembentukan Tim CC Pelayanan PKD, penguatan personil pemberi pelayanan kesehatan dalam bentuk pelatihan fasilitasi, penyusunan kebijakan dalam operasionalisasi CC Pelayanan PKD, perbaikan prosedur pelayanan PKD yang semakin mudah dan pelayanan PKD yang terjangkau oleh masyarakat. Sasaran dari terbentuknya CC Pelayanan PKD adalah masyarakat luas. Pelayanan yang diberikan antara lain:

- Upaya kesehatan perorangan yang berupa Pelayanan Kesehatan Dasar bagi masyarakat umum.
- Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM).

4. Strategi dan Pendekatan yang Diterapkan

Informasi yang disiapkan untuk mengklarifikasi prioritas jenis pelayanan Pengembangan Desa Siaga yang akan dibuatkan dokumen CC-nya dilakukan dengan cara:

- Mengumpulkan data sekunder terutama kinerja pelayanan Promkes berdasarkan pencapaian target SPM Bidang Kesehatan di Kota/Kabupaten sesuai SK Menkes dan SK Gubernur Jateng yang masih berlaku.
- Melakukan *updating* data pencapaian SPM terakhir. Terutama pencapaian SPM DKK dan Puskesmas.
- Melakukan identifikasi *Coverage* pelayanan Desa Siaga di Kabupaten Sukoharjo dan kondisi PKD yang ada dan masih berjalan.



Uji Coba CC PKD

Pengklarifikasian prioritas jenis pelayanan kesehatan yang akan dibuatkan dokumen CC-nya secara umum melalui rangkaian kegiatan sebagai berikut:

- Dilakukan dalam bentuk lokakarya dengan melibatkan *stakeholders* yang mewakili pemberi pelayanan kesehatan, pengguna pelayanan (masyarakat) dan pihak lainnya

(regulator diwakili dinas kesehatan, forum kesehatan, wakil LSM).

- Proses pemilihan dan perumusan dilakukan secara partisipatif dengan didukung tim fasilitator yang menguasai materi isu/masalah kesehatan yang ada dan konsep/regulasi terkini dari pelayanan publik.
- Alat dan teknik untuk pengambilan keputusan prioritas dipilih yang sederhana namun tetap valid dan reliabel. *Template* dari alat ini telah disiapkan dan dilatihkan terlebih dahulu ke semua peserta lokakarya.
- Memilih prioritas sesuai hasil analisis *gap* pencapaian SPM pelayanan PHBS dan pengembangan Desa Siaga dengan teknik *force field analysis* untuk melihat kelayakan pilihan berdasarkan faktor pendukung dan penghambatnya.
- Akhirnya dihasilkan kesepakatan prioritas jenis pelayanan publik dalam pengembangan Desa Siaga di Kabupaten Sukoharjo adalah Pelayanan Poliklinik Desa (PKD).

5. Perumusan Tujuan, Strategi dan Mobilisasi Sumber Daya

Perumusan tujuan, strategi dan mobilisasi sumber daya disusun melalui kegiatan *workshop* dengan *stakeholders* yang sudah diseleksi/dipilih dan dilibatkan secara aktif sejak awal. Uraian kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Pertama adalah Tersusunnya Dokumen CC PKD

- Strategi yang dipilih antara lain:
 - Mendisain lokakarya secara *semi-training*, yaitu tiap peserta terlebih dahulu diberi latihan/simulasi cara menyusun isi dokumen CC secara partisipatif.
 - Membuat kegiatan uji coba secara langsung ke masyarakat sehingga diperoleh masukan dari calon pengguna untuk penyempurnaan isi *draft* CC PKD.
- Mobilisasi sumber daya yang dilakukan antara lain:
 - *Template* CC dan fasilitator *kit* lainnya.
 - Lokasi dan responden dari masyarakat untuk uji coba lapangan isi *draft* CC PKD.



2. Tujuan Kedua adalah Disahkannya Dokumen CC PKD

- Strategi yang dipilih antara lain:
 - Penggabungan upaya pengesahan dokumen CC PKD ke dalam pokok bahasan dari kegiatan seminar tentang sosialisasi awal hasil *draft* CC yang sudah diujicobakan agar mendapatkan perhatian dan dukungan politis dari pimpinan di daerah maupun *stakeholders* kunci lainnya dalam rangka memuluskan rencana pengesahan dokumen.
 - Hasil seminar harus dijadikan pedoman utama untuk penetapan rencana tindak lanjut serta batas waktu untuk pengesahan dokumen CC di tingkat kabupaten maupun implementasinya pada tingkat pelayanan dibawahnya.
 - Agenda terpenting lainnya adalah perintisan/pembentukan (jika belum

- ada) dan/atau menunjukan secara resmi sebuah wadah/organisasi yang dianggap paling representatif mewakili unsur dari pengguna pelayanan untuk memberikan tanda tangan pengesahannya terhadap dokumen CC.
- Mobilisasi sumber daya yang dilakukan antara lain:
 - Pembentukan panitia dan penyediaan sarana dan prasarana untuk seminar
 - *Draft* final dokumen CC yang telah di lokakaryakan dan diujicobakan di lapangan.
 - *Poster session* hasil foto dokumentasi kegiatan sebelumnya.

Gambar 8. *Banner* besar pada Seminar CC PKD Kab. Sukoharjo



3. Tujuan Ketiga adalah Dimplementasikannya CC PKD

a. Strategi yang dipilih antara lain:

- Penjajagan kelayakan implementasi dilakukan dengan melihat tingkat kesiapan dan keseriusan dari pemberi pelayanan, pengguna pelayanan maupun *regulator/decision maker* di tingkat kabupaten (bupati, DPRD dan DKK), tingkat kecamatan (camat dan Puskesmas) dan/atau tingkat desa (kepala desa dan bidan desa/PKD).
- Pembuatan *pilot project* untuk pengimplementasian CC secara lebih selektif di level pelayanan yang dinilai paling layak/siap. Hal ini untuk menghindari munculnya stagnasi seandainya *stakeholders* pelayanan publik di tingkat kabupaten ternyata belum siap.
- Keuntungan perintisan pengimplementasian CC jika dimulai dari level pelayanan paling bawah yaitu di tingkat desa atau kecamatan adalah proses pengesahan dokumen dan modifikasi isi dokumen bisa dilakukan lebih mudah dan cepat serta sesuai karakteristik atau kebutuhan spesifik dari pengguna pelayanan setempat.
- Merancang disain/strategi dan *need analysis* untuk upaya replikasi yang didahului dengan proses monitoring dan evaluasi serta pengidentifikasian sejumlah *good practices* sebagai bahan utama dari kegiatan *sharing experience* antar *task force* yang dibentuk di tiap level pelayanan publik.

b. Mobilisasi sumber daya yang dilakukan antara lain:

- Pembentukan dan pelatihan *task force* di tiap level pelayanan dari mulai tingkat kabupaten sampai yang paling bawah (desa) sesuai strategi dan agenda yang telah disepakati
- Pembuatan *plan of action* dari masing-masing *task force* tersebut.
- Penyusunan alat/instrumen monitoring evaluasi pengimplementasian CC PKD.
- Pembuatan *template* untuk identifikasi *good practices* dan *sharing* pengalaman.



