



PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN MELALUI JAMKESMAS DI KABUPATEN BULELENG

(Studi Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng)

SKRIPSI

Diajukan untuk menempuh ujian sarjana

pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

REZZA FAHLEVY SYAIFULLAH PUTRA

NIM. 0810313136



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK

MALANG

2015



KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang turut membantu penulis menyelesaikan skripsi yang berjudul **"Pelayanan Kesehatan Bagi**

Masyarakat Miskin Melalui JAMKESMAS Di Kabupaten Buleleng (Studi Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng)". Skripsi ini diajukan

sebagai tugas akhir untuk memenuhi syarat mendapat gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Dalam penulisannya, penulis tidak akan sanggup menyelesaikan skripsi ini tanpa ada bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih sebanyak-banyaknya kepada yang terhormat

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Mohammad Bisri, MS, selaku rektor Universitas Brawijaya.
2. Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi.
3. Bapak Prof. Dr. Choirul Saleh, M.Si selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Publik.
4. Ibu Dr. Siti Rochmah, M.Si selaku Ketua Prodi Ilmu Administrasi Pemerintahan.
5. Bapak Drs. Abdul Wahid, M.AP selaku Dosen Pembimbing II yang telah sabar membantu serta membimbing saya, terimakasih juga telah menjadi motivator serta bapak kedua saya setelah orang tua saya, yang telah membantu saya dalam penulisan skripsi ini.



6. Bapak Dr. Wiartana selaku Kepala Rumah Sakit Daerah Kabupaten Buleleng, Bali.

7. Sodara Dokter Agus Dharma Putra dan Sodari Ririn Handayani yang telah berkenan menjadi narasumber.

8. Keluarga Besar Mahasiswa Ilmu Administrasi Publik yang saling mendukung satu sama lain.

9. Semua pihak yang sudah banyak membantu baik semangat dan doa, secara langsung maupun tidak langsung yang tidak bisa saya sebut satu persatu. Terimakasih sebesar-besarnya.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, baik dalam teknik penyajian materi maupun pembahasan. Semoga karya tulis ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, Februari 2015

Penulis,

RINGKASAN

Rezza Fahlevy Syaifullah Putra, 2015, Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Melalui JAMKESMAS Di Kabupaten Buleleng (Studi Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng). Ketua Komisi Pembimbing: Dr. Siti Rochmah, M.Si dan Anggota Komisi Pembimbing: Drs. Abdul Wahid, M.AP. 123 Halaman + X

Pelayanan kesehatan masuk pada ranah kajian administrasi publik. Pada praktiknya baik pelayanan kesehatan dan administrasi publik itu sendiri sama-sama terfokus pada urusan publik. Jika diambil satu urusan publik yang ada saat ini masih menjadi kajian baik akademisi maupun praktisi adalah kesehatan masyarakat yang sebagian besar terkatagori pada masyarakat kurang mampu (miskin). Di tengah masyarakat pelayanan kesehatan dirasa masih terpaku pada mekanisme pelayanan yang seakan mengenyampingkan masyarakat sebagai penerima layanan. Pada praktiknya, banyak ditemukan kesenjangan (*gap*) antara harapan masyarakat miskin dan pelayanan kesehatan itu sendiri, sehingga perlu dilakukan kajian. Namun, kajian tentang pelayanan kesehatan sendiri masih sangat minim sehubungan dengan penanganan dan keinginan masyarakat miskin untuk merasakan pelayanan kesehatan yang setara dengan masyarakat lain. Penelitian ini melihat hal tersebut dengan berbagai faktor seperti waktu pelayanan yang lama, prosedur yang sangat panjang, kemampuan tenaga pelayanan, sarana-prasarana yang kurang dan biaya yang relatif tidak sedikit. Guna membahas permasalahan tersebut, penelitian ini membutuhkan bantuan teori tentang administrasi publik, pelayanan publik dan pelayanan kesehatan, ukuran dan standarisasi pelayanan kesehatan serta teori tentang kemiskinan seperti ruang lingkup kajian administrasi publik itu sendiri. Guna menunjang penelitian ini diambil sebuah metode penelitian, yaitu metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang menggunakan metode analisis data milik Miles dan Huberman.

Penelitian ini menghasilkan sebuah pemahaman penting tentang pelayanan kesehatan di daerah Bali Utara, yaitu di RSUD Kabupaten Buleleng. Pelayanan kesehatan yang dilakukan RSUD Kabupaten Buleleng melalui layanan JAMKESMAS dapat dikatakan telah memenuhi standarisasi pelayanan publik yaitu: prosedur pelayanan, waktu pelayanan, biaya pelayanan, sarana dan prasarana pelayanan serta kompetensi tenaga pelayanan. Meskipun demikian, masih terdapat kekurangan berupa fasilitas peralatan medis spesialis. Kelemahan yang juga menjadi penghambat pelayanan kesehatan tersebut juga berasal dari kurangnya jumlah dokter spesialis dan tenaga keperawatan. Namun, guna pemenuhan harapan masyarakat tersebut, RSUD Kabupaten Buleleng mengambil sikap merujuk pasien pada rumah sakit daerah dengan fasilitas yang dibutuhkan pasien. Sehingga, masyarakat tidak merasa diterlantarkan dan tidak mendapat pelayanan yang maksimal.



Dengan demikian, mengacu pada permasalahan umum kesenjangan (gap) antara harapan masyarakat miskin dan pelayanan kesehatan, seyogyanya pelayanan kesehatan lain dan pemerintah baik pusat maupun daerah dapat mencontoh pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng. Dimana pandangan ini mengacu pada prinsip atau unsur pelayanan kesehatan yang ada telah memenuhi harapan masyarakat miskin.

SUMMARY

Rezza Fahlevy Syaifullah Putra, 2015, Health Care for the Poor Through JAMKESMAS In Buleleng (Studies in the General Hospital of Buleleng).

Supervisor : Dr. Siti Rochmah, M.Si and Drs. Abdul Wahid, M.AP.

123 Pages + X

Health service entered to the public administration studies. In practice both of health care and public administration equally focused on public affairs. Taken from public affairs study of academics and practitioners public health are largely focused on the poor people. health care problems it is still focused on the mechanisms of public service which seemed to rule out the the people as a recipient of services. the poor being the only part that is necessary to get the same special place with a rich community. In practice, many find the gaps (gap) between the expectations of the poor and the health service itself, so it needs to be examined. However, studies on the health service itself is still very low in relation to the handling the poor people's desire to feel the ministry of health which is equivalent to other communities.

The research looked at it with a variety of factors such as long service time, a very long procedure, the ability of service personnel, infrastructure less and costs relatively little. To discuss these issues, this study needs help theory of public administration, public services and health care, the size and standardization of health services as well as the theory of poverty such as the fields of public administration itself. To support this research is taken a method of research, namely the descriptive research method with qualitative approach that uses data analysis method belongs to Miles and Huberman.

This research resulted in an important insight into health services in North Bali, namely in hospitals district, Buleleng. Hospital medical services performed Buleleng through JAMKESMAS service can be said to have met the standardization of public services, namely: service procedures, service time, the cost of services, facilities and infrastructure services and competence of service. Nevertheless, there is still a shortage of facilities in the form of specialist medical equipment. The weakness is also a barrier to health care is also derived from the shortage of specialists and nursing staff. However, in order to meet the expectations of the community, hospitals Buleleng take a position to refer patients to the hospital area with the necessary facilities patient. Thus, people do not feel ignore and not getting maximum service.

Thus, referring to the general problem of the gap between the expectations of the poor and health services, another health services, central and local governments can adopt health services in hospitals Buleleng. Where this view refers to the principle or element of the health service has met the expectations of the poor.

**DAFTAR ISI**

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
RINGKASAN	iii
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
E. Sistematika Pembahasan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Administrasi Publik	
1. Pengertian Administrasi	10
2. Pengertian Administrasi Publik	11
B. Pelayanan Publik	
1. Pengertian Pelayanan Publik	13
2. Asas-Asas Pelayanan Publik	17
3. Jenis-Jenis Pelayanan Publik	19
4. Kualitas Pelayanan Publik	23
5. Standart dan Ukuran Keberhasilan Pelayanan	28
C. Pelayanan Kesehatan	
1. Pengertian Pelayanan Kesehatan	30
2. Mutu Pelayanan Kesehatan	34
D. Kemiskinan	
1. Pengertian Kemiskinan	38
2. Macam-Macam Kemiskinan	39
E. JAMKESMAS	
1. Pengertian Jamkesmas	44
2. Bentuk – bentuk Jamkesmas	45
3. Sasaran	45
4. Prasyarat	46
5. Justifikasi	47
6. Cara Klaim	48

**BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis Penelitian.....	50
B. Fokus Penelitian.....	51
C. Lokasi dan Situs Penelitian.....	53
D. Sumber Data Penelitian.....	53
E. Teknik Pengumpulan Data.....	54
F. Instrumen Penelitian.....	56
G. Metode Analisis	57

BAB IV PENYAJIAN DATA DAN PEMBAHASAN

A. Penyajian Data	
1. Gambaran Umum	
a. Gambaran Umum Rumah Sakit Kabupaten Buleleng	60
b. Pelayanan Kesehatan JAMKESMAS RSUD Kabupaten Buleleng	66
1) Prosedur Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	67
2) Waktu Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	70
3) Biaya Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	72
4) Sarana dan Perasarana Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	75
5) Kompetensi Petugas RSUD Kabupaten Buleleng	78
c. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	82
1. Faktor Pendukung Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	83
a) Faktor Internal	83
b) Faktor Eksternal	84
2. Faktor Penghambat Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	85
a) Faktor Internal	85
b) Faktor Eksternal	87
B. Pembahasan	
1. Pelayanan Kesehatan JAMKESMAS RSUD Kabupaten Buleleng	89
a. Prosedur Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	91
b. Waktu Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	95
c. Biaya Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng	97
d. Sarana dan Perasarana Kesehatan RSUD Kabupaten	



Buleleng	101
e. Kompetensi Petugas RSUD Kabupaten Buleleng	102
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelayanan Kesehatan Di RSUD Kabupaten Buleleng	104
a. Faktor Pendukung Pelayanan Kesehatan JAMKESMAS Di RSUD Kabupaten Buleleng	105
1) Faktor Internal	105
2) Faktor Eksternal	111
b. Faktor Penghambat Pelayanan Kesehatan JAMKESMAS Di RSUD Kabupaten Buleleng	114
1) Faktor Internal	114
2) Faktor Eksternal	116
BAB IV PENUTUP	
A. Kesimpulan	118
B. Saran	121
DAFTAR PUSTAKA	124



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan publik memiliki peranan yang sangat penting dalam kehidupan bernegara. Pemerintah memiliki fungsi memberikan berbagai pelayanan publik yang diperlukan oleh masyarakat, mulai dari pelayanan dalam bentuk pengaturan atau pun pelayanan-pelayanan lain dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat baik dalam bidang pendidikan, kesehatan, utilitas dan lainnya. Seperti halnya disebutkan dalam Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang pelayanan publik sebagai berikut : segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan, yang dimaksud dengan penyelenggara pelayanan publik tersebut adalah instansi pemerintah.

Seperti yang telah diamanatkan dalam UUD 1945 hasil amandemen, dalam pasal 28 H ayat (1) secara tegas menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan hak setiap warga negara dan hal ini menjadi kewajiban pemerintah untuk merealisasikannya. Pelayanan merupakan tugas utama yang hakiki dari



Repository Universitas Brawijaya 2

sosok aparatur, sebagai abdi negara dan abdi masyarakat (Men PAN, 2004 : 5).

Dalam rangka mencapai tujuan negara tersebut diselenggarakan pembangunan nasional di semua bidang kehidupan yang berkesinambungan yang merupakan salah satu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah.

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal dan menyeluruh.

Seiring dengan semakin tingginya tingkat pendidikan, ilmu pengetahuan, pesatnya teknologi kedokteran serta kondisi sosial ekonomi masyarakat, kesadaran tentang pentingnya kesehatan dalam masyarakat semakin meningkat pula. Hal ini mengakibatkan kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas menjadi salah satu kebutuhan dasar, dimana pelayanan jasa kesehatan yang berkualitas sangat diharapkan oleh masyarakat.

Dalam proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan, masih banyak dijumpai kekurangan sehingga jika dilihat dari segi kualitas masih jauh dari yang diharapkan masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan masih banyak anggota masyarakat yang mengeluh dan merasa tidak puas dengan kualitas pelayanan kesehatan melalui media massa.

Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin. Masyarakat miskin sering kali tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dikarenakan proses birokrasi yang masih terlalu kaku. Sedangkan dalam konstitusi



negara dan Undang-Undang No 40/2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional mengamanatkan untuk memberikan perlindungan bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya dijamin oleh Pemerintah. Aturan yang telah ditetapkan sering kali tidak sesuai dengan kenyataan di lapangan. Hambatan utama pelayanan kesehatan masyarakat miskin utamanya adalah masalah akses terhadap pelayanan kesehatan. Hambatan terhadap akses tersebut dikarenakan faktor pembayaran kesehatan dan transportasi.

