

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan permasalahan vital yang kini menjadi tren tuntutan masyarakat seiring dengan meningkatnya kualitas hidup (*quality of life*). Hak atas pelayanan kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia. Pada dasarnya setiap manusia membutuhkan pelayanan, bahkan secara ekstrim dapat dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia (L.P Sinambela, 1992:198) terutama pelayanan dalam bidang kesehatan. Dimulai pada saat manusia masih berada dalam kandungan sampai dia dikubur di liang lahat, pelayanan kesehatan mutlak diperlukan. Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan salah satu bentuk pelayanan publik, dimana pelayanan publik selalu dikaitkan dengan kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang maupun instansi tertentu untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Namun berbeda dengan perspektif diatas, pelayanan publik yang ada sekarang bisa dikatakan hanya sekedar konsep tanpa adanya tindak lanjut berupa peningkatan kinerja pelayanan publik yang sesuai dengan apa yang diharapkan. Masyarakat dalam hal ini sebagai pengguna jasa pelayanan, seharusnya menjadi pihak yang diutamakan tetap dalam realisasinya iklim pelayanan yang terjadi tidak sepenuhnya dapat diharapkan lagi.

Masyarakat setiap waktu selalu menuntut pelayanan publik yang berkualitas dari birokrat, meskipun tuntutan tersebut seringkali tidak sesuai

dengan harapan karena secara empiris pelayanan publik yang terjadi selama ini masih bercirikan : berbelit-belit, mahal, dan melelahkan. Kecenderungan seperti itu terjadi karena masyarakat masih diposisikan sebagai pihak yang 'melayani' bukan yang dilayani. Oleh karena itu, pada dasarnya dibutuhkan reformasi pelayanan publik dengan mengembalikan dan mendudukkan 'pelayan' dengan yang 'dilayani' ke pengertian yang sesungguhnya. Pelayanan yang seharusnya ditujukan untuk masyarakat umum kadang dibalik menjadi pelayanan masyarakat terhadap negara, meskipun negara berdiri sesungguhnya adalah untuk kepentingan masyarakat yang mendirikan. Artinya, birokrat sesungguhnya haruslah memberikan pelayanan terbaiknya kepada masyarakat.

Pelayanan publik khususnya bidang kesehatan menjadi isu kebijakan yang semakin strategis karena perbaikan pelayanan publik di Indonesia cenderung masih berjalan ditempat. Di sisi lain buruknya pelayanan ini sering menjadi variabel yang dominan mempengaruhi kehidupan ekonomi, politik, sosial dan budaya. Disamping hal tersebut tuntutan perubahan sering ditujukan kepada aparatur pemerintah, menyangkut pelayanan yang diberikan kepada masyarakat.

Rendahnya mutu pelayanan publik yang diberikan oleh aparatur menjadi citra buruk pemerintah ditengah masyarakat, sehingga keluhan dan kekecewaan terhadap tidak layaknya aparatur dalam memberikan pelayanan selalu menjadi fokus atau isu yang berkembang. Berdasarkan fenomena tersebut maka perlu adanya persamaan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian kewenangan wajib bidang kesehatan di daerah.

Berdasarkan Undang-Undang Pemerintah Daerah No. 32 Tahun 2004, telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh daerah. Hal ini merupakan perwujudan otonomi, yang pada intinya merupakan pemberian hak dan kewenangan daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dilaksanakan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan masyarakat lokal. Pemerintah Pusat bertanggung jawab secara nasional atas keberhasilan bidang kesehatan, sedangkan pelaksanaan operasional diserahkan kepada pemerintah daerah dan masyarakat. Sehingga Pemerintah Pusat dalam era otonomi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, standarisasi, supervisi, monitoring evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan, untuk mengoptimalkan pelayanan bidang kesehatan sesuai dengan kondisi daerah.

Untuk mewujudkan usaha pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Indonesia, pihak yang diserahi tugas sebagai penanggung jawab pelayanan kesehatan masyarakat adalah Dinas Kesehatan, tetapi pelaksana pelayanan kesehatan sendiri dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum dan Puskesmas terkait. Pelayanan publik berawal dari kebutuhan yang timbul pada masing-masing individu. Adanya kebutuhan ini mendorong timbulnya harapan dari masyarakat akan pelayanan yang diterimanya dari aparat birokrasi pelayanan. Harapan masyarakat ini juga dipengaruhi pengalaman masa lalu sewaktu masyarakat berhubungan dengan aparat. Harapan masyarakat ini menginginkan adanya akses pelayanan yang berkualitas seperti fasilitas yang memadai, kejelasan informasi, kesederhanaan prosedur, dan lain-lain. Mengingat jasa adalah sesuatu

yang tidak berwujud maka masyarakat tidak mungkin melihat tampilan secara fisik pada saat membeli jasa.

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28H dan Undang-Undang No. 23

Tahun 1992, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga.

Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggung jawab mengatur

agar masyarakat terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi

masyarakat miskin. Dibanyak negara berkembang pelayanan publik di bidang

kesehatan, tim medis di sektor publik memiliki andil yang cukup besar dari

kegagalan mereka dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Menurut Jean Macq (2001:17) dalam hal ini mereka kurang produktif, tidak

adanya motivasi, tidak efisien, kurang ramah dan cenderung korupsi. Pelaksana

pelayanan publik dalam bidang kesehatan sering bekerja dibawah standar keadaan

yang telah ditentukan, dimana hampir kualitasnya tidak memadai, kurang

professional dan tidak ekonomis.

Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih

rendah, masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi

penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan

lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih

masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan

pendidikan yang umumnya masih rendah. Hal ini senada terjadi di negara

berkembang lainnya tentang kenyataan bahwa masyarakat miskin sering diserang

berbagai macam penyakit, gizi buruk serta komplikasi pada bayi yang baru lahir yang disebabkan karena mereka miskin;

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan yang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan (Depkes RI, 2008:1). Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktivitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945. Pelayanan kesehatan berdasarkan UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensinya dan kewenangan yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnosis, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.

Untuk mengatasi hal tersebut berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan. Sejak tahun 1998 Pemerintah melaksanakan beberapa upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial (JPS-BK) tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan

Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengurang Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Pada awal tahun 2005, melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/XI/2004 menetapkan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) melalui pihak ketiga, dengan menunjuk PT. Askes (Persero). Sasaran awal mengacu pada data BPS 2004 adalah sebesar 36.146.700 jiwa (Depkes RI, 2005:1).

Tahun 2005 adalah masa transisi pelaksanaan (JPKMM) ini, dalam pelaksanaannya ditemukan masalah dilapangan, terutama karena perbedaan jumlah masyarakat miskin yang dikelola oleh PT. Askes dengan jumlah masyarakat miskin yang terdata di setiap daerah dan sudah terlayani pada program PKPS BBM 2004 lalu. Masalah lain yaitu keterbatasan dana yang diperoleh Puskesmas terutama untuk menggerakkan kegiatan-kegiatan luar gedung dan pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) lainnya termasuk revitalisasi posyandu, program imunisasi dan operasional puskesmas dan jaringannya. Pemda diharapkan dapat memenuhi kebutuhan anggaran untuk melakukan program Puskesmas, namun dalam kenyataan di lapangan umumnya kurang mencukupi.

Memahami permasalahan tersebut, Pemerintah dan DPR melalui dana APBN untuk program PKPS BBM bidang kesehatan, Pemerintah telah menyepakati untuk melaksanakan program layanan kesehatan yang dijamin oleh pemerintah di Puskesmas dan layanan Rawat Inap kelas III Rumah Sakit di seluruh Indonesia.

Sejak awal agenda 100 hari Pemerintah Kabinet Indonesia Bersatu jilid 1, telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT. Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004, tentang penugasan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini telah berjalan memasuki tahun ke empat dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat miskin dan Pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya. Namun disamping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi, antara lain: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, penyelenggara tidak menanggung resiko.

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT. Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap

masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.

Disinilah letak pentingnya pelayanan dalam bidang kesehatan yang menghususkan bagi masyarakat miskin yang juga berhak menerima jasa pelayanan kesehatan. Pada hakekatnya, pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi, sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. Melalui sebuah program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) yang merupakan program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan yang di khususkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan menyeluruh bagi masyarakat miskin. Tujuan umum penyelenggaraan Jamkesmas, meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu, yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas, serta jaringannya dan juga di Rumah Sakit.

Pelaksanaan dari pelayanan kesehatan melalui program Jamkesmas dimana sasarannya terdapat di daerah maka dibutuhkan adanya peran Pemerintah Daerah, yaitu sebagai tugas pembantuan yang merupakan pelaksanaan program-program nasional yang sasarannya di daerah, sehingga dalam hal ini pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin ini dapat berjalan sebagaimana mestinya. Tugas pembantuan diartikan sebagai pembantu penyelenggaraan

kepentingan-kepentingan dari pusat atau daerah-daerah yang tingkatannya lebih atas oleh perangkat daerah yang lebih bawah. Sumber keuangan tugas pembantuan berasal dari APBN, wewenang administrasinya oleh perangkat daerah otonom, wewenang politik oleh pusat. Disini ada konsekuensi bahwa Pemerintah Daerah wajib mengalokasikan sebagian dana APBD untuk tugas pembantuan (*cost sharing*). Peran Pemerintah Daerah dalam program ini dapat berupa (Nurcholis dalam LAN, 2008:24) :

- 1) Memfasilitasi penetapan nama, alamat, tempat dan tanggal lahir, dan status keluarga masyarakat miskin dengan Keputusan Bupati/Walikota sesuai dengan kuota yang telah ditetapkan.
- 2) Memfasilitasi penetapan nama gelandangan, anak terlantar, pengemis yang tidak memiliki identitas sebagai peserta Jamkesmas melalui Keputusan Kepala Dinas Ketenagakerjaan dan Sosial yang ada di wilayah kota Banyuwangi.
- 3) Memberikan Jaminan Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat yang memiliki identitas diri berupa KTP/KK/Surat Keterangan Berdomisili.
- 4) Melaksanakan pemberian pelayanan sesuai pedoman teknis yang ditetapkan bagi peserta Jamkesmas.
- 5) Penyediaan dana pendamping melalui APBD.
- 6) Menggunakan tenaga verifikator yang ada di PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan).
- 7) Membentuk Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas.

Salah satu pelaksana program Jamkesmas ini seperti telah disebutkan di atas adalah RSU dan Puskesmas. Puskesmas adalah suatu unit organisasi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan yang berada di garda terdepan dan mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat di suatu wilayah tertentu yang telah ditentukan secara mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanan. (www.kesehatan-masyarakat.com).

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang letaknya berada paling dekat di tengah-tengah masyarakat dan mudah dijangkau dibandingkan dengan unit pelaksana kesehatan lainnya (Rumah Sakit Swasta maupun Negeri). Fungsi Puskesmas adalah mengembangkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh seiring dengan misinya. Pelayanan kesehatan tersebut harus bersifat menyeluruh atau yang disebut dengan *Comprehensive Health Care Service* yang meliputi aspek *promotive, preventif, curative, dan rehabilitatif*. Prioritas yang harus dikembangkan oleh Puskesmas harus diarahkan ke bentuk pelayanan kesehatan dasar (*basic health care services*) yang lebih mengedepankan upaya promosi dan pencegahan (*public health service*). (www.wordpress.com)

Seiring dengan semangat otonomi daerah, maka Puskesmas dituntut untuk mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanannya yang akan dilaksanakan.

Tetapi pembiayaannya tetap didukung oleh Pemerintah. Sebagai organisasi pelayanan mandiri, kewenangan yang dimiliki Puskesmas juga meliputi :kewenangan merencanakan kegiatan sesuai dengan masalah kesehatan di

wilayahnya, kewenangan menentukan kegiatan yang termasuk *public goods* atau *private goods* serta kewenangan menentukan target kegiatan sesuai kondisi geografi Puskesmas. Jumlah kegiatan pokok Puskesmas diserahkan pada tiap Puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat dan kemampuan sumber daya yang dimiliki, namun Puskesmas tetap melaksanakan kegiatan pelayanan dasar yang menjadi kesepakatan nasional. Jadi disini peran Puskesmas bisa jadi sangat penting sebagai ujung tombak dalam mewujudkan kesehatan nasional secara komprehensif (www.kesehatan-masyarakat.com).

Puskesmas Sobo merupakan pusat pengembangan, pembinaan dan pelayanan kesehatan yang sekaligus pos terdepan dalam pembagunan kesehatan masyarakat di 7 (tujuh) kelurahan kecamatan Banyuwangi dengan luas 18,18 km². Pemberian pelayanan kesehatan tersebut, dengan *standart Quality Assurance* dari WHO, pembiayaan gratis (dijamin oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Banyuwangi) dengan tenaga yang profesional.

Puskesmas Sobo terletak di kawasan yang padat penduduk sehingga Puskesmas ini selalu ramai dikunjungi oleh pasien setiap harinya. Sebagai salah satu pelaksana program Jamkesmas tahun 2008, setiap tahunnya masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Jamkesmas terus bertambah. Berikut data pasien Jamkesmas dari tahun 2008 sampai dengan akhir tahun 2011: Tahun 2008 peserta Jamkesmas sebanyak 8.160 jiwa, Tahun 2009 sebanyak 10.332 jiwa, Tahun 2010 sebanyak 11.521 jiwa, Tahun 2011 sebanyak 13.260 jiwa.

Untuk sarana dan prasarana, Puskesmas ini juga sudah memiliki laboratorium sendiri yang cukup lengkap, fasilitas baru seperti Radiologi yang dapat dipergunakan sejak tahun 2009. Pelayanan kesehatan terus diupayakan untuk ditingkatkan dengan melalui aturan dan prosedur sesuai Juknis (Petunjuk Teknis) salah satunya untuk lama pelayanan dalam waktu yang seharusnya sudah sesuai aturan tersebut jarang bisa dilaksanakan. Karena antrian terlalu panjang maka untuk melakukan pelayanan sesuai batas waktu tidak bisa dilakukan, seringkali masyarakat yang bersangkutan mendesak untuk pelayanan dipercepat namun petugasnya masih kurang sehingga pelayanan yang diberikan kurang maksimal.

Beberapa masalah selama pelaksanaan Jamkesmas dari tahun 2008 sampai tahun 2012 ini yaitu tentang SDM (Sumber Daya Manusia), dimana jumlah tenaga medis yang masih kurang mencukupi untuk pelayanan kesehatan pada masyarakat, sehingga membuat pelayanan kurang maksimal. Selain itu masalah rujukan; masyarakat sering tidak mengerti alur administrasi pada sistem rujukan kesehatan dari Puskesmas ke Rumah Sakit Umum Banyuwangi. Pasien seringkali sudah dibawa ke Rumah Sakit terlebih dahulu baru meminta surat rujukan dari Puskesmas. Padahal alurnya harus melalui Puskesmas dahulu baru ke Rumah Sakit.

Dari pemaparan diatas maka diharapkan dengan adanya program Jamkesmas dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang khusus bagi masyarakat miskin. Maka penulis tertarik untuk mengangkat judul penelitian **“Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Melalui**

JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat) Studi Pada Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi)

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang akan menjadi kajian dalam penelitian ini adalah :

- 1) Bagaimanakah pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo pada masyarakat miskin melalui Jamkesmas?
- 2) Bagaimanakah peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo pada masyarakat miskin melalui Jamkesmas?
- 3) Apa saja kendala yang dihadapi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan Rumusan Masalah di atas maka tujuan dari penulisan ini adalah :

- 1) Untuk mengetahui pelaksanaan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas.
- 2) Untuk mengetahui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo pada masyarakat miskin melalui Jamkesmas.
- 3) Untuk mengetahui apa saja kendala yang dihadapi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas.

D. Kontribusi Penelitian

1. Kegunaan Teoritis

- a. Sebagai upaya untuk mengembangkan teori pelayanan publik dalam hal ini pelayanan kesehatan.
- b. Memberikan kontribusi bagi pengembangan teori pelayanan publik pada khususnya terkait dengan konsep pelayanan kesehatan.
- c. Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan terkait dengan kualitas hidup masyarakat miskin dengan adanya program pelayanan kesehatan yang dikhususkan bagi masyarakat miskin.

2. Kegunaan Praktis

Bagi Instansi :

- a. Sebagai sarana untuk mengetahui tingkat kemampuan Pemerintah Daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan sebagai *Leading Sector* serta Puskesmas Sobo khususnya sebagai unit pelaksana kesehatan bagi masyarakat miskin.
- b. Sebagai sarana untuk mengukur tingkat keberhasilan terhadap penyelenggara program pelaksana kesehatan bagi masyarakat miskin melalui tingkat kualitas pelayanan kesehatan yang sudah ada.

Bagi Akademisi :

- a. Sebagai sarana untuk pengembangan penelitian selanjutnya.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan adalah merupakan isi dari penelitian secara singkat.

Adapun sistematika pembahasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

BAB I : Pendahuluan

Menjelaskan tentang latar belakang dan perumusan masalah yang berkaitan dengan judul penelitian, tujuan dan manfaat penelitian yang bisa diperoleh dari hasil penelitian.

BAB II : Tinjauan Pustaka

Bab ini terdiri dari teori-teori yang digunakan oleh peneliti guna mendukung analisa yang dilakukan dalam penelitian.

Teori-teori tersebut meliputi Pemerintahan Daerah, Pelayanan Publik, Pelayanan Kesehatan, Puskesmas, Program Jamkesmas dan Masyarakat Miskin.

BAB III : Metode Penelitian

Menjelaskan tentang metode-metode yang digunakan dalam penelitian ini secara berturut-turut dibahas mengenai metode penelitian, jenis penelitian, sumber data, analisa data dan keabsahan data.

BAB IV : Hasil dan Pembahasan

Bab ini merupakan inti dari hasil penelitian yang akan menguraikan tentang gambaran umum obyek penelitian

serta analisa dan interpretasi dari data yang telah diperoleh sehingga dapat menjawab permasalahan penelitian

BAB V : Penutup

Bab ini berisi kesimpulan dari analisa data yang telah dilakukan, dan saran yang akan diberikan oleh peneliti terhadap hasil penelitiannya.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Pemerintahan Daerah

1. Konsep Pemerintahan Daerah

Dasar hukum dari adanya Pemerintah Daerah di Indonesia terdapat dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945). Pasal 18 ayat (1) UUD 1945 menyebutkan “Negara Kesatuan Republik Indonesia dibagi atas daerah-daerah provinsi dan Daerah Provinsi itu dibagi atas Kabupaten dan Kota, yang tiap-tiap provinsi, kabupaten, dan kota itu mempunyai Pemerintah Daerah, yang diatur dengan Undang-Undang.”

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah pasal 1 ayat (2) menyatakan bahwa :

Pemerintah Daerah adalah penyelenggaraan urusan Pemerintah oleh Pemerintah Daerah dan DPRD menurut Asas Otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dengan sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Secara lebih spesifik dalam pasal 1 ayat (3) UU No 32 Tahun 2004 yang dimaksud dengan Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati/Walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.

Ruang lingkup Pemerintah Daerah dalam UU No 32 Tahun 2004 pasal 3 ayat (1) adalah :

- a. Pemerintah Daerah provinsi yang terdiri atas Pemerintah Daerah provinsi dan DPRD provinsi,

- b. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang terdiri atas Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan DPRD Kabupaten/Kota. Pada ayat 2 dijelaskan bahwa Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat 1 terdiri atas Kepala Daerah dan Perangkat Daerah.

Dalam menyelenggarakan Pemerintahan, Pemerintah Daerah mempunyai kewenangan untuk urusan wajib sesuai dengan UU No 32 Tahun 2004 pasal 14, meliputi :

- a. Perencanaan dan pengendalian pembangunan,
- b. Perencanaan, pemanfaatan dan pengawasan tata ruang,
- c. Penyelenggaraan ketertiban umum dan kesejahteraan masyarakat,
- d. Penyediaan sarana dan prasarana umum,
- e. Penanganan bidang kesehatan,
- f. Penyelenggaraan pendidikan,
- g. Penanggulangan masalah sosial,
- h. Penanganan bidang ketenagakerjaan,
- i. Fasilitas pengembangan koperasi, usaha kecil dan menengah,
- j. Pengendalian lingkungan hidup,
- k. Pelayanan pertanahan,
- l. Pelayanan kependudukan dan catatan sipil,
- m. Pelayanan administrasi umum Pemerintahan,
- n. Pelayanan administrasi penanaman modal,
- o. Penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya, dan
- p. Urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan perundang-undangan.

Kesehatan merupakan urusan wajib bagi Pemerintahan Daerah maka Pemerintah Daerah wajib menyelenggarakan pelayanan bidang kesehatan melalui instansi terkait dengan kesehatan yaitu Dinas Kesehatan di daerah serta UPT (Unit Pelaksana Teknis) yaitu Puskesmas serta jaringannya.

2. Asas-Asas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah

Secara garis besar, asas-asas penyelenggaraan Pemerintahan Daerah dapat dibedakan sebagai berikut :

a. Desentralisasi

Desentralisasi berasal dari Bahasa Latin, yaitu *de* yang berarti lepas dan *centrum* yang artinya pusat. *Decentrum* berarti melepaskan dari pusat.

Dengan demikian, maka desentralisasi tidak putus sama sekali dengan pusat, tetapi hanya menjauh dari pusat. Desentralisasi adalah penyerahan wewenang Pemerintah oleh Pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan sendiri.

Desentralisasi dapat juga diartikan sebagai penyerahan sebagian kewenangan politik dan administrasi pada jenjang organisasi yang lebih rendah. Dapat disimpulkan bahwa desentralisasi adalah penyerahan wewenang politik dan administrasi dari puncak hierarki organisasi (Pemerintah Pusat) kepada jenjang dibawahnya (Nurcholis dalam LAN, 2008:15).

b. Dekonsentrasi

Asas yang selanjutnya yaitu Dekonsentrasi, menurut pendapat Rodinelli dalam LAN (2008:21), dekonsentrasi merupakan salah satu tipe desentralisasi. Dekonsentrasi adalah pelimpahan wewenang secara spesifik melalui pembuatan keputusan, keuangan, dan fungsi manajemen secara administratif kepada tingkatan yang berbeda di bawah kewenangan yurisdiksi Pemerintah Pusat. Dalam sebuah sistem administrasi wilayah, meskipun Pemerintah bekerja pada suatu yurisdiksi lokal, yang mungkin sifatnya semi otonomi ataupun mendapat delegasi, namun pegawai administrasi wilayah tersebut

tetap merupakan Pegawai Kementrian Pusat dan tetap berada dalam kontrol Pemerintah Pusat. Sementara bentuk wilayah administrasi adalah bentuk dekonsentrasi, dimana Pemerintah di bawah Pemerintah Pusat adalah wakil dari Pemerintah Pusat, biasanya pemimpinnya di tunjuk dan bertanggung jawab terhadap Pemerintah Pusat, dan Kepala Daerah melakukan tugas menurut Perintah Presiden.

c. Tugas Pembantuan

Desentralisasi juga dapat berupa tugas pembantuan (*medebewind*). Di Belanda, tugas pembantuan diartikan sebagai pembantu penyelenggaraan kepentingan-kepentingan dari pusat atau daerah-daerah yang tingkatannya lebih atas oleh perangkat daerah yang lebih bawah. Sumber keuangan tugas pembantuan berasal dari APBN, wewenang administrasinya oleh perangkat daerah otonom, wewenang politik oleh pusat (Nurcholis dalam LAN 2008:24).

B. Pelayanan Publik

1. Pengertian Kualitas Pelayanan Publik

Kata kualitas memiliki banyak definisi yang berbeda dan bervariasi mulai dari yang konvensional hingga yang lebih strategis. Definisi konvensional dari kualitas biasanya menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk.

Sedangkan dalam definisi strategis, dinyatakan bahwa kualitas adalah segala

sesuatu yang dapat memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of costumers*).

Berdasarkan pengertian kualitas, baik secara konvensional maupun yang lebih strategis oleh Gaspersz dalam Sampara Lukman (2000:17), dikemukakan bahwa pada dasarnya kualitas mengacu pada pengertian pokok "Kualitas terdiri atas sejumlah keistimewaan produk, baik keistimewaan langsung, maupun keistimewaan atraktif yang memenuhi keinginan pelanggan dan memberikan kepuasan atas penggunaan produk. Kualitas terdiri atas segala sesuatu yang bebas dari kekurangan atau kerusakan".

Pelayanan publik diartikan sebagai setiap kegiatan yang dilakukan oleh Pemerintah terhadap sejumlah manusia yang memiliki setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik. Pelayanan publik juga dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Berdasarkan UU RI No. 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 dijelaskan bahwa "Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik".

Secara teoritis, tujuan pelayanan publik pada dasarnya adalah memuaskan masyarakat. Menurut Sinambela (2005:6) untuk mencapai kepuasan itu dituntut kualitas pelayanan prima yang tercermin dari :

- 1) Transparansi, yakni pelayanan yang bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.
- 2) Akuntabilitas, yakni pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- 3) Kondisional, yakni pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
- 4) Partisipatif, yaitu pelayanan yang dapat mendorong peran serta masyarakat dalam menyelenggarakan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.
- 5) Kesamaan hak, yaitu pelayanan yang tidak melakukan diskriminasi dilihat dari aspek manapun khususnya suku, ras, agama, golongan, status sosial, dll.
- 6) Keseimbangan hak dan kewajiban, yaitu pelayanan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan publik.

Dengan demikian dapat dikatakan juga bahwa pelayanan publik adalah pemenuhan keinginan dan kebutuhan masyarakat oleh penyelenggara negara.

Negara didirikan oleh publik (masyarakat) tentu saja dengan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Pada hakikatnya, negara dalam hal ini pemerintah (birokrat) haruslah dapat memenuhi kebutuhan masyarakat.