Kegiatan Pelayanan PKD

4. Dokumen Hasil Monev

Problem Dalam Implementasi CC dan Upaya Solusinya

Pada umumnya di daerah masih terdapat beberapa problem dalam pengimplementasian CC PKD, antara lain:

- Belum ada daerah sekitar sasaran yang bisa dijadikan *benchmarking* bagi pengimplementasian CC, sekalipun ada tetapi prosesnya terkesan sangat rumit dan lama sehingga cenderung membuat enggan bagi daerah yang ingin mencoba.
- Belum ada wadah/lembaga resmi yang merepresentasikan kepentingan publik sebagai pengguna pelayanan kesehatan terutama di level kabupaten/kota. Seharusnya ada semacam dewan kesehatan kota/kabupaten, di level kecamatan ada semacam komite kesehatan dan di level desa ada forum kesehatan desa. Sampai saat ini yang ada dan aktif hanya di level desa.
- Belum ada aturan/regulasi khusus dan tegas (Peraturan Bupati atau SK Bupati maupun SK Kepala DKK) terutama di level kabupaten/kota sebagai pendukung bagi pengimplementasian CC di daerah.



Dokumen Hasil Monev

Dari beberapa problem tersebut diatas kemudian diupayakan serangkaian solusinya yaitu:

- Merancang berbagai desain kegiatan fasilitasi yang bersifat partisipatif dan pemilihan beberapa *tools*/instrumen yang lebih praktis dan bisa diterima oleh *stakeholders* di daerah.
- Melakukan advokasi ke *stakeholders* kunci/pimpinan daerah yang dirintis sejak awal penentuan prioritas jenis pelayanan dan makin diintensifkan saat menjelang pelaksanaan seminar tentang CC.
- Tetap merintis penyusunan regulasi pengimplementasian CC tetapi dipilih lebih dahulu di level Puskesmas/kecamatan (berbentuk SK Kepala Puskesmas) dan di level Poliklinik Kesehatan Desa (berbentuk Peraturan Desa) yang memang relatif tidak terlalu mengalami hambatan birokratis maupun politis.

6. Hasil yang Dicapai

Beberapa hasil yang bisa dicapai sesuai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, yaitu sebagai berikut:

1. Tersusunya Dokumen CC PKD:

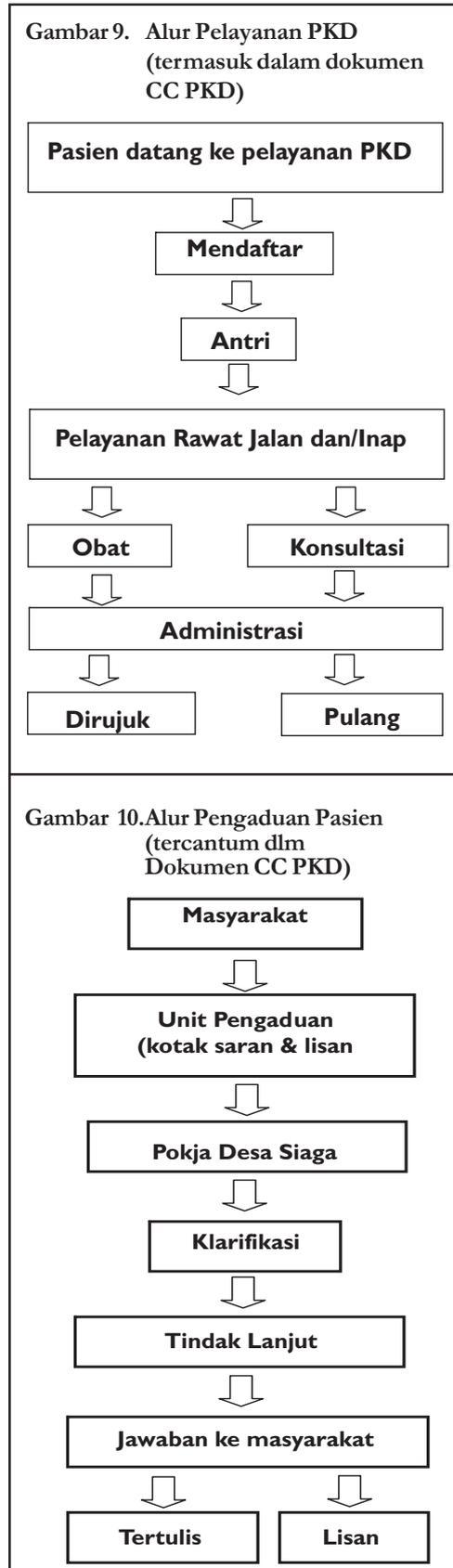
- Metode yang digunakan untuk menyusun *draft* dokumen CC melalui lokakarya dikombinasikan dengan pelatihan yang diselenggarakan dalam waktu 2 hari.
- Metode untuk uji coba lapangan dari *draft* dokumen CC dilakukan dalam 1 hari termasuk memberikan revisi hasil uji coba lapangan tersebut untuk penyempurnaan *draft* dokumen CC.

2. Disahkannya Dokumen CC PKD

- Pada umumnya upaya penggabungan proses pengesahan yang dilakukan secara seremonial dan menjadi salah satu bagian kegiatan seminar hasil penyusunan *draft* CC yang telah difinalisasi melalui uji coba lapangan secara umum tidak bisa berjalan maksimal.
- Penyebab utamanya karena di daerah masih belum memiliki wadah/ organisasi resmi yang menjadi wakil pengguna pelayanan/masyarakat (biasanya berbentuk dewan kesehatan) yang dibutuhkan untuk dalam penandatanganan dokumen CC bersama dengan wakil dari pemberi pelayanan (DKK).
- Namun upaya pemberian advokasi bisa dilaksanakan melalui seminar karena yang datang dalam seminar sudah cukup mewakili semua *stakeholders* kunci bidang kesehatan di daerah. Hal ini dibuktikan dengan munculnya sejumlah rekomendasi untuk segera menindaklanjuti proses pengesahan *draft* CC menjadi dokumen resmi di tingkat kabupaten.

3. Diimplementasikannya CC PKD

- Belum disahkannya dokumen di level kabupaten tidak menyurutkan se-



mangat dan upaya dari DKK maupun pelaksana di level terbawah untuk merintis pengimplementasian CC tersebut.

- Bukti hasil pengimplementasian CC dan perbaikan kinerja pelayanan publik bidang kesehatan dari Kabupaten Sukoharjo tersebut antara lain seperti terlihat dalam tabel berikut ini:



Seminar Sosialisasi CC di Sukoharjo dengan Pembicara dari Sekda, DPRD dan DMPKS (Dewan Masyarakat Pemerhati Kesehatan Kab Sukoharjo)

Tabel 19. Hasil Perbaikan Manajemen dan Kinerja Pelayanan Kesehatan Pasca Pengimplementasian CC

Indikator Kinerja Pelayanan		Sebelum Pelayanan CC PKD	Setelah Pelayanan CC PKD	Keterangan
Aksesibilitas				
1	Pembentukan Pokja Desa sehat.	Belum semua.	Semua Desa telah ada Pokja Desa Sehat.	Semua desa ada Pokja Desa dengan ketua Toma atau Kades.
2	<i>Task Force</i> Penggerak PKD.	Ada satu di tingkat kabupaten dan belum aktif	Ada 4 tim <i>Task Force</i> Penggerak dengan masing masing (4) wilayah binaan dan telah aktif sampai sekarang	Wilayah yang dimaksud adalah wilayah binaan bagian utara, barat, selatan dan timur.
3	Kesepakatan & Legalisasi Pelayanan CC PKD antara bidan desa dan Pokja Desa Sehat dan pemerintah desa.	Belum ada.	Seluruh wilayah Kartosuro sudah semua ada (13 buah kesepakatan CC PKD antara Pokja Desa dan bidan desa serta pemerintah desa). Ditambah setiap Puskesmas harus ada 1 desa percontohan untuk pelayanan CC PKD sehingga ada 21 Puskesmas.	Di Puskesmas Kartosuro bahkan salah satu indikator Desa Siaga harus ada CC PKD nya.
6	Kepastian jadwal dan petugas pemberi pelayanan di PKD.	Sudah ada.	Personil pelayanan kesehatan dasar: siap di tempat dan “ <i>On Calling</i> ” dan persalinan di tempat.	Jumlah kunjungan meningkat, personil pemberi pelayanan 2 bidan dan 2 perawat dan 1 kader.