Banyak faktor yang menyebabkan peningkatan biaya kesehatan, di antaranya perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan, dan subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya program jaring pengaman sosial bidang kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2001, program dampak pengurangan subsidi energy (PDPSE) tahun 2001 dan program kompensasi pengurangan subsidi bahan bakar minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Pada akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 November 2004 menugaskan PT. ASKES (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kebijakan ini merupakan perubahan jaminan kesehatan sosial yang dikenal dengan program Jaminan Pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (ASKESKIN), (Sumber : Petunjuk Teknis 2007).



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

Upaya pelaksanaan Jamkesmas merupakan perwujudan pemenuhan hak rakyat atas kesehatan dan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Mulai per 3 maret 2008 program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (JPKMM) yang biasa disebut ASKESKIN diubah namanya menjadi jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS) dengan tidak mengubah jumlah sasaran. Program ini bertujuan untuk memberi akses terhadap pelayanan kesehatan kepada masyarakat sangat miskin, miskin dan mendekati miskin berjumlah 76.4 juta jiwa. Dengan demikian, derajat kesehatan masyarakat sangat miskin, miskin dan mendekati miskin dapat meningkat dan secara tidak langsung dapat meningkatkan kualitas dan produktivitas sumber daya manusia Indonesia.

Adanya pertimbangan untuk perubahan dari ASKESKIN ke JAMKESMAS yaitu 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 verifikasi 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. Program Jamkesmas ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh bagi penduduk Indonesia, yang saat ini dimulai dengan sasaran pada masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin menjadi tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Diharapkan masing-masing pihak memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Seiring perjalanan waktu masih ada kejanggalan terhadap masyarakat pengguna JAMKESMAS dimana kejanggalan tersebut dapat terlihat dari masih banyaknya masyarakat pengguna JAMKESMAS yang lebih memilih PUSKESMAS daripada rumah sakit. Hal ini terlihat di beberapa puskesmas yang ada di Kabupaten Buleleng (Bali Post, 2012). Masyarakat miskin akan lebih cenderung memeriksakan kesehatannya ke puskesmas karena alasan biaya lebih murah, namun jika pelayanan kesehatan di puskesmas pun belum memadai, hak atas pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin masih sangat kurang

diperhatikan. Pelayanan kesehatan di rumah sakit pun tak jauh berbeda. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terjangkau dan terjamin untuk masyarakat miskin sering terkendala oleh birokrasi yang kaku. Pada kenyataannya aturan yang telah ditetapkan sering kali tidak sesuai dengan kenyataan di lapangan.

Seperti halnya pelayanan di rumah sakit umum Kabupaten Buleleng. Bahwa ternyata masih ada permasalahan yaitu masih ada masyarakat miskin yang dirugikan pada saat menggunakan pelayanan JAMKESMAS. Hal ini berdasarkan data yang ditemukan peneliti yaitu keluhan dari bapak Pasek Sujana dimana keluhan tersebut sebagai berikut

“seperti menantu saya yang mau opname di RSUD Buleleng, namun oleh petugas dibidang tidak ada kamar karena pasien menggunakan JAMKESMAS. Tapi petugas bisa menyediakan kamar jika pasien mau membayar Rp. 350 Ribu. Tolong kepada Wakil Bupati Buleleng yang juga seorang dokter agar membenahi mental para petugas di RSUD Buleleng agar tidak bersikap seperti itu lagi. Demikian juga soal pengadaan obat di RSUD Buleleng yang dikeluhkan oleh masyarakat khususnya bagi pasien yang menggunakan Jaminan Kesehatan Bali Mandala JKBM atau Jamkesmas ” (Pasek Sujana, Bantang Banua Buleleng : Bali Post, 09 April 2013)

Melihat harapan yang diperlihatkan oleh Peraturan Pemerintah pusat maupun daerah tentang jaminan kesehatan masyarakat, prinsip Jamkesmas, persoalan birokrasi yang sepertinya sulit, dan kenyataan yang ada maka dibutuhkan sebuah kejelasan terkait hal ini. Oleh sebab itu, peneliti melakukan penelitian terkait dengan Jamkesmas yang diterapkan oleh RSUD Kabupaten Buleleng. Oleh karenanya nanti, diharapkan permasalahan ini mendapat penejelasan serta penyelesaian yang bermanfaat tidak hanya bagi keberlangsungan pelayanan namun juga bagi kesehatan masyarakat. Sebab itu peneliti mengambil judul



“Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Melalui Jamkesmas Di Kabupaten Buleleng”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah dikemukakan di atas, maka peneliti ingin mengetahui bagaimana pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin yang ada di Kabupaten Buleleng. Oleh karena itu peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimanakah Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin melalui JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Buleleng ?
2. Apakah faktor pendukung dan faktor penghambat pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui JAMKESMAS di Kabupaten Buleleng?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah dipaparkan sebelumnya, maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui dan mendeskripsikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin melalui JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Buleleng.
2. Untuk mengetahui faktor pendukung dan faktor penghambat pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng.



D. Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan akan memberikan suatu kontribusi bagi beberapa pihak antara lain :

1. Kontribusi Akademis

a. Sebagai salah satu bahan kajian dalam studi administrasi publik terutama dalam pengembangan khasanah pelayanan kesehatan di daerah sebagai bagian dari administrasi publik.

b. Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi referensi, tambahan wawasan dan memberikan informasi bagi peneliti berikutnya yang ingin mengkonsentrasikan dirinya pada kajian pelayanan publik.

2. Kontribusi Praktis

a. Bagi peneliti sebagai wahana dalam peningkatan pengetahuan dan kreatifitas berpikir dalam menganalisa keadaan pelayanan di rumah sakit yang disesuaikan dengan teori-teori yang telah diterima dan dipelajari pada perkuliahan.

b. Bagi RSUD Kabupaten Buleleng, penelitian ini dapat memberikan informasi dan rujukan perubahan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa membedakan strata sosial. Sehingga pelayanan dalam RSUD Kabupaten Buleleng dapat meningkatkan pelayanan kesehatannya dalam tataran standarisasi pelayanan dengan melihat kelemahan dan kekuatan yang dapat dimaksimalkan kearah yang lebih baik.



E. Sistematika Penulisan

Agar mendapatkan gambaran yang lebih jelas dan terperinci mengenai isi dari penelitian ini, maka penulis akan menguraikan secara singkat dalam sistematika penulisan. Secara garis besar, uraian dari sistematika penulisan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

BAB I : Pendahuluan

Dalam bab ini diuraikan pembahasan yang masih bersifat umum yang meliputi latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian, kontribusi penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB II : Kajian Pustaka

Dalam bab ini berisi teori-teori yang berkaitan dengan penulisan skripsi yang nantinya digunakan untuk melandasi pemikiran dalam pembahasan masalah dari penelitian yang dilakukan.

BAB III : Metode Penelitian

Bab ini menjelaskan mencakup materi yang terdiri dari jenis penelitian, fokus penelitian, lokasi penelitian dan situs penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, instrument penelitian dan analisis data.

BAB IV: Pembahasan

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan pembahasan, yang mencakup penyajian data baik tentang tinjauan umum lokasi penelitian mengenai sejarah singkat, struktur organisasi, tugas



pokok dan fungsi serta jumlah pegawai. Selanjutnya menyajikan data fokus penelitian dan interpretasi data fokus penelitian.

BAB V: Penutup

Pada bab ini peneliti akan menyimpulkan hasil penelitiannya khususnya yang berasal dari data fokus penelitian, serta memberikan saran-saran yang dapat digunakan sebagai alternatif bagi keberlangsungan Pelayanan Kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Publik

1. Pengertian Administrasi

Pengertian administrasi dapat disusun dari beberapa sudut pandang, yaitu proses, instrumen dan wilayah penerapannya. Sebagai proses administrasi adalah kegiatan yang harus dijalani untuk mencapai tujuan kelompok artinya rutinitas administrasi harus dijalani oleh semua pihak yang memiliki tujuan bersama. Dari sudut pandang instrumen, maka administrasi dapat didefinisikan sebagai organisasi dan menejemen untuk mencapai tujuan bersama dengan alokasi sumber daya yang efisien. Sedangkan dari sisi wilayah aplikasi, administrasi dapat dibedakan menjadi administrasi niaga dan administrasi negara publik. Menurut Siagian (2003:2) bahwa administrasi adalah keseluruhan proses kerjasama antara dua orang manusia atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Pengertian lainnya tentang administrasi adalah sebagai arahan, pemerintahan, kegiatan, implementasi, kegiatan pengarahan, penciptaan prinsip-prinsip implementasi kebijakan publik, kegiatan analisis, menyeimbangkan dan mempresentasikan keputusan, pertimbangan-pertimbangan kebijakan, sebagai pekerjaan individual dan kelompok dalam menghasilkan barang dan jasa publik dan sebagai arena bidang kerja akademik dan teoritik (Pasolong, 2007:56).



Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa administrasi adalah suatu proses perencanaan yang berkelanjutan demi mencapai tujuan bersama atas dasar efisien, efektif dan rasional. Definisi di atas juga menempatkan administrasi sebagai pintu kajian mengenai perencanaan, pengimplementasian, dan pengevaluasian kebijakan publik; administrasi pembangunan; pelayanan publik; dan *good governance*. Sehingga perlu diberikan sebuah bingkai agar administrasi lebih mempertegas kedudukannya pada bidang yang dinaunginya terutama dalam urusan publik (*public affairs*).

2. Pengertian Administrasi Publik

Administrasi publik dan pelayanan publik memiliki keterkaitan yang sangat erat. Dapat dikatakan bahwa administrasi publik adalah pengadministrasian pelayanan publik. Pengertian ini sangat cocok dengan pandangan Pasolong (2007:8) yang mendefinisikan administrasi publik adalah kerjasama yang dilakukan oleh sekelompok orang atau lembaga dalam melaksanakan tugas-tugas pemerintahan dalam memenuhi kebutuhan publik secara efisien dan efektif. Menurut Caiden dalam Mindarti (2007:3-4) administrasi publik merupakan :

“Seluruh kegiatan administrasi untuk segenap urusan publik (*administration for the public affairs*). Nigro dan Nigro dalam buku *Revolusi Administrasi Publik*, mendefinisikan administrasi publik sebagai apa yang dilakukan oleh pemerintah dalam memecahkan masalah-masalah kemasyarakatan, terutama lembaga eksekutifnya”.

Berdasarkan uraian di atas administrasi publik dapat diartikan sebagai seluruh kegiatan yang dilakukan pemerintah berkaitan dengan urusan publik untuk menyelesaikan masalah-masalah publik melalui perbaikan-perbaikan yang berarti.

Mengutip pandangan Waldo dalam Kartasasmita (2003:1) yang menyatakan bahwa administrasi publik adalah species dari genus administrasi, dan administrasi itu sendiri berada dalam keluarga kegiatan kerjasama antar manusia. Sehingga Waldo dalam Kartasasmita (2003:1) mengemukakan perbedaan administrasi dengan kegiatan kerjasama antar manusia lainnya adalah pada derajat rasionalitasnya yang tinggi. Hal ini terbukti pada perkembangan yang telah sampai pada salah satu paradigma yang menempatkan fokus pada teori organisasi, teori manajemen dan kebijakan publik. Sedangkan lokus pada masalah-masalah dan beragam kepentingan publik (Nasirin, 2010).

Dalam literatur lain dinyatakan pula pengertian administrasi publik dalam berbagai bahasan. Diantara pengertian tersebut, peneliti mengutip penjelasan dari Edward H. Litchfield yang menyatakan bahwa administrasi publik adalah studi mengenai cara bermacam-macam badan pemerintah diorganisasikan, dilengkapi dengan tenaga-tenaganya, dibiayai, digerakkan, dan dipimpin (syafii, 2006: 25). Pengertian lain tentang administrasi dinyatakan oleh Felix A. Negro dan Lloyd G. Nigro yang menyatakan "*is cosely associated with numerous private groups and individuals in providing services to the community*" (sangat erat berkaitan dengan berbagai macam kelompok swasta dan perorangan dalam menyajikan pelayanan kepada masyarakat) (Syariie, 2006: 24).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa administrasi publik tidak hanya terpaku pada satu kegiatan yang menggerakkan berbagai macam sumber daya guna jalannya sebuah pemerintahan. Lebih dari itu, administrasi publik adalah kegiatan yang harmonis antar pemangku kepentingan yang terjalin dalam satu



siklus guna mensejahterakan masyarakat secara keseluruhan. Oleh karenanya, administrasi publik tidak dapat dianggap sebagai teori statis dengan gerak yang kaku, namun lebih kepada usaha melayani masyarakat secara bersama-sama dengan gerak dinamis guna perwujudan sebuah kesejahteraan bersama.

B. Pelayanan Publik

1. Pengertian Pelayanan Publik

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan. Menurut beberapa ahli mengenai pelayanan, salah satunya adalah Moenir (2000:27) menyebutkan bahwa

“pelayanan adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung yang pada hakekatnya merupakan serangkaian kegiatan karena itu pelayanan merupakan proses dan sebagai proses, pelayanan itu berlangsung secara rutin dan berkesinambungan, meliputi seluruh kehidupan orang dalam masyarakat. Pelayanan memiliki tiga makna yaitu perbuatan, pemenuhan kebutuhan dan kemudahan”.