Kebutuhan dalam hal ini bukanlah kebutuhan secara individual akan tetapi berbagai kebutuhan yang sesungguhnya diharapkan oleh masyarakat, misalnya saja kebutuhan akan kesehatan.

2. Standar Pelayanan

Untuk mendapatkan pelayanan sebaik mungkin maka diperlukan suatu standar pelayanan dalam pelayanan publik dan dipublikasikan sebagai jaminan

adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar kualitas pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati baik oleh pemberi layanan maupun penerima layanan.

Standar pelayanan menurut Rowland yang dikutip Azwar (1996:39) yaitu “Standar pelayanan adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan agar pemakai jasa pelayanan dapat memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan”.

Berdasarkan UU RI No. 25 Tahun 2009 Pasal 21, Komponen standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi :

- 1) Dasar hukum;
- 2) Persyaratan;
- 3) Sistem, mekanisme, dan prosedur;
- 4) Jangka waktu penyelesaian;
- 5) Biaya/tarif;
- 6) Produk pelayanan;
- 7) Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas;
- 8) Kompetensi pelaksana;
- 9) Pengawasan internal;
- 10) Penanganan pengaduan, saran, dan masukan;
- 11) Jumlah pelaksana;
- 12) Jaminan pelayanan yang memberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan;
- 13) Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan dalam bentuk komitmen untuk memberikan rasa aman, bebas dari biaya, dan risiko keragu-raguan; dan
- 14) Evaluasi kinerja pelaksana.

Sedangkan standar pelayanan yang diberlakukan dalam bidang kesehatan seperti yang dikutip dari Darmayanthi (2008:17) adalah sebagai berikut :

1. Standar Pelayanan Minimal. Menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan medis yang berkualitas. Terdiri dari:
 - a) Standar Masukan.
 - Tenaga pelaksana, baik kualitas maupun kuantitas.

- Sarana, jenis, jumlah, spesifikasi sarana yang tersedia baik medis maupun non medis.
 - Dana, jumlah dan alokasi penggunaan.
- b) Standar Lingkungan.
- Garis besar kebijakan yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya.
 - Struktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan.
 - Sistem yang dianut oleh sarana pelayanan.
- c) Standar Proses (Standar Tindakan).
- Tindakan medis (*medical procedure*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan.
 - Tindakan non medis.
2. Standar Penampilan Minimal. Menunjuk pada penampilan pelayanan medis yang masih dapat diterima. Standar ini mengacu pada unsur keluaran (*standart of output*) atau standar penampilan yang terdiri dari :
- a) Penampilan aspek medis yaitu yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan medis.
 - b) Penampilan aspek non medis.

3. Dimensi Kualitas Pelayanan

Untuk mengukur kualitas pelayanan yang dirasakan atau yang diterima pelanggan maka beberapa ahli dalam penelitiannya menggunakan beberapa faktor atau dimensi kualitas pelayanan sebagai variabel atau alat ukurnya sebagaimana yang dikemukakan oleh Zeithaml, Berry dan Parasuraman et.al dalam Tjiptono (1996:27) dalam mengevaluasi pelayanan yang bersifat *intangibles*. Pelanggan umumnya menggunakan beberapa atribut sebagai berikut :

- 1) Bukti Langsung (*Tangible*), yakni meliputi fasilitas fisik, perlengkapan petugas dan sarana komunikasi.
- 2) Keandalan (*Reliable*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
- 3) Daya Tanggap (*Responsibility*), yakni keinginan dari para staff karyawan untuk membentuk para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
- 4) Jaminan (*Assurance*), yakni mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki oleh para staff serta bebas dari bahaya, resiko maupun keragu-raguan.

5) Empati, meliputi kemudahan dalam melaksanakan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pelanggan.

Sedangkan menurut Fitzsimmons dan Fitzsimmons dalam Budiman (www.pikiran-rakyat.com) berpendapat terdapat 5 (lima) indikator pelayanan publik, yaitu :

- 1) *Reliability*, yang ditandai pemberian pelayanan yang tepat dan benar.
- 2) *Tangibles*, yang ditandai dengan penyediaan SDM dan sumber daya lainnya yang memadai.
- 3) *Responsiveness*, yang ditandai dengan adanya keinginan untuk melayani konsumen dengan cepat.
- 4) *Assurance*, yang ditandai tingkat perhatian terhadap etika dan moral dalam memberikan pelayanan.
- 5) *Empati*, yang ditandai tingkat kemauan untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen.

Sedangkan Kotler dalam terjemahan Hendra Teguh dan Donny Antonius

Rusli (1996:559) menyebutkan 5 (lima) determinan kualitas pelayanan, yaitu :

- 1) Kehandalan, yaitu kemampuan untuk memberikan jasa yang dijanjikan tepat pada waktunya.
- 2) Responsif, yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat.
- 3) Keyakinan, yaitu kemampuan untuk menimbulkan kepercayaan pada diri pelanggan melalui perilaku ramah dan sopan.
- 4) Empati, yaitu kepedulian atau kemampuan untuk memberikan perhatian pribadi kepada pelanggan.
- 5) Berwujud, mengacu pada fasilitas fisik yaitu kemampuan dalam penyediaan peralatan, personil, dan media komunikasi yang dibutuhkan pelanggan.

Dimensi karakteristik juga harus diperhatikan dalam kualitas pelayanan,

menurut Gaspersz dalam Darmayanthi (2008:33), ada 10 (sepuluh) dimensi karakteristik atau atribut yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas jasa pelayanan, yaitu :

- 1) Kepastian Waktu Pelayanan, kepastian waktu yang diharapkan berkaitan dengan waktu proses atau penyelesaian, pengiriman, penyerahan, pemberian jaminan atau garansi dan menanggapi keluhan.
- 2) Akurasi Pelayanan, berkaitan dengan realibilitas, pelayanan, bebas dari kesalahan-kesalahan.
- 3) Kesopanan dan Keramahan dalam Memberikan Pelayanan, personil yang ada di garis depan yang berinteraksi langsung dengan pelanggan eksternal harus dapat memberikan sentuhan pribadi yang menyenangkan, yang tercermin melalui penampilan bahasa tubuh dan bahasa tutur yang sopan dan ramah, ceria, lincah dan gesit.
- 4) Tanggung jawab, dalam penerimaan pesan atau permintaan penanganan keluhan pelanggan eksternal.
- 5) Kelengkapan, mencakup lingkup pelayanan, ketersediaan sarana pendukung dan pelayanan komplementer.
- 6) Kemudahan dalam Mendapatkan Pelayanan, kemudahan ini berkaitan dengan banyaknya outlet, petugas yang melayani dan fasilitas pendukung.
- 7) Variasi Model Pelayanan, berkaitan dengan inovasi untuk memberikan pola-pola baru pelayanan atau futuristik pelayanan.
- 8) Pelayanan Pribadi, berkaitan dengan kemampuan dalam memberikan dan menanggapi kebutuhan yang khas.
- 9) Kenyamanan dalam Memperoleh Pelayanan, berkaitan dengan ruang tunggu atau tempat pelayanan, kemudahan, ketersediaan dana atau informasi dan petunjuk-petunjuk.
- 10) Atribut Pendukung Pelayanan Lainnya, dapat berupa ruang tunggu yang nyaman (terdapat AC, bahan bacaan, TV, musik) dan kebersihan lingkungan yang terjaga.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan yang akan meningkatkan kepuasan masyarakat tidak terbentuk secara tiba-tiba tetapi memiliki ukuran yang dinamakan dimensi dalam kualitas pelayanan yang dimaksudkan untuk mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan serta untuk mengevaluasi dan memperbaiki kualitas pelayanan yang diberikan.

C. Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah salah satu pelayanan umum yang merupakan kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor material melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam rangka usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya (Moenir, 2001:16).

Sedangkan menurut Lovey dan Loomba sebagaimana yang dikutip oleh Azrul, yang dimaksud dengan "Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perseorangan, kelompok, keluarga, dan ataupun masyarakat"(Azwar, 1996:34).

Dan berbagai pendapat mengenai pengertian pelayanan kesehatan dapat dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat diselenggarakan banyak macamnya. Namun jika disederhanakan, secara umum dapat dibedakan menjadi 2 (dua) macam sebagaimana yang dijabarkan oleh Hodget dan Cescio yang dikutip oleh Azwar (1996:34), yaitu :

- 1) Pelayanan Kedokteran (*medical service*). Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran ditandai dengan cara-cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi (*institution*) tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan serta sasarannya terutama untuk persoalan keluarga.
- 2) Pelayanan Kesehatan Masyarakat (*public health service*). Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat, ditandai dengan cara-cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dan sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Perbedaan lebih lanjut dari kedua bentuk pelayanan kesehatan tersebut dapat dilihat melalui rincian yang diungkapkan oleh Leavel dan Clark yang dikutip oleh Azwar (1996:37), sebagai berikut :

1) Pelayanan Kedokteran

- a) Tenaga pelaksanaanya, terutama adalah para dokter.
- b) Perhatian utamanya pada penyembuhan penyakit.
- c) Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga.
- d) Kurang memperhatikan efisiensi.
- e) Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etika kedokteran.
- f) Menjalankan fungsi-fungsi perseorangan dan terikat dengan Undang-Undang.
- g) Penghasilan diperoleh dari imbal jasa.
- h) Bertanggung jawab hanya pada penderita.
- i) Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat persaingan.
- j) Masalah administrasi sangat sederhana.

2) Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

- a) Tenaga utamanya, terutama ahli kesehatan masyarakat.
- b) Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit.
- c) Sasaran utamanya adalah masyarakat secara keseluruhan.
- d) Selalu berupaya mencari cara yang efisien.
- e) Dapat menarik perhatian masyarakat, misalnya dengan penyuluhan kesehatan.
- f) Menjalankan fungsi dengan mengkoordinir masyarakat untuk mendapatkan dukungan Undang-Undang.
- g) Penghasilan berupa gaji dari Pemerintah.
- h) Bertanggung jawab pada seluruh masyarakat.
- i) Dapat memonopoli usaha kesehatan.
- j) Menghindari berbagai persoalan kepemimpinan.

Dari adanya beragam pelayanan kesehatan dengan karakteristik yang berbeda pula akan mengakibatkan perbedaan dalam memberikan kualitas atau kelayakan dalam pelayanan kesehatan pada masyarakat, sehingga masyarakat dimungkinkan untuk melakukan pilihan dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Maka untuk menjangkau dan memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas perlu adanya standardisasi atau ukuran-ukuran kelayakan yang dapat diterima oleh

masyarakat. Pelayanan kesehatan yang terbaik menurut Azwar (1996:38-39) harus memenuhi beberapa persyaratan pokok sebagai berikut :

- 1) Ketersediaan dan berkesinambungan, pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat serta bersifat berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
- 2) Dapat diterima dengan wajar, pelayanan kesehatan dapat diterima oleh masyarakat serta bersifat wajar, artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
- 3) Mudah dicapai, pelayanan kesehatan mudah dicapai dipandang dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka peraturan distribusi sarana kesehatan menjadi penting.
- 4) Mudah dijangkau, pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dipandang dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan seperti itu harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
- 5) Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik standar yang telah ditetapkan.

Dari berbagai penjelasan diatas dapat dilihat bahwa pada dasarnya pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik apabila ada partisipasi dari masyarakat, sehingga mampu mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Muninjaya (1999:44) berpendapat bahwa :

“Untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan kesehatan, Pemerintah (Depkes) telah menetapkan indikator keberhasilan pelayanan sektor kesehatan. Aspek ini secara spesifik diuraikan dalam SKN (Sistem Kesehatan Nasional), yang meliputi :

- 1) Derajat kesehatan, lama hidup, kematian, cacat, kesakitan, status gizi, tingkat pendidikan kesehatan, tersedianya air bersih, kebersihan lingkungan, jamban dan upaya penunhuksesakan.

- 2) Upaya kesehatan. Terdiri dari tenaga, peralatan, fasilitas, biaya, kebijakan, informasi kesehatan, organisasi dan kegiatan.
- 3) Demografi.
- 4) Perilaku penduduk terhadap kesehatan.
- 5) Pengadaan sumber daya.
- 6) Pemanfaatan sumber daya.
- 7) Kesepakatan kebijakan.
- 8) Potensi organisasi kemasyarakatan (peran sektor lain, seperti sektor pendidikan, perekonomian, dll).
- 9) Lingkungan.

2. Mutu Pelayanan Kesehatan

Terdapat dua macam bentuk pelayanan kesehatan yang mempunyai beberapa persamaan pokok, seperti diungkapkan Azwar (1996:34) adalah bahwa "Satu dari persamaan yang dimaksud yang dipandang mempunyai peranan yang amat penting adalah yang menyangkut mutu kesehatan".

Mutu pelayanan kesehatan dapat dipahami melalui suatu penelitian dari berbagai pihak yang melakukan penelitian seperti Robert dan Prevost yang dikutip oleh Azwar (1996:35) menunjukkan adanya perbedaan penilaian tentang mutu pelayanan kesehatan, disebutkan bahwa :

- 1) Bagi Pemakai Jasa Pelayanan Kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, perhatian serta keramahan petugas dalam melayani pasien, dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita.
- 2) Bagi Penyelenggara Pelayanan Kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- 3) Bagi Penyandang Dana Pelayanan Kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan, dan atau kemampuan pelayanan mengurangi kerugian penyandang dana.

Dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan agar mudah dipahami, bahwa hakekat dasar yang dimaksud tidak lain adalah untuk memenuhi

kebutuhan dari tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan. Maka dapat diambil suatu kesimpulan dari pengertian mutu pelayanan kesehatan menurut Azwar (1996:38), yaitu :

“Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan”.

Dari pengertian mutu pelayanan diatas dapat dirumuskan batasan pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

3. Kepuasan Dalam Pelayanan Kesehatan

Pada perkembangan selanjutnya, ketika diketahui terpenuhi atau tidaknya kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan terkait dengan muncul atau tidaknya rasa puas terhadap pelayanan, akhirnya disepakati bahwa pembicaraan tentang mutu pelayanan kesehatan sebaiknya dikaitkan dengan aspek kepuasan tersebut karena dipengaruhi oleh kesempurnaan pemenuhan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Moenir (1996:41) berpendapat bahwa :

“Sebagai pihak pemakai jasa pelayanan, mereka ingin memperoleh pelayanan yang terbaik dan memuaskan, maka perwujudan pelayanan yang di idamkan adalah adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat dan memperoleh pelayanan yang wajar tanpa ada keluhan atau gerutuan dari pihak pemberi layanan, mendapat perlakuan yang sama, pelayanan yang jujur dan pelayanan yang terus terang”.

Sementara itu Azwar (1996:41-42) berpendapat :

“Sedangkan kepuasan pasien atas penyelenggaraan kesehatan dapat diukur dengan penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan, diantaranya adalah tersedia di masyarakat, sesuai dengan kebutuhan masalah medis yang dihadapi, bersedia setiap waktu, dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan, lokasi pelayanan yang dekat dengan daerah pemukiman, biaya murah dan kemampuan dalam menyembuhkan penyakit”.

Dimensi kepuasan pasien sangatlah bervariasi, menurut Moenir (1996:39-42) secara umum dapat dibedakan menjadi 2 (dua) macam yaitu :

- 1) Kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik standar pelayanan.
 - a) Hubungan dokter dengan pasien (*doctor-patient relationship*), sangatlah diharapkan oleh setiap dokter agar dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasiennya secara pribadi, menampung dan mendengarkan keluhan, menjawab dan memberikan keterangan dengan jelas tentang segala hal yang ingin diketahui oleh pasien.
 - b) Kenyamanan pelayanan (*amenities*). Kenyamanan disini, tidak menyangkut fasilitas yang disediakan, tapi yang terpenting lagi menyangkut sikap dan tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
 - c) Kebebasan melakukan pilihan (*choice*). Suatu pelayanan kesehatan disebut bermutu apabila pasien diberi kebebasan untuk memilih serta menentukan pelayanan kesehatan.
 - d) Pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*). Semakin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan.
 - e) Efektifitas pelayanan (*effectiveness*). Makin efektif pelayanan kesehatan, maka makin tinggi pula mutunya.
 - f) Keamanan tindakan (*safety*). Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, aspek keamanan tindakan ini harus diperhatikan.
- 2) Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan.
 - a) Ketersediaan pelayanan (*available*), pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.
 - b) Kewajaran pelayanan (*appropriate*), pelayanan yang diberikan bersifat wajar dalam arti sesuai dengan kebutuhan medis yang dihadapi.
 - c) Kesenambungan pelayanan (*continue*), pelayanan dapat tersedia setiap waktu dan ataupun pada setiap kebutuhan.

- d) Penerimaan pelayanan (*acceptable*), pelayanan kesehatan dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan.
- e) Ketercapaian pelayanan (*acesible*), pelayanan dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan.
- f) Keterjangkauan pelayanan (*affordable*), biaya pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan.
- g) Efisiensi pelayanan (*efficient*), pelayanan kesehatan diselenggarakan secara efisien.
- h) Efektifitas pelayanan (*effectivity*), pelayanan kesehatan diselenggarakan secara efektif.

Dengan memperhatikan dimensi-dimensi mengenai kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan yang didapatkan maka dapat disimpulkan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus dengan menerapkan kode etik dan standar pelayanan serta penerapan semua persyaratan pelayanan sehingga akan tercapai pelayanan kesehatan yang mampu memberikan kepuasan kepada para pengguna jasa pelayanan kesehatan.

D. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas atau pusat kesehatan masyarakat ada di setiap wilayah kecamatan di Indonesia, merupakan suatu lembaga kesehatan dibawah pengawasan Dinas Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar secara langsung kepada masyarakat. Pengertian Puskesmas menurut Nanny (2005:37) adalah :

“Puskesmas adalah suatu kesatuan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat, disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya”.

Menurut pendapat lain yang terdapat dalam www.kesehatan-masyarakat.com dijelaskan bahwa :

Puskesmas adalah suatu unit organisasi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan yang berada di garda terdepan dan mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat di suatu wilayah kerja tertentu yang telah ditentukan secara mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanan namun tidak mencakup aspek pembiayaan.

Sedangkan dalam www.wordpress.com disebutkan bahwa Puskesmas adalah :

Unit fungsional pelayanan kesehatan terdepan sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kota atau Kabupaten yang melaksanakan upaya penyuluhan, pencegahan dan penanganan kasus-kasus penyakit di wilayah kerjanya, secara terpadu dan terkoordinasi.

Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

Puskesmas bertanggung jawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kemampuannya.

Jadi, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Secara Nasional standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu Kecamatan.

Jika ada lebih dari satu Puskesmas pada satu Kecamatan, tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah.

Wilayah kerja Puskesmas yaitu meliputi satu Kecamatan atau sebagian dari Kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografis, dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas yang ditetapkan oleh Bupati dan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata adalah 30.000 penduduk dalam setiap Puskesmas.

Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta lebih, wilayah kerja Puskesmas biasanya meliputi satu Kelurahan. Puskesmas di Ibu Kota Kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan Puskesmas dengan sebutan "Puskesmas Pembina" yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi Puskesmas Kelurahan dan juga mempunyai fungsi koordinasi.

Puskesmas juga memiliki fungsi-fungsi, menurut Hatmoko (www.freewebtown.com) fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut :

- 1) Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
- 2) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya, dilaksanakan dengan cara :

- 1) Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
- 2) Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana mengadakan dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.

- 3) Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- 4) Memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- 5) Bekerjasama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program Puskesmas.

Sedangkan dalam www.kesehatan-masyarakat.com disebutkan bahwa fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut :

- 1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
 - a) Berupaya menggerakkan lintas sektor dan dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan.
 - 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 dan pemulihan.
- 2) Pusat pemberdayaan masyarakat. Berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat :
 - a) Memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat.
 - b) Berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaan.
 - c) Ikut menetapkan, menyelenggarakan, dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
- 3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan :
 - a) Pelayanan kesehatan perorangan.
 - b) Pelayanan kesehatan masyarakat.

2. Program Pokok Puskesmas

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat, yang menurut Maulana Adrian S. (www.google.com) terdiri dari :

- 1) Upaya Kesehatan Wajib.
Adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya ini harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas yang ada di Indonesia, meliputi :

- a) Upaya promosi kesehatan.
 - b) Upaya kesehatan lingkungan.
 - c) Upaya kesehatan ibu dan anak serta KB.
 - d) Upaya perbaikan gizi masyarakat.
 - e) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
 - f) Upaya pengobatan.
- 2) Upaya Kesehatan Pengembangan.

Adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas, meliputi :

- a) Upaya kesehatan sekolah.
- b) Upaya kesehatan olahraga.
- c) Upaya kesehatan masyarakat.
- d) Upaya kesehatan kerja.
- e) Upaya kesehatan gigi dan mulut.
- f) Upaya kesehatan jiwa.
- g) Upaya kesehatan mata.
- h) Upaya kesehatan usia lanjut.
- i) Upaya pembinaan pengobatan tradisional.

Subsistem upaya kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat

kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Tujuan dari upaya kesehatan yang

saling mendukung ini adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang tercapai

(*accessible*), terjangkau (*affordable*), dan bermutu (*quality*) untuk menjamin

terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan kesehatan

masyarakat yang setinggi-tingginya.

Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana

teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh kedepan

untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan

dalam bentuk ikut serta menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan

yang matang. Tata laksana kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat. Rangkaian manajerial diatas bermanfaat dalam penentuan skala prioritas daerah dan sebagai bahan kesesuaian dalam menentukan RAPBD yang berorientasi kepada kepentingan masyarakat. Adapun kedepan, Puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu.

Dalam penyelenggaraan Puskesmas menurut Maulana Adrian S. (www.google.com) dikenal 4 (empat) asaz, diantaranya adalah :

- 1) Asaz pertanggungjawaban Puskesmas.
- 2) Asaz pemberdayaan masyarakat.
- 3) Asaz keterpaduan (lintas sektor dan lintas program).
- 4) Asaz rujukan.

Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata pelayanan kesehatan ke strata pelayanan kesehatan yang lainnya maupun secara horisontal dalam arti dari strata pelayanan kesehatan yang sama.

a) Rujukan Upaya Kesehatan Perorangan.

Cakupannya adalah kasus penyakit, dibedakan menjadi 3 macam :

- Rujukan khusus keperluan diagnostik, pengobatan dan tindakan medik.
- Rujukan bahan pemeriksaan untuk pemeriksaan laboratorium yang lengkap.
- Rujukan ilmu pengetahuan dengan mendatangkan tenaga yang berkompeten.

b) Rujukan Upaya Kesehatan Masyarakat.

Cakupannya adalah masalah kesehatan masyarakat, seperti pencemaran lingkungan atau bencana alam.

- Rujukan tingkat sarana dan logistik.
- Rujukan tenaga.
- Rujukan operasional menyerahkan sepenuhnya kewenangan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Semua kegiatan pokok yang dilaksanakan di Puskesmas dikembangkan berdasarkan program pokok pelayanan kesehatan dasar seperti yang dianjurkan

oleh badan kesehatan dunia (WHO). Dari semua kegiatan pokok tersebut harus lebih diprioritaskan untuk dikembangkan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerjanya. Pelaksanaan kegiatan umum Puskesmas diserahkan kepada keluarga sebagai satuan masyarakat terkecil, sedangkan pelaksanaan kegiatan pokok Puskesmas ditujukan untuk kepentingan kesehatan keluarga sebagai bagian dari masyarakat dalam wilayah kerjanya.

3. Pelayanan Kesehatan Menyeluruh Puskesmas

Pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan pada penduduk dan tidak dibedakan atas jenis kelamin dan golongan umur sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia.

Pelayanan kesehatan tersebut menurut Nanny (2005:38) meliputi pelayanan :

- 1) Kuratif (pengobatan).
- 2) Preventif (upaya pencegahan).
- 3) Promotif (peningkatan kesehatan).
- 4) Rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan disebutkan bahwa :

- 1) *Curative* (Pengobatan) adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- 2) *Preventif* (Upaya Pencegahan) adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- 3) *Promotive* (Peningkatan Kesehatan) adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- 4) *Rehabilitatif* (Pemulihan Kesehatan) adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Puskesmas harus bersifat menyeluruh atau yang disebut dengan *Comprehensive Health Care Service* yang meliputi aspek *promotive, preventif, curative dan rehabilitatif*. Prioritas yang dikembangkan oleh Puskesmas harus diarahkan pada bentuk pelayanan kesehatan dasar (*basic health care services*) yang lebih mengedepankan upaya promosi dan pencegahan (*public health service*). Sesuai dengan reformasi kesehatan (*health reform*) fungsi Puskesmas yang tadinya lebih berorientasi kepada upaya *curative* dan *rehabilitatif* kini telah bergeser kepada upaya *preventif* dan *promotive* tanpa mengabaikan upaya *curative* dan *rehabilitatif*.

4. Upaya Puskesmas dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Dalam Kamus Bahasa Indonesia, kata “upaya” atau “usaha” dapat diartikan sebagai berikut : “Kegiatan bekerja menurut suatu hal, berbuat sesuatu untuk mencapai maksud, mengurus (menyelenggarakan, mengerjakan)” (S. Wojowasito, 1995:329). Selanjutnya dalam Kamus Lengkap Bahasa Indonesia Modern, kata “upaya” dapat berarti “Kegiatan mengerahkan tenaga pikiran atau badan untuk mencapai suatu maksud, pekerjaan, perbuatan, daya upaya, ikhtiar untuk mencapai suatu maksud, pekerjaan untuk menghasilkan sesuatu” (Muh. Ali, 1997:602).