Lanjutan Tabel 19

Indikator Kinerja Pelayanan		Sebelum Pelayanan CC PKD	Setelah Pelayanan CC PKD	Keterangan
Aksesibilitas				
7	Gedung pelayanan PKD	Masih menggunakan milik pemerintah desa/balai desa.	Target sampai dengan 2014 sebanyak 149 bangunan PKD dengan luas 60 m2.	Sudah teralokasikan dalam APBD 2009 dengan nilai 100 juta.
8	Tingkat keaktifan PKD	Hampir semua PKD belum aktif menjalankan UKP dan UKM.	4 Desa PKD Aktif menjalankan pelayanan UKM dan UKP antara lain: Desa Ngemplak Kecamatan Kartosuro; Desa Mranggen Kecamatan Polokarto; Desa Gadingan Kecamatan Mojolaban; Desa Luang Kecamatan Gatak.	Target sampai dengan 2014 semua desa secara bertahap akan aktif PKD nya.
9	Alokasi Anggaran (desa dan APBD).	Belum jelas teralokasikan.	Pelayanan CC PKD sebagian bisa masuk Alokasi Dana Desa di APBD/anggaran 2009.	Ada Perdes yang mengalokasikan Rp. 4 juta /tahun untuk subsidi biaya operasional dan merekrut staf baru di PKD.
11	Peningkatan kunjungan di PKD.	Masih rendah 25 pasien per bulan.	Rata rata jumlah pasien per hari sebanyak 400 pasien dan pendapatan yang diperoleh mencapai Rp.4 juta per bulan di PKD Gadingan Sukoharjo.	Kondisi ini tidak terlepas dari motto "Pelayanan serba Lima Ribu" di PKD Gadingan Sukoharjo.

Lanjutan Tabel 19

Indikator Kinerja Pelayanan		Sebelum Pelayanan CC PKD	Setelah Pelayanan CC PKD	Keterangan
Akuntabilitas				
12	Monitoring Evaluasi Pelayanan CC PKD.	Belum ada/dilakukan.	Dilaksanakan oleh tim kabupaten dan kecamatan pada tanggal 10 dan 11 Desember 2008 di Kartosuro.	
13	Pelayanan UKM dan hasilnya: Pelaksanaan SMD (Survei Mawas Diri) dan MMD (Musyawarah Masyarakat Desa).	Sudah tapi terbatas.	Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)= SMD Sebagian Desa; Polokarto I; Kartosuro; Gathak II; Baki I) = 30 %. MMD =30 %. RTL = Polokarto I (Arisan Jamban); Mranggen (Rumah sehat); Nguter I; Grogol II (PSN); Kartosuro I (Jamban). Adapun jumlah rumah tangga yang ada di desa Mrranggen sebanyak 1631 dan sebanyak 867 sudah mendapatkan jamban sehat (53,15 %)	Tahun 2008 partisipasi masyarakat dalam kesehatan meningkat.
Transparansi				
14	Standar Pelayanan PKD.	Alur dan standar pemeriksaan yang jelas dan dapat dipahami oleh pengguna.	Standar pelayanan PKD baik UKM maupun UKP jelas (alur, tarif, mekanisme pelayanan, petugas, tempat, jadwal) sudah diatur dan tercantum secara jelas di dokumen CC PKD.	Alur Pelayanan CC PKD ditempel dan terdapat kotak saran yang inovatif.
15	Pelayanan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) dan hasil.	Pelayanan Kesehatan Dasar.	Pendapatan masuk desa 40 % dan operasional 60 %.	40 % yang masuk desa, hanya secara administratif, dana tersebut dikembalikan ke PKD untuk menambah modal.

7. Pelajaran yang Dapat Dipetik

a. Pelajaran terpenting yang diperoleh:

- Komitmen, partisipasi penuh dan keberanian dari kepala bidang untuk membuat kolaborasi dan *sharing* sumber daya masing-masing menjadi kunci keberhasilan pengimplementasian CC PKD di Kabupaten Sukoharjo.
- Proses mulai dari tahap pembentukan *task force*/tim penyusun CC, tahap penyusunan dan pengesahan dokumen CC, sampai dengan pengimplementasian hkan sebagian sudah dilakukan monitoring dan evaluasi serta mengarah pada upaya replikasi CC. Jika dilakukan secara serius dan konsisten

maka replikasi hanya akan membutuhkan waktu kurang dari setahun serta tetap dalam pendekatan yang partisipatif.

- Komitmen dan daya juang dari kader atau Pokja Desa Sehat serta dukungan dari pemerintah desa yang senantiasa menggugah masyarakat dalam meningkatkan kualitas kesehatan di wilayahnya.
- b Manfaat yang bisa dihasilkan dari pengimplementasian CC antara lain:
- Iklim kerja dan semangat kekompakan antar kepala bidang ternyata bisa dipertahankan bukan hanya saat mengelola urusan CC pelayanan PKD, tetapi juga pada program lain bahkan menjadi contoh bagi staf maupun unit pelaksana teknis lain (Puskesmas) di Kabupaten Sukoharjo.
 - Dampak selanjutnya, meskipun terjadi restrukturisasi dan pengurangan jumlah Puskesmas setelah keluar SOTK baru dari 21 Puskesmas menjadi hanya 11 Puskesmas tidak menimbulkan gejolak dan menurunkan komitmen kepala Puskesmas untuk mendukung implementasi CC di wilayah mereka masing-masing di Kabupaten Sukoharjo.
 - Animo dan keberanian masyarakat untuk menyalurkan pengaduan atau sekedar meminta informasi ke petugas kesehatan di level desa maupun Puskesmas makin meningkat ditunjukkan dengan jumlah surat aduan yang telah dipasang di PKD semua desa dan di Puskesmas.

8. Keberlanjutan

Beberapa poin pengembangan yang berpotensi untuk memunculkan kemandirian dan/atau keberlanjutan proses dari pengimplementasian CC PKD di kabupaten Sukoharjo antara lain:

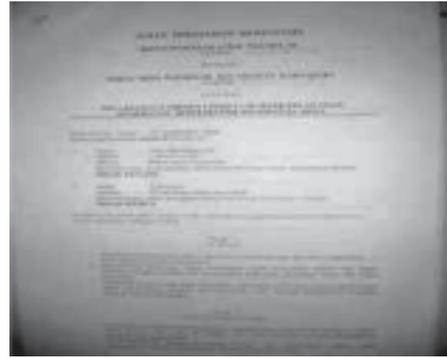
- Muncul inisiatif dari DKK untuk merevisi sebagian isi dari dokumen CC agar tidak berbenturan dengan peraturan daerah tentang penggratisan pelayanan Puskesmas dan jaringannya, termasuk pelayanan di PKD.
- Muncul inisiatif dari DKK untuk merestrukturisasi konsep kewilayahan dari Puskesmas disesuaikan dengan jumlah kecamatan yang ada sehingga terjadi pengurangan jumlah Puskesmas dari 21 Puskesmas menjadi hanya 11 Puskesmas. Hal ini dimaksudkan agar pengimplementasian Desa Siaga/Desa Sehat kelak akan bisa mendukung secara konsisten lahirnya konsep Kecamatan Sehat dan seterusnya menjadi Kabupaten Sehat.
- Munculnya SOTK baru tidak mengurangi komitmen dan kekompakan antar empat kepala bidang di DKK maupun 11 kepala Puskesmas yang baru dilantik untuk melanjutkan proses dan agenda pengimplementasian CC pelayanan PKD.