Dengan demikian pelayanan mengandung unsur aktif yaitu kemampuan mencari tahu akan kebutuhan yang akan dilayani dan memenuhi kebutuhan tersebut dengan mudah.

Selain itu menurut Davidow dalam Zauhar, (2001:4) pelayanan adalah hal-hal yang jika diterapkan terhadap suatu produk akan meningkatkan daya atau nilai terhadap pelanggan. Lebih lanjut Lovelock dalam Zauhar (2001:4) menyebutkan bahwa pelayanan yang baik membutuhkan instruktur pelayanan yang sangat baik pula. Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan pelayanan adalah suatu kegiatan yang tak terlihat wujudnya yang dilakukan secara langsung oleh orang

atau sekelompok orang atau organisasi untuk memenuhi kebutuhan orang lain sehingga tercapai kepuasan pelanggan.

Usaha pelayanan dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat di atas sangat erat kaitannya dengan administrasi publik, dimana pemerintah hadir sebagai pelaksana pelayanan. Adapun hal tersebut senada dengan salah satu daftar kegiatan pemerintah yang disampaikan oleh Austin Ranney dalam (Indradi *dalam* Novitasari, 2014: 741) bahwa pemerintah mengusahakan “.....daftar itu dibuat modern, tidak terlalu lengkap, tetapi juga tidak terlalu kurang”. Ranney ingin mengungkapkan bahwa kegiatan pelayanan tersebut mencakup semua sendi kehidupan masyarakat tidak terkecuali. Bentuk dan kebijakan baik teknis dan non teknis dibuat pada takaran yang berada di pertengahan antara sangat buruk dan sangat baik. Dengan kata lain, beliau menyatakan bahwa pelayanan adalah tindakan yang dilakukan oleh pemerintah dalam urusan sosial guna menjawab permasalahan dan ketidakmampuan masyarakat.

Ketidakmampuan masyarakat tersebut seakan menjadi urusan yang harus diselesaikan pemerintah. Sehingga pendapat Boediono (2003:60) patut dikutip, bahwa pelayanan adalah suatu proses bantuan kepada orang lain dengan cara-cara tertentu yang memerlukan kepekaan dan hubungan interpersonal agar tercipta kepuasan dan keberhasilan. Lain halnya dengan Pasalong (2007:128) yang berpendapat “pelayanan pada dasarnya dapat didefinisikan sebagai aktivitas seseorang, sekelompok atau organisasi baik langsung maupun tidak langsung untuk memenuhi kebutuhan”. Dengan demikian, kedua ahli tersebut seakan ingin mengatakan bahwa pelayanan merupakan tugas pembantuan yang dilakukan oleh

badan publik (pemerintah) sebagai penyedia layanan dengan kepekaan dan hubungan interpersonal guna memenuhi ketidakmampuan masyarakat dalam pemenuhan kebutuhannya. Lambat laun, pemahaman tersebut dimengerti sebagai sebuah pemenuhan kepentingan umum. Kiranya terdapat tiga unsur Sedarmayanti (2009:243) pembentuk kepentingan umum:

1. Adanya kepentingan.
2. Kebutuhan bersama.
3. Masyarakat, dengan syarat tidak bertentangan dengan norma atau aturan.

Usaha pemenuhan kebutuhan ini pun didefinisikan sebagai kegiatan pelayanan publik. menengahi pengertian tentang pelayanan publik, dapat diambil sebuah pendapat dari Mahmudi (2005:213) yang menyatakan “pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima layanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan”. Pandangan lain menyatakan bahwa pelayanan publik sama dengan pelayanan umum atau pelayanan masyarakat sebagaimana pengertian publik itu sendiri. Pendapat Sedarmayanti (2004:195) juga dapat dijadikan rujukan, bahwa makna pelayanan masyarakat atau pelayanan umum tidak terlepas dari masalah kepentingan umum yang menjadi asal usul timbulnya istilah pelayanan masyarakat (publik). Senada dengan pernyataan Sedarmayanti, Thoha menyatakan bahwa “pelayanan masyarakat dimana merupakan usaha yang dilakukan oleh seseorang dan atau kelompok orang atau instansi tertentu untuk memberikan bantuan dan kemudahan kepada masyarakat dalam mencapai tujuan” (Thoha, 1991).

Sejalan dengan hal tersebut Moenir (2001:26) memberikan pengertian bahwa pelayanan publik sebagai kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor materiil melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam rangka memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya. Guna memenuhi hak masyarakat, maka pemerintah mencantumkan aspek pelayanan publik dengan mengukuhkannya dalam suatu peraturan dalam keputusan yang bersifat mengikat. Aturan tersebut adalah Keputusan MENPAN No.63 Tahun 2003 yang menyatakan bahwa “pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan”.

Berdasarkan dari argumen para ahli di atas, maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan publik merupakan suatu upaya pemenuhan kebutuhan atau memberi manfaat kepada publik melalui penyediaan kebutuhan masyarakat. Pada hakekatnya pelayanan publik merupakan kewajiban pemerintah seperti yang sudah dituangkan dalam regulasi pemerintah. Maka, suatu kewajiban bagi organisasi pemerintahan yang menyediakan pelayanan publik untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Kualitas pelayanan dan kepuasan masyarakat sangat diutamakan mengingat keduanya mempunyai pengaruh yang sangat besar bagi pencapaian fungsi dari pemerintah itu sendiri.



2. Asas-Asas Pelayanan Publik

Hakikat pelayanan publik adalah pemberian layanan kepada masyarakat yang merupakan perwujudan fungsi aparaturnya pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik. Berdasarkan Keputusan MENPAN Nomer 63 Tahun 2003 disebutkan mengenai asas-asas pelayanan sebagai berikut :

- a. **Transparan.**
Bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.
- b. **Akuntabilitas.**
Dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. **Kondisional.**
Sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas.
- d. **Partisipatif.**
Mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.
- e. **Kesamaan Hak.**
Tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.
- f. **Keseimbangan Hak dan Kewajiban.**
Pemberi dan penerima pelayanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

Sehingga menurut Peraturan Daerah Jatim nomor 11 pasal 2 Tahun 2005 disebutkan asas penyelenggaraan pelayanan publik terdiri atas:

1. Asas kepastian hukum;
2. Asas keterbukaan;
3. Asas partisipatif;
4. Asas akuntabilitas;
5. Asas kepentingan umum;
6. Asas profesionalisme;
7. Asas kesamaan hak;
8. Asas keseimbangan hak dan kewajiban;
9. Asas efisiensi;
10. Asas efektifitas;
11. Asas imparial.

Ketika asas di atas telah terpenuhi, maka hal tersebut juga kan berpengaruh pada perilaku aparat pelayan publik. Pasal 34 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 menyatakan bahwa pelaksanaan dalam menyelenggarakan pelayanan publik harus berperilaku sebagai berikut:

1. Adil dan tidak diskriminatis,
2. Cermat,
3. Santun dan ramah,
4. Tegas, andal, dan tidak memberikan putusan yang berlarut-larut,
5. Profesional,
6. Tidak mempersulit,
7. Patuh pada perintah atasan yang sah dan wajar,
8. Menjunjung tinggi nilai-nilai akuntabilitas dan integritas institusi penyelenggara,
9. Tidak membocorkan informasi atau dokumen yang wajib dirahasiakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan,
10. Terbuka dan mengambil langkah yang tepat untuk menghindari benturan kepentingan,
11. Tidak menyalahgunakan sarana dan prasarana serta fasilitas pelayanan publik,
12. Tidak memberikan informasi yang salah atau menyesatkan dalam
13. menanggapi permintaan informasi serta proaktif dalam memenuhi
14. kepentingan masyarakat,
15. Tidak menyalahgunakan informasi, jabatan, dan kewenangan yang dimiliki,
16. Sesuai dengan kepatutan, dan
17. Tidak menyimpang dari prosedur.

Jika tolok ukur suatu pelayanan seperti yang dijelaskan di atas, tampak pelayanan prima itu sebetulnya bukan suatu hal yang sulit. Penjelasan serta pemaparan di atas pula menyaratkan sebuah maklumat yang tidak dapat ditolah oleh siapapun, yaitu kesanggupan menyelenggarakan pelayanan publik.

kesanggupan tersebut disertai dengan niat dan tekad yang besar dalam menjalankan tugas dan mengabdikan kepada masyarakat maka kualitas pelayanan



publik akan tercapai. Asas tersebut menjelaskan bahwa pelayanan publik dapat mencapai sebuah kepuasan dan dikatakan memenuhi kepentingan umum ketika semua asas tersebut terpenuhi. Perkembangan asas tersebut, yang tadinya hanya berupa lima haluan besar hingga berkembang menjadi sebelas fragmen menyebabkan pelayanan publik semakin kompleks. Namun, dengan kekompleksitasan asas yang diturunkan maka ketaatan dan kehati-hatian penyelenggara pelayanan akan semakin dapat terkontrol. Meskipun tidak dipungkiri hal ini dapat menyebabkan bias yang dapat pula mengkaburkan pengertian dasar dari pelayanan publik yang berkualitas itu sendiri. Sebab, asas tersebut menjadi satu pengertian bersama yang terkadang berbeda antara pandangan normatif terhadap kenyataan yang tidak selalu berjalan sebagaimana keinginan perundang-undangan.

3. Jenis-Jenis Pelayanan Publik

Berdasarkan keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 63/Kep/M.PAN/7/2003 tentang pedoman umum penyelenggaraan pelayanan publik, jenis pelayanan dapat dikelompokkan sebagai berikut :

a. Kelompok Pelayanan Administratif.

Yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan masyarakat. Misalnya, status kewarganegaraan, sertifikat kompetensi, kepemilikan atau penguasaan terhadap suatu barang. Dokumen-dokumen ini antara lain adalah Kartu Tanda Penduduk (KTP), Akte Pernikahan, Akte Kelahiran, BPKB, Surat Ijin Mengemudi (SIM), Surat

Tanda Nomor Kendaraan (STNK), Ijin Mendirikan Bangunan (IMB), Paspor, Sertifikat Kepemilikan atau penguasaan tanah.

b. Kelompok Pelayanan Barang.

Yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang. Misalnya jaringan telpon, penyediaan tenaga listrik dan air bersih.

c. Kelompok Pelayanan Jasa.

Yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa, misalnya pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan transportasi dan pos.

Literasi yang berbeda, menyatakan bahwa ruang lingkup pelayanan publik mencakup dua bentuk besar (Adi, 2010), yaitu :

1. Pelayanan barang dan jasa publik yang terdiri dari :

- a. Pengadaan dan penyaluran barang dan jasa publik yang dilakukan oleh instansi pemerintah yang sebagian atau seluruh dananya bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara dan/atau anggaran pendapatan dan belanja daerah.
- b. Pengadaan dan penyaluran barang dan jasa publik yang dilakukan oleh suatu badan usaha yang modal pendiriannya sebagian atau seluruhnya bersumber dari kekayaan negara dan/atau kekayaan daerah yang dipisahkan.
- c. Pengadaan dan penyaluran barang dan jasa publik yang pembiayaannya tidak bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara atau anggaran pendapatan dan belanja daerah atau badan usaha yang modal pendiriannya sebagian atau seluruhnya bersumber dari kekayaan negara dan/ atau kekayaan daerah yang dipisahkan, tetapi ketersediaannya menjadi misi negara yang ditetapkan dalam peraturan perundang undangan.

2. Pelayanan Administratif yang Diatur dalam Peraturan Perundang-Undangan, diantaranya :

- a. Tindakan administratif pemerintah yang diwajibkan oleh negara dan diatur dalam peraturan perundang-undangan dalam rangka mewujudkan perlindungan pribadi, keluarga, kehormatan, martabat, dan harta benda warga negara.
- b. Tindakan administratif oleh instansi non pemerintah yang diwajibkan oleh negara dan diatur dalam peraturan perundang-undangan serta diterapkan berdasarkan perjanjian dengan penerima pelayanan.



Namun berlainan dengan yang disampaikan oleh Monier dalam Pangseti (2012: 21) menyatakan perbedaan mendasar pada pelayanan dan bentuk layanan dimana hal ini tertumpu pada perilaku penyedia layanan, yaitu:

1. Tingkah laku yang sopan;
2. Cara menyampaikan sesuatu berkaitan dengan apa yang seharusnya diterima oleh orang yang bersangkutan;
3. Waktu penyampaian yang tepat, dan;
4. Keramah tamahan.

Maksud dari pernyataan di atas adalah bentuk pelayanan tertumpu pada benda, namun bentuk layanan publik sendiri berupa sikap tidak kasat mata, namun dapat dirasakan sebagai satu cara pemahaman serta penyampaian bentuk pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat. hal inilah yang membedakan beberapa pandangan sebelumnya yang seakan menyamakan jenis pelayanan dengan bentuk pelayanan itu sendiri. Kesalahkaprahan pengertian serta pemahaman menyertakan penyederhanaan definisi terhadap keduanya. Namun meski demikian, kedua bukan merupakan satu hal yang berbeda ketika dipraktikkan sebagai satu tindakan pelayanan publik, sebab keduanya kan berjalan bersama-sama serta dirasakan bersama pula.