Berdasarkan dua pengertian “upaya” atau “usaha” yang dipakai dalam penulisan ini adalah istilah “upaya” dalam Kamus Lengkap Bahasa Indonesia Modern dimana istilah tersebut lebih menekankan pada segala kegiatan yang mengerahkan tenaga dan pikiran atau suatu badan (lembaga) yang

menyelenggarakan suatu kegiatan untuk mencapai suatu maksud (tujuan) biasanya dilaksanakan atas dasar perencanaan dan kerjasama yang baik dan harmoni.

Sedangkan pengertian “meningkatkan” diartikan sebagai menaikkan (derajat, taraf) mempertinggi, memperhebat, dalam kaitannya dengan pengertian meningkatkan disini yaitu suatu tindakan yang mencoba menilai hal-hal yang selalu dilaksanakan atau dijalankan di masa lalu dan kemudian dikembangkan cara-cara yang dapat memberikan hasil yang lebih baik dari sebelumnya. Dengan demikian pengertian “upaya meningkatkan kualitas” yaitu cara-cara atau daya upaya yang digunakan untuk menaikkan atau mempertinggi kualitas.

Program upaya kesehatan masyarakat untuk meningkatkan pemerataan, dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Puskesmas dan jaringannya meliputi Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling dan bidan di desa. Kegiatan pokok yang dilaksanakan dalam program tersebut menurut Aziz yang dikutip dari “Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan” (www.google.com) adalah :

- 1) Pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit.
- 2) Pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana Puskesmas dan jaringannya.
- 3) Pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan termasuk obat generik esensial.
- 4) Peningkatan pelayanan kesehatan dasar yang mencakup promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan dasar.
- 5) Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan untuk Puskesmas, jaringannya dan Rumah Sakit.
- 6) Pelayanan laboratorium kesehatan masyarakat yang terpadu di Puskesmas.
- 7) Penyediaan peralatan gigi, peralatan USG dan peralatan kesehatan lainnya disetiap Puskesmas Rawat Inap dan Puskesmas Plus.

Dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada Puskesmas menurut dr. Suparyanto, M.Kes. (dinkesjombang@yahoo.com, 2008) digunakan slogan “IDAMAN” yang mencakup empat aspek, yaitu “Indah, Damai, Aman dan Nyaman”. Puskesmas idaman adalah Puskesmas dengan pelayanan kesehatan bermutu yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan serta memberi pelayanan yang sesuai dengan *Standart Operating Procedure* (SOP) pelayanan kesehatan dengan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas secara terus menerus dengan Manajemen Kualitas Terpadu (*Total Quality Management*).

Upaya yang dilakukan dalam kegiatan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan Puskesmas melalui peningkatan kualitas dan pemerataan fasilitas kesehatan dasar serta peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan diantaranya adalah :

- 1) Tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan profesional sesuai dengan pendidikannya, unggul dalam prestasi, serta sopan dan santun dalam memberikan pelayanan.
- 2) Tenaga kesehatan berpenampilan rapi dan bersih, khusus untuk dokter dan dokter gigi memakai jasa dokter pada saat melayani pasien.
- 3) Obat yang diberikan kepada pasien adalah obat generik berblister.
- 4) Pelanggan diperlakukan secara ramah dan sopan serta dengan penuh simpati dibantu sepenuhnya sesuai dengan apa keperluannya datang ke Puskesmas.
- 5) Tenaga kesehatan cepat dan tanggap dalam merespon keluhan dan keinginan pelanggan.
- 6) Semua pegawai Puskesmas mempunyai komitmen, etika dan semangat/motivasi yang tinggi untuk melaksanakan pelayanan prima di Puskesmas.
- 7) Tempat pelayanan di Puskesmas ditata rapi dan bersih, dan ber-AC, sehingga memberi kenyamanan pada pasien dan tenaga kesehatan yang melayaninya.
- 8) Ruang tunggu pasien ditata rapi dan bersih serta dilengkapi sarana hiburan yang sesuai dengan harapan pasien.

- 9) Kamar mandi dan WC dibuat bersih, tidak berbau dan cukup air, serta dibersihkan setiap hari.
- 10) Lingkungan Puskesmas dibuat taman yang membuat suasana asri dan segar.
- 11) Supervisi dilaksanakan setiap tiga bulan sekali dan ditindaklanjuti dengan pertemuan pemecahan masalah di Dinas Kesehatan.
- 12) Survey kepuasan pelanggan dilaksanakan setiap tiga bulan sekali serta ditindaklanjuti dengan perbaikan pelayanan kesehatan.
- 13) Manajemen Puskesmas Idaman berpedoman pada SK Menkes RI No. 128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.

E. Program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat)

Jamkesmas (Jaminan kesehatan masyarakat) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip :

- a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
- b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
- c. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan probabilitas dan ekuitas.
- d. Transparan dan akuntabel (Depkes RI, 2008:13).

Pelaksanaan program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) berdasarkan pada peraturan dan perundang-undangan sebagai berikut (Depkes RI, 2009:7) :

1. UUD 1945 Pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak.
2. Undang-Undang No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang No 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
4. Undang-Undang No 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
5. Undang-Undang No 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara.
6. Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
7. Undang-Undang No 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
8. Undang-Undang No 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.
9. Undang-Undang No 41 Tahun 2008 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2009.
10. Peraturan Pemerintah No 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
11. Peraturan Pemerintah No 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.
12. Peraturan Pemerintah No 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah.
13. Peraturan Presiden No 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden No 94 Tahun 2006.
14. Peraturan Menteri Kesehatan No 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 1279/Menkes/Per/XII/2007.

Peserta program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas, data peserta bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS) yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI.

Berdasarkan kuota Kabupaten/Kota, Bupati dan Walikota telah menetapkan peserta di wilayahnya pada tahun 2008 (nomor, nama dan alamat peserta) dan telah menjadi data kepesertaan Jamkesmas Nasional untuk tahun 2009.

Terhadap SK Bupati/Walikota tentang penetapan peserta Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) yang diterbitkan Tahun 2008 dilakukan updating data kepesertaan secara berkala terkait dengan mutasi peserta yang meninggal, pindah alamat, perubahan status ekonomi, bayi yang baru lahir dari keluarga peserta Jamkesmas dan anggota keluarganya yang belum terdaftar.

Updating data harus mengacu pada data BPS yang baru diterbitkan oleh BPS Tahun 2008.

Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi : pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dan rawat inap tingkat pertama (RITP), pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjutan (RITL), dan pelayanan gawat darurat. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik, bukan berupa uang tunai. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan terstruktur dan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.

F. Masyarakat Miskin

1. Pengertian Masyarakat Miskin

Masyarakat miskin memiliki beberapa pengertian, menurut Sayogyo (2002:87) menyatakan masyarakat miskin adalah suatu masyarakat yang berpenghasilan rendah, dimana mempunyai pendidikan rendah, sehingga dalam bekerja termasuk pegawai rendah dan juga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya masih belum tercukupi dan dalam tingkat hidup termasuk pra-sejahtera.

Sedangkan menurut Poerwadarminto (1991:42), masyarakat miskin diartikan sebagai perihal miskin, kemelaratan, kepapaan. Dalam kaitannya yang dimaksudkan tersebut adalah tidak berharta benda, serba kurang.

Selanjutnya menurut Kartasmita (1997:75) kemiskinan dapat dilihat dari dua pengertian yaitu kemiskinan absolute dan kemiskinan relatif, yang dijelaskan sebagai berikut :

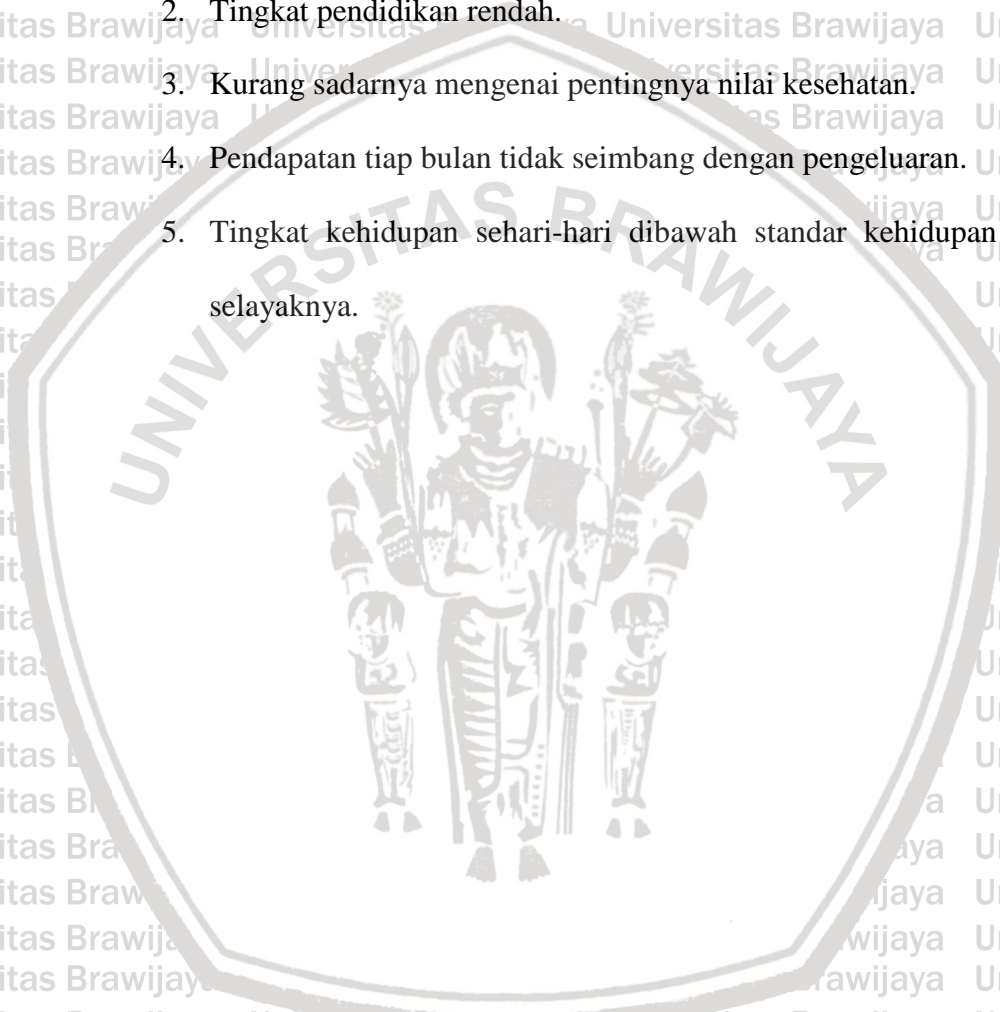
- a. Kemiskinan absolute adalah kondisi kemiskinan yang terburuk, yang diukur dari tingkat kemampuan keluarga untuk membiayai kebutuhan yang paling minimal untuk dapat hidup sesuai dengan martabat hidup dan martabat kemanusiaan.
- b. Kemiskinan relatif adalah perbandingan suatu golongan pendapatan dan golongan lainnya.

2. Kriteria Masyarakat Miskin

Masyarakat miskin dalam hal ini adalah masyarakat yang sangat mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan baik itu untuk makan, minum, pendidikan, dan bahkan kesehatan. Kebanyakan kesehatan masyarakat miskin

juga rendah, hal ini dikarenakan kondisi keuangan yang mereka miliki sangat minim, dimana biaya hidup di jaman ini juga sangat mahal. Masyarakat miskin dalam hal ini memiliki beberapa kriteria, antara lain (Sayogya, 2002:97) :

1. Dari segi ekonomi, kondisi keuangan sangat sedikit.
2. Tingkat pendidikan rendah.
3. Kurang sadarnya mengenai pentingnya nilai kesehatan.
4. Pendapatan tiap bulan tidak seimbang dengan pengeluaran.
5. Tingkat kehidupan sehari-hari dibawah standar kehidupan yang seyaknya.



BAB III

METODE PENELITIAN

Pengertian metode penelitian menurut Koentjaraningrat (1990:7) adalah cara kerja untuk memahami obyek yang menjadi sasaran ilmu yang bersangkutan.

Pada hakikatnya penelitian adalah suatu cara yang dilakukan dalam hal mencari kebenaran melalui metode ilmiah yang bertujuan untuk meramalkan dan mengontrol serta menjelaskan gejala-gejala yang teramati guna mendapatkan kebenaran yang kita inginkan.

A. Jenis Penelitian

Berdasarkan pemikiran bahwa pelaksanaan Pelayanan Publik dalam bidang kesehatan untuk masyarakat miskin beserta aspek-aspek yang melingkupinya perlu dikaji lagi secara akurat dan cermat, maka penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan yang mendasar dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dalam hubungannya dengan pelayanan publik. Dari kajian utama tersebut akan diuraikan lebih rinci upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan waktu, biaya, proses dan prosedur, prasarana, sampai pada mekanisme pengaduan/keluhan pelanggan. Sehingga dari uraian di atas penelitian ini termasuk jenis penelitian deskriptif-kualitatif yang diartikan sebagai upaya untuk memberikan suatu uraian deskriptif atau menggambarkan mengenai kolektifitas dengan syarat bahwa representasinya harus terjamin.

Pendekatan kualitatif mempunyai kelebihan, yaitu kerangka gagasan penulis harus siap untuk terus diorganisir. Berbagai observasi dan wawancara yang masuk dalam kategori atau pola-pola pengamatan penulis sering mengembangkan berbagai pola. Kerangka berfikir disusun secara induktif yang dimulai dari pokok-pokok fenomena yang berupa fakta-fakta atau data yang didapat melalui proses prariset. Kemudian mengerangkakan asumsi-asumsi teoritik dan literatur yang dipakai untuk membahas berbagai temuan dari gejala tersebut.

B. Fokus Penelitian

Menurut Alwasillah (2002:87), calon peneliti seringkali terjebak oleh ambisi yang berlebihan. Untuk menghindarinya diperlukan adanya fokus sebagai upaya pembatasan atau delimitasi (*delimitation*) dari penelitian. Fokus muncul setelah peneliti membaca literatur secara ekstensif sehingga mengetahui bagian mana yang belum banyak diteliti. Untuk itu peneliti mencoba memberi fokus pada penelitian ini, yaitu :

1. Pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo pada masyarakat miskin melalui Jamkesmas meliputi :
 - a. Jenis pelayanan kesehatan yang dilayani melalui Jamkesmas di Puskesmas Sobo.
 - b. Prosedur pelayanan kesehatan melalui Jamkesmas di Puskesmas Sobo.

c. Cakupan masyarakat miskin yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo.

2. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo pada masyarakat miskin dilihat dari 5 indikator :

- a. *Tangibles*,
- b. *Reliability*,
- c. *Responsiveness*,
- d. *Assurance*,
- e. *Emphaty*.

3. Kendala yang dihadapi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas :

- a. Faktor Internal.
- b. Faktor Eksternal.

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat, keadaan atau peristiwa dimana peneliti akan menangkap keadaan yang sebenarnya dari obyek yang hendak diteliti untuk mendapatkan data serta informasi yang diperlukan. Maka berdasarkan fokus penelitian di atas, lokasi penelitian ini dilakukan di Kabupaten Banyuwangi sedangkan situs penelitian tepatnya di Puskesmas Sobo, Kecamatan Banyuwangi yang beralamat di Jl. Laksda Adi Sucipto No. 137.

Dipilihnya Puskesmas Sobo sebagai situs penelitian karena Puskesmas Sobo merupakan salah satu Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi yang melayani

masyarakat miskin melalui program Jamkesmas yang membawahi 7 kelurahan kecamatan Banyuwangi, serta memenuhi persyaratan pelayanan kesehatan dasar sampai rawat inap dan rawat jalan untuk melayani masyarakat miskin melalui program Jamkesmas. Serta letak dari Puskesmas Sobo di tengah-tengah masyarakat yang mudah dijangkau.

D. Sumber Dan Jenis Data

Sumber data yang dimaksud dalam penelitian ini menyangkut sumber-sumber penyedia informasi yang dapat mendukung informasi tentang hal-hal yang menjadi pusat perhatian peneliti. Yang dimaksud dengan sumber data adalah subyek dan darimana data diperoleh, adapun sumber data penelitian ini adalah :

1. Data Primer

Sumber data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari kelompok sasaran baik yang dilakukan wawancara maupun observasi. Sumber data primer didapatkan langsung dari sumbernya (subyek penelitian) yang langsung berhubungan dengan peneliti dan mampu memberikan informasi. Adapun yang menjadi data primer dalam penelitian, yaitu :

(a) Informan

- a. Kepala Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi.
- b. Pegawai unit-unit pelayanan di Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi.

- c. Beberapa masyarakat penerima program Jamkesmas di Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi

(b) Peristiwa

- a. Kondisi di Lapangan

2. Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dan memberikan informasi tambahan bagi peneliti. Sumber data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari dokumen-dokumen, catatan-catatan, makalah serta arsip yang berkaitan dengan penelitian ini. Dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penelitian ini di peroleh dari:

- a. Dokumen dari Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah langkah yang sangat penting dalam penelitian ilmiah, karena data yang dihasilkan ini diharapkan dapat digunakan untuk menjawab sekaligus memecahkan masalah yang ada. Oleh sebab itu, data tersebut harus valid dan akurat. Adapun metode pengumpulan data penelitian ini antara lain :

- a. Interview (wawancara)

Teknik pengumpulan data melalui tanya jawab atau wawancara secara langsung dengan narasumber untuk memperoleh informasi

yang berhubungan dengan permasalahan yang diangkat oleh peneliti.

Wawancara akan dilakukan dengan pihak terkait, antara lain :

1. Kepala Puskesmas Sobo yaitu dr. Liastutik

2. Pegawai unit-unit pelayanan di Puskesmas Sobo yaitu Bapak

Hanipan selaku wakil Kepala Puskesmas Sobo dan Bapak Eko

Juni Harson & Bapak Joko Ismawan selaku petugas loket.

3. Beberapa masyarakat penerima program Jamkesmas di

Puskesmas Sobo yaitu Ibu Nurwahidah, Ibu Khusnul Khotimah,

Ibu Titik, Ibu Sudarmi, Ibu Faika, Ibu Rohayati, Bapak Momon,

dan Bapak Busri serta pasien umum Puskesmas Sobo yaitu Bapak

Widagdo, Bapak Sabar, Ibu Fatonah, dan Ibu Eka Sari.

b. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu dengan cara mencatat dan memanfaatkan data-

data yang ada di instansi yang berkaitan dengan penelitian, yang

berupa dokumen atau catatan-catatan. Dokumentasi ini berupa foto-

foto Puskesmas Sobo Banyuwangi dan juga dokumen-dokumen

Puskesmas Sobo Banyuwangi.

c. Observasi

Observasi yaitu kegiatan pengamatan dan pencatatan secara langsung

terhadap obyek penelitian guna memperoleh data yang aktual dari

sumber data.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang dipergunakan di dalam menggali data dimana penelitian tersebut dilakukan. Peneliti menggunakan instrumen penelitian berupa :

1. Peneliti Sendiri

Melalui panca indera, peneliti melakukan pengamatan, pencatatan, wawancara, dan sebagainya dalam rangka mendapatkan berbagai data yang dibutuhkan untuk menjawab permasalahan yang diteliti.

2. Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara terdiri dari pertanyaan yang merupakan kerangka dasar yang digunakan oleh peneliti untuk mengungkap permasalahan yang akan diteliti sesuai dengan fokus penelitian.

3. Catatan Lapangan

Instrumen ini digunakan oleh peneliti untuk mencatat hasil wawancara, pengamatan di lapangan, meliputi alat tulis-menulis.

4. Data Penunjang

Berupa dokumen-dokumen yang ada di tempat penelitian maupun di tempat lain, yang berisi data pendukung dan dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan peralatan tulis-menulis dan foto copy dokumentasi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan.

G. Metode Analisis Data

Proses analisis merupakan usaha untuk menemukan uraian jawaban atas pertanyaan yang diperoleh dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini data yang diperoleh akan dianalisis dan diinterpretasikan, dimana data analisis yang digunakan adalah analisis kualitatif.

Menurut Miles dan Huberman dalam Rohidi (1992 : 16-20) bahwa analisis data terdiri dari tiga bagian meliputi :

1. Reduksi data

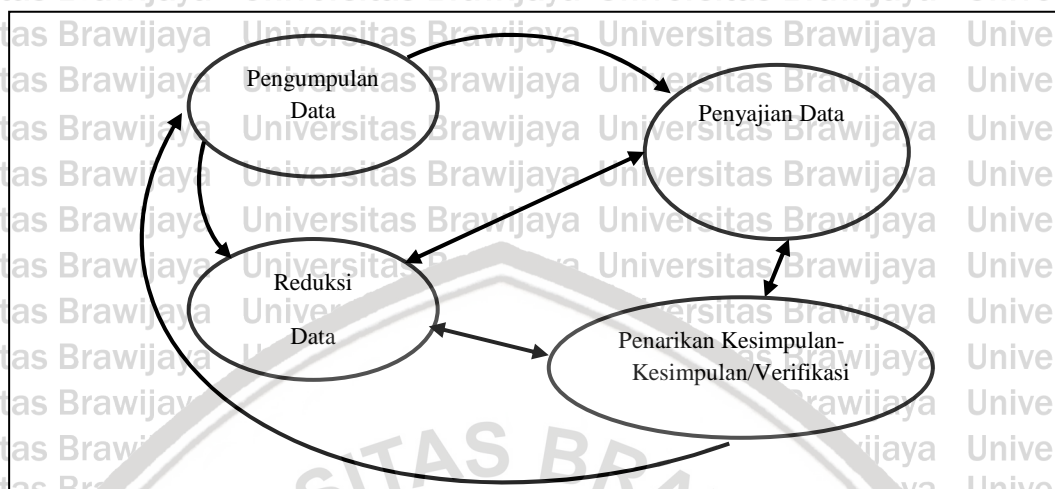
Yaitu laporan lapangan dalam bentuk uraian yang akan direduksikan, dipilih hal-hal yang pokok, dan fokus pada hal yang penting serta membuang yang tidak diperlukan. Reduksi data berlangsung secara terus-menerus selama proses penelitian berlangsung.

2. Penyajian data

Yaitu memudahkan bagi peneliti untuk melihat gambaran keseluruhan atau bagian tertentu dari penelitian, sehingga disajikan dalam bentuk uraian naratif.

3. Penarikan Kesimpulan

Yaitu peneliti berusaha menggambarkan dari data yang dikumpulkan dan dituangkan dalam kesimpulan yang masih bersifat sementara.



Sumber : Miles dan Huberman dalam Rohidi (1992 : 20)

Gambar 1. Komponen-Komponen Analisis Data Model Interaktif

H. Keabsahan Data

Agar suatu penelitian dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya diperlukan pengecekan keabsahan temuan atau keabsahan data. Untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan. Pelaksanaan pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Ada beberapa kriteria yang digunakan peneliti untuk keabsahan data yaitu:

1. Derajat kepercayaan (*credibility*)

Apakah proses dan hasil penelitian dapat diterima atau dipercaya. Cara memperoleh tingkat kepercayaan hasil penelitian, yaitu:

- a. Memperpanjang masa pengamatan, memungkinkan peningkatan derajat kepercayaan data yang dikumpulkan, menguji informasi

responden dan untuk membangun kepercayaan diri peneliti sendiri.

Peneliti menggunakan masa pengamatan selama 1 bulan, hal ini dilakukan untuk mencari informasi sebanyak-banyaknya mengenai pelayanan Jamkesmas oleh Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi.

b. Pengamatan yang terus menerus untuk menemukan ciri-ciri, unsur-unsur dan situasi yang sangat relevan dengan persoalan atau isu yang sedang diteliti, serta memusatkan diri pada hal-hal tersebut secara rinci.

c. *Peer debriefing* (membicarakannya dengan orang lain), mengekspos hasil sementara atau hasil akhir yang diperoleh dalam bentuk diskusi analitik dengan rekan-rekan sejawat. Peneliti mendiskusikan hasil penelitian kepada staf Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi, hal ini dilakukan untuk mengetahui data apa yang bisa ditambahkan guna mendukung hasil penelitian. Selain itu, peneliti juga mendiskusikannya dengan rekan sejawat guna memperoleh masukan demi perbaikan hasil penelitian.

2.5 Ketergantungan (*Dependability*)

Yaitu apakah hasil penelitian mengacu pada kekonsistenan peneliti dalam mengumpulkan data, membentuk dan menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan. Peneliti konsisten kepada pedoman wawancara yang telah dipersiapkan sebelumnya agar tetap fokus menjawab permasalahan dalam penelitian ini.

3. Kepastian (*Confirmability*)

Yaitu apakah hasil penelitian dapat dibuktikan kebenarannya dimana hasil penelitian sesuai dengan data yang dikumpulkan dan dicantumkan dalam laporan lapangan. Hal ini dilakukan dengan membicarakan hasil penelitian dengan orang yang tidak ikut dan tidak berkepentingan dalam penelitian dengan tujuan agar hasil dapat lebih objektif.



BAB IV

PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Dan Situs Penelitian

1) Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Kondisi Geografis

Wilayah daratan Kabupaten Banyuwangi terdiri atas dataran tinggi berupa pegunungan yang merupakan daerah penghasil produk perkebunan dan dataran rendah dengan berbagai produk hasil pertanian. Batas koordinat Kabupaten Banyuwangi $7^{\circ}43'-8^{\circ}46'$ Lintang Selatan dan $113^{\circ}53'-114^{\circ}38'$ Bujur Timur.