“ Kami Berterima Kasih kepada LGSP yang telah membantu Membukakan Kesadaran & Keberanian Untuk Mengubah SOTK Kita menjadi hanya 11 Puskesmas sesuai wilayah kecamatan ”

dr Agus, MKes (Sekretaris DKK)

- Pembuatan regulasi untuk pengimplementasian CC di tingkat desa (Perdes) mulai diinisiasi secara bertahap di seluruh wilayah Puskesmas oleh kepala Puskesmas masing-masing.
Contoh: kesepakatan bidan desa dengan Forum Kesehatan Desa diketahui oleh kepala desa dan kepala Puskesmas di Kecamatan Kartosuro.
- Ada satu desa telah mau memanfaatkan sebagian Alokasi Dana Desa selain untuk membiayai perbaikan dan pengadaan sarana fisik PKD tetapi juga merekrut serta menggaji tenaga kesehatan swasta untuk mendukung pelayanan PKD.



9. Kelayakan Untuk Direplikasi

- Pelayanan dasar yang diberikan oleh PKD telah memberikan inspirasi yang berupa skema pembagian hasil pelayanan, pendapatan, kreatifitas pelayanan, kepedulian dan partisipasi masyarakat, dukungan pemda dan pemerintah desa. PKD tersebut terbukti mampu menarik masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meskipun terdapat tempat pelayanan kesehatan lain. Bidan desa dan kader desa dengan karakter: loyal, kreatif, ramah dan sopan serta disiplin. Adanya promosi yang sederhana melalui *leaflet* dengan moto "Pelayanan Serba Lima Ribu" yang dilakukan lewat seluruh RT, sehingga meningkatkan cakupan rawat jalan dari sasaran.
- Pelayanan CC PKD telah direplikasikan/adopsi oleh Kecamatan Kartosuro, bahkan telah dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan PKD. Hasil *sharing experience* menunjukkan antusiasme Kabupaten lain untuk membuat dan melaksanakan CC Pelayanan PKD.
- Melihat sumber daya yang ada (personil, fasilitas, dan dukungan dari *stakeholders* terkait), kebijakan desa siaga, pelayanan yang telah dilakukan dan hasil yang didapatkan terkait CC Pelayanan PKD, maka tidak diragukan lagi untuk bisa ditularkan kepada tempat lain.

Resume Alur Proses Penyusunan dan Pengimplementasian *Citizen's Charter* Pelayanan Publik Bidang Kesehatan dapat dilihat pada Gambar 6, halaman 67.

Contact Persons

1. dr Agus W, MKes
(Sekretaris DKK Sukoharjo)
Hp. 0 8 1 2 2 6 0 3 2 1 2.
2. dr Nasruddin, MKes
(Kabid Promkes DKK Sukoharjo)
Telp. (0271) 7 5 0 1 4 0 3.

Bab 7

Good Practices

Peningkatan Efektifitas Manajemen Pelayanan Puskesmas Kabupaten Kediri

I. Situasi sebelum inisiatif dimulai

Kabupaten Kediri dengan luas wilayah sekitar 1386 Km², terdiri dari 24 kecamatan yang terbagi atas 344 desa/kelurahan. Jumlah penduduk Kab. Kediri pada tahun 2005 sebesar 1.421.688 jiwa yang terdiri atas 375.411 KK. Di Kab.Kediri tertelak Gunung Kelud yang beberapa waktu lalu meletus. Kediri identik dengan kota rokok kretek. Pabrik rokok kretek PT Gudang Garam memang terletak di Kota Kediri. Pabrik rokok itu yang mempekerjakan sekitar 40.000 karyawan dan buruh, sebagian besar pekerja berasal dari Kabupaten Kediri.

Tugas pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Kediri dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Prasarana pelayanan kesehatan milik Pemkab terdiri atas:

- 1 Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).
- 1 gudang farmasi kesehatan.
- 6 Puskesmas perawatan dan 30 Puskesmas.
- 269 Polindes dan 1687 Posyandu.

Selain prasarana tersebut ada pula rumah sakit swasta yang sebagian besar berada di Kota Kediri. Tenaga Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri pada tahun 2004 berjumlah sekitar 1180 orang, meliputi: dokter (PNS, PTT, honorer), dokter gigi (PNS, PTT, honorer), bidan (PNS, PTT, PLKB, PP31, honorer), tenaga laborat, HS, apoteker, perawat, tata-usaha, dll.

Visi pembangunan kesehatan Kab.Kediri, adalah: “Kediri Sehat 2010”, sedangkan Misi adalah:

1. Menggerakkan dan mengarahkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
3. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata & terjangkau bagi masyarakat.
4. Meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungan.

Fungsi Puskesmas. Sesuai Kepmenkes no. 128/2004 fungsi Puskesmas adalah:

1. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan
 - a. Selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor.
 - b. Aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.
 - c. Mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat
masyarakat memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk:
 - a. hidup sehat.
 - b. berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya.
 - c. Ikut serta menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan, dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

3. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama
Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang meliputi:
 - a. Pelayanan kesehatan perorangan.
 - b. Pelayanan kesehatan masyarakat.

Beberapa isu permasalahan dalam pelayanan kesehatan di Kab.Kediri, antara lain adalah:

1. Permasalahan keterbatasan alokasi anggaran bidang kesehatan dari APBD kabupaten, besarnya masih dibawah 6 % sehingga dinas kesehatan kesulitan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, terutama pelayanan di Puskesmas.
2. Wilayah Kab.Kediri yang cukup luas dengan 24 kecamatan, mempunyai 36 Puskesmas (dan lebih banyak lagi jumlah Pustu & Polindes), kondisi sarana-prasarana dan peralatan Puskesmas sebagian besar masih sangat terbatas, sehingga sulit mempertahankan kualitas pelayanan dengan jumlah kunjungan pasien yang tiap tahun meningkat.
3. Pada saat ini Dinas Kesehatan sedang memproses usulan kenaikan retribusi untuk pasien yang berkunjung di Puskesmas, karena sudah cukup lama belum pernah mengalami perubahan kenaikan tarif retribusi. Namun rencana usulan kenaikan tersebut berlawanan dengan aspirasi yang berkembang saat ini untuk menggratiskan pelayanan kesehatan (hal ini banyak berkembang di kab/kota yang cukup kaya/ APBD besar) dan kurang mendapat dukungan dari DPRD maupun pimpinan daerah.
4. Belum ada peraturan yang jelas dari pemerintah pusat (sebagai rujukan) dan pemerintah kabupaten tentang kewajiban pengembalian hasil retribusi di Puskesmas untuk dikembalikan lagi guna menunjang anggaran operasional Puskesmas dan jasa pelayanan kesehatan staff Puskesmas, sehingga kualitas pelayanan bisa ditingkatkan. (Sebagai catatan: untuk rumah sakit sudah ada peraturan yang lebih jelas sebagai dasar rujukan untuk pungutan retribusi dan pemanfaat kembali hasil retribusi).
5. Retribusi pelayanan kesehatan yang saat ini dipungut masih diandalkan sebagai target kenaikan pemasukan PAD tahunan daerah, hal tersebut tidak sesuai dengan misi kesehatan (Puskesmas khususnya) yang bertujuan mengurangi jumlah kunjungan orang sakit dengan meningkatkan pecegahan dan promosi hidup sehat.
6. Jumlah dokter, dokter gigi, perawat/tenaga kesehatan masih kurang, sehingga di sebagian Puskesmas, kepala Puskesmas merangkap menjadi dokter satu-satunya. Dan di beberapa Puskesmas tidak ada dokter gigi yang bertugas. Di banyak Puskesmas dokter yang baru ditempatkan tidak bertahan lama (karena kesejahteraan yang belum terjamin ?).
7. Survei IKM (Indeks Kepuasan Masyarakat) yang sudah dilaksanakan bagian organisasi bersama Dinkes dengan responden pasien Puskesmas, hasil terlalu umum karena