Guna melengkapi pemahaman bersama tentang pelayanan jenis pelayanan yang dikelola oleh pemerintah atau yang pengyangkut kepentingan umum, maka perlu pula disertai dengan bidang-bidang pelayanan, diantaranya :

1. Pendidikan;
2. Pengajaran;
3. Pekerjaan dan usaha;
4. Tempat tinggal;



5. Komunikasi dan informasi;
6. Lingkungan hidup;
7. Kesehatan;
8. Jaminan sosial dan energi;
9. Perbankan;
10. Perhubungan;
11. Sumber daya alam;
12. Pariwisata, dan;
13. Sektor strategis lainnya (Adi, 2010).

Pada klasifikasi jenis dan bidang-bidang pelaksana pelayanan di atas dapat ditarik sebuah kesimpulan, bahwa hampir setiap lini kehidupan memerlukan sentuhan pelayanan. Penempatan serta kedudukan pelayanan dimata masyarakat dan pemerintah sendiri menjadi satu patokan dari keberadaan badan publik yang dibentuk atas dasar kesadaran pentingnya kemaslahatan bersama. Dari pada itu,

pengklasifikasian mencapai satu titik temu bahwa pemilahan tersebut bertumpu pada kebutuhan serta fokus dan lokus pelaksanaan pelayanan. Sehingga, klasifikasi jenis pelayanan akan menemukan beberapa bentuk yang berbeda, yaitu

1. Pelayanan yang berbentuk barang seperti pengadaan barang atau produksi oleh badan usaha milik negara.
2. Pelayanan yang berbentuk jasa seperti pemberian pertolongan yang tidak kasat mata sebab pelayanan bukan berwujud materi konkrit.
3. Pelayanan yang berbentuk tindakan administratif dimana pelayanan diberikan hanya sebatas formalitas catat-mencatat atau dikenal dengan tata usaha.
4. Atau pelayanan yang terbentuk dari ketiganya bilamana dalam satu peristiwa dan tempat memberlakukan ketiga bentuk layanan secara hampir bersamaan.

4. Kualitas Pelayanan Publik

Berbicara mengenai pelayanan, ukurannya bukan hanya ditentukan oleh pihak yang melayani saja tetapi lebih banyak ditentukan oleh pihak yang dilayani.

Sebelum berpijak pada kualitas pelayanan, alangkah baiknya jika terlebih dahulu menyinggung tentang kualitas. Menurut beberapa ahli kualitas dinyatakan sebagai “...suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan” (Goetsch dan Davis dalam Tjiptono dalam Pangseti, 2012: 25).

Definisi di atas menghantarkan sebuah pemahaman lain, yang tidak jauh berbeda, sebab pernyataan selanjutnya adalah perpanjangan makna yang berupa pilahan elemen-elemen kualitas. Definisi kualitas di atas mengandung makna bahwa elemen-elemen kualitas yaitu :

1. Kualitas merupakan kondisi yang dinamis.
2. Kualitas berhubungan dengan produk jasa, manusia, proses dan lingkungan.
3. Kualitas meliputi usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan. Definisi kualitas di atas mengandung makna bahwa elemen-elemen kualitas yaitu :
4. Kualitas merupakan kondisi yang dinamis
5. Kualitas berhubungan dengan produk jasa, manusia, proses dan lingkungan.
6. Kualitas meliputi usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan (Pangseti, 2012: 25).

Pemaparan elemen dan definisi kualitas menghantarkan pada keterkaitan kualitas dengan pelayanan publik. Abdul Wahab (2001:51) dalam tulisannya mengatakan bahwa “dalam penentuan kualitas suatu pelayanan publik apakah ia bagus ataukah buruk hanyalah publik yang sesungguhnya dapat menilai”.

Sehingga pelayanan publik yang bertumpu pada kata kualitas mengandung arti yang tentatif seperti bersifat abstrak, kualitas dapat digunakan untuk menilai atau

menentukan tingkat penyesuaian suatu hal terhadap spesifikasinya. Bila spesifikasi suatu hal yang dimaksudkan tersebut terpenuhi, maka dapat dikatakan kualitas pelayanan tersebut terpenuhi, begitu juga sebaliknya. Crosby, Lehtinen dan Wyckoff dalam Zauhar (2001:4) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai “Penyesuaian terhadap perincian-perincian (*conformance to specification*) dimana kualitas ini dipandang sebagai derajat keunggulan yang ingin dicapai, dilakukannya kontrol terus menerus dalam mencapai keunggulan tersebut dalam rangka memenuhi kebutuhan pengguna”.

Sebagai tindak lanjut dari pemahaman kualitas pelayanan publik, maka diperlukan juga pengertian tentang karakteristik pelayanan yang dianggap berkualitas, yaitu “layanan yang cepat, menyenangkan, tidak mengandung kesalahan, mengikuti proses dan menyenangkan, tidak mengandung kesalahan, mengikuti proses dan prosedur yang telah ditetapkan lebih dahulu”

(S. Moenir dalam Pangseti, 2012: 26). Pemahaman kualitas pelayanan disampaikan juga dalam bentuk karakteristik jasa (Tjiptono dalam Pangseti, 2012: 28-29) yang meliputi :

- a. Tidak nyata (*intangible*). Seseorang tidak dapat menilai hasil dari jasa sebelum menikmatinya sendiri, oleh karena itu untuk mengurangi ketidakpastian, para pelanggan memperhatikan tanda atau bukti kualitas jasa tersebut.
- b. Tidak tahan lama (*perishable*). Bila suatu jasa tidak digunakan, jasa tersebut akan berlalu begitu saja, yang menjadi masalah adalah jika permintaan pelanggan tidak konstan atau berfluktuasi sehingga tidak sesuai dengan penawaran perusahaan.
- c. Diproduksi dan dikonsumsi secara serentak/ bersamaan (*inseperable*). Interaksi penyedia jasa dan pelanggan merupakan ciri khusus dalam pemasaran jasa. Efektivitas individu yang menyampaikan jasa merupakan unsur penting dalam menyampaikan jasa merupakan unsur penting dalam hubungan penyedia jasa dengan pelanggan. Kemampuan dan pengetahuan karyawan merupakan faktor penting dalam keberhasilan pemberian jasa.

d. Banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis (*variable*). Dewasa ini mulai berkembang suatu pandangan bahwa untuk dapat memasarkan jasa dengan baik kepada konsumen di luar perusahaan adalah dengan memenuhi kebutuhan internal perusahaan terlebih dahulu terutama untuk sumber daya manusia perusahaan. Seleksi dan pelatihan personil yang baik, standarisasi proses pelaksanaan jasa dan pemantauan keputusan pelanggan diperlukan untuk mengendalikan kualitas jasa.

Standar pelayanan publik yang berkualitas haruslah dilaksanakan, maka pemerintah harus memberikan respon terhadap layanan apa saja yang harus diberikan. Pemerintah harus memperhatikan cara terbaik dalam pelayanan dan tidak diskriminatif. Karena itu setiap organisasi publik idealnya memperhatikan kriteria-kriteria layanan publik yang mengacu pada Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. 25 Tahun 2004 yang menyebutkan beberapa indikator pelayanan yang baik, sebagai berikut :

- a. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan.
- b. Persyaratan pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya.
- c. Kejelasan pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggungjawab).
- d. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terhadap konsistensi waktu kerja sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- e. Tanggungjawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggungjawab penyelenggaraan dan penyesuaian pelayanan.
- f. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tinggal keahlian dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.
- g. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan.
- h. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan atau status masyarakat yang dilayani.
- i. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan serta saling menghargai dan menghormati.
- j. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh pelayanan.
- k. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang ditetapkan.

1. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
- m. Kenyamanan lingkungan, yaitu sarana dan prasarana pelayanan yang bersifat rapi dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman terhadap penerima pelayanan.
- n. Keamanan pelayanan, yaitu terjadinya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

Pelayanan yang disediakan oleh organisasi pemerintahan sangatlah penting untuk merujuk pada prinsip-prinsip yang ada dalam memberikan pelayanan.

Beberapa prinsip pokok tersebut menurut Suryono (2001:54) adalah :

1. Prinsip aksesibilitas, yaitu bahwa pada hakekatnya setiap jenis pelayanan harus dapat dijangkau oleh setiap pengguna pelayanan. Tempat, jarak, dan sistem pelayanan harus sedapat mungkin dekat dan mudah dijangkau oleh pengguna pelayanan.
2. Prinsip kontinuitas, yaitu bahwa setiap jenis pelayanan terus-menerus tersedia bagi masyarakat dengan kapasitas dan keselarasan ketentuan baik bagi proses pelayanan tersebut.
3. Prinsip teknikalitas, yaitu bahwa setiap jenis pelayanannya harus ditangani oleh tenaga yang benar-benar memahami secara teknis pelayanan tersebut berdasarkan kejelasan, ketetapan dan kemantapan sistem, prosedur dan instrumen pelayanan.
4. Prinsip profitabilitas, yaitu bahwa proses pelayanan pada akhirnya harus dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien serta memberikan keuntungan ekonomis dan sosial baik bagi pemerintah maupun masyarakat luas.
5. Prinsip akuntabilitas, yaitu bahwa proses produk dan mutu pelayanan yang telah diberikan harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat karena aparat pemerintah itu pada hakekatnya mempunyai tugas memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya.

Lebih lanjut prinsip-prinsip pelayanan publik juga diungkapkan oleh Lembaga Administrasi Negara dalam Mustopadidjaja (2003:186) sebagai berikut :

1. Menetapkan standar pelayanan.
2. Terbuka terhadap kritik dan saran maupun keluhan dan menyediakan seluruh informasi yang diperlukan dalam pelayanan.
3. Memperlakukan seluruh masyarakat sebagai pelanggan secara adil



4. Mempermudah akses kepada seluruh masyarakat pelanggan.
5. membenarkan suatu hal dalam proses pelayanan ketika hal tersebut menyimpang.
6. Menggunakan semua sumber-sumber yang digunakan untuk melayani masyarakat pelanggan secara efektif dan efisien.
7. Selalu mencari pembaharuan dan mengupayakan peningkatan kualitas pelayanan.

Sehubungan dengan ini dan melalui pemahaman yang mendalam dan upaya optimal yang berkelanjutan untuk menerapkan prinsip-prinsip tersebut dalam setiap pelayanan publik yang diberikan kepada masyarakat diharapkan akan tercipta penyediaan pelayanan publik yang berkualitas. Pelayanan yang berkualitas dapat diwujudkan dengan berbagai perbaikan-perbaikan disemua bidang, seperti yang disebutkan oleh Sedarmayanti (2004:88) dikutip dari surat edaran MENKO-WASBANGPAN Nomor 56/MK.WASPAN/6/98 tentang pelayanan kepada masyarakat:

1. Menerbitkan pedoman pelayanan antara lain memuat persyaratan, prosedur, biaya/tarif pelayanan dan batas waktu penyelesaian pelayanan, baik dalam bentuk buku panduan/pengumuman, atau melalui media informasi lainnya.
2. Menempatkan petugas yang bertanggung jawab melakukan pengecekan kelengkapan persyaratan permohonan untuk kepastian mengenai diterima atau ditolaknya berkas permohonan tersebut pada saat itu juga.
3. Menyelesaikan permohonan pelayanan sesuai dengan batas waktu ditetapkan dan apabila batas waktu telah ditetapkan terlampaui, maka permohonan

tersebut berarti disetujui, melarang atau menghapus biaya tambahan yang dititipkan pihak lain dan meniadakan segala bentuk pungutan liar, di luar biaya jasa pelayanan yang telah ditetapkan.

4. Sedapat mungkin menerapkan pelaksanaan pelayanan secara terpadu satu atap atau satu pintu bagi unit-unit kerja kantor pelayanan yang terkait dalam memproses atau menghasilkan satu produk pelayanan.
5. Melakukan penelitian secara berkala untuk mengetahui kepuasan pelanggan/masyarakat atas pelayanan yang diberikan, antara lain dengan cara penyebaran kuesioner kepada pelanggan/masyarakat dan hasilnya perlu dievaluasi dan ditindaklanjuti. Menata sistem dan prosedur pelayanan secara berkesinambungan.

5. Standart dan Ukuran Keberhasilan Pelayanan

Setiap penyelenggaraan pelayanan harus memiliki standart dalam pelayanan agar ada indikator atau tolak ukur mengenai baik buruknya suatu pelayanan, sehingga standart pelayanan tersebut bisa menjadi patokan dalam melaksanakan pelayanan publik. Berdasarkan pada Keputusan MENPAN No.63 Tahun 2003, tentang pedoman umum penyelenggaraan pelayanan publik, Standar Pelayanan

Publik diuraikan sebagai berikut :

1. **Prosedur Pelayanan**
Prosedur pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan.
2. **Waktu Pelayanan**
Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian.
3. **Biaya Pelayanan**



Biaya atau tariff pelayanan termasuk rincian yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.