Pembagian wilayah tersebut adalah sebagai berikut :

- Persawahan : 722, 84 km²
- Perkebunan : 471, 41 km²
- Kawasan hutan : 1. 875, 15 km²

Dengan demikian secara umum wilayah Kabupaten Banyuwangi didominasi oleh daerah daratan, sedangkan luas keseluruhan Kabupaten

Banyuwangi adalah sekitar 5.782,52 km² yang terdiri dari 24 Kecamatan. Batas-batas Kabupaten Banyuwangi adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Kabupaten Situbondo
- Sebelah Selatan : Samudera Indonesia
- Sebelah Timur : Selat Bali
- Sebelah Barat : Kabupaten Jember dan Bondowoso



Sumber: Bappeda 2012

Gambar 2. Peta Kabupaten Banyuwangi

b. Ekonomi

Tumbuh dan berkembangnya suatu kota akan banyak dipengaruhi oleh faktor-faktor internal dan eksternal, yang salah satunya adalah faktor perekonomian. Kegiatan ekonomi ini baik secara langsung maupun tidak langsung dapat memperlihatkan cepat dan lambatnya proses perkembangan kota. Selain itu dapat juga memperlihatkan kecenderungan perkembangan ekonomi kota. Bagi kota-kota kecamatan di Indonesia, kehidupan ekonomi kotanya masih banyak ditunjang oleh kegiatan pertanian, baik pertanian tanaman pangan maupun hortikultura. Gambaran tersebut memperlihatkan bahwa perekonomian Kabupaten Banyuwangi masih dipengaruhi oleh kegiatan pertanian.

c. Penduduk

Jumlah penduduk Kabupaten Banyuwangi sampai dengan tahun 2012 adalah 1.554.997 jiwa. Dengan luas wilayah Kabupaten Banyuwangi sekitar 5.782,52 km² yang didiami oleh 1.554.997 orang maka rata-rata tingkat kepadatan penduduk Kabupaten Banyuwangi adalah sebanyak 269 orang per km². Kecamatan yang paling tinggi tingkat kepadatan penduduknya adalah Kecamatan Banyuwangi yakni sebanyak 3.522 orang per km² sedangkan yang paling rendah adalah Kecamatan Tegaldlimo yakni sebanyak 46 orang per km².

2) Gambaran Umum Puskesmas Sobo

Puskesmas Sobo merupakan pusat pengembangan, pembinaan dan pelayanan kesehatan yang sekaligus pos terdepan dalam pembangunan kesehatan masyarakat di 7 (tujuh) kelurahan kecamatan Banyuwangi dengan luas 18,18 km². Pemberian pelayanan kesehatan tersebut, dengan standart *Quality Assurance* dari WHO, pembiayaan gratis (dijamin oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Banyuwangi) dengan tenaga yang profesional. Agar pencapaian pelayanan kesehatan terjangkau luas diseluruh wilayah kerja, maka ditumbuhkan peran serta aktif masyarakat dengan pembentukan posyandu, pembinaan UKS sekolah, pelatihan kader aktif secara berkala serta pelatihan tentang deteksi dini terhadap penyakit yang berpotensi wabah.

a. Motto, Visi dan Misi

- Motto

Kepuasan Saudara adalah Kebahagiaan Bagi Kami.

- Visi

Masyarakat Mandiri untuk Hidup Sehat.

- Misi

- ✓ Pelayanan Prima bagi Setiap Pengunjung.

- ✓ Meningkatkan dan Memperluas Jangkauan Pelayanan Promotiva dan Preventive.

b. Lokasi Puskesmas Sobo

Puskesmas Sobo merupakan salah satu lembaga Pemerintahan dari Dinas Kesehatan yang berlokasi di daerah Kelurahan Sobo Banyuwangi, yang beralamatkan di Jl. Laksda Adi Sucipto No. 137.

1. Keadaan Geografi

1) Letak Geografi

Wilayah kerja Puskesmas Sobo terletak di Kelurahan Sobo, merupakan Puskesmas Jalan Raya di Kabupaten Banyuwangi.

2) Wilayah Cakupan Pelayanan Puskesmas

1. Kelurahan Sobo
2. Kelurahan Penganjuran
3. Kelurahan Taman Baru
4. Kelurahan Tukang Kayu
5. Kelurahan Kebalenan
6. Kelurahan Pakis
7. Kelurahan Sumberejo

2. Data Penduduk Tiap Kelurahan

Tabel 1. Jumlah Penduduk Di Dalam Wilayah Puskesmas Sobo

No	Kelurahan	Lingkungan	RW	RT	Jumlah Penduduk
1	Sobo	3	9	32	6915
2	Penganjuran	3	9	32	5603
3	Taman Baru	2	9	32	6812
4	Tukang Kayu	3	11	39	8291
5	Kebalenan	2	7	24	6917
6	Pakis	3	7	22	4744
7	Sumberejo	2	5	21	4712
	Jumlah	18	57	202	43955

Sumber: Dokumentasi Puskesmas Sobo 2012

Tabel 2. Data Mata Pencaharian Penduduk

No	Mata Pencaharian	Prosentase
1	Pegawai Negeri Sipil	20,34 %
2	TNI	1,56 %
3	Petani	8,57 %
4	Pengusaha	2,22 %
5	Pedagang	8,38 %
6	Karyawan Swasta	49,15 %
7	Buruh Tani	6,40 %
8	Nelayan	2,18 %
9	Peternakan	2,31 %
10	Karyawan Industri	0,06 %
11	Pensiunan	4,80 %
12	Jasa	9,13 %
13	Lain-lain	3,18 %

Sumber: Dokumentasi Puskesmas Sobo 2012



Sumber: Puskesmas Sobo 2012

Gambar 3. Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi

c. Ketenagaan dan Personalia

Unsur ketenagaan sangat dibutuhkan untuk memperlancar aktivitas pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan administrasi ketatausahaan Puskesmas.

Adapun karyawan/karyawati yang dimiliki oleh Puskesmas Sobo berjumlah 33 orang, dengan rincian sebagai berikut :

1. Dokter Umum : 1 orang
2. Dokter Gigi : 1 orang

3. Bidan : 6 orang
4. Perawat : 8 orang
5. Asisten Apoteker : 1 orang
6. Epidemiologi : 4 orang
7. Analis Medis : 1 orang
8. Administrasi kantor/TU : 8 orang
9. Penyuluh KB : 1 orang
10. Penyuluh Kesehatan : 1 orang
11. Sanitarian : 1 orang

d. Job Description

Adapun tugas pokok, tanggung jawab dan wewenang dari tiap-tiap bidang

kerja dapat disimpulkan dan diuraikan sebagai berikut :

1. Kepala Puskesmas (dr. Liastutik)
 - a. Mengkoordinir penyusunan perencanaan tingkat Puskesmas berdasarkan data program Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Memberikan tugas kepada staf dan unit-unit serta Puskesmas Pembantu sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
 - c. Memberikan petunjuk dan bimbingan teknis kepada staf agar pelaksanaan tugas berjalan sesuai dengan yang diharapkan.
 - d. Menilai prestasi kerja staf sebagai bahan pertimbangan dalam peningkatan karier.

e. Mengevaluasi pelaksanaan kegiatan Puskesmas berdasarkan realisasi program kerja dan ketentuan perundang-undangan yang berlaku sebagai bahan dalam menyusun program kerja berikutnya.

f. Membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebagai bahan informasi dan pertanggungjawaban kepada Kepala Dinas Kesehatan.

2. Wakil Kepala Puskesmas (Hanipan, SKM)

a. Membantu Kepala Puskesmas dalam penyusunan perencanaan tingkat Puskesmas berdasarkan data program Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

b. Membantu Kepala Puskesmas dalam sistem evaluasi program pokok wajib dan pengembangan pelayanan Puskesmas.

c. Membantu Kepala Puskesmas dalam merumuskan kebijaksanaan operasional dalam bidang pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah kerja berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

d. Membantu Kepala Puskesmas dalam koordinasi lintas program dan sektoral di wilayah kerja sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

e. Menerima konsultasi dan pelayanan medis di Poli Umum, KIA Puskesmas Induk, Pustu dan Poskes di wilayah kerja Puskesmas.

f. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

3. Dokter Gigi (Drg. Tri Rudiwati)

a. Membantu Kepala Puskesmas dalam penyusunan perencanaan tingkat Puskesmas.

- b. Membantu Kepala Puskesmas dalam merumuskan kebijaksanaan operasional dalam bidang pelayanan kesehatan.
- c. Menyusun rencana kegiatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut berdasarkan data Program Puskesmas dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagai pedoman kerja.
- d. Melaksanakan dan koordinasi kegiatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta koordinasi lintas program terkait sesuai dengan prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- e. Mengevaluasi hasil kegiatan Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut secara keseluruhan.
- f. Koordinator dalam jaminan mutu pelayanan kesehatan Puskesmas.

4. Perawat (M. Khoiril Anam, Amd. Kep)

- a. Memberikan asuhan keperawatan secara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Membantu dokter Puskesmas dalam pemeriksaan dan pengobatan dasar penderita sakit di Puskesmas Induk.
- c. Memberikan penyuluhan kesehatan pada individu maupun kelompok.

5. Perawat (Heni Kristiana)

- a. Memberikan asuhan keperawatan secara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Membantu dokter Puskesmas dalam pemeriksaan dan pengobatan dasar penderita sakit di Puskesmas Induk.

- c. Mengevaluasi hasil kegiatan pelayanan pengobatan dasar secara keseluruhan.

6. Perawat (Anis Banuwiyati, Amd. Kep)

- a. Memberikan asuhan keperawatan secara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Melaksanakan pemeriksaan dan pengobatan dasar penderita sakit di Puskesmas pembantu Tukang Kayu.
- c. Pencatatan dan pelaporan di Puskesmas Pembantu Tukang Kayu.

7. Perawat Gigi (Ni Ketut Srinadi)

- a. Memberikan asuhan keperawatan gigi secara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- b. Membantu dokter gigi Puskesmas dalam pemeriksaan dan pengobatan dasar penderita sakit gigi di Puskesmas Induk.
- c. Pencatatan dan pelaporan program kesehatan gigi dan mulut.

8. Epidemiologi (Siti Trinoviorini, SE)

- a. Menyusun rencana kegiatan Surveilans di Kelurahan Sobo berdasarkan data Program Puskesmas dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagai pedoman kerja.
- b. Melaksanakan kegiatan Surveilans meliputi pengumpulan data penyakit, penyelidikan epidemiologi, penanganan KLB dan koordinasi lintas program terkait sesuai dengan prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- c. Mengevaluasi hasil kegiatan Surveilans di Kelurahan Sobo.

d. Pengelola dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Jamkesmas dan Jampersal.

e. Sebagai bendahara gaji.

9. Epidemiologi (Yulia Dewati)

a. Menyusun rencana kegiatan Surveilans di Kelurahan Taman Baru berdasarkan data Program Puskesmas dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagai pedoman kerja.

b. Melaksanakan kegiatan Surveilans meliputi pengumpulan data penyakit, penyelidikan epidemiologi, penanganan KLB dan koordinasi lintas program terkait sesuai dengan prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. Mengevaluasi hasil kegiatan Surveilans di Kelurahan Taman Baru.

10. Epidemiologi (Endang Yulistyoningsih, SE)

a. Menyusun rencana kegiatan Surveilans di Kelurahan Tukang Kayu, Kebalenan dan Taman Baru berdasarkan data Program Puskesmas dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagai pedoman kerja.

b. Melaksanakan kegiatan Surveilans meliputi pengumpulan data penyakit, penyelidikan epidemiologi, penanganan KLB dan koordinasi lintas program terkait sesuai dengan prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. Mengevaluasi hasil kegiatan Surveilans di Kelurahan Tukang Kayu, Kebalenan dan Taman Baru.

11. Epidemiologi (Wiyatni)

a. Menyusun rencana kegiatan Surveilans di Kelurahan Sumberejo dan Pakis berdasarkan data Program Puskesmas dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku sebagai pedoman kerja.

b. Melaksanakan kegiatan Surveilans meliputi pengumpulan data penyakit, penyelidikan epidemiologi, penanganan KLB dan koordinasi lintas program terkait sesuai dengan prosedur dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. Mengevaluasi hasil kegiatan Surveilans di Kelurahan Sumberejo dan Pakis.

12. Bidan (Sudarsiningsih, Amd. Keb)

a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).

b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).

c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neonatal).

d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).

e. Pembinaan Posyandu di Kelurahan Pakis.

f. Koordinator program Kesehatan Lansia.

13. Bidan (Asmawiyah, Amd. Keb)

a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).

- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).
- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neanatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).
- e. Melaksanakan kegiatan imunisasi.
- f. Melaksanakan mekanisme pencatatan dan pelaporan terpadu pelayanan Puskesmas.

14. Bidan (Misriani Aurellia, Amd. Keb)

- a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).
- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).
- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neanatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).
- e. Pembinaan Posyandu di Kelurahan Kebalenan.
- f. Koordinator imunisasi.

15. Bidan (Ida Fatimatuz Zuhro, Amd. Keb)

- a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).
- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).

- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neonatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).
- e. Pembinaan Posyandu di Kelurahan Tukang Kayu.
- f. Koordinator program KIA.

16. Bidan (Dewi Indah Setyowati, Amd. Keb)

- a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).
- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).
- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neonatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).
- e. Pembinaan Posyandu di Kelurahan Penganjuran.

17. Bidan (Shinta Permata Hati, Amd. Keb)

- a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).
- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).
- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neonatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).

- e. Melaksanakan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak Poli KIA Puskesmas Induk.

18. Bidan (Ika Wulandari, Amd. Keb)

- a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).
- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).
- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neonatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).
- e. Pembinaan Posyandu di Kelurahan Taman Baru.
- f. Koordinator program KB.

19. Bidan (Endang Ratna S, Amd. Keb)

- a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).
- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).
- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neonatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).
- e. Pembinaan Posyandu di Kelurahan Sumberejo.
- f. Koordinator promosi kesehatan.

20. Bidan (Reny Sispraningtyas, Amd. Keb)

- a. Melakukan asuhan kebidanan kepada ibu hamil (*Ante Natal Care*).
- b. Melakukan asuhan persalinan fisiologis kepada ibu bersalin (*Post Natal Care*).
- c. Menyelenggarakan pelayanan terhadap bayi baru lahir (kunjungan neonatal).
- d. Melaksanakan pelayanan Keluarga Berencana (KB) kepada wanita usia subur (WUS).
- e. Pembinaan Posyandu di Kelurahan Sobo.

21. Analis Medis (Koeshartiningasih)

- a. Menyusun rencana kegiatan Pelayanan Laboratorium Sederhana berdasarkan data program Puskesmas.
- b. Melaksanakan kegiatan Pelayanan Laboratorium Sederhana berdasarkan data program Puskesmas.
- c. Mengevaluasi hasil kegiatan Pelayanan Laboratorium Sederhana secara keseluruhan.

22. TU dan Kepegawaian (Muji Kariyati)

- a. Menyusun rencana kegiatan kepegawaian berdasarkan data program Puskesmas.
- b. Melaksanakan pengelolaan kepegawaian sesuai dengan prosedur.
- c. Mengevaluasi hasil kegiatan kepegawaian secara keseluruhan.
- d. Mengarsipkan dan menyimpan surat, baik yang masuk maupun keluar.

23. Asisten Apoteker (Dwi Lilis Sriyani)

- a. Menyusun rencana kegiatan Pelayanan Obat di Apotek berdasarkan data program Puskesmas.
- b. Melaksanakan kegiatan Pelayanan Obat di Apotek berdasarkan data program Puskesmas.
- c. Mengevaluasi hasil kegiatan Pelayanan Obat di Apotek secara keseluruhan.
- d. Gudang farmasi.
- e. Bagian logistic.

24. Petugas Loker (Eko Juni Harson dan Joko Ismawan)

- a. Menyusun rencana kegiatan pelayanan di Loker berdasarkan program Puskesmas.
- b. Melaksanakan kegiatan pelayanan di Loker berdasarkan program Puskesmas.
- c. Mengevaluasi hasil kegiatan Pelayanan di Loker secara keseluruhan.

B. Penyajian Data Fokus Penelitian

1. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas

a. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dilayani di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas

Ruang lingkup pelayanan kesehatan Program Jamkesmas di Puskesmas dan Jaringannya pada Tahun 2012 pada prinsipnya sama dengan tahun-tahun

sebelumnya. Ruang lingkup kegiatan ini antara lain adalah jenis kegiatannya diutamakan pada upaya pelayanan kesehatan perorangan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) yang berupa rawat jalan, rawat inap dan pertolongan persalinan bagi peserta program Jamkesmas, disamping upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang terbatas pada upaya pencegahan yang bersifat sekunder yaitu: diagnosis awal kemungkinan berkembangnya suatu penyakit (*early diagnostic*) dan tindakan yang tepat untuk mengurangi faktor resiko ancaman penyakit tersebut terhadap masyarakat (*prompt treatment*) melalui berbagai upaya pelayanan kesehatan program Jamkesmas mencakup semua kelompok umur, semua jenis pelayanan kesehatan dasar yang tersedia di Puskesmas, dengan standar, pedoman yang sama bagi setiap masyarakat sesuai indikasi medis. Ruang Lingkup Program Jamkesmas berpedoman pada Juknis Jamkesmas Depkes RI, 2009:6. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan dr.

Liastutik selaku Kepala Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Jika berbicara tentang ruang lingkup Jamkesmas, Puskesmas Sobo sama dengan Puskesmas-Puskesmas lain pada umumnya yaitu berpedoman pada Juknis Jamkesmas Depkes RI Tahun 2009 yaitu rawat jalan primer, pelayanan kesehatan rawat inap tingkat primer, pertolongan persalinan, pelayanan rujukan, dan pelayanan kesehatan yang tidak dijamin dan dibatasi Jamkesmas” (Hasil wawancara tanggal 2 Juni 2012 pukul 11.00 WIB di ruang Kepala Puskesmas Sobo).

Ruang lingkup Program Jamkesmas di Puskesmas Sobo meliputi (Juknis Jamkesmas Depkes RI, 2009:6) :

1) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Primer

Pelayanan rawat jalan tingkat primer yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas di wilayah tersebut yang mencakup:

- a) Pemeriksaan kesehatan dan konsultasi kesehatan.
- b) Pelayanan Pengobatan Umum.
- c) Pelayanan Gigi termasuk cabut dan tambal.
- d) Penanganan gawat darurat.
- e) Pelayanan gizi buruk.
- f) Tindakan medis/operasi kecil.
- g) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.
- h) Pelayanan Imunisasi wajib bagi bayi dan ibu hamil.
- i) Pelayanan kesehatan melalui kunjungan rumah.
- j) Pelayanan Keluarga Berencana.
- k) Pelayanan Laboratorium dan penunjang diagnostic lainnya.
- l) Pemberian obat.
- m) Rujukan.

Tempat pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat Primer tersebut dapat dilakukan di Puskesmas dan Jaringannya baik berupa kegiatan pelayanan kesehatan di dalam gedung maupun kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung yang meliputi :

- a) Puskesmas perawatan.
- b) Puskesmas.
- c) Puskesmas keliling.
- d) Puskesmas Pembantu.
- e) Pos Kesehatan Desa.
- f) Posyandu, Pos Obat Desa dan lainnya).

g) Atau sarana lainnya yang tersedia di wilayah tersebut termasuk rumah penduduk.

2) Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Primer

Pada kondisi pasien rawat jalan perlu dilakukan perawatan maka sebagai alternatif untuk perawatan lanjutan adalah dilakukan rawat inap di Puskesmas.

Perawatan sesuai dengan kemampuan sarana yang dimiliki, apabila tidak memiliki kemampuan perawatan lanjutan harus dilakukan rujukan ke PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) lanjutan yang memberikan pelayanan program Jamkesmas.

Jenis pelayanan pada Puskesmas perawatan tersebut yaitu :

- a) Penanganan Gawat Darurat.
- b) Perawatan pasien rawat inap termasuk perawatan gizi buruk dan gizi kurang.
- c) Perawatan Persalinan.
- d) Perawatan satu hari (*one day care*).
- e) Tindakan medis yang diperlukan.
- f) Pemberian obat.
- g) Pemeriksaan Laboratorium dan penunjang medis lainnya.
- h) Rujukan.

3) Pelayanan Pertolongan Persalinan

Pelayanan pertolongan persalinan normal dapat dilakukan di Puskesmas dan Jaringannya termasuk Posdekes, Bidan dan Dokter Praktek sedangkan pertolongan persalinan pervaginam dengan penyulit dapat dilakukan di Puskesmas

dengan fasilitas PONED sesuai kompetensinya. Pelayanan pertolongan persalinan tersebut mencakup :

- a) Observasi proses persalinan.
- b) Pertolongan persalinan normal.
- c) Pertolongan persalinan pervaginam dengan penyulit (Puskesmas dengan fasilitas PONED).
- d) Pelayanan gawat darurat persalinan.
- e) Perawatan nifas (Ibu dan neonatus).
- f) Pemeriksaan Laboratorium dan penunjang diagnostik lain.
- g) Pemberian obat.
- h) Akomodasi dan makan pasien.
- i) Rujukan.

Tempat pelayanan pertolongan persalinan dapat dilakukan di sarana pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas dan jaringannya, Posdekes, Bidan, Dokter Praktek, Rumah Bersalin, maupun di rumah penduduk oleh tenaga kesehatan yang berkompeten. Untuk bayi baru lahir peserta Jamkesmas secara otomatis menjadi peserta Jamkesmas, apabila bayi baru lahir memerlukan pertolongan lanjutan di PPK (Pemberian Pelayanan Kesehatan) rujukan dapat dilakukan dari Puskesmas dan jaringannya tanpa harus diterbitkan kartu Jamkesmas baru, cukup kartu dari pihak orang tua dan keterangan rujukan dari Puskesmas.

4) Pelayanan Rujukan

Rujukan pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah proses rujukan kasus maupun rujukan spisemen/penunjang diagnostik yang dapat berasal dari Posdekes,

Pustu ke Puskesmas/Puskesmas perawatan, antar Puskesmas dan dari Puskesmas ke PPK rujukan (RS, BBKPM, BKMM) atau sarana penunjang medis lainnya.

Prosedur rujukan dilaksanakan secara berjenjang dan terstruktur. Pelaksanaan rujukan harus didasarkan pada indikasi medis sehingga Puskesmas dapat melakukan filtrasi rujukan (kasus yang dapat ditangani Puskesmas sesuai kompetensi dan tidak memerlukan rujukan harus ditangani di Puskesmas).

Prosedur rujukan harus disertai dengan surat rujukan. Pengendalian rujukan oleh Puskesmas tersebut akan sangat berdampak pada pengendalian biaya karena dana Jamkesmas yang ada di Puskesmas termasuk di dalamnya adalah dana untuk transportasi rujukan. Pada kondisi gawat darurat proses rujukan dapat langsung dari Puskesmas Pembantu, Posdekes ke PPK rujukan terdekat. Pelayanan rujukan di atas adalah berupa penyediaan biaya transportasi dari Pustu, Posdekes/Polindes ke Puskesmas atau dari Puskesmas Pembantu, Posdekes, Puskesmas ke PPK rujukan dan biaya rujukan pemeriksaan specimen/penunjang medis.

5) Jenis Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer yang Dibatasi dan Tidak Dijamin oleh Jamkesmas :

a) Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dibatasi

Pelayanan yang bersifat spesialisik di Puskesmas hanya untuk rawat jalan sedangkan perlu dibatasi berbagai tindakan operatif, rawat inap oleh Dokter Spesialis dengan pertimbangan ketersediaan sarana, prasarana, kompetensi, dan ketersediaan dana.

b) Jenis Pelayanan Kesehatan yang Tidak Dijamin

a) Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan.

- b) Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika.
- c) *General check up*.
- d) Prosthesis gigi tiruan.
- e) Pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah.
- f) Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.
- g) Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam.
- h) Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.

b. Prosedur Pelayanan Kesehatan melalui Jamkesmas di Puskesmas Sobo

1) Manajemen Jamkesmas

Penyelenggaraan program Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya perlu di dukung dengan pelaksanaan manajemen Jamkesmas di Puskesmas yang menerima dana. Manajemen Jamkesmas yang dimaksud adalah manajemen Puskesmas yang terdiri dari perencanaan Tingkat Puskesmas, Penggerakan Pelaksanaan (minilokakarya) dan Evaluasi kerja. Melalui program Jamkesmas yang alokasi dana setiap Puskesmas sudah hampir dipastikan tersedia untuk masa satu tahun maka dengan anggaran tersebut berbagai kegiatan Jamkesmas di Puskesmas sudah dapat disusun lebih awal selama satu tahun.

Penyelenggaraan Program Jamkesmas berpedoman pada Juknis Jamkesmas 2008:8. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan dr. Liastutik selaku Kepala Puskesmas. Beliau menuturkan :

“Manajemen Jamkesmas di Puskesmas Sobo ini juga berpedoman pada Juknis Jamkesmas Tahun 2008. Karena segala sesuatu yang berhubungan dengan Jamkesmas sudah diatur di dalamnya, jadi kita sebagai pihak pelaksana hanya bisa melaksanakan sesuai dengan Petunjuk Teknis yang ada. Manajemen tersebut meliputi perencanaan tingkat Puskesmas, penggerakan pelaksanaan dan terakhir yaitu evaluasi” (Hasil wawancara tanggal 7 Juni 2012 pukul 11.30 WIB di ruang Kepala Puskesmas Sobo)

Unsur manajemen pengelolaan tersebut meliputi (Juknis Jamkesmas 2008:8):

a) Perencanaan Tingkat Puskesmas

Kegiatan perencanaan tersebut adalah penyusunan *Plan of Action* (POA) baik berupa POA tahunan pada awal kegiatan maupun POA bulanan/tribulanan untuk pelaksanaan Jamkesmas oleh Puskesmas. Langkah-langkah penyusunan POA adalah :

- Pada tahap awal disusun POA tahunan yang merupakan perencanaan kegiatan selama satu tahunan dengan memanfaatkan dana yang diterima setiap Puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pertemuan dengan Puskesmas untuk menetapkan rencana kegiatan dalam satu tahun dengan target-target sasaran Jamkesmas yang harus dicapai. Selanjutnya setiap Puskesmas menyusun POA tahunan berupa kegiatan-kegiatan yang menjadi ruang lingkup Jamkesmas dan membagi anggaran yang tersedia untuk pembiayaan setiap kegiatan yang telah disusun.