- bentuk kuesioner yang kurang tajam. Untuk mendapat hasil yang cukup detail untuk masukan perbaikan pelayanan diperlukan *update* kuesioner dengan pertanyaan-pertanyaan yang lebih operasional.
8. Koalisi LSM yang peduli kesehatan di Kota Kediri telah mengadakan audiensi dengan DPRD dalam pencermatan APBD untuk alokasi anggaran bidang kesehatan. Koalisi LSM/CSO yang telah mendapat advokasi dari HSP dan LGSP, perlu diberi peluang wadah pembahasan periodik masalah-masalah kesehatan antara Koalisi LSM, Dinas Kesehatan, DPRD dan Pimpinan Daerah.
 9. Untuk menuju pada pembentukan adanya “*Citizen’s Charter*” (atau *Customer Service Charter* atau Maklumat Pelayanan) di Puskesmas percontohan, diperlukan persiapan-persiapan teknis, manajemen dan politis serta dukungan kuat dari Dinas Kesehatan.

2. Inisiatif dan partisipasi stakeholders

Fokus pelayanan yang dipilih stakeholders Kabupaten Kediri

Sektor pelayanan kesehatan yang terpilih oleh para *stakeholders* Kabupaten Kediri untuk difasilitasi peningkatan efektifitas manajemen pelayanannya difokuskan pada “Peningkatan pelayanan kesehatan dasar masyarakat melalui Puskesmas”. Upaya ini dilakukan antara lain melalui:

- o Peningkatan efektifitas manajemen Puskesmas.
- o Peningkatan kapasitas dan kemampuan SDM Puskesmas.
- o Penyediaan sarana dan prasarana Puskesmas.
- o Penyusunan dan penyempurnaan regulasi (*policy*/kebijakan) bidang pelayanan kesehatan masyarakat.

Melalui serangkaian proses lokakarya bantuan teknis yang difasilitasi oleh *Management Specialist* LGSP dirumuskan strategi dan rencana tindak untuk meningkatkan efektifitas manajemen pelayanan kesehatan masyarakat melalui Puskesmas. Sebagai program percontohan dipilih 4 Puskesmas yaitu Puskesmas Sambu, Mojo, Kunjang dan Puskesmas Pare yang akan menjadi Puskesmas percontohan di Kab.Kediri. Selanjutnya bersama Kepala Puskesmas dan Tim dari keempat Puskesmas bersama Tim Dinas Kesehatan serta *stakeholders* LSM/CSO, dirumuskan dalam rencana tindak peningkatan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Upaya peningkatan manajemen pelayanan difokuskan pada aspek *policy*/kebijakan, *procedure* atau Protap (prosedur tetap) baik medis maupun non-medis administratif, peningkatan kapasitas SDM/personil serta pengorganisasian dalam meningkatkan manajemen serta mengatasi masalah di Puskesmas. Selain hal itu upaya lainnya adalah meningkatkan anggaran bagi operasional Puskesmas serta meningkatkan kepedulian & perhatian semua pihak terhadap Puskesmas sebagai ujung tombak kesehatan masyarakat.

3. Rencana tindakan peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat

Untuk memenuhi harapan peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas, maka strategi ditujukan pada:

1. Peningkatan efektifitas manajemen pelayanan kesehatan di Puskesmas.
Fokus peningkatan manajemen pelayanan di Puskesmas melalui pendekatan P3O (*policy, procedure, personnel & organization*), yaitu:
 - Pembentukan Tim Kendali Mutu, yang bertugas membantu kepala Puskemas dalam memecahkan masalah dalam menejemen pelayanan di Puskesmas.
 - Pelaksanaan dan analisa survei kepuasan pelanggan.
 - Pembuatan Protap (prosedur tetap/SOP) non-medis dan medis.
 - Pembuatan standar pelayanan (*citizen's charter*) dan standar tarif/retribusi.
 - Pembentukan komite kesehatan/badan penyantun tingkat Puskesmas.
 - Penerapan *reward & punishment* (penghargaan dan sanksi).
 - Meningkatkan manajemen *surveillance* (pemantauan kesehatan masyarakat & siswa).
2. Penyusunan dan pembentukan regulasi di bidang pelayanan kesehatan

Dari proses pelaksanaan peningkatan manajemen pelayanan di Puskesmas ternyata perlu dukungan "*policy*" yang lebih besar dari eksekutif dan legislatif melalui pembentukan peraturan daerah sistem kesehatan daerah (Perda SKD). Dengan adanya perda SKD diharapkan mendorong peningkatan anggaran, manajemen pelayanan, dan peningkatan SDM di bidang kesehatan di Kab.Kediri.

4. Hasil-hasil yang Dicapai

Kemajuan dalam pelaksanaan tindakan peningkatan manajemen pelayanan publik di empat Puskesmas Sambi, Mojo, Pare, Kunjang, tersebut telah mulai diterapkan:

- a) Pembentukan Tim Kendali Mutu di Puskesmas: tim bertugas membantu kepala Puskemas dalam memecahkan masalah-masalah dalam menejemen pelayanan di Puskesmas dan meningkatkan mutu pelayanan yang diselenggarakan oleh Puskesmas serta menanggapi & mengatasi keluhan yang disampaikan oleh pasien.
- b) Protap medis dan non-medis: di Puskemas Mojo dan Kunjang untuk Protap non-medis telah disusun dan dipasang bagan alur layanan pasien Puskesmas.
- c) *Citizen's Charter*: Petunjuk tarif & retribusi pelayanan telah dipasang di masing-masing Puskesmas. Khusus untuk Puskesmas Mojo telah berhasil menyusun draft *Citizen's Charter*.
- d) Survei Kepuasan pelanggan: ada dua model yang dibuat dalam pelaksanaan survei kepuasan pelanggan di Puskesmas yaitu:
 - Model survei sederhana atau "model kartu saran", seperti yang menjadi inisiatif dan sudah dilaksanakan oleh Puskesmas Sambi.
 - Model survei IKM/Indeks Kepuasan Masyarakat mengikuti pedoman dari Kementerian Menpan dan Pemprop Jawa Timur, seperti yang diterapkan Dinas Kesehatan Kab.Kediri di Puskesmas Pare.
- e) Komite kesehatan atau badan penyantun masih belum bisa terbentuk karena keterbatasan dana operasional dan SDM dari Puskemas, namun partisipasi/keterlibatan *stakeholders*, LSM, tokoh melalui Pokja Pemerhati Kesehatan telah

semakin ditingkatkan dalam program-program kesehatan seperti dalam pembuatan perda bidang kesehatan.