4. Sarana dan Prasarana

Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik.

5. Kompetensi petugas pemberi pelayanan

Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap, dan perilaku yang dibutuhkan.

Ada beberapa kriteria yang menjadi dasar penilaian konsumen terhadap pelayanan yaitu :

1. Bukti langsung (*tangible*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

2. Keandalan (*reliability*) yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.

3. Daya tanggap (*responsiveness*) yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.

4. Jaminan (*assurance*) mencakup pengetahuan, kemampuan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf bebas dari bahaya, resiko dan keraguraguan.

5. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang unik, perhatian individu, memahami kebutuhan para pelanggan (Parasuraman dkk dalam Tjiptono dalam Pangseti, 2012:27).

Kedua unsur dan standar pelayanan publik tersebut mencoba menerangkan bahwa pelayanan publik sendiri tidak terpaku pada produk, namun lebih kepada

bagaimana sebuah produk tersebut disampaikan dan bagaimana sebuah produk tersebut diterima oleh masyarakat. kedua bentuk penjelasan di atas juga ingin

menyampaikan pemahaman bahwa keterikatan antara pemberi layanan dan penerima merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan. Sebab

standarisasi pelayanan publik menilai keterkaitan keduanya dalam satu interaksi sosial langsung maupun tidak langsung. Keterlibatan kedua belah pihak yang

saling membuhkan, maka tidak dipungkiri jika dalam suasana melayani tersebut

ambil sebuah standar gar pelayanan publik tersebut dapat dievaluasi secara berkala.

C. Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Kesehatan, setiap manusia pasti membutuhkan sehat didalam tubuhnya. Kesehatan pula tidak hanya mencakup sehat jasmani namun pula rohani seperti pepetah mengatakan *men sana in corpora sano*. Meneruskan khasanah pustaka tentang pelayanan dan materi bahasan, maka diperlukan tinjauan tentang pengertian pelayanan kesehatan. Pelayana kesehatan sendiri adalah hak setiap masyarakat dan kewajiban bagi penyedia sekaligus penyelenggara pelayanan.

Berangkatlah pikiran ini pada pemahaman pertama tentang kesehatan, yaitu “Kesehatan adalah kapital utama pembangunan yang tanpanya, kapital-kapital lain tidak akan berfungsi optimal” (Grossman dalam Syafiq, 2007). Sedangkan dalam literasi yang sama, Seperti diketahui WHO mendefinisikan kesehatan sebagai: “Keadaan sempurna baik fisik, mental, dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, serta produktif secara ekonomi dan sosial” (syafi, 2007).

Demikian pula dengan UU Kesehatan No 23/1992, Ketentuan Umum pasal 1 ayat (1) menyebutkan makna kesehatan sebagai “keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif baik secara sosial dan ekonomis” (Syafiq, 2007). Terakhir, “Kesehatan adalah unsur potensi dasar dan alami dari setiap individu yang sangat diperlukan pada awal kehidupan dan pertumbuhan dan apabila hal itu tidak ada atau tidak terpenuhi dapat



menghambat perkembangan fisik dan mental seseorang.” (Konsorsium Ilmu Kesehatan Indonesia dalam Syafiq, 2007). Sehingga dari definisi di atas, dipetik beberapa pikiran tentang komponen penting yang merupakan satu kesatuan dalam definisi sehat (kesehatan) yaitu :

1. Sehat jasmani

Sehat jasmani merupakan komponen penting dalam arti sehat seutuhnya, berupa sosok manusia yang berpenampilan kulit bersih, mata bersinar, rambut tersisir rapi, berpakaian rapi, berotot, tidak gemuk, nafas tidak bau, selera makan baik, tidur nyenyak, gesit dan seluruh fungsi fisiologis tubuh berjalan normal.

2. Sehat mental

Sehat mental dan sehat jasmani selalu dihubungkan satu sama lain dalam pepatah kuno ‘jiwa yang sehat terdapat didalam tubuh yang sehat’ (*men sana in corpora sano*). Atribut seorang insan yang memiliki mental yang sehat adalah sebagai berikut :

- a. Selalu merasa puas dengan apa yang ada pada dirinya, tidak pernah menyesal dan kasihan terhadap dirinya, selalu bergembira, santai dan menyenangkan serta tidak ada tanda tanda konflik kejiwaan.
- b. Dapat bergaul dengan baik dan dapat menerima kritik serta tidak mudah tersinggung dan marah, selalu pengertian dan toleransi terhadap kebutuhan emosi orang lain.



c. Dapat mengontrol diri dan tidak mudah emosi serta tidak mudah takut, cemburu, benci serta menghadapi dan dapat menyelesaikan masalah secara cerdas dan bijaksana.

3. Kesejahteraan sosial

Batasan kesejahteraan sosial yang ada di setiap tempat atau Negara sulit diukur dan sangat tergantung pada kultur, kebudayaan dan tingkat kemakmuran masyarakat setempat. Dalam arti yang lebih hakiki, kesejahteraan sosial adalah suasana kehidupan berupa perasaan aman damai dan sejahtera, cukup pangan, sandang dan papan. Dalam kehidupan masyarakat yang sejahtera, masyarakat hidup tertib dan selalu menghargai kepentingan orang lain serta masyarakat umum.

4. Sehat spiritual

Spiritual merupakan komponen tambahan pada definisi sehat oleh WHO dan memiliki arti penting dalam kehidupan sehari-hari masyarakat. setiap individu perlu mendapat pendidikan formal maupun informal, kesempatan untuk berlibur, mendengar alunan lagu dan musik, siraman rohani atau ceramah agama.

Dengan demikian, maka diambillah sebuah kesimpulan bahwa kesehatan adalah sebuah keadaan sehat dan bugarnya seseorang baik jasmani dan rohani.

Sehatnya seseorang ini nantinya akan dapat menentukan sebuah jalannya kehidupan berbangsa dan bernegara sebagaimana penggerak roda kehidupan dan jalannya pemerintahan adalah manusia (aparatur). Dengan diri yang sehat luar dan dalam, maka kesejahteraan, ketentraman dan segala bentuk kepentingan publik

akan dapat terpenuhi. Oleh sebab itu, untuk memenuhi kepentingan tersebut dan untuk menyehatkan segenap masyarakat perlu diadakan satu administratif, yaitu pelayanan kesehatan.

Pengertian pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pengertian pelayanan kesehatan menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo adalah sebuah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Sedangkan menurut Levey dan Loomba (1973) pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Pengertian pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini ditentukan oleh:

1. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.

2. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

5. Mutu Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan sangat erat kaitannya dengan mutu pelayanan. Sehingga pengertian tentang mutu perlu diambil sebagai rujukan. Oleh beberapa ahli, mutu didefinisikan dalam berbagai bahasa. Seperti halnya mutu diartikan sebagai “gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat” (Supriyanto dan Wulandari dalam Rahmawati dan Supriyanto, 2013: 132-133). Pendapat lain menyatakan bahwa mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa, yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna (Aswita W, 2008). Jadi mutu dapat disimpulkan sebagai derajat katakarakteristik yang terkandung dalam pelayanan secara abstrak, namun dapat dirasakan oleh masyarakat yang membutuhkan.

Untuk mendukung literasi pembahasan, maka mutu dikaitkan dengan pelayanan kesehatan sehingga menjadi satu kesatuan yang padu. Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata serata penyelenggaraannya sesuai dengan standart dan kode etik profesi (Azrul Azwar, 1996). Penampilan yang sesuai atau pantas (yang berhubungan dengan standar)

dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan pada kematian, kesakitan, ketidak- mampuan dan kekurangan gizi (Roemer dan Aquilar, WHO, 1988).

Secara umum pengertian mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen. Mutu pelayanan kesehatan juga dapat disetarakan dengan mutu pelayanan rumah sakit. Sebab, rumah sakit adalah rujukan dimana orang mempersepsikannya sebagai tempat mendapatkan pelayanan kesehatan. Mutu pelayanan rumah sakit diartikan sebagai

“derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi, standar pelayanan profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen” (Rahmawati dan Supriyanto, 2013: 133).

Jadi yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Direktorat Jendral Pelayanan Medik DepKes RI (Aswita W, 2008) mendefinisikan mutu pelayanan rumah sakit sebagai

“derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RS secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosiobudaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen”.

Semakin sempurna standart pelayanan rumah sakit, makin sempurnaah kepuasan yang dirasakan masyarakat dan makin baik pula mutu pelayanan kesehatan tersebut. Sekalipun pengertian mutu yang terkait dengan kepuasan ini telah diterima secara luas, namun penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan. Masalah pokok yang ditemukan ialah karena kepuasan tersebut bersifat subyektif. Tiap orang, tergantung dari latar belakang yang dimiliki, dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang berbeda untuk satu mutu pelayanan kesehatan yang sama. Di samping itu, sering pula ditemukan pelayanan kesehatan yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien, namun ketika ditinjau dari kode etik serta standar pelayanan profesi, kinerjanya tetap tidak terpenuhi.

Mutu pelayanan kesehatan bagi pasien lebih banyak dilihat pada dimensi ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien, memberikan suatu empati, respek, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keramahtamahan petugas dalam melayani pasien, dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita (Aswita W, 2008). Menurut Lori Di Pete Brown dkk dalam Aswita W (2008) terdapat beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Kompetensi teknis : terkait dengan ketrampilan, kemampuan dan penampilan petugas
2. Akses terhadap pelayanan : pelayanan kesehatan yang tak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, ekonomi, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.

3. Efektivitas : menyangkut norma pelayanan kesehatan dan petunjuk klinik sesuai standar yang ada
4. Efisiensi : terkait dengan pemilihan intervensi yang cost effective, karena terbatasnya sumber daya pelayanan kesehatan.
5. Kontinuitas : pelayanan yang diberikan lengkap sesuai yang dibutuhkan tanpa interupsi, berhenti atau mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tak perlu.
6. Keamanan : berarti mengurangi resiko cedera, infeksi, efek samping dan bahaya lain yang berkaitan dengan pelayanan.
7. Hubungan antar manusia : berkaitan dengan interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien, manajer dan petugas, dan antara tim kesehatan dengan masyarakat.

Adapun pendapat lain yang dinyatakan dalam 16 faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan (Aswita W, 2008), yakni :

1. *Efficacy*: pelayanan yang diberikan menunjukkan manfaat dan hasil yang diinginkan.
2. *Appropriateness*: pelayanan yang diberikan relevan dengan kebutuhan klinis pasien / klien dan didasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan.
3. *Availability*: pelayanan yang dibutuhkan tersedia.
4. *Accessability*: pelayanan yang diberikan dapat diakses oleh yang membutuhkan.
5. *Effectiveness*: pelayanan yang diberikan dengan cara yang benar, berdasarkan ilmu pengetahuan, dan dapat mencapai hasil yang diinginkan.
6. *Amenities*: kenyamanan fasilitas pelayanan
7. *Technical competence*: tenaga yang memberikan pelayanan mempunyai kompetensi tehnik yang dipersyaratkan.
8. *Affordability*: pelayanan yang diberikan dapat dijangkau secara financial oleh yang membutuhkan.
9. *Acceptability*: pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat pengguna.
10. *Safety* : pelayanan yang diberikan aman.
11. *Efficiency* : pelayanan yang diberikan dilakukan dengan efisien.
12. *Interpersonal relationship*: pelayanan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia baik antara pemberi pelayanan dengan pelanggan, maupun antar petugas pemberi pelayanan.
13. *Continuity of care*: pelayanan yang diberikan berkelanjutan, terkoordinir dari waktu ke waktu.
14. *Respect and caring*: pelayanan yang diberikan dilakukan dengan hormat, sopan dan penuh perhatian.

15. *Legitimacy/accountability*: pelayanan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan (secara medik maupun hukum)
16. *Timeless*: pelayanan yang diberikan tepat waktu.

D. Kemiskinan

1. Pengertian Kemiskinan

Umumnya ketika orang berbicara kemiskinan maka yang dimaksud adalah kemiskinan materi. Dengan pengertian seperti ini orang dikatakan miskin apabila tidak mampu memenuhi standar minimum kebutuhan pokoknya agar dapat hidup secara layak. BAPPENAS (1993) mendefinisikan kemiskinan sebagai situasi serba kekurangan yang terjadi bukan karena kehendak oleh si miskin, melainkan karena keadaan yang tidak dapat dihindari dengan kekuatan yang ada padanya. Miskin adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami kekurangan atau tidak mampu memenuhi tingkat hidup yang paling rendah serta tidak mampu mencapai tingkat minimal dari tujuan-tujuan yang telah ditetapkan. Tujuan tersebut dapat berupa konsumsi, kebebasan, hak mendapatkan sesuatu, menikmati hidup dan lain-lain (Husen, 1993).