- Tahap berikutnya adalah menyusun POA bulanan/tribulanan sesuai kondisi daerah yang diambil dari POA tahunan untuk dibahas dalam minilokarya bulanan/tribulanan yang selanjutnya diajukan kepada kepala Dinas Kesehatan untuk mendapat persetujuan kegiatan dan pencairan uang.

b) Penggerakan Pelaksanaan (Mini Lokakarya)

Tahapan setelah POA bulanan dibahas dalam forum minilokakarya Puskesmas dan mendapat persetujuan dari Tim Pengelola serta slip pengajuan uang telah disetujui oleh Kepala Dinas Kabupaten/Kota maka Tim Puskesmas melakukan kegiatan yang telah direncanakan baik kegiatan di dalam gedung (rawat jalan, rawat inap, persalinan dan pelayanan lain) maupun kegiatan di luar gedung (Puskesmas Keliling, Posyandu, survey-survey, dll). Apabila dalam pelaksanaan kegiatan terdapat masalah atau kekurangan biaya karena bertambahnya sasaran maka Kepala Puskesmas dapat segera menyelesaikan dan apabila dipandang perlu anggaran tambahan maka dapat mengajukan usulan tambahan dana untuk kegiatan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pada proses penggerakan pelaksanaan, Kepala Puskesmas atau penanggung jawab wilayah dapat melakukan monitoring, supervisi terhadap kegiatan-kegiatan yang sedang dilakukan oleh petugas Puskesmas termasuk Bidan Poskesdes dan kader kesehatan.

Pada akhir atau awal bulan berikutnya sebelum mengajukan POA untuk bulan berikutnya, Puskesmas melakukan rekapitulasi pencatatan dan menyusun laporan serta melakukan evaluasi (laporan kegiatan). Hasil evaluasi kegiatan dibahas dalam minilokakarya Puskesmas untuk menilai keberhasilan kegiatan, mengetahui berbagai permasalahan dan mencari solusi serta menyusun kegiatan (POA) pada bulan berikutnya.

Minilokakarya diharapkan dapat dilaksanakan secara periodik bulanan atau tribulanan sesuai kondisi daerah dan peserta, diharapkan dari lintas program dan lintas sektor kecamatan dan juga dihadiri oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Pada minilokakarya yang dibahas sekaligus kegiatan Puskesmas lainnya non Jamkesmas.

c) Monitoring dan Evaluasi

Hasil kegiatan bulanan yang telah dicatat dalam register pencatatan dilakukan rekapitulasi untuk dibuat laporan sesuai dengan format yang ada yang selanjutnya dikirim ke Tim Pengelola Jamkesmas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Apabila selama satu bulan pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas ada keluhan atau pengaduan masyarakat terhadap pelayanan Jamkesmas, Kepala Puskesmas segera menindaklanjuti dan apabila tidak bisa diselesaikan dirujuk ke Tim Pengelola Jamkesmas.

2) Standar Pelayanan Publik Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas

Sobo Kabupaten Banyuwangi

Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, Puskesmas Sobo memiliki

Standar Pelayanan Publik Pelayanan Kesehatan di Puskesmas. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan Bapak Eko Juni Harson selaku petugas loket di

Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Standar pelayanan publik kesehatan di Puskesmas Sobo ini meliputi syarat mendapatkan pelayanan di Puskesmas, lama pelayanan, hari dan jam buka Puskesmas, biayanya dan juga alur pelayanannya, dll. Untuk lebih jelasnya, mbak saya kasih buku pedomannya saja ya” (Hasil wawancara tanggal 8 Juni 2012 pukul 10.00 WIB di ruang Loket Puskesmas Sobo).

“Standar Pelayanan Publik Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sobo”

yaitu :

1) Syarat mendapatkan pelayanan di Puskesmas :

a. Membawa kartu identitas (KTP/SIM/ Foto copy Kartu Keluarga)

atau menyebutkan alamat dengan jelas serta nomor Tlp/Hp pribadi

agar mudah dihubungi jika ada suatu masalah.

b. Bagi peserta baru, registrasi dahulu di ruang administrasi.

c. Membawa kartu berobat Puskesmas atau Kartu Askes atau Kartu

Jamkesmas.

d. Membayar biaya pelayanan sesuai tarif Perda Bupati Nomor 16

Tahun 2002 (kecuali pasien pemegang kartu Askes atau

Jamkesmas).

2) Hari dan jam buka pelayanan Puskesmas :

a. Hari dan jam buka loket

Senin s/d Kamis : 07.00-11.00 WIB

Jum'at : 07.00-10.00 WIB

Sabtu : 07.00-11.00 WIB

b. Hari dan jam buka pelayanan kesehatan

Senin s/d Kamis : 08.00-14.00 WIB

Jum'at : 08.00-10.30 WIB

Sabtu : 07.00-12.00 WIB

3) Lama pelayanan tiap pasien :

a. Pendaftaran di Loket : max 10 menit

b. Pelayanan di Poli Umum : Pemeriksaan medis : max 15 menit

Tindakan medis : max 60 menit

c. Pelayanan di Poli gigi : max 30 menit

d. Pelayanan Imunisasi : max 10 menit

e. Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak : max 15 menit

f. Pelayanan KB : max 15 menit

g. Pemeriksaan Laboratorium : max 60 menit

h. Pelayanan apotek/obat : Obat racikan : max 30 menit

Obat non racikan : max 15 menit

4) Biaya atau tarif pelayanan kesehatan di Puskesmas

Sesuai dengan Perda Bupati Nomor 16 Tahun 2002 tentang Retribusi

Pelayanan Kesehatan, yaitu :

a. Pemeriksaan untuk mendapat Surat Keterangan Berbadan Sehat

Rp 2.500,-

b. Pemeriksaan Catin (Calon Pengantin) Rp. 5.000,-

c. Pemeriksaan Haji Rp. 30.000,-

d. Pemeriksaan spesialisik

-Pap Smear perorangan Rp. 65.000,-

-Pap Smear Kolektive (minimal 10 orang) Rp. 60.000,-

e. Pelayanan Tindakan bertujuan untuk kosmetik Rp. 30.000,-

f. Protese gigi tiruan, korset, alat kontrasepsi.

g. Circumsisi (khitan) Rp 250.000,- , Tindik Rp 15.000,-

h. Pelayanan yang tak sesuai prosedur ketentuan Rp. 10.000,-

i. Laboratorium :

- Glukosa darah Rp. 11.000,-

- Uric Acid Rp. 11.000,-

- Kolesterol Rp. 25.000,-

- Trigliserida Rp. 25.000,-

- HDL Rp. 25.000,-

- LDL Rp. 20.000,-

- Gol. Darah Rp. 5.000,-

- Thrombosit Rp. 5.000,-

- Darah Lengkap Rp. 20.000,-

- PP test Rp. 10.000,-

5) Alur pelayanan pasien

a. Pasien datang ke Puskesmas, mendaftarkan di loket pendaftaran :

- Pasien baru membawa identitas diri, pasien lama membawa kartu berobat;
- Pasien mengutarakan Poliklinik yang akan dituju kepada petugas loket pendaftaran;
- Pasien umum membayar retribusi biaya pelayanan kesehatan, pasien Askes/Jamkesmas menunjukkan kartu Askes/Jamkesmas;
- Pasien menunggu di ruang tunggu sebelum dibawa ke Poli atau pelayanan yang dituju.

b. Pelayanan :

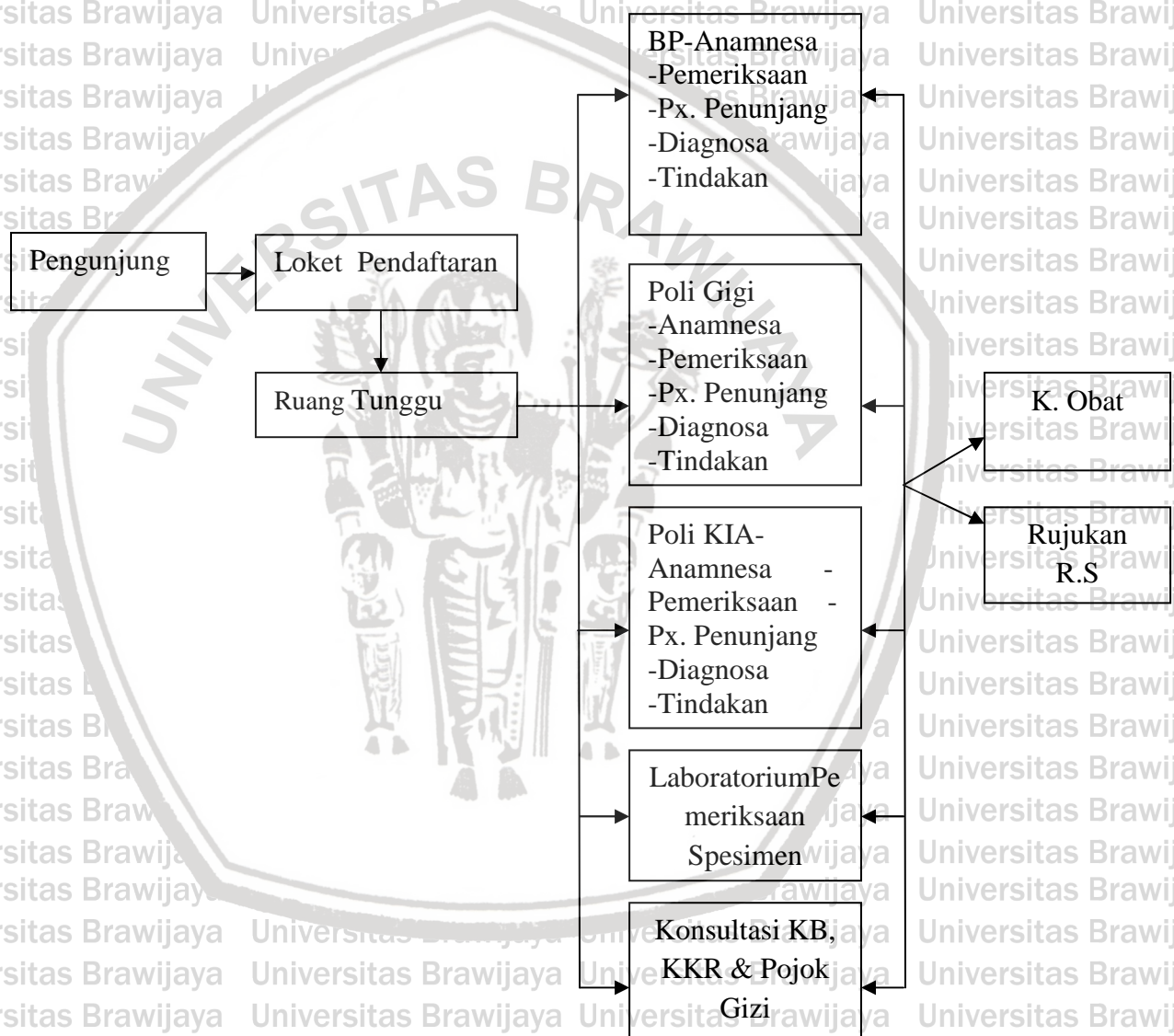
Pasien dipanggil ke tempat pelayanan :

- a. Poli Umum/Poli Gigi/Pelayanan Imunisasi/Pelayanan KIA/KB.
- b. Pelayanan di Poli Umum dengan kemungkinan :
 - a) Perlu pemeriksaan Laboratorium
 - b) Perlu konsultasi antar Poliklinik
 - c) Perlu tindakan medis
 - d) Pelayanan apotek/obat untuk memperoleh obat
 - e) Perlu pengobatan/dirujuk ke RS

Alur pelayanan dapat di tunjukkan melalui gambar bagan berikut ini:

Bagan 1. Alur Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sobo

Tahun 2012



Sumber: Dokumentasi Puskesmas Sobo 2012

Alur pelayanan di Puskesmas Sobo cukup di mengerti oleh pasien-pasiennya. Tidak ada perbedaan alur antara pasien umum dan pasien khusus. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan Ibu Nur Wahidah selaku pasien Jamkesmas Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Pelayanan untuk pasien Jamkesmas yaitu waktu sampai di loket dia langsung menyerahkan kartu Jamkesmas, lalu mendapatkan map yang selanjutnya di bawa ke poli yang akan dituju. Pelayanan yang di dapatkan sama dengan pasien lain, yaitu harus mengantri seperti pasien-pasien lainnya. Setelah mengantri nanti di panggil namanya oleh petugas Pukesmas untuk mendapatkan pelayanan” (Hasil wawancara tanggal 12 Juni 2012 pukul 09.00 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Hal senada juga diungkapkan oleh pasien Jamkesmas yang bernama Bapak Momon. Beliau menuturkan :

Pelayanannya ya sama saja mbak untuk pasien Jamkesmas ataupun umum. Bedanya ya cuma gratis dan tidaknya itu. Kalau pasien Jamkesmas seperti saya ya gratis, kalau pasien umum ya bayar waktu di loket itu. Persamaannya ya sama-sama mengantri mbak” (Hasil wawancara tanggal 12 Juni 2012 pukul 09.00 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Sedangkan berikut hasil wawancara dengan Bapak Widagdo selaku pasien umum Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Untuk pasien umum seperti saya, alur pelayanannya ya sama saja mbak walaupun kita membayar alias tidak gratisan tetapi pelayanannya sama saja dengan pasien Jamkesmas, juga harus mengantri bila jumlah pasiennya banyak” (Hasil wawancara tanggal 12 Juni 2012 pukul 09.15 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Hal serupa juga diungkapkan oleh pasien Umum yang bernama Bapak Sabar. Beliau menuturkan :

“Setahu saya pelayanan pada pasien umum dan Jamkesmas sama mbak, perbedaannya hanya terletak pada gratis dan tidaknya. Kalau pelayanan yang lain-lain sama” (Hasil wawancara tanggal 12 Juni 2012 pukul 09.15 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

6) Hak pengguna layanan

a. Memperoleh informasi tentang pelayanan kesehatan yang berlaku di Puskesmas;

b. Mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan;

c. Menerima konsultasi medis;

d. Mendapatkan informasi atas penyakit yang diderita, tindakan medis yang dilakukan, kemungkinan penyulit, sebagai akibat tindakan medis dan cara mengatasinya;

e. Menyetujui atau menolak atas tindakan medis yang akan dilakukan, kecuali untuk Kasus Kejadian Luar Biasa (KLB);

f. Menyampaikan keluhan, kritik atau saran.

7) Kewajiban pengguna layanan

a. Membawa identitas diri untuk pasien baru, pasien lama membawa kartu berobat (layanan umum), kartu ASKES (layanan ASKES) dan kartu Jamkesmas (layanan masyarakat miskin);

b. Membayar biaya pelayanan sesuai tarif Perda Bupati Nomor 16 Tahun 2002 untuk pasien umum;

c. Mengikuti alur pelayanan di Puskesmas;

d. Mentaati peraturan pelayanan sesuai standar pelayanan di Puskesmas.

8) Kewajiban penyedia layanan (Puskesmas)

a. Memberikan informasi tentang pelayanan kesehatan yang berlaku di Puskesmas;

b. Memberikan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan;

c. Menegur pengguna layanan yang tidak menaati ketentuan pelayanan.

9) Hak penyedia layanan (Puskesmas)

a. Menarik retribusi pelayanan sesuai dengan Perda Bupati Nomor 16

Tahun 2002;

b. Membuat peraturan yang berlaku di Puskesmas sesuai etika profesi, standar profesi dan standar pelayanan kesehatan;

c. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai profesinya.

10) Pelayanan informasi dan pengaduan

Apabila pelayanan kurang memuaskan, pengguna layanan dapat menyampaikan keluhan, kritik atau saran dengan menyertakan identitas jelas, yaitu :

Nama :

Umur :

Alamat :

Ditujukan kepada :

a. Puskesmas tempat pasien yang bersangkutan mendapatkan pelayanan;

b. Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi Jl. Letkol Istiklah 45 Banyuwangi.

2. Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Sobo melalui Jamkesmas

a. Kualitas Pelayanan Dilihat dari 5 Indikator

1) *Tangible* (fasilitas fisik), seperti petugas pemberi pelayanan kesehatan serta sarana dan prasarana untuk melayani masyarakat miskin.

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin di wilayah Sobo, Puskesmas Sobo memiliki sarana dan prasarana yang dapat menunjang pelaksanaan pelayanan kesehatan. Sarana dan prasarana yang ada dalam penggunaannya tidak ada perbedaan antara pasien miskin dan pasien umum.

Semua pasien berhak mendapatkan fasilitas ini, hanya perbedaannya pada pengguna Jamkesmas tidak mengeluarkan biaya sama sekali sedangkan pasien umum harus membayar sesuai dengan tarif yang sudah berlaku. Daftar tarifnya yaitu sebagai berikut (Perda Bupati Nomor 16 Tahun 2002) :

1. Pemeriksaan untuk mendapat Surat Keterangan Berbadan Sehat Rp 2.500,-
2. Pemeriksaan Catin (Calon Pengantin) Rp. 5.000,-
3. Pemeriksaan Haji Rp. 30.000,-
4. Pemeriksaan spesialistik
 - Pap Smear perorangan Rp. 65.000,-
 - Pap Smear Kolektive (minimal 10 orang) Rp. 60.000,-
5. Pelayanan Tindakan bertujuan untuk kosmetik Rp. 30.000,-
6. Protese gigi tiruan, korset, alat kontrasepsi.
7. Circumsisi (khitan) Rp 250.000,- , Tindik Rp 15.000,-

8. Pelayanan yang tak sesuai prosedur ketentuan Rp. 10.000,-

9. Laboratorium :

- Glukosa darah Rp. 11.000,-

- Uric Acid Rp. 11.000,-

- Kolesterol Rp. 25.000,-

- Trigliserida Rp. 25.000,-

- HDL Rp. 25.000,-

- LDL Rp. 20.000,-

- Gol. Darah Rp. 5.000,-

- Thrombosit Rp. 5.000,-

- Darah Lengkap Rp. 20.000,-

- PP test Rp. 10.000,-

Daftar sarana dan prasarana di Puskesmas Sobo meliputi :

1. Loker

Pendaftaran pengunjung dengan sistem komputerisasi online pada semua pelayanan memungkinkan pelayanan cepat, tepat dan akurat.

Untuk mendapatkan pelayanan dengan membawa kartu kunjungan atau identitas.

2. Ruang Balai Pengobatan dengan Peralatannya

Pelayanan yang professional dan pengobatan rasional dengan standart *Qualiti Assurance* dari WHO, melayani pengobatan, kegawat daruratan dan konseling kesehatan.

3. Poli Gigi dengan peralatan modern

Perawatan gigi secara teratur, kunjungan pelayanan gigi setiap 6 bulan sekali akan mengurangi resiko gangguan pada gigi dan mulut. Poli gigi melayani pemeriksaan, pencabutan, tambal gigi sementara & tetap, pembersihan karang gigi serta konseling kesehatan gigi.

4. Ruang SDIDTK

Layanan SDIDTK merupakan layanan terbaru dari Puskesmas Sobo, yang melayani anak-anak sehat dalam mendeteksi Dini dan Intervensi Tumbuh Kembangnya. Layanan ini diresmikan oleh Ibu Bupati Hj. Dani Azwar Anas pada tanggal 25 Juli 2011.

5. Ruang Tunggu

Pemeriksaan yang teliti dan akurat, membutuhkan waktu. Ruang tunggu yang luas dengan aneka bunga disetiap sudut ruangan serta taman dengan pancuran airnya mengurangi kejenuhan pasien saat menunggu giliran pengobatan.

6. Pustu dan Poskes

Perluasan pelayanan kesehatan yang merata, Puskesmas Sobo menyediakan Puskesmas Pembantu yang buka setiap hari dan pos kesehatan pada setiap kelurahan dengan pelayanan terpadu.

7. Tanaman Toga

Mengusahakan kesembuhan penyakit lewat pengobatan medis memang bukan suatu yang luar biasa, tapi menjaga agar tubuh tetap sehat dengan obat-obatan peninggalan nenek moyang yang diperoleh

dari berbagai tanaman disekeliling kita. Disamping menunggu antrian, Saudara bisa belajar pengobatan dengan melihat tanaman toga di sekeliling Puskesmas.

8. Parkir

Lahan parkir yang luas, bersih dan aman dengan petugas parkirnya, memberikan rasa aman dan nyaman saat pelayanan.

9. Kamar Obat

Obat generic memiliki khasiat sama dengan obat-obatan bermerk. Puskesmas Sobo menyediakan obat-obatan dasar untuk kasus-kasus penyakit.

Puskesmas Sobo terus melakukan peningkatan kualitas pelayanannya, tidak hanya pada masyarakat umum melainkan juga terhadap masyarakat miskin.

Berdasarkan hasil wawancara kepada dr. Liastutik selaku Kepala Puskesmas Sobo, menyatakan bahwa :

“Pelayanan bagi masyarakat miskin melalui program Jamkesmas di Puskesmas Sobo tidak ada perbedaan fasilitas, semuanya gratis tanpa terkecuali sesuai dengan penyakit yang telah terdaftar yang bisa ditangani dengan program Jamkesmas. Puskesmas Sobo sebagai salah satu Puskesmas yang memiliki fasilitas cukup lengkap karena memiliki Laboratorium sendiri untuk mendeteksi:

- Kadar Protein
- DL (Darah lengkap/darah rutin yang meliputi gula darah, asam urat, kolesterol)
- Urine lengkap
- Pemeriksaan kehamilan
- Pemeriksaan golongan darah
- Pemeriksaan HB
- X-Ray (Radiologi)” (Hasil wawancara tanggal 18 Juni 2012 pukul 11.30 WIB di ruang Kepala Puskesmas Sobo).

Fasilitas yang ada tidak hanya dirasakan oleh pasien umum saja, pasien miskin berhak mendapatkan fasilitas tersebut tanpa dibedakan sama sekali dalam penggunaannya. Hal ini dapat didukung berdasarkan hasil wawancara pada beberapa pasien yang sebagian besar menyatakan puas mendapatkan fasilitas tersebut.

Hasil wawancara tanggal 18 Juni 2012 pada seorang pasien bernama Ibu Khusnul Khotimah menyatakan bahwa pelayanan yang ada di Puskesmas Sobo menurut beliau cukup lengkap. Beliau tidak perlu datang ke Rumah Sakit untuk sekedar memeriksakan kesehatan rutin terutama yang berhubungan dengan Laboratorium karena disini sudah cukup lengkap. Petugas yang ada di Puskesmas Sobo juga baik menurut penuturan Ibu Khusnul. Beliau juga bercerita mengenai Posyandu dan Puskesmas Keliling yang sering datang ke kampung beliau. Beliau mengatakan :

“Ada petugas dari Puskesmas yang datang ke tempat tinggal saya, biasanya ada yang datang ke rumah-rumah untuk menginformasikan pelayanan KB juga Posyandu” (Hasil wawancara tanggal 18 Juni 2012 pukul 10.00 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Bukti-bukti atau wujud nyata dari pelayanan yang berupa fasilitas fisik seperti adanya petugas yang melayani pelanggan dalam hal ini pasien miskin, telah mendapatkan fasilitas tersebut. Tidak tampak adanya perbedaan dari cara petugas melayani pasien umum dan pasien miskin. Tetapi terkadang untuk pasien miskin ada yang belum mengerti bahwa dia berhak mendapatkan fasilitas tersebut.

Disini ada peran petugas untuk mensosialisasikan bahwa fasilitas tersebut ada dan berhak dimanfaatkan tanpa harus pasien miskin berobat ke Rumah Sakit hanya

untuk sekedar pengecekan rutin darah di Laboratorium. Karena di Puskesmas Sobo fasilitas tersebut sudah bisa dikatakan cukup lengkap.

Sarana dan Prasarana yang ada di Puskesmas Sobo juga mengalami peningkatan seperti adanya ruang tunggu yang nyaman. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan Bapak Busri selaku pasien Jamkesmas di Puskesmas

Sobo. Beliau menuturkan :

“Yang paling nyaman itu ruang tunggu nya mbak, luas dan bersih, ada TV nya juga jadi para pasien tidak jenuh walaupun mengantri lama” (Hasil wawancara tanggal 18 Juni 2012 pukul 10.15 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Hal senada juga diungkapkan oleh Ibu Fatonah selaku pasien Umum di Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Sarana dan prasarana di Puskesmas Sobo ini sudah cukup lengkap. Apalagi sekarang ruang tunggu nya semakin diperluas dan juga disekeliling ditambah tanaman-tanaman obat. Jadi tidak terasa walaupun kita mengantri sampai berjam-jam” (Hasil wawancara tanggal 18 Juni 2012 pukul 10.30 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

2) *Reliability* (Keandalan), seperti kemampuan petugas dan ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan, dan mampu memberikan informasi.

Ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien merupakan kewajiban bagi petugas pemberi pelayanan tidak terkecuali bagi masyarakat miskin, mereka juga memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama seperti pasien umum lainnya. Menurut standar pelayanan publik untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo, pelaksanaan pelayanan berdasarkan waktu yaitu :

- Hari dan jam buka pelayanan Puskesmas :

- a. Hari dan jam buka loket

Senin s/d Kamis : 07.00-11.00 WIB

Jum'at : 07.00-10.00 WIB

Sabtu : 07.00-11.00 WIB

- b. Hari dan jam buka pelayanan kesehatan

Senin s/d Kamis : 08.00-14.00 WIB

Jum'at : 08.00-10.30 WIB

Sabtu : 07.00-12.00 WIB

- Lama pelayanan tiap pasien :

- a. Pendaftaran di Loket : max 10 menit

- b. Pelayanan di Poli Umum : Pemeriksaan medis : max 15 menit

Tindakan medis : max 60 menit

- c. Pelayanan di Poli gigi : max 30 menit

- d. Pelayanan Imunisasi : max 10 menit

- e. Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak : max 15 menit

- f. Pelayanan KB : max 15 menit

- g. Pemeriksaan Laboratorium : max 60 menit

- h. Pelayanan apotek/obat : Obat racikan : max 30 menit

Obat non racikan : max 15 menit

Untuk memaksimalkan pelayanan, misalnya 15 menit dirasa masih belum

bisa sesuai karena banyaknya pasien yang mengantri layanan Puskesmas

sedangkan batas waktu selesai pelayanan terbatas. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan Bapak Joko Ismawan selaku petugas loket di Puskesmas Sobo.

Beliau menuturkan bahwa :

“Puskesmas sendiri untuk melakukan pelayanan sebagaimana standar waktu yang telah ada sedikit sulit, karena Puskesmas sendiri setiap harinya melayani banyak pasien dari 7 kelurahan yang rata-rata datang perharinya mencapai 200 pasien, malah pernah suatu hari lebih dari 300 pasien. Jadi petugas Puskesmas juga selain mengejar waktu karena batas selesai pelayanan hanya sampai pukul 14.00 siang pasien harus selesai dilayani semua, belum lagi ketika pasien tidak sabar mengantri, jika petugas lama memeriksa, pasien yang lain akan protes karena tidak segera dilayani” (Hasil wawancara tanggal 20 Juni 2012 pukul 10.30 WIB di ruang Loker Puskesmas Sobo).

Hal ini senada dengan penuturan dari dr. Liastutik selaku Kepala Puskesmas Sobo dan penanggung jawab Jamkesmas, yaitu :

“Puskesmas memiliki batas waktu pelayanan sampai pukul 14.00 siang, kecuali Jum'at hanya sampai pukul 10.30 dan Sabtu pukul 12.00 siang. Karena setelah melakukan pelayanan di Puskesmas, petugas Puskesmas juga harus melayani Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) sampai Puskesmas keliling di wilayah-wilayah operasionalnya. Sehingga pihak Puskesmas juga harus dituntut menyelesaikan pelayanan kepada pasien disisi lain harus memenuhi standar pelayanan untuk waktu pelayanan, memang berat, tetapi untuk Puskesmas Sobo ini memiliki fasilitas rawat inap dan ada dokter jaga. Ketika Puskesmas sudah harus tutup, pasien dapat berobat di bagian rawat inap” (Hasil wawancara tanggal 20 Juni 2012 pukul 09.30 WIB di ruang Kepala Puskesmas Sobo).

Berdasarkan data hasil wawancara dapat dilihat bahwa standar pelayanan kesehatan dalam hal ini masalah ketepatan waktu masih belum maksimal, namun dari hasil pengamatan, petugas Puskesmas terlihat berusaha dengan keras untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan maksimal. Walaupun masyarakat sering protes untuk segera diberi pelayanan, petugas tidak serta merta meninggalkan pasien lain. Mereka tetap bertanggung jawab untuk menyelesaikan pelayanan.

Konsistensi dari kinerja petugas tetap dipertahankan dan menjaga saling

ketergantungan antara petugas dan pasien miskin agar kepercayaan dapat selalu terjaga.

Petugas di Puskesmas Sobo sudah cukup memenuhi kualifikasi di bidang kesehatan. Mereka terdiri dari Dokter Umum (1 orang), Dokter Gigi (1 orang), Perawat (7 orang), Perawat Gigi (1 orang), Bidan (6 orang), Asisten Apoteker (1 orang), dan Analis Medis 1 orang. Petugas medis di Puskesmas Sobo selalu berusaha untuk memaksimalkan pelayanannya kepada semua pasien tanpa terkecuali. Walaupun dirasa tugas yang di emban itu berat karena disamping harus melayani di Puskesmas, petugas medis harus secara bergantian memberikan pelayanan kesehatan di Posyandu di wilayah-wilayah setempat.

Petugas di Puskesmas Sobo yang berjumlah 33 orang (sudah termasuk staf dan tim medis) melayani pasien di wilayah Kelurahan Sobo dan mampu menerima pasien dari wilayah selain Kelurahan Sobo. Terbatasnya tim medis tidak mengurangi semangat petugas untuk memberikan pelayanan walaupun memang terkadang merasa perlu tenaga tambahan.

3) *Responsiveness* (daya tanggap), rasa tanggung jawab terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, kecepatan dalam menanggapi masalah, tidak berbelit-belit.

Daya tanggap dari petugas pelayanan, yang meliputi pelayanan sesuai dengan urutan waktunya, menghubungi pelanggan secepatnya apabila terjadi sesuatu yang perlu segera diberitahukan. Kesederhanaan pelayanan merupakan salah satu daya tanggap yang dimiliki oleh pihak penyelenggara pelayanan, dalam

hal ini Puskesmas Sobo. Dimana pelayanan yang diberikan diselenggarakan dengan mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit dan dipahami oleh pasien.

Berdasarkan hasil pengamatan selama penelitian di Puskesmas Sobo, alur pelayanan di Puskesmas Sobo cukup sederhana dan mudah dipahami oleh pasien serta tidak berbelit-belit. Pasien dalam hal ini adalah pasien umum dan pasien Jamkesmas. Alur pelayanan sebagaimana telah dicantumkan dalam gambar “Alur

Pelayanan Kesehatan” di Puskesmas Sobo. Tidak ada perbedaan dalam alur pelayanan terhadap masyarakat miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas.

Yang membedakan hanya ketika memasuki loket, pasien Jamkesmas menyerahkan kartu lalu mendapatkan map sesuai Poli yang akan dituju tetapi untuk pasien umum ketika memasuki loket, membayar biaya retribusi terlebih dahulu.

Kesederhanaan prosedur pelayanan juga didukung oleh beberapa pasien yang berhasil di wawancara. Ketika diajukan pertanyaan mengenai kemudahan dalam memahami alur pelayanan, mulai dari pasien muda sampai tua mengerti prosedur namun terkadang ada beberapa orang yang tidak mengerti dan tidak malu untuk bertanya bagaimana alur pelayanannya. Gambar alur pelayanan dapat dilihat dengan jelas di salah satu sudut dinding di Puskesmas Sobo.

Hal ini didukung dengan hasil wawancara dengan pasien Jamkesmas yang bernama Ibu Nur Wahidah. Beliau menuturkan :

“Pelayanan untuk pasien Jamkesmas yaitu waktu sampai di loket dia langsung menyerahkan kartu Jamkesmas, lalu mendapatkan map yang selanjutnya di bawa ke poli yang akan dituju. Pelayanan yang di dapatkan sama dengan pasien lain, yaitu harus mengantri seperti pasien-pasien lainnya. Setelah mengantri nanti di panggil namanya oleh petugas

Pukesmas untuk mendapatkan pelayanan” (Hasil wawancara tanggal 12 Juni 2012 pukul 09.00 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Daya tanggap pihak Puskesmas juga nampak ketika terdapat pasien yang meminta rujukan ke Rumah Sakit. Pasien yang ingin dirujuk memang harus melewati prosedur yang ada, sebenarnya prosedur untuk meminta rujukan tidaklah rumit asalkan mengerti mengenai alurnya yaitu melalui pihak Puskesmas terlebih dahulu sebelum ke Rumah Sakit.

Cukup mudahnya rujukan dapat diketahui melalui hasil wawancara dengan salah seorang pasien yang pernah memanfaatkan fasilitas rujukan. Yaitu Ibu Titik dimana sang anak juga ikut dalam kepesertaan Jamkesmas dan sudah pernah mempergunakan kartu Jamkesmas ketika sang anak masuk Rumah Sakit karena infeksi lambung, rujukan dari Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Waktu itu keadaan anak saya sudah sangat gawat jadi kita langsung saja ke Rumah Sakit karena kita tidak sempat meminta surat rujukan ke Puskesmas. Saat pihak Rumah Sakit meminta surat rujukan, baru saya meminta ke pihak Puskesmas. Prosedurnya mudah mbak dan tidak dipersulit oleh pihak Puskesmas” (Hasil wawancara tanggal 26 Juni 2012 pukul 08.30 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Sebenarnya prosedurnya cukup mudah, namun tidak memungkirkan ketika pasien dalam keadaan darurat maka langsung dibawa ke Rumah Sakit tanpa meminta rujukan terlebih dahulu dari pihak Puskesmas. Ketika pihak Rumah Sakit meminta surat rujukan, keluarga pasien baru meminta rujukan kepada Puskesmas.

Hal ini sebenarnya merupakan masalah karena tidak mengikuti prosedur yang ada, namun pihak Puskesmas memaklumi dan segera memberikan surat rujukan kepada keluarga pasien karena pasien dalam keadaan gawat darurat.

4) Assurance (Jaminan), seperti profesionalitas petugas yang berpengalaman, memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam bidangnya.

Dalam hal ini petugas pelayanan harus memiliki kecakapan, yaitu para petugas pelayanan harus menguasai keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan dalam melayani pelanggan. Keterampilan dan pengetahuan dalam hal ini sebagai jaminan bahwa petugas tersebut mampu melayani pelanggan serta memberikan rasa percaya kepada pelanggan atas pelayanan yang diberikan. Pelanggan akan merasa aman, tidak ada keragu-raguan dari pelanggan dalam menerima pelayanan. Dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan yang rentan sekali terhadap resiko mengenai bahaya suatu penyakit serta dampak yang ditimbulkan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan dr. Liastutik, selaku Kepala Rumah Sakit Puskesmas Sobo, beliau menuturkan :

“Dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien, petugas wajib memberikan informasi mengenai penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan diterima oleh pasien serta kemungkinan penyulit yang akan timbul dari tindakan medis tersebut. Penyulit merupakan efek yang mungkin timbul akibat dari tindakan medis, misalnya saja ketika seorang pasien telah menjalani operasi usus buntu, pasca operasi mungkin pasien akan merasakan gejala-gejala lain yang mungkin timbul” (Hasil wawancara tanggal 26 Juni 2012 pukul 10.00 WIB di ruang Kepala Puskesmas Sobo).

Petugas di Puskesmas Sobo terdiri dari 33 orang, yang masing-masing memiliki keterampilan di bidangnya. Jika dilihat dari jumlah tenaga kerja di Puskesmas Sobo khusus untuk tenaga medis yaitu :

Tabel 3. Tingkat Pendidikan Tenaga Medis di Puskesmas Sobo**Tahun 2012**

No	Nama	Jabatan	Pendidikan Akhir
1	Dr. Liastutik	Dokter Umum	S1, Kedokteran
2	Drg. Tri Rudiati	Dokter Gigi	S1, Kedokteran
3	Ni Ketut Srinadi	Perawat Gigi	SPRG
4	Koeshartiningsih	Analisis Medis	D3, Analisis Medis
5	Hj.Endang Setyowati	Bidan	Sek Bidan
6	Sudarsiningsih,Amd Keb	Bidan	D3, Kebidanan
7	Asmawiyah, Amd Keb	Bidan	D3, Kebidanan
8	Ika Wulandari, Amd Keb	Bidan	D3, Kebidanan
9	Shinta Permata,Amd keb	Bidan	D3, Kebidanan
10	Endang Ratna	Bidan	D3, Kebidanan
11	Hj. Zunaidah, Amd Kep	Perawat	D3, Keperawatan
12	Hanipan, SKM	Perawat	S2
13	M Khoirul Anam, Amd Kep	Perawat	D3, Keperawatan
14	Sri Andayani	Perawat	Akper, D3
15	Heni Kristiana	Perawat	SPK
16	Djudjuk Budi Karjanti	Perawat	SPK
17	Ach. Dimiyati	Perawat	SPK

18	Dwi Lilis Sriyani	Asisten Apoteker	SMF
----	-------------------	------------------	-----

Sumber: Dokumentasi Puskesmas Sobo 2012

Terlihat pada tabel diatas mengenai petugas Puskesmas Sobo khusus tenaga medis, telah memenuhi pengetahuan dan keterampilan di bidangnya. Dapat dilihat dari tingkat pendidikan terakhir yang semuanya dari pendidikan di bidang kesehatan. Hanya saja Puskesmas Sobo belum memiliki Dokter Spesialis serta Apoteker, selama ini masih Asisten Apoteker. Untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan, maka pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi berupaya untuk mengadakan pelatihan-pelatihan bagi petugas Puskesmas yang juga bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan para petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Profesionalitas para petugas medis sangat dirasakan oleh para pasien.

Sesuai dengan wawancara dengan Ibu Faika selaku pasien Jamkesmas di Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Dokter, Bidan dan Perawatnya sudah cukup profesional kok mbak. 6 bulan yang lalu saya melahirkan disini, saya mempunyai penyakit asma dan Dokter menyarankan saya untuk melahirkan di Rumah Sakit saja karena takut berakibat fatal karena penyakit yang saya derita. Tetapi karena saya tidak punya cukup biaya untuk melahirkan di Rumah Sakit, akhirnya saya nekat saja tetap melahirkan di Puskesmas. Ternyata hasilnya bagus mbak, saya dan anak saya selamat, Ibu Bidannya juga sabar mbak, ramah juga. Alhamdulillah sampai sekarang saya dan anak saya sehat. Hari ini saya datang kesini hanya untuk imunisasi anak saya” (Hasil wawancara tanggal 26 Juni 2012 pukul 10.45 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo)

Hal serupa juga diungkapkan oleh Ibu Eka Sari selaku pasien Umum di

Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Pelayanannya bagus mbak, Bu Dokternya sudah profesional kok. Seminggu yang lalu anak saya sakit infeksi saluran kencing, hanya cukup satu kali kesini anak saya sudah sembuh, *ndak* perlu balik kesini lagi” (Hasil wawancara tanggal 26 Juni 2012 pukul 10.30 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Selain dengan adanya para petugas medis yang profesional, peningkatan *assurance* di Puskesmas Sobo ditunjukkan dengan adanya obat-obatan generic yang berkualitas. Hal ini sesuai dengan wawancara dengan Ibu Rohayati selaku pasien Jamkesmas di Puskesmas Sobo. Beliau menuturkan :

“Obat-obatan di Puskesmas ini termasuk generic tetapi tidak kalah bagus dengan obat-obatan mahal yang ada di apotek. Buktinya saya dan keluarga saya cocok berobat disini dan Alhamdulillah sembuh dengan meminum obat-obatan generic yang ada disini” (Hasil wawancara tanggal 26 Juni 2012 pukul 10.45 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo)

5) *Emphaty*, yaitu perhatian kepada pelanggan, komunikasi yang baik kepada pelanggannya.

Perhatian kepada pelanggan dapat ditunjukkan dengan kedekatan petugas dengan pelanggan. Kedekatan dapat ditimbulkan dengan keramahan, kesabaran, perhatian dan persahabatan. Komunikasi yang baik dengan pelanggan sangat dibutuhkan, dalam hal ini pelanggan berhak memperoleh informasi dari pemberi layanan dengan bahasa yang mereka mengerti. Jika melihat mengenai bahasa, berdasarkan hasil pengamatan selama penelitian. Sebagian besar pasien miskin dengan kartu Jamkesmas menggunakan bahasa Jawa ketika sedang berkomunikasi. Rata-rata yang menggunakan bahasa Jawa untuk mereka yang usianya sudah lanjut, tetapi untuk yang masih muda, petugas menggunakan bahasa Indonesia.

Saat melakukan wawancara pun peneliti terkadang menggunakan bahasa Jawa ketika berkomunikasi. Seperti saat mengajukan pertanyaan mengenai

pelayanan yang dirasakan oleh pasien, salah satu pasien menjawab dengan bahasa Jawa, berikut merupakan penuturan dari Ibu Sudarmi mengenai pelayanan yang dia rasakan di Puskesmas Sobo :

“Kulo sampun dangu priksa wonten Puskesmas, biasane ngecek kolesterol niku. Priksa dateng Puskesmas niki pun lengkap sedanten pun mboten usah dateng Rumah Sakit. Kulo biasane kaleh anak kulo, kulo namung antri mangke dipanggil kaleh petugas. Biasane niku wonten petugas Puskesmas dateng RT kulo, Posyandu niku kaleh KB” (Hasil wawancara tanggal 28 Juni 2012 pukul 08.15 WIB di ruang tunggu Puskesmas Sobo).

Menurut penuturan Ibu Sudarmi, beliau sudah sering menikmati pelayanan di Puskesmas Sobo, biasanya sekedar cek kesehatan rutin ataupun berobat ketika sakit. Kebetulan beliau selalu diantar oleh anaknya ketika pergi ke Puskesmas. Kemudian Ibu Sudarmi mengantri dan menunggu dipanggil namanya. Beliau juga mengatakan bahwa petugas Puskesmas sering datang ke wilayah tempat tinggalnya untuk pelayanan Posyandu dan KB.

Peneliti juga mengamati ketika petugas Puskesmas Sobo memeriksa seorang pasien, mereka berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Jawa. Petugas menanyakan gejala penyakit, penyakit yang diderita serta pemeriksaan sampai pantangan yang harus dihindari kepada pasien dengan menggunakan bahasa Jawa.

b. Cakupan Masyarakat Miskin yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

Menurut SK Menteri Kesehatan RI No. 125/Menkes/SK/II/2008, cakupan masyarakat yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Jamkesmas, yaitu :

1. Keluarga tersebut untuk memenuhi kebutuhan makan sehari-hari berat atau makan sehari-hari 1 sampai dengan 2 kali sehari sehingga kondisi tidak layak gizi.

2. Luas lantai bangunan tempat tinggal <8 m²/orang.

3. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terluas dari tanah/bambu/kayu murahan.

4. Jenis dinding terluas dari bambu/rumbia/kayu yang berkualitas rendah/tembok tanpa plester.

5. Tidak punya WC sendiri.

6. Penerangan bukan listrik.

7. Air minum berasal dari sumur/mata air tak terlindung/sungai/hujan.

8. Bahan bakar memasak dari kayu/arang/minyak tanah.

9. Beli pakaian baru hanya 1 stel/tahun.

10. Jika sakit, tidak bisa bayar obat ke Puskesmas/Poliklinik.

11. Pekerjaan buruh dengan penghasilan rendah atau pendapatan < Rp. 600.000/bulan.

12. Tidak mempunyai aset minimal Rp. 500.000 seperti :

- Sepeda motor;
- Ternak;
- Perhiasan;
- TV;
- Tabungan.

13. Bayi baru lahir dari keluarga miskin otomatis masuk dalam kepesertaan orang tua/janda. Dan selagi memiliki keluarga yang mapan tidak masuk dalam kepesertaan.

14. Kriteria tambahan pengguna SKTM untuk bisa masuk dalam kepesertaan Jamkesmas :

- Penderita penyakit kronis (gagal ginjal, kanker, sakit jiwa, kelainan darah, stroke, AIDS, TB Paru).
- Bukan dari keluarga yang mampu.
- Yang masuk kepesertaan hanya penderita penyakit tersebut, anggota yang lain tidak termasuk.
- Pendapatan sedikit di atas miskin (antara Rp 600.000,- sampai Rp 800.000,-).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Sobo yaitu dr.

Liastutik :

“Mulai tahun 2010 SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) tidak bisa digunakan lagi untuk memperoleh pelayanan kesehatan gratis, masyarakat miskin harus terdaftar pada Jamkesmas. Ini disebabkan karena sebelumnya banyak yang menggunakan SKTM tetapi tidak terdaftar pada Jamkesmas yang mendapatkan pelayanan gratis, padahal dana yang sudah dilimpahkan pada Puskesmas terbatas sesuai dengan kuota yang sudah ada. Oleh karena itu peserta yang memenuhi kriteria miskin harus terdaftar terlebih dahulu dalam Jamkesmas, alurnya mulai dari RT/RW, Kelurahan dan Kecamatan untuk mendapatkan SKTM selanjutnya peserta didata berdasarkan kriteria miskin. Jadi diharapkan dengan adanya alur seperti itu masyarakat yang terdaftar benar-benar masyarakat yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan program Jamkesmas” (Hasil wawancara tanggal 2 Juli 2012 pukul 11.00 WIB di Ruang Kepala Puskesmas Sobo).

Data cakupan kepesertaan Program Jamkesmas dapat dilihat dalam tabel

berikut ini :

**Tabel 4. Data peserta Jamkesmas di Dalam Wilayah Puskesmas Sobo
Tahun 2008-2011**

No	Kelurahan	Jumlah Peserta Jamkesmas			
		2008 (Jiwa)	2009 (Jiwa)	2010 (Jiwa)	2011 (Jiwa)
1	Sobo	1050	1536	1608	1716
2	Penganjuran	982	1143	1289	1554
3	Taman Baru	976	1098	1445	1956
4	Tukang Kayu	1217	1765	1898	2012
5	Kebalenan	1090	1890	1978	2257
6	Pakis	1654	1891	2090	2276
7	Sumberejo	991	1009	1213	1489
	Jumlah	8.160	10.332	11.521	13.260

Sumber :DokumentasiPuskesmas Sobo tahun 2012

Berdasarkan hasil wawancara dengan dr. Liastutik selaku Kepala Puskesmas dan penanggung jawab Program Jamkesmas di Puskesmas Sobo :

“Cakupan pelayanan kesehatan untuk Program Jamkesmas meliputi 7 Kelurahan yaitu Kelurahan Sobo, Penganjuran, Taman Baru, Tukang Kayu, Kebalenan, Pakis dan Sumberejo. Akhir tahun kemarin jumlah peserta Jamkesmas berjumlah 13.260 jiwa. Cakupan dalam program Jamkesmas ini sudah lumayan berjalan dengan lancar karena setiap tahun pasien Jamkesmas bertambah, ini berarti cakupan masyarakat miskin yang seharusnya memperoleh pelayanan Jamkesmas sudah mulai merata” (Hasil wawancara tanggal 2 Juli 2012 pukul 11.00 WIB di ruang Kepala Puskesmas Sobo).

3. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Pelayanan Kesehatan melalui Jamkesmas

Kendala-kendala yang dihadapi oleh Puskesmas Sobo dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal :

a. Kendala Faktor Internal

Kendala serta tantangan yang berasal dari faktor internal yaitu kendala yang berasal dari dalam organisasi institusi tersebut, kendalanya adalah :

1) Masalah SDM (Sumber Daya Manusia)

Menurut penuturan Bapak Hanipan salah seorang perawat dan juga selaku Wakil Kepala Puskesmas Sobo :

“Tenaga kerja di Puskesmas Sobo yang berjumlah 33 orang ini tenaganya kurang mencukupi untuk pelayanan. Puskesmas Sobo merupakan Puskesmas yang membawahi 7 Kelurahan, jika dibilang kurang untuk tenaga medis ya memang kurang tetapi harus menyesuaikan memang. Pihak Puskesmas juga sudah mengajukan kepada Dinkes (Dinas Kesehatan) untuk ditambah tenaga medis, namun biasanya tenaga yang dikirim juga tidak sesuai dengan permintaan. Misalnya Puskesmas membutuhkan 5 tenaga medis tetapi hanya dikirim 3 tenaga medis tambahan” (Hasil wawancara tanggal 2 Juli 2012 pukul 09.00 WIB di ruang Wakil Kepala Puskesmas Sobo).

Banyaknya pelayanan yang harus dilakukan oleh para tenaga medis dengan jumlah yang kurang juga membuat pelayanan kurang maksimal. Menurut penuturan Bapak Hanipan di atas dapat digambarkan bahwa selama ini petugas medis yang jumlahnya hanya belasan harus melayani banyaknya pasien dari 7 Kelurahan dan belum lagi melayani Posyandu ke Kelurahan-Kelurahan setiap satu bulan sekali.

b. Kendala Faktor Eksternal

Kendala faktor eksternal yaitu kendala yang berasal dari lingkungan luar instansi atau organisasi. Kendala eksternal yang dihadapi oleh Puskesmas Sobo yaitu :

1) Dengan Pasien Miskin (dalam sistem rujukan)

Masalah rujukan memang menjadi salah satu masalah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Masyarakat sering tidak mengerti alur administrasi pada sistem rujukan. Pasien yang meminta rujukan seringkali sudah dibawa ke Rumah Sakit terlebih dahulu baru meminta surat rujukan dari Puskesmas. Padahal alurnya harus melalui Puskesmas dahulu baru ke Rumah Sakit. Tetapi jika penyakit pasien masih bisa diatasi di rawat inap Puskesmas Sobo, pasien tidak perlu dirujuk ke Rumah Sakit. Disisi lain antara Puskesmas dengan Rumah Sakit hanya ingin patuh pada aturan yang berlaku namun terkadang alur sistem rujukan tidak sesuai dimana masyarakat yang tidak mematuhi alur, maka tanpa ada rujukan dari Puskesmas Sobo, pasien juga tidak bisa dilayani di Rumah Sakit tersebut. Sesuai dengan hasil wawancara dengan dr. Liastutik, beliau menuturkan :

“Di Puskesmas Sobo ini masalah yang ditemui seringkali pada sistem rujukan. Pasien yang meminta rujukan seringkali sudah datang ke Rumah Sakit terlebih dahulu tanpa meminta rujukan ke Puskesmas. Padahal alurnya harus melalui Puskesmas dahulu baru kemudian ke Rumah Sakit. Tetapi jika penyakit pasien masih bisa diatasi di rawat inap Puskesmas Sobo, pasien tidak perlu dirujuk ke Rumah Sakit” (Hasil wawancara tanggal 2 Juli 2012 pukul 11.30 WIB di ruang Kepala Puskesmas Sobo).