- f) Permasalahan untuk peningkatan pelayanan di puskesmas pada kenyataannya sangat banyak a.l.: anggaran yang tidak memadai, SDM/personel kurang, sistem retribusi dan jasa pelayanan, dll, sehingga perlu penyempurnaan kebijakan yang menyeluruh sehingga pokja pemerhati kesehatan berinisiatif mendorong terbitnya Perda Sistem Kesehatan Daerah/SKD. Saat ini pokja telah menyampaikan konsep draft Perda Sistem Kesehatan Daerah kepada Komisi D DPRD Kab.Kediri untuk ditindaklanjuti oleh DPRD.

Tabel 20. Situasi Sebelum dan Sesudah Adanya Inisiatif Inovasi

No	Aspek	Sebelum	Sesudah
1	Personel/SDM.	Belum ada tim kendali mutu, semua permasalahan & kebijakan menumpuk di Ka. Puskesmas.	Dibentuk tim kendali mutu/Pokja Puskesmas. Permasalahan Puskesmas di pecahkan bersama.
2	Prosedur pelayanan.	Bagan alur pelayanan tidak ada.	Bagan alur pelayanan dipasang di depan Puskesmas.
3	Standar pelayanan.	Prosedur tetap pelayanan medis belum ditempel di ruang ruang poliklinik.	Standar/prosedur tetap (Protap) pelayanan medis ditempel di ruang ruang poliklinik.
4	Standar pelayanan.	Tarif retribusi pelayanan kesehatan sebagian ditempel sebagian lagi tidak.	Tarif retribusi pelayanan kesehatan di tempel di ruang ruang poli.
5	Komite kesehatan.	Belum ada badan penyantun/komite kesehatan di tingkat Puskesmas maupun dewan kesehatan di tingkat kabupaten.	Meskipun belum berhasil dibentuk komite kesehatan di tingkat Puskesmas, namun di tingkat kabupaten sudah terbentuk Pokja Pemerhati Kesehatan yang terlibat dalam penyusunan kebijakan sektor kesehatan.
6	Survei kepuasan pelanggan.	Sudah pernah dilakukan survei IKM (indeks kepuasan masyarakat) namun pelaksanaannya belum tepat dan hasilnya belum digunakan sbg "feedback" peningkatan pelayanan.	Ada survei kepuasan pelanggan/pasien untuk melihat kepuasan pasien dan kebutuhan pasien terhadap peningkatan pelayanan.
7	Policy atau kebijakan di bidang kesehatan.	Belum ada Perda Sistem Kesehatan Daerah/SKD yang ada Perda Tarif Retribusi Pelayanan Kesehatan.	Mulai dibahas dan disusun rancangan Perda Sistem Kesehatan Daerah oleh Pokja Pemerhati Kesehatan (Puskesmas, LSM, organisasi profesi, dinas kesehatan, DPRD/Komisi D, LGSP, HSP) .
8	Sarana & prasarana Puskesmas.	Kondisi fasilitas Puskesmas seadanya.	Meskipun fasilitas, sarana prasarana masih terbatas tetapi ditata rapi, misal: ruang tunggu, penunjuk ruangan, tempat parkir, pot bunga, yang bertujuan bagi kenyamanan pasien yang berkunjung.

5. Kestinambungan Pelaksanaan Peningkatan Pelayanan di Puskesmas

Pembentukan Tim Kendali Mutu sebagai Pokja pendorong motivasi peningkatan pelayanan kesehatan di Puskesmas (dengan ketua dan anggota tim secara bergiliran) memacu motivasi seluruh staf Puskesmas untuk memperbaiki kualitas pelayanan di Puskesmas masing-masing. Empat Puskesmas yang melaksanakan inisiatif peningkatan manajemen pelayanan kemudian ditetapkan sebagai Puskesmas percontohan di Kab.Kediri, Puskesmas-Puskesmas lainnya dapat mencotoh model-model perbaikan yang telah dilakukan. Penetapan sebagai Puskesmas percontohan tersebut memacu Tim Kendali Mutu Puskesmas untuk selalu mencari inovasi-inovasi bagi perbaikan

6. Pelajaran yang diperoleh

Dengan membentuk Tim Kendali Mutu di Puskesmas maka tim bisa membantu kepala Puskesmas untuk membahas dan memecahkan banyak permasalahan yang muncul, tidak harus semua permasalahan ditangani sendiri oleh kepala Puskesmas. Keanggotaan dan ketua tim pengendali mutu harus dilakukan secara bergilir diantara staf Puskesmas sehingga tidak terjadi kebosanan dan semua staf mendapat giliran menjadi anggota/ketua tim. Tim Kendali Mutu ditetapkan oleh kepala Puskesmas. Tim juga mengusulkan sanksi kepada staf Puskesmas yang melanggar aturan yang telah ditetapkan oleh Ka.Puskesmas atau Tim Kendali Mutu. Sanksi dan penghargaan kepada staf dapat dikaitkan dengan besaran pemberian jasa pelayanan.

Besarnya alokasi dana operasional Puskesmas setiap tahunnya ternyata sangat menentukan tingkat pelayanan yang bisa disediakan dan kemampuan Puskesmas meningkatkan layanan. Puskesmas dengan anggaran tahunan sekitar Rp.25 juta sulit untuk meningkatkan pelayanan, pada umumnya Puskesmas dengan anggran berkisar Rp.75 – 150 juta yang bisa fleksibel meningkatkan pelayanan dan membuat kegiatan-kegiatan bagi masyarakat. Bahkan untuk Puskesmas-Puskesmas unggulan dengan tingkat pelayanan baik (standar ISO) biasanya anggaran operasional lebih besar dari Rp.250 juta/tahun.

Citizen's Charter/CC atau maklumat (standar) pelayanan yang dicanangkan oleh Puskemas disusun bersama *stakeholders* pengguna layanan dan ditetapkan oleh kepala Puskesmas. Penerbitan *Citizen's Charter* perlu mendapat dukungan kuat dari dinas kesehatan dan kepala daerah dan terkait dengan ketersediaan alokasi anggaran operasional yang cukup bagi Puskesmas. Jika tidak ada dukungan dari dinas kesehatan/kepala daerah serta anggaran yang cukup, maka Puskesmas tidak akan berani menerbitkan *Citizen's Charter*, karena pemenuhan standar pelayanan yang tercantum pada CC akan dituntut oleh masyarakat.

Untuk Puskesmas atau unit-unit layanan kesehatan lain, pembuatan prosedur tetap (Protap) layanan administrasi/non-medis harus simultan bersama pemasangan Protap medis, karena Protap medis merupakan hal sangat penting dalam kualitas pelayanan kesehatan.

Dari fasilitasi peningkatan pelayanan kesehatan di Puskesmas di Kab.Kediri dapat diambil pelajaran bahwa guna perbaikan bidang kesehatan yang optimal dan mempunyai pijakan

yang kuat maka harus dibahas dan disusun terlebih dahulu pokok-pokok Sistem Kesehatan Daerah yang akan diterapkan serta mendorong menjadi peraturan daerah (Perda) agar keberlanjutannya selalu terjaga.