Di lain pihak Friedmann (1979), mendefinisikan kemiskinan sebagai ketidaksamaan kesempatan untuk mengakumulasi basis kekuatan sosial. Basis kekuatan sosial meliputi modal yang produktif atau asset (misalnya, tanah, perumahan, peralatan, kesehatan dan lain-lain); sumber-sumber keuangan (*income* dan kredit yang memadai); organisasi sosial dan politik yang dapat digunakan untuk mencapai kepentingan bersama (partai politik, sindikat, koperasi dan lain-lain); jaringan sosial untuk memperoleh pekerjaan, barang-barang dan

lain-lain; pengetahuan dan keterampilan yang memadai; dan informasi yang berguna untuk memajukan kehidupan anda.

Kemiskinan adalah ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup minimum (Kuncoro dalam Wahyudi dan Rejekingsih, 2013: 1). Ada pula pendapat yang menyatakan bahwa "...kemiskinan dikarenakan masalah tersebut telah merambat pada level multidimensional, artinya kemiskinan berkaitan satu sama lain dengan berbagai macam dimensi kebutuhan manusia. Ketidakmampuan untuk memenuhi standar hidup minimum yang sesuai dengan tingkat kelayakan hidup dapat dikatakan sebagai kemiskinan" (Todaro dalam Wahyudi dan Rejekingsih, 2013: 2).

2. Macam-macam Kemiskinan

Secara umum kemiskinan dapat dibagi menjadi dua, yaitu kemiskinan absolute dan kemiskinan relatif (Zaky, 2010: 9-10).

1. Kemiskinan *absolute* adalah keadaan yang mana pendapatan kasar bulannya tidak mencukupi untuk membeli keperluan minimum sebuah isi rumah yang diukur berdasarkan tahap pembelanjaan minimum.
2. Kemiskinan relatif adalah kemiskinan yang dilihat berdasarkan perbandingan antara sesuatu tingkat pendapatan lainnya. Kemiskinan jenis ini tidak berhubung dengan garis kemiskinan, kemiskinan jenis ini bersumber dari perspektif masing-masing orang, yaitu karena orang tersebut merasa miskin. Seseorang yang tergolong miskin relatif sebenarnya telah hidup di atas garis kemiskinan namun masih berada di bawah kemampuan masyarakat sekitar.

Suryawati (2005: 122) menambahkan 2 (dua) macam kemiskinan seperti :

1. Kemiskinan kultural: mengacu pada persoalan sikap seseorang atau masyarakat yang disebabkan oleh faktor budaya, seperti tidak mau berusaha memperbaiki tingkat kehidupan, malas, pemboros, tidak kreatif meskipun ada bantuan dari pihak luar .
2. Kemiskinan struktural: situasi miskin yang disebabkan karena rendahnya akses terhadap sumber daya yang terjadi dalam suatu sistem sosial budaya dan



sosial politik yang tidak mendukung pembebasan kemiskinan, tetapi seringkali menyebabkan suburnya kemiskinan.

Kuncoro dalam Wahyudi dan Rejekingsih (2013: 2) menyertakan penyebab kemiskinan dari sisi ekonomi, yaitu:

1. Secara mikro kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pada kepemilikan sumberdaya oleh masing-masing individu yang menyebabkan ketimpangan distribusi pendapatan;
2. Kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumberdaya manusia satu sama lain;
3. Kemiskinan muncul akibat perbedaan masing-masing individu dalam mengakses permodalan.

Penyebab serta bentuk kemiskinan tersebut menghantarkan sebuah pemahaman yang tidak hanya menyinggung keadaan perekomonian namun juga pada pelayanan kesehatan. Pemerintah sebagai penyedia layanan kesehatan dipandang memunyai andil dalam penanggulangan kemiskinan.

Pendapat berikut dapat menjadi penguat literasi tentang keterkaitan pemerintah dalam penaggulangan kemiskinan dari sisi kesehatan, bahwa “akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan tanggungjawab yang harus diberikan oleh pemerintah terhadap masyarakatnya Akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan tanggungjawab yang harus diberikan oleh pemerintah terhadap masyarakatnya” (Wahyudi dan Rejekingsih, 2013: 2). Dengan kata lain, Lincoln dalam Wahyudi dan Rejekingsih (2013: 2) menjelaskan intervensi untuk memperbaiki kesehatan dari pemerintah juga merupakan suatu alat kebijakan penting untuk mengurangi kemiskinan.

Nurse dalam Wahyudi dan Rejekingsih (2013: 2) teori lingkaran setan kemiskinan juga mengemukakan produktivitas yang rendah sebagai faktor yang



menyebabkan kemiskinan. Sehingga Wahyudi dan Rejekingsih (2013: 2-3) mengemukakan bahwa

“Produktivitas yang rendah bisa diakibatkan oleh tingkat kesehatan yang rendah. Kesehatan yang rendah akan mengakibatkan etos kerja menurun dan produktivitas seseorang menjadi rendah. Produktivitas yang rendah akan berdampak pada pendapatan yang menurun dan bisa membawa seseorang menjadi rentan terhadap kemiskinan”.

Relevansi lain juga disampaikan oleh Suryawati (2005: 125) bahwa,

“Tingkat pendapatan di bawah garis kemiskinan dan rendahnya kesempatan memperoleh berbagai fasilitas kesejahteraan sosial akan mempersulit terpenuhinya berbagai keperluan pangan bergizi atau kemampuan untuk menangkis penyakit, sehingga tidak mengherankan apabila di lingkungan mereka tingkat kematian bayi tinggi. Berbagai macam penyakit mengancam mereka, seperti: malaria, tuberkulosis, penyakit mata, kwasiorkor, dan lainnya sebagai akibat lemahnya daya resistensi. Hal ini menyebabkan usia harapan hidup mereka pendek dan tingkat kematian mereka tinggi”.

Sehingga, dapat diambil sebuah benang merah, bahwa kemiskinan disebabkan oleh tingkat produktivitas yang rendah yang mengakibatkan tingkat pendapatan yang rendah pula. Produktivitas dan tingkat pendapatan masyarakat yang rendah ini disebabkan oleh kesehatan masyarakat yang rendah, dan juga berarti bahwa pelayanan kesehatan juga rendah. Rentetan permasalahan serta penyebab kemiskinan ini pun akan menimbulkan satu kebudayaan baru, yaitu budaya kemiskinan.

Budaya kemiskinan ini pun erat kaitannya dengan ciri-ciri masyarakat miskin, yaitu:

1. rata-rata tidak mempunyai faktor produksi sendiri seperti tanah, modal, peralatan kerja, dan keterampilan,
2. mempunyai tingkat pendidikan yang rendah,
3. kebanyakan bekerja atau berusah sendiri dan bersifat usaha kecil (sektor informal), setengah menganggur atau menganggur (tidak bekerja),
4. kebanyakan berada di pedesaan atau daerah tertentu perkotaan (slum area), dan



5. kurangnya kesempatan untuk memperoleh (dalam jumlah yang cukup): bahan kebutuhan pokok, pakaian, perumahan, fasilitas kesehatan, air minum, pendidikan, angkutan, fasilitas komunikasi, dan kesejahteraan sosial lainnya (Suryawati, 2005: 123).

Melanjutkan pemaparan rujukan di atas, Persudi dalam Wahyudi dan Handoyo (2014: 3) menyatakan bahwa “Budaya kemiskinan merupakan mereka yang hidup di *slum* atau perkampungan kumuh dan memiliki pekerjaan Informal.

Memiliki kebudayaan kemiskinan bila tingkat partisipasi mereka rendah, kondisi fisik rumah bobrok, usia kanak-kanak singkat, dan tingginya perasaan tidak berharga”. Sehingga Wahyudi dan Handoyo (2014: 3) menyimpulkan bahwa “Kebudayaan kemiskinan merupakan suatu adaptasi/penyesuaian serta reaksi kaum miskin terhadap kedudukan marginal mereka dalam masyarakat yang

berstrata kelas, sangat individualistik dan berciri kapitalistik”. Dengan demikian, penjelasan budaya kemiskinan ini berhubungan dengan ciri-ciri masyarakat miskin secara umum pada penjelasan sebelumnya. Lebih lanjut tentang budaya

kemiskinan biasanya tumbuh berkembang pada masyarakat yang memiliki kondisi seperti:

1. Sistem ekonomi uang, buruh upahan, dan sistem produksi untuk keuntungan.
2. Tetap tingginya tingkat pengangguran bagi tenaga kerja terampil.
3. Rendahnya upah buruh.
4. Lumpuhnya upaya peningkatan organisasi sosial, ekonomi, politik secara sukarela maupun formal pemerintahan.
5. Bilateral menjadi sistem keluarga bukan unilateral.
6. Kuatnya nilai-nilai kelas penguasa pada penumpukan harta, bagi keluarga dengan status
7. ekonomi rendah dipercaya memang hasil ketidaksanggupan pribadi (Persudi dalam Wahyudi dan Handoyo, 2014: 3).

sehingga, budaya kemiskinan ini dapat dicirikan kedalam beberapa hal, seperti :

1. Partisipasi dan integrasi kaum miskin sangat rendah terhadap lembaga-lembaga/pranata masyarakat pada umumnya
2. Secara fisik kebudayaan kemiskinan mudah diperhatikan pada kondisi rumah keluarga/kelompok masyarakat (komunitas lokal), ditandai dengan rumah bobrok, bergerombol, penuh sesak dan berjubel.
3. Pada tingkat keluarga ditandai dengan singkatnya masa kanak-kanak, sehingga usia dini telah ditanamkan nilai-nilai dan usahausaha mengais kerja.
4. Pada tingkat individu ditandai dengan tingginya perasaan tidak berharga, tidak berdaya, ketergantungan dan rendah diri (Wahyudi dan Handoyo, 2014: 3).

Rendahnya pendapatan, produktivitas yang kurang serta rendahnya kemampuan masyarakat dibidang lain mengakibatkan sikap dan reaksi yang kurang lebihnya sama seperti di bawah ini :

“...orang miskin cenderung menghindari fasilitas rawat jalan, menunda pelayanan RS, menghindari penggunaan jasa spesialis yang mahal, cenderung memperpendek rawat inap, membeli separo atau bahkan sepertiga obat yang diresepkan sehingga tidak menjalani pengobatan total, mencari pengobatan lokal yang kadang-kadang dapat menimbulkan efek berbahaya, para ibu cenderung melahirkan dirumah dengan bantuan dukun yang memperbesar risiko persalinan, penyakit menjadi kronis karena menghindari pengobatan yang mahal. Pasien gagal ginjal cenderung menunda, membatalkan atau dibatalkan dari pengobatan, pasien cenderung mengobati sendiri yang berakibat terjadi komplikasi,tingkat pengguguran kandungan meningkat karena biaya dan implikasi sosial ekonomi, pasien menolak atau menunda prosedur operasi karena ketiadaan biaya” (Suryawati, 2005: 125).

Dari pernyataan dan pendapat di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa kemiskinan adalah sebuah pembudayaan yang terjadi secara tidak sengaja. Sebab kemiskinan tersebut pula disadari sebagai satu peristiwa berantai mulai dari ketimpangan peranan pemerintah hingga keinginan dan tidak tercapainya harapan dari masyarakat. keadaan seperti ini pula dipengaruhi oleh kondisi sekitar baik lingkungan alam dan lingkungan masyarakat yang tidak memperdulikan kemiskinan tersebut. Kondisi tersebut pula mncatut keseriusan pemerintah dalam

penyediaan layanan kesehatan sebagai fasilitas pendukung bagi keberlangsungan hidupnya masyarakat itu sendiri.

E. JAMKESMAS

1. Pengertian JAMKESMAS

Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia yang memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Program ini dijalankan oleh Departemen Kesehatan sejak 2008.

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial.

Program ini diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk :

- 1) mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah
- 2) agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin

Berdasarkan Pedoman Jamkesmas (2006), Jamkesmas adalah Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin yang dikelola melalui mekanisme asuransi sosial oleh PT. Askes (Persero) dengan prinsip diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh bagi penduduk Indonesia.

Jamkesmas memiliki tujuan umum untuk meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar terapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

2. Bentuk – bentuk Jamkesmas

Tergantung dari ciri-ciri khusus yang dimiliki, asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi beberapa macam, diantaranya yaitu (Jati dan Syamsulhuda, 2009) :

a. Ditinjau dari pengelolaan, dibedakan menjadi :

- 1) Asuransi Kesehatan Pemerintah (*Government Health Insurance*) dimana pengelolaan dana dilakukan oleh pemerintah sehingga dapat dikatakan bahwa pemerintah ikut serta dalam pembiayaan kesehatan.
- 2) Asuransi Kesehatan Swasta (*Private Health Insurance*) dimana pengelolaan dana dilakukan oleh suatu badan swasta.

b. Ditinjau dari keikutsertaan anggotanya, dibedakan menjadi 2 macam :

- 1) Asuransi Kesehatan Wajib (*Compulsary Health Insurance*) dimana sifat keanggotaannya adalah wajib yang berlaku untuk setiap penduduk atau kelompok tertentu saja. Misalnya suatu perusahaan.
- 2) Asuransi Kesehatan Sukarela (*Voluntary Health Insurance*) dimana keikutsertaan peserta tidak wajib, melainkan terserah pada kemauan masing-masing.

c. Ditinjau dari jenis pelayanan yang ditanggung, dibedakan atas :

- 1) Menanggung seluruh jenis pelayanan kesehatan (*Comprehensive Plans*), dimana jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga bersifat preventif dengan tujuannya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan saja (*partial plans*).
- 2) Menanggung sebagian pelayanan kesehatan saja (*Partial Plans*)

d. Ditinjau dari jumlah dana yang ditanggung, dibedakan menjadi :

- 1) Menanggung seluruh biaya kesehatan yang diperlukan (*first dollar principle*). Pada sistem ini seluruh biaya kesehatan ditanggung oleh asuransi kesehatan. Hal ini dapat mendorong pemanfaatan yang berlebihan sehingga menyulitkan badan asuransi dan atau penyedia pelayanan kesehatan.
- 2) Hanya menanggung pelayanan kesehatan dengan biaya yang tinggi saja (*large loss principle*). Untuk mengatasi penggunaan yang berlebihan dikenal bentuk lain dimana asuransi kesehatan hanya menanggung pelayanan kesehatan dengan biaya yang tinggi saja. Apabila biaya tersebut masih dibawah standar yang ditetapkan, peserta harus membayar sendiri.