Seharusnya pihak Rumah Sakit tidak menerima pasien tersebut tanpa rujukan dari pihak Puskesmas, kecuali pasien dalam keadaan darurat. Karena Puskesmas juga bertanggung jawab atas pasien yang bersangkutan. Pihak Puskesmas juga memiliki kewajiban untuk merawat pasien di wilayahnya, namun ketika penyakit pasien dirasa tidak mampu bagi pihak Puskesmas untuk menanganinya maka boleh dirujuk. Tetapi pihak Puskesmas juga tidak menampik kemungkinan bahwa saat keadaan panik, pihak pasien juga tidak berpikir masalah administrasi atau prosedur yang ada sehingga Puskesmas langsung memberikan surat rujukan.

C. Analisis dan Interpretasi Data

Dari penyajian data yang telah dipaparkan di atas, dapat dilihat mengenai pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Sobo yang meliputi jenis-jenis pelayanan serta prosedur pelayanan yang ada. Peneliti juga bertujuan untuk menggambarkan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khusus bagi masyarakat miskin di Puskesmas Sobo melalui adanya Jamkesmas serta kendala apa saja yang dihadapi Puskesmas Sobo dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan khusus bagi masyarakat miskin tersebut.

Sesuai konteks pelayanan publik di daerah, kebijakan desentralisasi dan otonomi daerah ditunjukkan untuk meningkatkan kualitas penyelenggaraan Pemerintah Daerah, kesejahteraan rakyat dan pemberdayaan masyarakat. Karena itu Pemerintah Daerah harus menyediakan pelayanan publik. Jenis pelayanan

publik dalam hal ini adalah dalam bidang kesehatan melalui program Jamkesmas.

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya bahwa pelayanan kesehatan adalah hak setiap lapisan masyarakat tanpa terkecuali maka dilaksanakanlah program

Jamkesmas. Keberhasilan program Jamkesmas di Puskesmas dan Jaringannya perlu didukung dengan pelaksanaan manajemen pengelolaan agar cakupan program dan pengendalian biaya berjalan dengan baik, yang meliputi :

1. Perencanaan

Kegiatan perencanaan pengelolaan tersebut adalah penyusunan *Plan Of Action* (POA) (Juknis Jamkesmas 2008:8) baik berupa POA tahunan pada awal kegiatan maupun POA bulanan/tribulanan sebagai rencana pelaksanaan kegiatan bulanan/tribulanan. POA merupakan unsur perencanaan yang wajib dibuat oleh Puskesmas dan harus mendapat persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk pencairan anggaran Jamkesmas.

2. Penggerakan Pelaksanaan

Kegiatan penggerakan pelaksanaan meliputi proses minilokakarya untuk membahas hasil kegiatan bulan lalu, hambatan/masalah dan penyusunan POA bulanan/tribulanan untuk kegiatan bulan yang akan datang. Pada saat minilokakarya di Puskesmas diharapkan dihadiri oleh Tim Pengelola Jamkesmas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pada unsur penggerakan pelaksanaan ini juga dilakukan kegiatan pembinaan/supervisi baik di dalam gedung maupun di luar gedung.

3. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring ditujukan pada pemantauan pelaksanaan kegiatan sehari-hari termasuk penyelesaian pengaduan masyarakat dan kegiatan evaluasi berupa kegiatan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan dilakukan kinerja, berikutnya laporan hasil kegiatan dilakukan analisis hasil kegiatan. Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik bulanan, tribulanan, semester maupun tahunan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota. Monitoring dan evaluasi telah dilakukan melalui :

- Pertemuan dan koordinasi
- Pengelolaan Pelaporan Program (pengolahan dan analisis)
- Kunjungan lapangan dan supervisi
- Penelitian langsung

Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap seluruh PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) di wilayahnya yang bekerjasama dalam penyelenggaraan Jamkesmas, termasuk memastikan berjalannya proses verifikasi pertanggungjawaban PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) oleh tenaga pelaksana verifikator. Hasil laporan kemudian di laporkan ke Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi untuk dianalisa lebih lanjut dan hasilnya di umpan balikkan ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Selain itu hasil analisa Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi seterusnya dilaporkan ke Tim Pengelola Jamkesmas

Pusat. Untuk monitoring dan evaluasi di tingkat Kabupaten Banyuwangi dilakukan per semester yaitu bulan Januari dan Juli, namun jika terjadi masalah mengenai pelaksanaannya dapat dilakukan lebih dari dua kali dalam setahun.

Menurut PP Nomor 7 Tahun 2008 tentang Dekonsentrasi dan Tugas

Pembantuan menyatakan bahwa Pemerintah menyelenggarakan sebagian urusan yang menjadi kewenangannya di Daerah berdasarkan asas Dekonsentrasi dan asas

Tugas Pembantuan. Dalam hal ini program Jamkesmas merupakan program nasional dari Pemerintah Pusat yang dilaksanakan secara nasional, pelaksanaannya diserahkan kepada Daerah. Menurut LAN (2008:21)

Desentralisasi dapat berupa Tugas Pembantuan (*medebewind*) yang berarti sebagai pembantu penyelenggaraan kepentingan-kepentingan dari pusat atau daerah-daerah yang tingkatnya lebih atas oleh Perangkat Daerah yang lebih bawah dimana sumber keuangan dari APBN, wewenang administrasinya oleh Perangkat Daerah Otonom, wewenang politik oleh Pusat.

Dari penyelenggaraan tugas pembantuan tersebut Pemerintah Kabupaten Banyuwangi membuat Keputusan Bupati Kabupaten Banyuwangi Nomor 28 Tahun 2008 tentang Petunjuk Teknis Program Jamkesmas yang telah terlampir sasaran pelaksana program adalah Puskesmas dan Jaringannya. Sasaran programnya adalah Masyarakat miskin yang memiliki kartu Jamkesmas yang telah ditetapkan dalam Keputusan Bupati Banyuwangi maupun masyarakat miskin berdasarkan data Puskesmas atau berdasarkan Surat Keterangan Miskin (SKM) dari Kelurahan dan Kecamatan.

1. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas

Berdasarkan data yang telah diperoleh sebelumnya dapat diketahui bahwa jenis pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Sobo diutamakan pada upaya pelayanan kesehatan perorangan (promotif, preventif, dan kuratif).

a. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dilayani di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas

Berdasarkan jenis-jenis pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo yang sudah tersaji sebelumnya dalam penyajian data, dapat di analisis bahwa pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Sobo lebih bersifat Kuratif (penyembuhan), Promotif (peningkatan), serta Preventif (pencegahan) karena memang untuk upaya tindakan medis diserahkan pada Puskesmas selaku UPT (Unit Pelaksana Teknis) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. Untuk upaya Rehabilitatif (pemulihan) banyak dilakukan oleh pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, biasanya dalam bentuk penyuluhan dan sosialisasi.

Berdasarkan sifat-sifat dari jenis pelayanan kesehatan tersebut hanya menyebutkan mengenai promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Hal ini sejalan dengan pendapat dari Effendi (1998:18), bahwa ruang lingkup praktek perawatan kesehatan masyarakat meliputi upaya-upaya tersebut. Namun ada penambahan berupa Resosialitatif pada pemikiran Effendi tersebut. Yaitu adalah upaya untuk mengembalikan individu, keluarga, dan kelompok-kelompok khusus ke dalam pergaulan masyarakat, diantaranya adalah kelompok-kelompok yang di

asingkan oleh masyarakat karena menderita suatu penyakit misalnya kusta, AIDS atau kelompok-kelompok khusus seperti tunawisma.

Karena Puskesmas dalam hal ini merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang di anggap paling dekat dengan masyarakat, diharapkan memiliki sifat resosialitatif karena dengan adanya upaya ini Puskesmas sebagai pelaksana praktek perawatan kesehatan masyarakat dapat berperan dalam meyakinkan masyarakat untuk menerima kembali kelompok-kelompok yang mempunyai masalah tersebut, dan menjelaskan secara benar masalah kesehatan yang mereka derita tidak berbahaya terhadap kesehatan secara keseluruhan.

Sifat resosialitatif ini dapat mencerminkan upaya petugas Puskesmas untuk lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan. Walaupun penyakit-penyakit untuk tingkat berat seperti AIDS, Kanker, atau penyakit berat lainnya tersebut tidak ditanggung dengan Jamkesmas namun tetap ada kewajiban petugas sesuai dengan teori *New Public Service*, bahwa pelayanan publik harus responsif terhadap berbagai kepentingan dan nilai-nilai publik yang ada. Tugas Pemerintah Daerah dalam hal ini UPT dari Dinas Kesehatan yaitu Puskesmas adalah melakukan negosiasi dan mengolaborasi berbagai kepentingan masyarakat dan kelompok komunitas. Dalam upaya meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan bagi peserta Jamkesmas, Puskesmas dan jaringannya melakukan kegiatan proaktif mendekati kepada sasaran melalui kegiatan Puskesmas keliling secara periodik dan berkesinambungan.

Disamping itu pelayanan publik harus bersifat non-diskriminatif sebagaimana dimaksud dasar teoritis yang digunakan yaitu teori demokrasi yang

menjamin adanya persamaan warga negara tanpa membeda-bedakan asal usul, kesukuan, ras, etnik, agama, dan latar belakang kepertaian. Ini berarti setiap warga negara diperlakukan secara sama ketika berhadapan dengan birokrasi publik untuk menerima pelayanan sepanjang syarat-syarat yang dibutuhkan terpenuhi.

b. Prosedur Pelayanan Kesehatan melalui Jamkesmas di Puskesmas

Sobo

Sesuai dengan “Standar Pelayanan Publik Pelayanan Kesehatan” yang berlaku dimana standar pelayanan publik merupakan salah satu upaya untuk mencapai kualitas pelayanan. Menurut LAN (2008:470), manfaat yang dapat diperoleh dengan adanya standar pelayanan antara lain adalah :

- 1) Memberikan jaminan kepada masyarakat bahwa mereka mendapat pelayanan dalam kualitas yang dapat dipertanggungjawabkan, memberikan fokus pelayanan kepada pelanggan, menjadi alat komunikasi antara pelanggan dengan penyedia pelayanan dalam upaya meningkatkan pelayanan, menjadi alat untuk mengukur kinerja pelayanan serta menjadi alat monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan.
- 2) Melakukan perbaikan kinerja pelayanan publik. Perbaikan kinerja pelayanan publik mutlak harus dilakukan, dikarenakan dalam kehidupan bernegara pelayanan publik menyangkut aspek kehidupan yang sangat luas. Hal ini disebabkan tugas dan fungsi utama Pemerintah adalah memberikan dan memfasilitasi berbagai pelayanan publik yang diperlukan oleh masyarakat.

3) Meningkatkan mutu pelayanan. Adanya standar pelayanan dapat membantu unit-unit penyedia jasa pelayanan untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat pelanggannya. Dalam standar pelayanan ini dapat terlihat dengan jelas dasar hukum, persyaratan pelayanan, prosedur pelayanan, waktu pelayanan, biaya serta proses pengaduan, sehingga petugas pelayanan memahami apa yang seharusnya mereka lakukan dalam memberikan pelayanan.

Dari standar pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Sobo membantu petugas dalam penyelenggaraan pelayanan, standar tersebut menjadi acuan bagi petugas dalam memberikan pelayanan dan juga bagi pasien Puskesmas dapat menilai pelayanan yang diberikan oleh petugas Puskesmas. Berkaitan dengan kualitas pelayanan, diyakini bahwa harapan pelanggan mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas barang dan jasa, karena pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan kualitas dan kepuasan pelanggan (Tangkilisan, 2005:213). Karena pelanggan dalam hal ini adalah pasien Puskesmas yang menerima hasil pekerjaan petugas Puskesmas, maka hanya pasien lah yang dapat menentukan kualitasnya seperti apa dan menyampaikan apa kebutuhan mereka.

Dalam prosedur pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo dimana selalu disebutkan bahwa sesuai dengan Standar Pelayanan Publik Pelayanan Kesehatan yang berlaku. Mengenai prosedur alur pelayanan berdasarkan hasil pengamatan selama penelitian di Puskesmas Sobo, alur pelayanan di Puskesmas Sobo cukup

sederhana dan mudah dipahami oleh pasien. Pasien dalam hal ini adalah pasien umum dan pasien Jamkesmas.

Alur pelayanan sebagaimana telah dicantumkan dalam gambar “Alur Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sobo Tahun 2012”, tidak ada perbedaan dalam alur pelayanan terhadap masyarakat miskin yang menggunakan kartu Jamkesmas. Yang membedakan hanya ketika memasuki loket, pasien Jamkesmas menyerahkan kartu lalu mendapatkan map sesuai poli yang akan dituju tetapi untuk pasien umum ketika memasuki loket, harus membayar biaya retribusi terlebih dahulu.

Kesederhanaan prosedur pelayanan juga di dukung oleh beberapa pasien yang berhasil di wawancara. Ketika diajukan pertanyaan mengenai kemudahan dalam memahami alur pelayanan, mulai dari pasien muda sampai pasien tua mengerti prosedur namun terkadang ada beberapa orang yang tidak mengerti dan tidak malu untuk bertanya bagaimana alur pelayanannya. Gambar alur pelayanan juga terpampang dengan jelas di salah satu sudut dinding di Puskesmas Sobo.

2. Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat

Miskin di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas.

Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan (Goetsch & Davis dalam LAN, 2008:465). Kualitas mengandung elemen-elemen yang meliputi usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan, yang mencakup produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan, serta merupakan kondisi

yang selalu berubah. Dari hasil penelitian yang sudah dikemukakan sebelumnya dapat diketahui bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui Jamkesmas dapat dilihat dari 5 indikator menurut Zeithaml dalam LAN 2008 yaitu *Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance dan Emphaty*.

Disamping itu karena program Jamkesmas merupakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang berhubungan dengan cakupan pelayanan kesehatan. Maka penilaian peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ini juga dilihat pada cakupan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin. Cakupan disini meliputi seberapa maksimalkah pelayanan kesehatan dirasakan oleh masyarakat miskin di wilayah tersebut, jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan apakah sudah ditangani oleh pihak Puskesmas Sobo.

a. Kualitas Pelayanan Dilihat dari 5 Indikator

1) Tangibles.

Merupakan fasilitas fisik yang ada di Puskesmas Sobo. Sesuai dengan LAN (2008:472) bahwa kenyataan dalam pelayanan meliputi bukti-bukti atau wujud nyata dari pelayanan, berupa fasilitas fisik, adanya petugas yang melayani pelanggan, peralatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan, kartu pengenal dan fasilitas penunjang lainnya. Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin, Puskesmas Sobo memiliki sarana dan prasarana yang dapat menunjang pelaksanaan pelayanan kesehatan. Sarana dan prasarana yang ada dalam penggunaannya tidak ada perbedaan antara pasien miskin dan pasien umum. Semua pasien berhak mendapatkan fasilitas tersebut, hanya perbedaannya

pada pengguna Jamkesmas tidak mengeluarkan biaya sama sekali sedangkan pasien umum harus membayar sesuai ketentuan yang berlaku. Hal ini sejalan dengan teori *New Public Service* dari Denhardt and Denhardt (2003:27), bahwa pelayanan publik berlandaskan teori demokrasi yang mengajarkan egaliter dan persamaan hak diantara warga negara.

Puskesmas Sobo terus melakukan peningkatan kualitas pelayanannya, tidak hanya pada masyarakat umum melainkan juga pada masyarakat miskin.

Pelayanan bagi masyarakat miskin melalui program Jamkesmas di Puskesmas Sobo tidak ada perbedaan fasilitas, semuanya gratis tanpa terkecuali sesuai dengan penyakit yang telah terdaftar yang bisa ditangani dengan program Jamkesmas.

Puskesmas Sobo sebagai salah satu Puskesmas yang memiliki fasilitas cukup lengkap karena memiliki Laboratorium sendiri untuk mendeteksi :

- Kadar Protein
- DL (Darah lengkap/darah rutin yang meliputi gula darah, asam urat, kolesterol)
- Urine lengkap
- Pemeriksaan kehamilan
- Pemeriksaan golongan darah
- Pemeriksaan HB
- X-Ray (Radiologi)

Fasilitas Radiologi merupakan fasilitas baru yang dapat dimanfaatkan mulai tahun 2009, jadi peningkatan fasilitas nampak pada penambahan sarana dan prasarana pada Laboratorium.

2) *Reliability*

Reliability merupakan keandalan yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, tepat waktu, dan memuaskan.

Hal senada juga terdapat pada LAN (2008:471) bahwa reabilitas meliputi konsistensi dari kinerja yang tetap dipertahankan dan menjaga saling ketergantungan antara pelanggan dengan pihak penyedia pelayanan, seperti menjaga keakuratan perhitungan keuangan, teliti dalam pencatatan dan tepat waktu. Ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien merupakan kewajiban bagi petugas pemberi pelayanan, tidak terkecuali bagi masyarakat miskin, mereka juga memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama seperti pasien umum lainnya. Menurut standar pelayanan publik untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo, pelaksanaan pelayanan berdasarkan waktu telah sesuai dengan standar pelayanan publik.

Untuk memaksimalkan pelayanan misalnya 15 menit dirasa masih belum bisa sesuai karena banyaknya pasien yang mengantri layanan Puskesmas, sedangkan batas waktu selesai pelayanan terbatas. Puskesmas sendiri untuk melakukan pelayanan sebagaimana standar waktu yang telah ada sedikit sulit, karena Puskesmas sendiri setiap harinya melayani banyak pasien dari 7 Kelurahan yang rata-rata perharinya mencapai 200 pasien, malah pernah suatu hari lebih dari 300 pasien. Jadi petugas Puskesmas juga selain mengejar waktu karena batas selesai pelayanan hanya sampai pukul 14.00 siang pasien harus selesai dilayani semua, apalagi jika hari Jum'at hanya sampai pukul 10.30 dan Sabtu pukul 12.00, belum lagi ketika pasien tidak sabar mengantri. Jika petugas lama memeriksa, pasien yang lain akan protes karena tidak segera dilayani.

Puskesmas memiliki batas waktu pelayanan sampai pukul 14.00 siang kecuali Jum'at hanya sampai pukul 10.30 siang dan Sabtu pukul 12.00 siang,

karena setelah melakukan pelayanan di Puskesmas, petugas juga harus melayani Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) sampai Puskesmas keliling di wilayah-wilayah operasionalnya. Sehingga pihak Puskesmas juga dituntut untuk menyelesaikan pelayanan kepada pasien, disisi lain harus memenuhi standar pelayanan untuk waktu pelayanan, memang berat. Tetapi Puskesmas memiliki dokter jaga untuk fasilitas rawat inap, sehingga ketika Puskesmas sudah harus tutup, pasien dapat berobat di bagian rawat inap.

Berdasarkan data dan hasil wawancara dapat dilihat bahwa standar pelayanan kesehatan dalam hal ini masalah ketepatan waktu masih belum maksimal, namun dari hasil pengamatan, petugas Puskesmas terlihat berusaha dengan keras untuk memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal. Walaupun masyarakat sering komplain untuk segera diberi pelayanan, petugas tidak serta merta meninggalkan pasien lain. Mereka tetap bertanggungjawab untuk menyelesaikan pelayanan. Konsistensi dari kinerja petugas tetap dipertahankan dan menjaga saling ketergantungan antara petugas dan pasien miskin agar kepercayaan dapat selalu terjaga. Disisi Puskesmas Sobo dituntut untuk memiliki kualitas pelayanan yang prima, salah satunya harus terjadi suatu kondisional, yakni pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas (Sinambela, 2006).

3) *Responsiveness.*

Sejalan dengan dasar teoritis pelayanan publik yang ideal menurut *New Public Service* dari Denhardt and Denhardt (2003:77) yaitu pelayanan publik yang

harus responsif terhadap berbagai kepentingan dan nilai-nilai publik yang ada.

Tugas Pemerintah Daerah dalam hal ini Puskesmas Sobo dalam melaksanakan pelayanan kesehatan adalah melakukan negosiasi dan mengolaborasi berbagai kepentingan masyarakat dan kelompok komunitas, hal ini mengandung pengertian bahwa karakter dan nilai yang terkandung dalam pelayanan publik tersebut harus berisi preferensi nilai-nilai yang ada di dalam masyarakat.

Responsiveness, yang ditandai dengan keinginan melayani konsumen dengan cepat (Sinambela, 2006:10), kecepatan tanggapan yang dilakukan oleh petugas terhadap keutuhan pengguna jasa, yang dalam hal ini adalah masyarakat yang membutuhkan pelayanan sebagaimana diatur dalam perundangan yang berlaku. *Responsiveness* juga berkaitan dengan tanggungjawab dari petugas pelayanan, yang meliputi pelayanan sesuai dengan urutan waktunya, menghubungi pelanggan secepatnya apabila terjadi sesuatu yang perlu segera diberitahukan. Kesederhanaan pelayanan merupakan salah satu tanggungjawab yang dimiliki oleh pihak penyelenggara pelayanan dalam hal ini Puskesmas Sobo.

Dimana pelayanan yang diberikan diselenggarakan dengan mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit dan dipahami oleh pasien. Hal ini mendukung pandangan

Denhardt and Denhardt tentang *New Public Service* (2003:46) bahwa birokrasi garis depan seharusnya memusatkan perhatiannya pada tanggungjawab melayani dan memberdayakan masyarakat dalam pelayanan publik.

Daya tanggap petugas nampak pada masalah yang muncul terutama adalah pada sistem rujukan. Pasien seringkali meminta rujukan ketika sudah berada di Rumah Sakit, padahal seharusnya sebelum pergi ke Rumah Sakit, pasien harus

terlebih dahulu di periksa di Puskesmas dan apabila Puskesmas tidak sanggup untuk menangani penyakit pasien, baru setelahnya dapat dirujuk. Rujukan adalah proses pelimpahan kewenangan pelayanan kepada sarana lain yang lebih berkompeten (Depkes RI, 2009:36). Dalam hal ini rujukan bisa dilakukan apabila penyakit pasien tidak dapat ditangani oleh pihak Puskesmas. Namun pihak Puskesmas juga tidak menampik bahwa seringkali pasien yang harus dibawa ke Rumah Sakit sudah dalam keadaan gawat sehingga pihak keluarga pasien juga panik dan langsung membawa ke Rumah Sakit tanpa ada rujukan. Pihak Puskesmas juga tidak memperumit rujukan ketika alasan pasien dalam keadaan gawat, mereka langsung memberikan rujukan kepada pasien yang bersangkutan.

Pihak petugas Puskesmas selalu berupaya untuk melaksanakan tugasnya sesuai dengan petunjuk yang ada. Mereka juga berusaha untuk selalu meningkatkan pelayanannya. Melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.

4) Assurance

Dalam hal ini petugas pelayanan harus memiliki jaminan yang mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya. Kemampuan atau kecakapan, dimana para petugas pelayanan harus menguasai keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan dalam melayani pelanggan. Keterampilan dan pengetahuan dalam hal ini sebagai jaminan bahwa petugas tersebut mampu melayani pelanggan serta memberikan rasa percaya kepada pelanggan atas pelayanan yang diberikan. Pelanggan akan merasa aman, tidak ada keragu-raguan dalam menerima pelayanan. Sesuai dengan LAN (2008:472) bahwa keamanan

yaitu usaha memberikan rasa aman dan bebas dari bahaya, resiko dan keraguan dimana jaminan keamanan yang diberikan dapat berupa keamanan fisik, finansial dan kepercayaan pada diri sendiri. Dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan yang rentan sekali terhadap resiko mengenai bahaya suatu penyakit serta dampak yang ditimbulkan.

Sebagaimana yang telah diungkapkan oleh dr. Liastutik bahwa pihak Puskesmas wajib menginformasikan mengenai penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan diterima oleh pasien serta kemungkinan penyulit yang akan timbul dari tindakan medis tersebut. Penyulit merupakan efek yang mungkin timbul akibat dari tindakan medis, sehingga pasien dapat merasa aman atas tindakan medis yang dilakukan. Hal ini sejalan dengan pemikiran *New Public Service* dari Denhardt and Denhardt (2003:53) dimana pasien dalam hal ini sebagai pihak yang dilayani dipandang sebagai *citizens* (warga negara), pelayanan yang diberikan oleh petugas harus dipertanggungjawabkan kepada pasien. Dalam teori *New Public Service* menyebutkan bahwa birokrat harus bertanggungjawab kepada *citizens* (warga negara) dalam hal ini pasien. Dengan menginformasikan penyakit yang diderita pasien serta kemungkinan penyulit yang akan timbul maka pasien merasa mendapat jaminan atas pelayanan serta menjadi tanggungjawab dari petugas atas pelayanan kepada setiap pasiennya. Pasien akan menilai bagaimana petugas akan memberikan penanganan medis terhadap penyakit yang dideritanya.