7. Kelayakan Untuk Ditransfer

Peningkatan manajemen pelayanan kesehatan masyarakat melalui pembentukan Tim Kendali Mutu dan pembentukan komite kesehatan/badan penyantun yang diterapkan di Kabupaten Kediri diatas adalah merupakan replikasi atau “*transfer of knowlegde*” dari Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Pacitan yang disampaikan oleh para narasumber LGSP kepada tim Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Meskipun tingkat penerimaan (“akseptabilitas”) penerapannya di setiap daerah akan berbeda-beda yang tergantung situasi dan kondisi daerah masing-masing tetapi peningkatan manajemen pelayanan kesehatan di Puskesmas ini bisa diterapkan di kab/kota lainnya karena praktis, *applicative* dan tingkat penolakannya (“resistensi”) cukup rendah atau mudah diterima semua pihak.

Contact Persons

Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri

1. dr. Adi Laksono-Kepala Dinas Kesehatan Kab.Kediri
Alamat: Jl. Pamenang no: 1 C Kediri.
Telepon: 0354-680445.
2. dr. Rahardi – Ka.Sub.Din Penyusunan Program, Dinkes Kab.Kediri
Telepon: 0354-680445.

Local Governance Support Program

Ir. Tris Suswanto-LG Management System Specialist
Alamat: Jl.Tanggamus no:3 Malang
Telepon/HP: 0341-551007/08123312270
Email: tsuswanto@lgsp.or.id.

dr. Mohammad Ghozali-Kepala Puskesmas Ngopak, Dinkes Kab.Pasuruan
Telepon/HP: 0343-7797482/081553836756.

drg. Ernawaty, M.Kes-Dosen FKM, Unair
Alamat: Kampus C Mulyorejo, UNAIR, Surabaya
Telepon/HP: 031-5927113/081 793 12293
Email : erna_erjef@yahoo.com.

Aktivitas Puskesmas Mojo, Kabupaten Kediri



Alur Kunjungan Pasien Puskesmas Kunjang, Kab. Kediri



Boks 6

Workshop Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat di Puskesmas-Dinas Kesehatan Kab. Kediri

Acara dimulai oleh Tris Suswanto, LGMS spesialis dari LGSP Jawa Timur, dalam pendahuluannya beliau sempat mereview tentang bantuan teknis LGSP di Kabupaten Kediri terkait dengan *Good Governance*, khususnya “TAP” yaitu Transparansi, Akuntabilitas dan Partisipasi, dan yang tak kalah penting beliau juga mereview Skema Tindakan Peningkatan Pelayanan Publik, serta tujuan dari *workshop* ini yang digambarkan menjadi 7 langkah untuk mencapai *Citizen’s Charter*. Dimana tahapan ini akan dijelaskan secara bertahap mulai hari pertama *workshop* sampai hari kedua atau hari terakhir. Sesuai Perda No 11 tahun 2005, tentang Pelayanan Publik Propinsi Jawa Timur, didalamnya disebutkan bahwa dinas harus mampu membuat standar pelayanan yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik, pentingnya keterlibatan antara pemberi dan penerima jasa pelayanan publik, serta pentingnya tempat pengadilan.

Acara dilanjutkan narasumber pertama yaitu drg.Ernawaty, MKes. dari FKM UNAIR Surabaya yang akan menyampaikan materi tentang pembentukan *Citizen’s Charter*. Menurut drg. Ernawaty *Citizen’s Charter* yaitu: “Salah satu jenis pernyataan pelayanan resmi dari penyelenggara pelayanan publik kepada masyarakat pelanggan sebagai janji atas kualitas pelayanan yang akan diberikan dimana *Citizen’s Charter* itu disusun secara partisipatif dengan melibatkan masyarakat pengguna pelayanan atau *stakeholders*”. Dalam *Citizen’s Charter* akan disepakati mengenai: prosedur, waktu, biaya, serta cara pelayan. Dengan *Citizen’s Charter* masyarakat menjadi tahu apa yang bisa diharapkan dari penyelenggaraan pelayanan publik tertentu, sebaliknya penyelenggara pelayanan publik dapat lebih tegas menyatakan kesanggupannya sehingga antar kedua pihak terjadi saling pengertian tentang harapan dan kondisi yang bisa diberikan. Perbedaan *Citizen’s Charter* dengan manajemen konvensional yaitu untuk *Citizen’s Charter* dirumuskan sebagai kesepakatan bersama yang bersifat terbuka, sebagai instrumen publik untuk mengontrol penyelenggaraan pelayanan, mengatur hak dan kewajiban pengguna layanan dan penyedia layanan secara seimbang dan pelayanan publik menjadi urusan dan tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat. Sedangkan manajemen konvensional yaitu antara lain dirumuskan secara sepihak dan bersifat tertutup serta sebagai pedoman bagi penyelenggara pelayanan, sebagai alat kontrol pemerintah, pelayanan yang cenderung mengatur kewajiban pengguna layanan, tetapi mengabaikan haknya, dan yang terakhir pelayanan menjadi urusan dan dan tanggung jawab pemerintah.

Pertanyaan dari Rully Bappeda “*Apakah dengan CC justru tidak akan membuat kita semakin tidak bisa bekerja, tanpa kita didahului lebih dulu dengan “education” agar masyarakat maupun penyedia layanan tidak terkejut-keget.*” Jawab dari drg Ernawati M Kes, “*Bahwa CC diperuntukkan pada tingkat Puskesmas tentu akan selalu bersentuhan dengan masyarakat paling bawah dan harus dipastikan ada koordinasi dengan pimpinan ditingkat kelurahan/kecamatan serta dinas kesehatan.*”

Peserta *workshop* berasal dari dinas kesehatan, Bappeda, bagian organisasi, Puskesmas dan wakil dari *civil society* yang berjumlah 35 orang. Dari setiap Puskesmas diwakili oleh 4 peserta yaitu dokter kepala Puskesmas, bidan, perawat dan bagian tata usaha. Suasana berlangsungnya acara *workshop* sangat hidup, hal ini terjadi karena *workshop* ini merupakan lanjutan dari *workshop* terdahulu yang telah sekian kali dilaksanakan sehingga suasana keakraban benar benar terjadi dan semakin membuat peserta nyaman di acara ini. Pada *workshop* hari kedua dihasilkan perbaikan atas cara survei dan perbaikan kuisioner kepuasan pelanggan/pasien berdasarkan survei IKM (indeks kepuasan masyarakat) dan juga disusun konsep *draft* standar pelayanan (non-medis) untuk Puskesmas. (ditulis oleh DC Kab.Kediri/Sulistiyorini; 24-25 April 2008).

Boks 7

Puskesmas Mojo

Visi:

Terwujudnya masyarakat sehat dengan pelayanan prima di wilayah Puskesmas Mojo untuk menuju Indonesia Sehat 2010.

Misi:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dasar yang merata dan terjangkau dalam bentuk Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif.
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup sehat melalui Desa Siaga.
3. Membangun Citra Pelayanan Puskesmas yang baik dengan pusat perhatian pada masyarakat.

Slogan:

Bila anda puas dengan pelayanan kami, sampaikan pada orang lain, tetapi bila anda tidak puas, sampaikan pada kami.

Standar Pelayanan:

➤ Jadwal Pelayanan

Loket Pendaftaran:

Senin – Kamis : 07.30 – 11.30 WIB.

Jum'at : 08.00 – 10.30 WIB.

Sabtu : 08.00 – 11.00 WIB.

Poli Umum, KIA : Setiap hari kerja, Senin s/d Sabtu.

Poli Gigi & Laboratorium : Senin s/d Jumat.

Rawat Inap : Buka 24 jam, setiap hari.

➤ Lamanya Layanan

Loket Pendaftaran : 3 - 5 menit (pengguna layanan memenuhi kewajiban membawa kartu berobat).