3. Sasaran

Sasaran Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu (selanjutnya disebut masyarakat miskin) yang terdaftar dan memiliki kartu dan

berhak mendapatkan yankes. Berdasarkan hasil pendataan Kabupaten/kota Jumlah masyarakat miskin yang dijamin dalam program ini adalah 60.000.000 jiwa yang ditetapkan oleh Menkes RI.

4. Prasyarat

Prasyarat Jamkesmas yaitu masyarakat yang telah terdaftar sebagai peserta yang diberi kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Lebih khusus Jamkesmas diberikan kepada keluarga miskin berdasarkan indikator sebagai berikut (Jati dan Syamsulhuda, 2009) :

- a. Tidak sanggup makan 2 kali sehari.
- b. Tidak mampu menyelesaikan pendidikan dasar karena alasan biaya.
- c. Tidak mengkonsumsi protein hewani minimal sekali dalam seminggu.
- d. Tidak dapat mencukupi konsumsi pangan sehari-hari dari mata pencaharian utama.
- e. Lantai rumah berupa tanah dengan luas kurang dari 7m²/orang.
- f. Tidak mampu membayar biaya pengobatan di puskesmas

5. Justifikasi

Berdasarkan Pedoman Jamkesmas (2006) manfaat yang diperoleh peserta Jamkesmas adalah:

a. UKP Strata I:

- 1) Rawat jalan tingkat Pertama di Puskesmas dan jaringannya
- 2) Rawat inap tingkat pertama di Puskesmas perawatan
- 3) Persalinan normal
- 4) Pelayanan Spesialistik di puskesmas
- 5) Pelayanan gawat darurat (Emergency)



6) Pelayanan ambulansi atau transport pasien untuk rujukan gawat darurat dan non gawat darurat bila diperlukan

b. UKP Strata II dan III:

1) Rawat jalan tingkat lanjutan pada poliklinik spesialis RS/BP4/BKMM Pemerintah

2) Rawat inap tingkat lanjutan pada ruang perawatan kelas III RS/BP4/BKMM Pemerintah

3) Pelayanan gawat darurat (Emergency)

4) Pelayanan ambulansi atau transport pasien untuk rujukan gawat darurat, non rujukan bila diperlukan, pemulangan pasien atau jenazah.

Dana Jamkesmas, pada dasarnya terbatas untuk pembiayaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan operasional pelayanan terbatas tidak termasuk pembiayaan untuk obat, bahan medis habis pakai, vaksin dan logistik yang lain. Kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, vaksin dan logistik lainnya untuk pelaksanaan Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya yang meliputi :

a. Obat Pelayanan Kesehatan Dasar (Obat PKD)

b. Alat dan Obat Kontrasepsi

c. Obat Program

d. Vaksin

e. Reagen dan Logistik Penunjang

f. Bahan Habis Pakai Pelayanan Kesehatan

g. Logistik Lainnya.

6. Cara Klaim

Bangsa Indonesia menyadari arti penting kesehatan sebagai modal dasar (asset) dalam melakukan segala sesuatu. Oleh karena itu Departemen Kesehatan terus menerus melakukan reformasi dalam rangka peningkatan derajat kesehatan bangsa. Salah satu upaya yang ditempuh adalah mencanangkan visi Indonesia sehat 2010. Dalam mewujudkannya, disusun strategi pembangunan kesehatan, yang pertama, pembangunan kesehatan berwawasan kesehatan. Kedua, profesionalisme; ketiga, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan masyarakat (JPKM); keempat, desentralisasi; dan kelima, pemberdayaan/kemitraan (Dewi, 2008).

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan masyarakat (JPKM) saat ini diselenggarakan melalui kerja sama dengan PT Askes Indonesia dan bernama Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPK-MM). Program ini menginginkan meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan agar tercapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Masyarakat miskin dan tidak mampu didata oleh petugas lapangan dan ditetapkan oleh kepala daerah sebagai sasaran dalam program ini mereka membayar sebesar lima ribu rupiah sebagai jaminan kesehatan mereka. Dengan Premi yang dibayarkan pemerintah sebesar Rp 5000 masyarakat miskin akan mendapat pelayanan yang baik, bahkan saat ini ada peserta yang harus mendapat perawatan intensif seumur hidup, seperti contohnya mereka yang mengidap gagal ginjal sehingga harus menjalani cuci darah seumur hidup (Dewi, 2008).

Mekanisme pelayanan kesehatan pemegang jamkesmas adalah sebagai berikut. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang memerlukan pelayanan kesehatan berkunjung ke puskesmas dan jaringannya. Puskesmas dan jaringannya akan memberikan Pelayanan Kesehatan Dasar sesuai kebutuhan dan standar Pelayanan. Pelayanan kesehatan rujukan diberikan atas dasar indikasi medis dengan disertai surat rujukan dari Puskesmas, bagi masyarakat miskin rujukan disertai kartu JPK MM Jamkesmas oleh PT Askes (persero). Rumah sakit wajib memberikan rujukan balik ke puskesmas apabila kasus tersebut sudah dapat dilanjutkan di puskesmas. Pelayanan Rawat inap di rumah sakit hanya diberikan di fasilitas kelas III. Dalam kondisi Gawat Darurat masyarakat dapat langsung ke Rumah Sakit melalui Unit Gawat Darurat, setelah mendapatkan pelayanan dilakukan verifikasi oleh petugas apabila terindikasi sebagai keluarga miskin maka dapat menggunakan SKTM (surat keterangan tidak mampu) (Dewi, 2008).

Penyelenggaraan pelayanan jamkesmas di rumah sakit dapat kita tinjau melalui dua hal, yaitu pemegang kartu jamkesmas (pasien) dan pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit (Dewi, 2008).



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Pada dasarnya kegiatan penelitian adalah untuk mencari data yang relevan dengan permasalahan yang dibahas yang kemudian akan dianalisis dan diinterpretasikan untuk mendapat kesimpulan. Suatu penelitian berawal dari minat untuk mengetahui fenomena tertentu, penelitian juga dimaksudkan untuk mengungkap dan menggambarkan fenomena yang terjadi pada suatu objek dan menyesuaikan dengan tujuan yang dicapai dalam penelitian, sehingga diperlukannya penyesuaian jenis penelitian yang tepat dan sesuai dengan tujuan dan kondisi situasi penelitian. Sebuah penelitian, untuk memperoleh hasil yang baik maka perlu diketahui dan dipahami jenis penelitian yang digunakan. Jenis penelitian meliputi metode penelitian dan pendekatan penelitian, dengan menggunakan metode dan pendekatan penelitian yang tepat akan membantu peneliti dalam memperoleh data dan informasi yang tepat dan akurat. Nazir (2003:44) mengungkapkan desain penelitian harus sesuai dengan metode penelitian yang dipilih sehingga prosedur serta alat yang digunakan harus cocok dengan metode penelitian yang digunakan.

Ditinjau dari jenis masalah yang diselidiki, maka penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif, sehingga mampu menggambarkan fenomena-fenomena dan menganalisa hubungan-hubungan yang terjadi antar fenomena tersebut. Menurut Bogdan dan Taylor yang dikutip

Moelong (2010:9) yang dimaksud dengan penelitian deskriptif adalah penelitian yang berkaitan dengan pengumpulan data untuk memberikan gambaran atau penegasan suatu konsep atau gejala dan juga untuk menjawab pertanyaan sehubungan dengan status objek penelitian saat ini. Selain itu Bogdan dan Taylor juga mendefinisikan metode kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Dengan demikian penelitian ini berupaya mendeskripsikan, menguraikan, menganalisa fenomena yang ada serta kemudian mengambil kesimpulan dari kondisi yang ada sehingga bisa bermanfaat, yang disajikan dalam bentuk tulisan secara sistematis.

B. Fokus Penelitian

Pada dasarnya di dalam fokus penelitian, diuraikan tentang masalah yang menjadi pusat perhatian penelitian ini. Fokus berfungsi sebagai batas, untuk mencegah terjadinya pembiasan dalam mempersepsikan maupun dalam melakukan pembahasan nantinya. Menurut Moleong (2010:12) bahwa penentuan fokus suatu penelitian kualitatif memiliki dua tujuan. Pertama, batas menentukan kenyataan jamak yang kemudian mempertajam fokus. Kedua, penetapan fokus dapat lebih dekat dihubungkan oleh interaksi antara peneliti dan fokus.

Fokus penelitian diperlukan untuk dapat membantu dalam pelaksanaan penelitian, sebab dengan menentukan fokus penelitian secara tepat sesuai dengan tujuan dan masalah penelitian, maka penelitian dapat dilakukan secara terarah dan



mendapatkan hasil sesuai dengan yang diinginkan. Adapun yang menjadi fokus penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Standar pelayanan kesehatan JAMKESMAS yang dilakukan oleh RSUD Kabupaten Buleleng, dilihat dari :

- a. Prosedur pelayanan.
- b. Waktu pelayanan.
- c. Biaya pelayanan.
- d. Sarana dan prasarana pelayanan.
- e. Kompetensi petugas pemberi pelayanan.

2. Faktor pendukung dan penghambat pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng dilihat dari :

a. Faktor Pendukung

1.1 Faktor Internal :

- Kecepatan Pelayanan
- Kesederhanaan Prosedur
- Biaya
- Kompetensi Petugas Medis dan Non Medis

1.2 Faktor Eksternal :

- Ketepatan Waktu
- Political Will

b. Faktor penghambat.

1.1 Faktor Internal

- Sarana dan Prasarana



- Kelalaian Petugas

- Kekurangan Petugas

1.2 Faktor Eksternal

- Kelengkapan Persyaratan Peserta JAMKESMAS

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat dilaksanakannya penelitian sedangkan situs penelitian adalah letak dimana peneliti melakukan penelitian secara benar agar mendapatkan data yang benar-benar akurat, terpercaya dan dapat dipertanggung jawabkan. Lokasi penelitian ini adalah kabupaten Buleleng. Sedangkan situsnya terdapat pada RSUD Kabupaten Buleleng.

D. Sumber Data Penelitian

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diinginkan. Selalu ada hubungan antara metode pengumpulan data dengan masalah penelitian yang ingin dipecahkan. Sumber data penelitian merupakan faktor penting yang meliputi pertimbangan dalam penelitian. Keberadaan data adalah untuk dapat menyajikan sumber informasi sebagai pokok kajian atau alat analisis yang dilakukan oleh peneliti.

Dengan demikian sumber data tersebut dapat berupa informasi dan didukung dengan adanya dokumen yang berupa data tertulis. Pada dasarnya ada 2 (dua) klasifikasi data, yaitu data primer dan data sekunder.

1. Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari sumbernya, data primer di penelitian ini berasal dari wawancara yang digunakan untuk menambah dan menjelaskan permasalahan. Adapun yang menjadi narasumber penelitian ini adalah

- a. Sodari Ririn Handhayani sebagai Perawat.
- b. Dokter Agustya Dharma Putra.