Petugas di Puskesmas Sobo terdiri dari 33 orang yang masing-masing memiliki keterampilan di bidangnya. Jika dilihat dari jumlah tenaga kerja di

Puskesmas Sobo khusus untuk tenaga medis terdapat 18 tenaga medis dan sisanya adalah staf Puskesmas. Jika di analisis dari pendidikan tenaga medis di Puskesmas Sobo telah memenuhi pengetahuan dan keterampilan di bidangnya. Dapat dilihat dari tingkat pendidikan terakhir yang semuanya dari pendidikan di bidang kesehatan. Hanya saja Puskesmas Sobo belum memiliki Dokter Spesialis serta Apoteker, selama ini masih asisten apoteker. Untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan, maka pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi berupaya untuk mengadakan pelatihan-pelatihan bagi petugas Puskesmas yang juga bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan para petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

5) *Emphaty*

Perhatian pada pelanggan dapat ditunjukkan dengan kedekatan petugas dengan pelanggan. Kedekatan dapat ditimbulkan dengan keramahan, kesabaran, perhatian, dan persahabatan. Jika melihat mengenai bahasa, berdasarkan hasil pengamatan selama penelitian, sebagian besar pasien miskin dengan kartu Jamkesmas menggunakan bahasa Jawa ketika berkomunikasi. Rata-rata yang menggunakan bahasa Jawa untuk mereka yang usianya sudah lanjut, tetapi untuk yang masih muda petugas menggunakan bahasa Indonesia. Hal ini sesuai dengan LAN (2008:472) bahwa komunikasi yang baik dengan pelanggan sangat dibutuhkan, dalam hal ini pelanggan berhak memperoleh informasi dari pemberi pelayanan dengan bahasa yang mereka mengerti. Sejalan dengan konsep *New*

Public Service dari Denhardt and Denhardt (2003:45) “*serve citizens, not customers*”.

Dengan komunikasi dengan bahasa yang dimengerti oleh pasien, hal ini dimaksudkan agar terjalin kedekatan dengan pasien serta kepercayaan. Menurut salah satu pasien Jamkesmas mengatakan bahwa sudah sering untuk melakukan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo, biasanya sekedar cek kesehatan rutin ataupun berobat ketika merasakan sakit. Beliau juga mengatakan bahwa petugas Puskesmas sering datang ke wilayah tempat tinggalnya untuk pelayanan Posyandu dan KB.

Peneliti mengamati ketika petugas Puskesmas Sobo memeriksa seorang pasien Jamkesmas, dan petugas tersebut menggunakan bahasa Jawa. Petugas menanyakan gejala penyakit, penyakit yang diderita setelah pemeriksaan sampai pantangan yang harus dihindari kepada pasien menggunakan bahasa Jawa.

Mengerti harapan pelanggan sesuai dengan LAN (2008:472) dapat dilakukan dengan berusaha mengerti apa saja yang dibutuhkan pelanggan. Mengerti apa yang diinginkan pelanggan sebenarnya tidaklah sukar. Dapat dimulai dengan mempelajari kebutuhan-kebutuhan khusus yang diinginkan pelanggan dan memberikan perhatian secara personal. Pendekatan secara personal dilakukan oleh petugas Puskesmas terutama pada pasien yang sudah berumur, walaupun begitu tidak berarti mengabaikan pasien yang lain. Tetapi pasien yang termasuk Lansia memang membutuhkan perhatian khusus.

b. Cakupan Masyarakat Miskin yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

Kemiskinan di definisikan sebagai standar hidup yang rendah, yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi dibandingkan dengan standar kehidupan

yang umum berlaku pada masyarakat yang bersangkutan. Ketakberdayaan penduduk miskin menurut Mubyarto dalam Murjana (2008:87), disebabkan mereka tidak memiliki aset sebagai sumber pendapatan juga karena struktur sosial ekonomi tidak membuka peluang orang miskin ke luar dari lingkungan kemiskinan yang tak berujung pangkal. Kemiskinan tidak lagi dipahami hanya sebatas ketidakmampuan ekonomi, tetapi juga kegagalan pemenuhan hak-hak dasar dan perbedaan perlakuan bagi seseorang atau sekelompok orang dalam menjalani kehidupan secara bermartabat (Murjana, 2008:87). Dari pendapat tersebut turut mendukung bahwa masyarakat miskin berhak atas hak-hak dasar seperti pelayanan kesehatan.

Menurut SK Menteri Kesehatan RI No. 125/Menkes/SK/II/2008, cakupan masyarakat yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Jamkesmas di Puskesmas Sobo, yaitu :

1. Keluarga tersebut untuk memenuhi kebutuhan makan sehari-hari berat atau makan sehari-hari 1 sampai dengan 2 kali sehari sehingga kondisi tidak layak gizi.
2. Luas lantai bangunan tempat tinggal <8 m²/orang.
3. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terluas dari tanah/bambu/kayu murahan.
4. Jenis dinding terluas dari bambu/rumbia/kayu yang berkualitas rendah/tembok tanpa plester.
5. Tidak punya WC sendiri.
6. Penerangan bukan listrik.

7. Air minum berasal dari sumur/mata air tak terlindung/sungai/hujan.

8. Bahan bakar memasak dari kayu/arang/minyak tanah.

9. Beli pakaian baru hanya 1 stel/tahun.

10. Jika sakit, tidak bisa bayar obat ke Puskesmas/Poliklinik.

11. Pekerjaan buruh dengan penghasilan rendah atau pendapatan

< Rp. 600.000/bulan.

12. Tidak mempunyai aset minimal Rp. 500.000 seperti :

- Sepeda motor;
- Ternak;
- Perhiasan;
- TV;
- Tabungan.

13. Bayi baru lahir dari keluarga miskin otomatis masuk dalam kepesertaan orang tua/janda. Dan selagi memiliki keluarga yang mapan tidak masuk dalam kepesertaan.

14. Kriteria tambahan pengguna SKTM untuk bisa masuk dalam kepesertaan Jamkesmas :

- Penderita penyakit kronis (gagal ginjal, kanker, sakit jiwa, kelainan darah, stroke, AIDS, TB Paru).
- Bukan dari keluarga yang mampu.
- Yang masuk kepesertaan hanya penderita penyakit tersebut, anggota yang lain tidak termasuk.

- Pendapatan sedikit di atas miskin (antara Rp 600.000,- sampai Rp 800.000,-).

Jika berbicara mengenai cakupan pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo melalui Jamkesmas, khusus bagi masyarakat miskin. Peningkatan cakupan jika dilihat dari jumlahnya saja tahun 2008-2011 kepesertaan meningkat yaitu dari tahun 2008 sebanyak 8.160 pasien, tahun 2009 sebanyak 10.332 pasien, tahun 2010 sebanyak 11.521 pasien dan pada tahun terakhir yaitu tahun 2011 yaitu sebanyak 13.260 pasien. Selain jumlah yang meningkat, pasien yang dilayani juga maksimal dengan adanya sarana dan prasarana yang menunjang pula. Dari hasil wawancara dengan petugas Puskesmas Sobo menyatakan bahwa peningkatan kualitas pelayanan pasti ada. Awalnya masyarakat yang tidak mampu belum mendapat pelayanan, namun sekarang sudah mendapatkan pelayanan kesehatan. Cakupan dalam program Jamkesmas ini sudah lumayan berjalan dengan lancar karena setiap tahun pasien Jamkesmas bertambah, ini berarti cakupan masyarakat miskin yang seharusnya memperoleh pelayanan Jamkesmas sudah mulai merata.

3. Kendala yang dihadapi dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan melalui Jamkesmas

Kendala-kendala yang dihadapi oleh Puskesmas Sobo dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal :

a. Kendala Faktor Internal

Kendala serta tantangan yang berasal dari internal adalah kendala yang berasal dari dalam organisasi institusi tersebut, kendala tersebut adalah :

1) Masalah SDM (Sumber Daya Manusia)

Manusia adalah unsur terpenting dalam keberhasilan suatu organisasi. Seperti yang diungkapkan oleh Susanto dalam Tangkilisan (2005:189) bahwa aset organisasi yang paling penting dan harus diperhatikan oleh manajemen adalah manusia (sumber daya manusia). Hal ini bermuara pada kenyataan bahwa manusia merupakan elemen yang selalu ada dalam setiap organisasi. Berdasarkan penelitian selama di Puskesmas Sobo yang berjumlah 33 orang ini tenaganya kurang mencukupi untuk pelayanan. Banyaknya pelayanan yang harus dilakukan oleh para tenaga medis dengan jumlah petugas yang kurang juga membuat pelayanan kurang maksimal. Menurut penuturan Bapak Hanipan diatas dapat digambarkan bahwa selama ini bahwa petugas medis yang jumlahnya hanya puluhan harus melayani pasien dari 7 Kelurahan yang ada. Tak hanya itu, petugas Puskesmas juga harus melayani Posyandu di Kelurahan-kelurahan setiap satu bulan sekali.

b. Kendala Faktor Eksternal

Kendala serta tantangan eksternal yang dihadapi oleh Puskesmas Sobo dalam pelaksanaan peningkatan pelayanannya yaitu dengan pasien miskin (masalah rujukan):

1) Dengan Pasien Miskin (dalam sistem rujukan)

Sistem rujukan selalu bermasalah. Masyarakat seringkali tidak paham alur administrasi pada sistem rujukan. Pasien yang meminta rujukan seringkali sudah dibawa ke Rumah Sakit terlebih dahulu baru meminta rujukan dari Puskesmas.

Secara tidak langsung ketika ada permasalahan dengan pasien dalam sistem

rujukan ini akan menghambat pelaksanaan pelayanan bagi pasien tersebut. Karena pelayanan yang seharusnya dilakukan kepada pasien tidak bisa dilakukan dengan segera.

Dari sini dapat dianalisis mengenai kesenjangan yang terjadi antara pihak Puskesmas dengan pasien berdasarkan “*Delivery Quality Service*” (Zeithaml, et al dalam LAN 2008:466) :

1. Kesenjangan antara komunikasi eksternal pada pelanggan (*Eksternal Communication to Customers*) dengan proses penyampaian pelayanan (*Service Delivery*). Penyebab kesenjangan ini adalah tidak adanya komunikasi horizontal dalam organisasi.
2. Kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan pelanggan (*Expected Service*) dengan pelayanan yang dirasakan oleh pelanggan (*Perceived Service*). Kesenjangan ini menunjukkan dan menggambarkan ukuran dari tingkat kepuasan masyarakat terhadap kinerja pelayanan organisasi.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pembahasan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Sobo lebih bersifat Kuratif (penyembuhan), Promotif (peningkatan), serta Preventif (pencegahan) karena memang untuk upaya tindakan medis diserahkan pada Puskesmas selaku UPT (Unit Pelaksana Teknis) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. Untuk Rehabilitatif (pemulihan) banyak dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, biasanya dalam bentuk penyuluhan dan sosialisasi.

Prosedur pemberian pelayanan kesehatan di Puskesmas Sobo sesuai dengan “Standar Pelayanan Publik Pelayanan Kesehatan” yang berlaku, dimana standar pelayanan publik merupakan salah satu upaya untuk mencapai kualitas pelayanan. Dalam hal ini harapan pelanggan mempunyai peranan yang sangat besar dalam menentukan kualitas barang dan jasa, karena pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan kualitas dan kepuasan pelanggan.

Mengenai prosedur alur pelayanan berdasarkan hasil pengamatan selama penelitian di Puskesmas Sobo, alur pelayanan di Puskesmas Sobo cukup sederhana dan mudah dipahami oleh pasien. Pasien dalam hal ini adalah pasien umum dan pasien Jamkesmas.

2. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas

Sobo melalui Jamkesmas dapat dilihat dari peningkatan kualitas yang berdasarkan 5 indikator yaitu *Tangibles*, *Reliability*, *Responsiveness*, *Assurance* serta *Emphaty*. Dari indikator *Tangibles* peningkatan kualitas ditunjukkan dengan fasilitas nyata pada Puskesmas Sobo yang dapat dirasakan oleh pasien umum dan pasien Jamkesmas. Tidak ada perbedaan penggunaan fasilitas antara pasien umum dan pasien Jamkesmas karena pelayanan publik berlandaskan teori demokrasi yang mengajarkan persamaan hak diantara warga negara.

Dari indikator *Reliability* merupakan keandalan yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, tepat waktu dan memuaskan. Berdasarkan data serta hasil wawancara dapat dilihat bahwa standar pelayanan kesehatan dalam hal ini masalah ketepatan waktu masih belum maksimal, namun dari hasil pengamatan, petugas Puskesmas terlihat berusaha keras untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan maksimal.

Responsiveness merupakan daya tanggap terhadap masalah yang muncul. Masalah yang seringkali muncul adalah dalam sistem rujukan. Pasien seringkali meminta rujukan ketika sudah berada di Rumah Sakit. Pihak Puskesmas juga tidak memperumit rujukan ketika alasan pasien dalam keadaan gawat, mereka langsung memberikan rujukan kepada pasien yang bersangkutan.

Assurance merupakan jaminan, keterampilan dan pengetahuan dalam hal ini sebagai jaminan bahwa petugas tersebut mampu melayani pelanggan serta memberikan rasa percaya kepada pelanggan atas pelayanan yang diberikan. Dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan yang rentan sekali terhadap resiko mengenai bahaya suatu penyakit serta dampak yang ditimbulkan. Pihak Puskesmas selalu menginformasikan mengenai penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan diterima oleh pasien serta kemungkinan penyulit yang akan timbul dari tindakan medis tersebut.

Empathy, perhatian pada pelanggan dapat ditunjukkan dengan kedekatan petugas dengan pelanggan. Kedekatan dapat ditimbulkan dengan keramahan, kesabaran, perhatian, dan persahabatan. Pendekatan secara personal dilakukan petugas Puskesmas terutama pada pasien yang sudah berumur, walaupun begitu tidak berarti mengabaikan pasien yang lain.

Tetapi pasien yang termasuk Lansia memang membutuhkan perhatian khusus.

Selain indikator kualitas pelayanan, peningkatan pelayanan kesehatan dapat dilihat dari cakupan masyarakat miskin yang mendapat pelayanan kesehatan. Peningkatan cakupan tidak hanya sekedar dari jumlahnya saja tetapi masyarakat yang terlayani juga maksimal dengan adanya sarana dan prasarana yang menunjang pula.

3. Kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan melalui Jamkesmas oleh Puskesmas Sobo dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Kendala faktor internal meliputi :

- a. Sumber Daya Manusia, hal ini bermuara pada kenyataan bahwa manusia merupakan elemen yang selalu ada dalam organisasi.

Berdasarkan penelitian selama di Puskesmas Sobo, petugas yang jumlahnya hanya 33 orang ini tenaganya kurang mencukupi untuk pelayanan.

- b. Kendala eksternal, yaitu kendala yang berasal dari lingkungan luar instansi atau organisasi. Kendala eksternal yang dihadapi oleh Puskesmas Sobo yaitu dengan pasien miskin, yaitu masalah rujukan.

B. SARAN

Dari uraian-uraian yang telah dipaparkan sebelumnya, saran yang disampaikan adalah sebagai berikut :

1. Sebaiknya dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, pihak Puskesmas ikut terlibat dalam upaya rehabilitative karena Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat.
2. Diharapkan pembinaan oleh Dinas Kesehatan dilakukan secara periodik dan berkesinambungan.
3. Dengan adanya program Jamkesmas ini diharapkan derajat kesehatan masyarakat miskin meningkat. Namun bukan berarti dengan adanya

program ini masyarakat menjadi tidak memperhatikan kesehatannya karena mereka menganggap bahwa jika sakit akan dijamin oleh Pemerintah. Masyarakat harus lebih menjaga kesehatannya, dengan memperhatikan lingkungan sekitar karena mencegah lebih baik daripada mengobati.

4. Aparat pelaksana pelayanan dalam hal ini diharapkan dapat memberikan pelayanan dengan melihat pasien dari sisi *New Public Service*. Dimana pasien dalam hal ini termasuk dalam *citizens* (warga negara) diposisikan sebagai pemilik Pemerintahan (*owners of government*) dan mampu bertindak secara bersama-sama mencapai sesuatu yang lebih baik. Perspektif *New Public Service* menghendaki peran administrator publik untuk melibatkan masyarakat dalam Pemerintahan dan bertugas untuk melayani masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Buku :

Alwasillah, Haedar. 2002. *Pokoknya Kualitatif (Dasar-dasar Merancang dan Melakukan Penelitian Kualitatif)*. Jakarta: Pustaka Jaya.

Azwar, Azrul. 1996. *Menuju Pelayanan Kesehatan Yang Lebih Bermutu*. Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI.

Denhardt JV and Denhardt RB. 2003. *The New Public Service: Serving, not Steering*. Armonk. Etc.,: ME Sharpe.

Departemen Kesehatan RI. 2005. *Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit yang dijamin Pemerintah*. Jakarta: Depkes RI.

Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS 2008*. Jakarta: Depkes RI.

Departemen Kesehatan RI. 2009. *Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS 2009*. Jakarta: Depkes RI.

Darmayanthi, Wiwin. 2008. *Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Masyarakat*. Malang: Skripsi FIA UB.

Effendi, Nasrul. 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Kartasasmita, Ginanjar. 1997. *Kemiskinan*. Jakarta: Balai Pustaka.

Kotler, Philip. 1996. *Manajemen Pemasaran, Analisis Dan Perencanaan Implementasi Pengendalian*. Terjemahan Hendro Teguh Dan Donny Antonius Rusli Jilid I. Jakarta: Prehallindo.

LAN. 2008. *Manajemen Pemerintahan Daerah*. Jakarta: PKKOD LAN.

Lukman, Sampara. 2000. *Manajemen Kualitas Pelayanan*. Jakarta: STIA LAN Pers.

Miles, Matthew B dan Michael A. H. 1992. *Analisi Data Kualitatif*. Jakarta: UI Press.

Moenir, H.A.S. 2001. *Manajemen Pelayanan Umum Di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.

Muh, Ali. 1997. *Kamus Lengkap Bahasa Indonesia Modern*. Jakarta: Balai Pustaka.

Munjaya, Gde. 1999. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Sinambela, L.P. 1992. *Ilmu Dan Budaya, Perkembangan Ilmu Administrasi Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.

Sinambela, Lijan Poltak, Dkk. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.

Tangkilisan, Hessel. 2005. *Manajemen Publik*. Jakarta: Grasindo.

Tjiptono, Fandi. 1996. *Manajemen Jasa* Edisi I. Yogyakarta: Andi Offset.

Wojowasito, S. 1995. *Kamus Bahasa Indonesia*. Malang: CV Pengarang.

Buku Pedoman :

Petunjuk Teknis Jamkesmas Tahun 2008.

Petunjuk Teknis Departemen Kesehatan RI Tahun 2009.

Profil Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi Tahun 2012.

Tugas Pokok Fungsi Pegawai Puskesmas Tahun 2011.

Peraturan Perundang-Undangan :

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1241/Menkes/XI/2004.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 125/Menkes/SK/II/2008.

Perda Bupati Nomor 16 Tahun 2002.

UU No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah.

UU No. 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.

UU No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.

UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Jurnal :

Jean Macq, et al. 2001. *Managing Health Service in Developing Countries*.

Yasa, Murjana. 2008. *Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Partisipasi Masyarakat di Provinsi Bali*. Jurnal Ekonomi dan Sosial.

Internet :

Aziz. 2008. "Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan", diakses pada tanggal 19 Maret 2012 dari www.google.com.

“Indeks Kepuasan Masyarakat”, diakses pada tanggal 13 Maret 2012 dari www.google.com.

“Istilah Puskesmas”, diakses pada tanggal 16 Maret 2012 dari www.wordpress.com.

Maulana Adrian S. “Konsep Dasar Puskesmas”, diakses pada tanggal 19 Maret 2012 dari www.google.com.

“Puskesmas”, diakses pada tanggal 16 Maret 2012 dari www.kesehatan-masyarakat.com.

Rusli, Budiman. Indikator Pelayanan Publik, diakses pada tanggal 13 Maret 2012 dari www.pikiran-rakyat.com.

Suparyanto, dr., M.Kes. “Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Pada Puskesmas”, diakses pada tanggal 19 Maret 2012 dari dinkesjombang@yahoo.com.



Lampiran 1

PEDOMAN WAWANCARA

Pedoman wawancara dengan Kepala Puskesmas Sobo Banyuwangi :

1. Mulai sejak kapan Puskesmas Sobo melaksanakan program Jamkesmas?
2. Puskesmas Sobo dalam melaksanakan pelayanan kesehatan meliputi daerah mana saja?
3. Siapa penanggung jawab Jamkesmas di Puskesmas Sobo ini?
4. Apa ada perbedaan pelayanan untuk pasien umum dan Jamkesmas?
5. Apa ada perbedaan sebelum dan sesudah pelaksanaan Jamkesmas ini di laksanakan?
6. Apa saja masalah yang timbul dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas ini?
7. Bagaimana cara Puskesmas menentukan masyarakat miskin yang berhak masuk dalam kepesertaan Jamkesmas?
8. Fasilitas gratis apa saja yang diperoleh oleh peserta Jamkesmas?
9. Bagaimanakah manajemen Jamkesmas yang ada di Puskesmas Sobo ini?
10. Apa saja ruang lingkup program Jamkesmas yang ada di Puskesmas Sobo ini?

Pedoman wawancara dengan pegawai Unit-unit Puskesmas Sobo Banyuwangi :

1. Apa ada permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dalam program Jamkesmas?

2. Apa ada peningkatan kualitas pelayanan setelah ada program Jamkesmas ini?
3. Apakah pihak Puskesmas tidak ingin menambah tenaga medis lagi?
4. Apa saja standar pelayanan publik pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Sobo?

Pedoman wawancara dengan pasien Jamkesmas :

1. Bagaimana anda tahu ada kartu Jamkesmas yang bisa digunakan untuk berobat gratis di Puskesmas ini?
2. Apakah anda mendapatkan kemudahan dalam menggunakan kartu ini?
3. Apakah anda sudah merasa mendapatkan pelayanan yang maksimal?
4. Apakah anda mendapatkan kartu ini dengan prosedur yang cukup rumit atau mudah?
5. Apakah anda sudah memahami alur pelayanan kesehatan bagi pasien Jamkesmas?
6. Menurut anda, apakah sarana dan prasarana di Puskesmas ini sudah cukup lengkap?



**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan KH.Agus Salim No 109 Telp.0333 – 425119

B A N Y U W A N G I 68425

Banyuwangi, 24 Mei 2012

Nomor : 072/418/REKOM/429.204/2012
Lampiran :
Perihal : Rekomendasi Izin Penelitian

Kepada Yth.
1. Kepala Dinas Kesehatan
2. Kepala Puskesmas Sobo
Kabupaten Banyuwangi
di-

B A N Y U W A N G I

Menunjuk Surat : Dekan Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya Malang
Tanggal : 16 Mei 2012
Nomor : 4836/UN10.3/PG/2012
Bersama ini diberitahukan
Nama : **INDY PRATIWI**
NIM : **0810313105**
Bermaksud melaksanakan penelitian:
Judul : Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat
miskin melalui JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat)
(Studi pada Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi Banyuwangi)
Tempat : Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi Banyuwangi
Waktu : 24 Mei s.d. 24 Juni 2012

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat,data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan kepada peserta:

1. Wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di Instansi setempat.
2. Melaporkan hasil Penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian harap menjadi maklum.

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN BANYUWANGI
Kepala Bidang Bina Ideologi, Pembauran dan
Wawasan Kebangsaan

Drs. SUKIMIN
Pembina Tingkat I
NIP. 19561025 198003 1 011

Tembusan :
Kepada Yth.
Sdr. Dekan Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya Malang



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

Jalan, MT. Haryono 163, Malang 65145, Jawa Timur, Indonesia

Telp. +62-341-553737, 568914, 558226 Fax. +62-341-558227

E-mail: fia@ub.ac.id website: <http://fia.ub.ac.id>

Program studi: • Sarjana: - Ilmu Administrasi Publik – Administrasi Pemerintahan – Perencanaan Pembangunan – Ilmu Perpustakaan
- Ilmu Administrasi Bisnis – Perpajakan – Bisnis internasional – Hospitality dan Pariwisata
• Magister Ilmu Administrasi Publik – Ilmu Administrasi Bisnis • Doktor Ilmu Administrasi

Nomor : 4876 /UN.10.3/PG/2012

Lampiran : -

Hal : Riset

Kepada : Yth. Kepala Puskesmas Sobo

Kabupaten Banyuwangi

Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang memohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu/Saudara untuk memberikan kesempatan melakukan riset atau survey bagi mahasiswa :

Nama : Indy Pratiwi

Alamat : Jl. Ikan Cumi-Cumi no. 06 Sobo Banyuwangi

NIM : 0810313105

Jurusan : Ilmu Administrasi Publik

Konsentrasi : -

Tema : Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Melalui JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat) (Studi Pada Puskesmas Sobo Kabupaten Banyuwangi)

Lamanya : 1 (satu) bulan

Peserta : 1 (satu) orang

Demikian atas bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu /Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Malang, 16 Mei 2012

An. Dekan

Ketua Jurusan Administrasi Publik

Elb. Sekretaris

Drs. Minto Hadi, M.Si

NIP. 19540127 198103 1 003



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS SOBO
Jl. Adi Sucipto 137, Telp (0333) 421779 / 085236654777
BANYUWANGI

Banyuwangi , 2 Juni 2012

Nomor : 445 / 84 / 429.114.08 / 2012
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi Ijin Penelitian**

Kepada
Yth. Sdr Dekan Fakultas Ilmu
Administrasi Universitas Brawijaya
Malang

Di -

MALANG

Menunjuk surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 25 Mei 2012 nomor : 072/418/REKOM/429.204/2012 perihal rekomendasi ijin Penelitian maka dengan ini disampaikan dengan hormat bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan di Puskesmas Sobo Kecamatan Banyuwangi dijadikan penelitian di atas :

Nama : INDY PRATIWI
NIM : 0810313105
Prodi : S1 Ilmu Administrasi
Proposal Penelitian : Upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat miskin melalui JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat) di Puskesmas Sobo Banyuwangi tahun 2012.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Kepala UPTD Puskesmas
Sobo



HANIPAN SKM MKes
NIP. 19730421 200212 1 005