Poli Umum : Pasien baru 10 – 30 menit, pasien lama 10 – 15 menit.

Poli Gigi : Pasien baru 10 – 30 menit, pasien lama 10 – 15 menit.

Poli KIA / KB : Pasien baru 10 – 30 menit, pasien lama 10 – 15 menit.

➤ Ruang Pelayanan

1. Penataan ruang pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan masing – masing ruangan dengan memperhatikan kemudahan akses
2. Ruang tunggu yang bersih dan nyaman
3. Adanya papan informasi

➤ Alur Pelayanan

Pelayanan dimulai di Loket Pendaftaran, kemudian menuju ke ruang pelayanan sesuai kebutuhan (sesuai dengan alur pelayanan – lihat papan)

Tarif

1. Karcis loket Rp. 1000,00 per orang / kunjungan
2. Tarif tindakan tertera dimasing – masing poli

Lanjutan Boks 7

Hak dan Kewajiban

1. Pengguna Layanan

➤ Hak:

- a. Memperoleh penjelasan tentang alur pelayanan di Puskesmas.
- b. Mendapat layanan sesuai dengan Standar Operasional Pelayanan (SOP/Protap)
- c. Mendapatkan penjelasan hasil pelayanan.
- d. Menyetujui/menolak atas tindakan yang akan dilakukan.
- e. Menyampaikan saran & kritik atas pelayanan yang diberikan.

➤ Kewajiban:

- a. Mendaftar di loket bagi pasien baru.
- b. Membawa kartu berobat bagi pasien lama.
- c. Membayar biaya pelayanan kecuali pemegang SKM dan ASKES.
- d. Mengikuti alur pelayanan Puskesmas.
- e. Mentaati aturan pelayanan/tata tertib Puskesmas.

2. Penyedia Layanan

➤ Hak:

- a. Membuat peraturan yang berlaku di Puskesmas secara partisipatif.
- b. Memperoleh perlindungan hukum.

➤ Kewajiban:

- a. Memberikan informasi pelayanan.
- b. Melakukan pelayanan sesuai dengan Protap (prosedur tetap).
- c. Mengingatkan pengguna layanan yang tidak mematuhi ketentuan layanan.

Saran Dan Kritik

1. Penyampaian saran dan kritik yang berkaitan dengan layanan melalui:

- a. Kotak saran.
- b. Kontak Telepon (0354) 477584.
- c. Kepala/staf Puskesmas Mojo.

Keluhan yang berkaitan dengan pelayanan akan dijawab resmi paling lambat 3 hari sejak keluhan diterima.

Referensi

- Amy Y.S. Rahayu, 1977, *Fenomena Sektor Publik dan Era Service Quality*, dalam *Bisnis dan Birokrasi* No. 1/Vol. III/April/1997.
- Cynthia D. Scott, Dennis T. Jaffe, Glenn R Tobe. *Organizational Vision, Values and Mission*, 1993.
- Departemen Dalam Negeri (Depdagri) dan Lembaga Administrasi Negara (LAN). *Pedoman Umum Diklat teknis Pelayanan Publik, Akuntabilitas dan Pengelolaan Mutu (Public Service Delivery, Accountability, and Quality Management)*, Jakarta, 2007.
- Departemen Dalam Negeri (Depdagri) dan Lembaga Administrasi Negara (LAN). *Modul 1 Kebijakan Pelayanan Publik Diklat Teknis Pelayanan Publik, Akuntabilitas dan Pengelolaan Mutu (Public Service Delivery, Accountability, and Quality Management)*, Jakarta, 2007.
- Departemen Dalam Negeri (Depdagri) dan Lembaga Administrasi Negara (LAN). *Modul Pengembangan Kebijakan Etika Pemerintahan Diklat Teknis Kepemerintahan yang Baik dan Etika Pemerintah (Good Governance and Government Ethics)*, Jakarta, 2007.
- Hardiyansyah Ahmad, *Paradigma Kebijakan Pelayanan Publik pada Era Otonomi Daerah: Sebuah Analisis*, Universitas Bina Darma, Palembang.
- Ismail Mohamad. *Pelayanan Publik Dalam Era Desentralisasi*, Deputi II Bidang Kajian Manajemen Kebijakan dan Pelayanan Lembaga Administrasi Negara, Disampaikan dalam Acara Seminar “Pelayanan Publik Dalam Era Desentralisasi” yang Diselenggarakan oleh Bappenas, pada Tanggal 18 Desember 2003, di Kantor Bappenas, Jakarta Pusat.
- KepMenkes No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*, Depkes RI, 2003.
- KepmenPAN Nomor: KEP/25/M.PAN/2/2004, tentang *Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat*, tanggal 24 Pebruari 2004
- Keputusan MenPAN Nomor: Kep/26/m.pan/2/2004, tentang *Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik*, Jakarta, 2004.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 585/MENKES/SK/V/2007, tentang *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Puskesmas*, Pusat Promosi Kesehatan-Depkes RI, Jakarta, 2008.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008, tentang *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*.
- Pantius D Soeling 1997, *Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (SDM) untuk Peningkatan Pelayanan, dalam Bisnis Birokrasi* No. 2/Vol III/Agustus/1997.
- Permenkes No 741/Menkes/PER/VII/ tahun 2008, *tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*.
- Surat Men.PAN Nomor 148/M.PAN/5/2004M, tentang *Pedoman Umum Penanganan Pengaduan Masyarakat*.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945.
- UU No. 22 tahun 1999 dan UU No. 5 1974, tentang *Pemerintahan Daerah*.

Lampiran

1. Dokumen CC Pelayanan PKD di Kabupaten Sukoharjo tahun 2007.
2. Dokumen CC Pelayanan Komunikasi & Informasi Kesehatan di Kabupaten Boyolali tahun 2007.
3. Foto Kegiatan Penyusunan Dokumen CC di Kabupaten Sukoharjo.
4. Foto Kegiatan Penyusunan Dokumen CC di Kabupaten Boyolali.



Praktik Terbaik Peningkatan Pelayanan Kesehatan Menggunakan *Citizen's Charter*

Buku lain pada Seri Manajemen Pelayanan Publik ini:

1. Penyusunan Skema Tindakan Peningkatan Pelayanan Publik.
2. Skema Tindakan Peningkatan Pelayanan: Aplikasi Bidang Kesehatan.
3. Skema Tindakan Peningkatan Pelayanan: Aplikasi Bidang Pemberdayaan UKM.
4. Skema Tindakan Peningkatan Pelayanan: Aplikasi Bidang Lingkungan Hidup.
5. Praktik Terbaik Peningkatan Pelayanan UKM.
6. Sistem Pelayanan Informasi dan Pengaduan Masyarakat.

Tentang LGSP

Local Governance Support Program (LGSP) memberikan bantuan teknis guna mendukung kedua sisi dalam tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) di Indonesia. Bagi pemerintah daerah, LGSP membantu meningkatkan kompetensi pemerintah dalam melaksanakan tugas-tugas pokok di bidang perencanaan dan penganggaran yang terintegrasi, meningkatkan kemampuan dalam memberikan pelayanan yang lebih baik serta mengelola sumber daya. Bagi DPRD dan organisasi masyarakat, LGSP memberi bantuan untuk memperkuat kapasitas mereka agar dapat melakukan peran-peran perwakilan, pengawasan dan partisipasi masyarakat dalam proses pengambilan keputusan.

LGSP bekerja di lebih dari 60 kabupaten dan kota di sembilan provinsi di Indonesia: Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan dan Papua Barat.

LGSP

www.lgsp.or.id