2. Data sekunder adalah data yang secara tidak langsung dapat memberikan informasi dan pendukung kepada peneliti dimana data tersebut merupakan hasil kegiatan orang lain. Artinya melewati satu pihak atau lebih yang bukan dilakukan sendiri oleh peneliti. Sumber data yang dipergunakan dalam penelitian ini berupa dokumen-dokumen, catatan-catatan, arsip-arsip, peraturan-peraturan yang ada di RSUD Kabupaten Buleleng seperti :

- a. Profil RSUD kabupaten Buleleng.
- b. Bagan alur pelyanan pasien RSUD Kabupaten Buleleng.
- c. Bagan laur pelayanan pasien Jamkesmas RSUD Kabupeten Buleleng.
- d. Data rekap pasien rawat inap dan rawat jalan tahun 2012-2013.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data dan informasi. Dalam melakukan penelitian, untuk memperoleh data digunakan beberapa metode yang sesuai dengan jenis data yang dibutuhkan. Hal ini dimaksudkan agar data yang diperoleh benar-benar objektif dan berhubungan dengan fenomena yang akan diteliti. Tanpa mengetahui teknik

pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standart data yang ditetapkan (Sugiono, 2007:401). Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

1. Wawancara (*Interview*)

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) sebagai pengaju/pemberi pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewee*) sebagai pemberi jawaban atas pertanyaan itu (Basrowi:2008:127). Arti lain dari wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara dilakukan baik secara terbuka dan pertanyaan yang memfokus pada permasalahan sehingga informasi yang diperoleh cukup lengkap. Adapun yang menjadi narasumber penelitian ini adalah

- a. Sodari Ririn Handhayani sebagai Staff Administrasi Keperawatan di RSUD Kabupaten Buleleng.
- b. Dokter Agustya Dharma Putra sebagai Dokter Umum di RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Observasi (pengamatan)

Menurut Burns dalam Basrowi (2008:93) observasi merupakan bagian yang sangat penting dalam penelitian kualitatif. Dengan observasi, peneliti dapat mendokumentasikan dan merefleksikan secara sistematis terhadap kegiatan dan interaksi subjek penelitian. Observasi dalam penelitian ini digunakan

untuk memperoleh gambaran yang jelas tentang keadaan pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng.

3. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan kategori dan klasifikasi bahan-bahan tertulis yang mendukung fokus penelitian, yang berasal dari dokumen-dokumen, buku-buku, *situs/website*, peraturan perundang-undangan, atau arsip-arsip yang terdapat di RSUD Kabupaten Buleleng.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu atau sarana yang digunakan untuk memperoleh atau mengumpulkan data oleh peneliti pada saat melakukan penelitian. Menurut Arikunto (2006:50) instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, serta sistematis dan mudah diolah. Ketepatan dalam menggunakan instrumen penelitian merupakan salah satu faktor yang menentukan keberhasilan dalam penelitian.

Adapun instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

1. Peneliti Sendiri

Moleong (2010:9) menjelaskan bahwa, “peneliti sendiri atau dengan bantuan orang lain merupakan alat pengumpul data utama. Hal ini sesuai dengan metode penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif, dimana pengumpulan data lebih tergantung pada peneliti sendiri”. Oleh karena itu,

peneliti dituntut untuk profesionalisme dalam melakukan penelitiannya dan memanfaatkan panca indra dengan sebaik mungkin agar benar-benar memahami fenomena yang ingin diketahui.

2. Pedoman Wawancara (*interview guide*)

Dalam melakukan wawancara, peneliti harus menggunakan pedoman wawancara untuk mengungkap data yang diinginkan. Pedoman wawancara berfungsi agar proses wawancara yang dilakukan berjalan lancar serta mampu merangkum apa yang menjadi pertanyaan peneliti.

3. Catatan Lapangan (*field note*)

Catatan ini merupakan hasil dari apa yang diketahui, melalui penglihatan, pendengaran, dan pemikiran dalam rangka pengumpulan data dan refleksi data dalam penelitian kualitatif.

G. Metode Analisis

Sebuah penelitian ilmiah memerlukan satu metode analisis. Hal ini dibutuhkan agar peneliti tidak menemukan kebingungan dalam melakukan penelitian dan pembahasan terhadap materi yang akan diteliti. Dengan demikian Sugiono (2011:332) menjelaskan analisis data sebagai proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan ke orang lain. Jika demikian, analisis data merupakan proses mengurai (memecah) sesuatu ke dalam bagian-bagian tertentu sehingga mudah

dipahami. Terdapat tiga langkah penting dalam analisis data, yaitu : 1) identifikasi apa yang ada dalam data, 2) melihat pola-pola, dan 3) membuat interpretasi (Basrowi, 2008:192). Dapat dikatakan analisis data adalah proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang mudah dipahami dan diinterpretasikan. Analisis data dimulai dengan menghimpun data yang ada, baik yang diperoleh dari proses wawancara, pengamatan, pencatatan serta dokumen-dokumen yang ada.

Definisi serta mekanisme analisis data, Miles dan Huberman dapat menjadi rujukan yang cukup relevan. Sehingga peneliti mengutip pandangan Miles dan Huberman dalam Sugiono (2011:91-92) tentang metode analisis data yang menyatakan analisis data yang terdiri dari 3 alur kegiatan yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasi, yang dijabarkan sebagai berikut :

1. Reduksi Data

Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasikan data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasikan. Data lapangan akan dikumpulkan dalam uraian yang terperinci dan akan direduksi, dirangkum, difokuskan pada hal-hal yang penting kemudian dicari tema atau polanya. Dilakukan secara terus selama penelitian berlangsung.

2. Penyajian Data



Adalah informasi yang tersusun dan memberikan kemungkinan tentang adanya penarikan kesimpulan dan mengambil tindakan. Dimaksudkan untuk memudahkan bagi penelitian guna melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari penelitian. Bentuknya dapat diikuti gambaran atau skema dan beberapa table yang dirancang untuk menyusun agar dapat dimengerti.

3. Penarikan Kesimpulan

Setelah data dikumpulkan dan dianalisa maka dapat ditarik kesimpulan, namun kesimpulan akhir itu tidak muncul sampai pengumpulan data berakhir. Oleh karena itu, kesimpulan tersebut di verifikasi yaitu berupa pengumpulan data atau dapat juga dengan melakukan salinan dalam satuan data yang lain.

Pada dasarnya data harus diuji kevaliditasannya supaya kesimpulan yang diambil lebih kuat.



BAB IV

PENYAJIAN DATA DAN PEMBAHASAN

A. Penyajian Data

1. Gambaran Umum

a. Gambaran Umum Rumah Sakit Kabupaten Buleleng.

Rumah Sakit Kabupaten Buleleng (RSUD Buleleng) pertama berdiri pada tahun 1955 sebagai Rumah Sakit tentara dan umum. Hingga pada tahun 2009 RSUD Buleleng ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dengan SK Bupati Buleleng No. 445/405/HK/2009. Pada tahun 2012 RSUD Buleleng mengikuti akreditasi 12 standart pelayanan RS dan dinyatakan lulus pada tahun yang sama. Secara sosiodemografi, RSUD Buleleng terletak di kota Singaraja sebelah utara pulau Bali. RSUD Buleleng sendiri berdiri di Kabupaten Buleleng yang mempunyai luas 136.588 hektar atau 24,25% luas keseluruhan provinsi Bali. Kabupaten Buleleng terdiri dari 9 kecamatan, 129 desa, 19 kelurahan, 525 dusun dan 55 lingkungan dengan batas wilayah sebagai berikut:

Utara : Laut Jawa dan Bali.

Selatan: Jembrana, Tabanan, Badung dan Bangli

Barat: Kabupaten Jembrana

Timur: Kabupaten Karangasem (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).

Jumlah penduduk Kabupaten Buleleng pada tahun 2012 tercatat sebanyak 662.920 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 485 jiwa per km².

RSUD Buleleng sebagai BLUD memounyai visi dan misi dalam penyelenggaraan pelayanan publik sehubungan dengan kesehatan. Adapaun visi dan misi RSUD

Buleleng dalam *Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng* adalah sebagai berikut :

Visi RSUD Buleleng adalah

“menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama masyarakat dengan memberikan pelayanan berkualitas dan profesional”

Misi RSUD Buleleng adalah

1. Memberikan pelayanan kesehatan berlualitas melalui sumber daya yang profesional dan berorientasi kepada kebutuhan pasien.
2. Mewujudkan rumah sakit jejaring dan membangun kerja sama yang saling menguntungkan dengan institusi pemerintah maupun swasta.
3. Menjadi rmah sakit pusat rujukan ilayah Bali Utara dan sekitarnya (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).

Adapun Visi dan Misi di atas mempunyai tujuan sebagai berikut,

“Untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal”

Dalam menjalankan pelayanan kesehatan RSUD Buleleng menerapkan nilai-nilai luhur/ norma yang diyakini dan dilakukan oleh setiap pertugas rumah sakit seperti di bawah ini:

1. Komitmen: tekad dan janji untuk memberikan pelayanan terbaik.
2. Kebersamaan: sikap dan perilaku yang menunjukkan saling menghargai dan mampu bekerja sama sesuai bidang kerja masing-masing.



3. Keterbukaan: menerapkan prinsip-prinsip transparansi dalam setiap pengambilan keputusan
4. Kejujuran: sikap dan perilaku yang menjunjung tinggi nilai etika dan moral
5. Keadilan: sikap dan perilaku petugas maupun manajemen yang mampu menerapkan prinsip keseimbangan dan keadilan (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).

Untuk menjalankan pelayanan kesehatan, RSUD Buleleng mempunyai Motto, yaitu: “PRISMA” yang merupakan akronim dari Peduli, Responsif, Integritas, Sentuhan, Mudah, dan Aman. Tiap-tiap kata mempunyai makna tersendiri seperti di bawah ini :

1. Peduli: pelayanan yang penuh perhatian dan pengertian terhadap pasien
2. Responsif: pelayanan yang cepat tanggap
3. Integritas: sikap dan perilaku yang jujur dan terbuka dengan dedikasi tinggi
4. Sentuhan: melayani dengan sentuhan kasih sayang dengan prinsip *Tat Twam Asi*
5. Mudah: pelayanan yang mudah didapat dan tidak berbelit-belit
6. Aman: pelayanan menyeluruh yang menerapkan prinsip-prinsip keselamatan (pasien *patient safety*) (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).

Dengan adanya motto di atas, maka RSUD Buleleng menginginkan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan pengunjung selalu maksimal dan sebaik mungkin dengan keramahan serta dapat dirasakan nyaman oleh semua pihak, yang akan dan senang tiasa menjadikan pelayanan yang profesional.

Status RSUD Buleleng sebagai BLUD mempunyai tugas dan fungsi sebagai berikut menurut Peraturan Bupati Buleleng No. 60 Tahun 2008 :

Tugas Pokok RSUD Buleleng adalah membant tugas-tugas Bupati dalam bidang pelayanan kesehatan yang meliputi upaya penyembuhan, pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan. Adapun fungsi RSUD Buleleng adalah

1. Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan, beedasarkan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Bupati
2. Menyusun perencanaan yang meliputi usaha pelayanan medis, upaya pencegahan akibat penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan, usaha perawatan, usaha pendidikan dan pelatihan serta usaha sistem rujukan
3. Pelaksanaan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis, asuhan keperawatan dan rujukan
4. Penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan
5. Pelaksanaan pembinaan dan penyluhan guna peningkatan teknis dibidang kesehatan
6. Penyelenggaraan adminsitasi umum, kepegawaian, keuangan dan perlengkapan dilingkungan Rumah Sakit Umum Daerah
7. Pengelaolaan tata usaha Rumah Sakit Umum Daerah (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).

Dalam gambaran umum RSUD ini pun disampaikan jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh RSUD Buleleng. Adapun jenis pelayanan kesehatan tersebut sebagai berikut :

1. Pelayanan Rawat Jalan (Poliklinik)



RSUD Buleleng memiliki 15 poliklinik antara lain :

- a. Poliklinik penyakit dalam
 - b. Poliklinik paru
 - c. Poliklinik jantung
 - d. Poliklinik THT
 - e. Poliklinik mata
 - f. Poliklinik VCT
 - g. Poliklinik kulit kelamin
 - h. Poliklinik jiwa
 - i. Poliklinik saraf
 - j. Poliklinik kebidanan
 - k. Poliklinik anak
 - l. Poliklinik bedah
 - m. Poliklinik gigi
 - n. Poliklinik triage
 - o. Poliklinik orthopedi (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).
2. Pelayanan Rawat Inap sebanyak 246 tempat tidur di setiap kelas instalasi di tahun 2012.
 3. Pelayanan bedah sentral
 4. Pelayanan rawat darurat
 5. Pelayanan farmasi
 6. Pelayanan lab. Klinik
 7. Pelayanan fisiotherapi



8. Pelayanan radiologi

9. Pelayanan gizi

10. Pelayanan Unggulan

a. Hemodialisa

b. ICCU

c. ICU (*Intensive Care Unit*)

d. Pavillium Mahotama

e. Stroke Unit

f. Intermediate

g. NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*) (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).

Adapun fasilitas yang berfungsi sebagai penunjang pelayanan kesehatan utama pada RSUD Buleleng diantaranya adalah

1. Instalasi pemeliharaan kesehatan rumah sakit

2. Instalasi pemulasaraan jenazah

3. Unit CSSD

4. Unit tranfusi darah (PMI)

5. Binatu (Buku Profil RSUD Kabupaten Buleleng, 2012).

Demikianlah gambaran umum RSUD Buleleng sebagai lokus/tempat penelitian berlangsung. Adapun data yang tersajikan di atas bersumber dari dokumen laporan tahunan tahun 2012 RSUD Kabupaten Buleleng. Gambaran umum tersebut disampaikan sebagai data pendukung atau pengantar dari fokus

masalah yang akan diteliti, sehingga untuk selanjutnya dipergunakan sebagai bagaimana mestinya.

b. Pelayanan Kesehatan JAMKESMAS RSUD Buleleng.

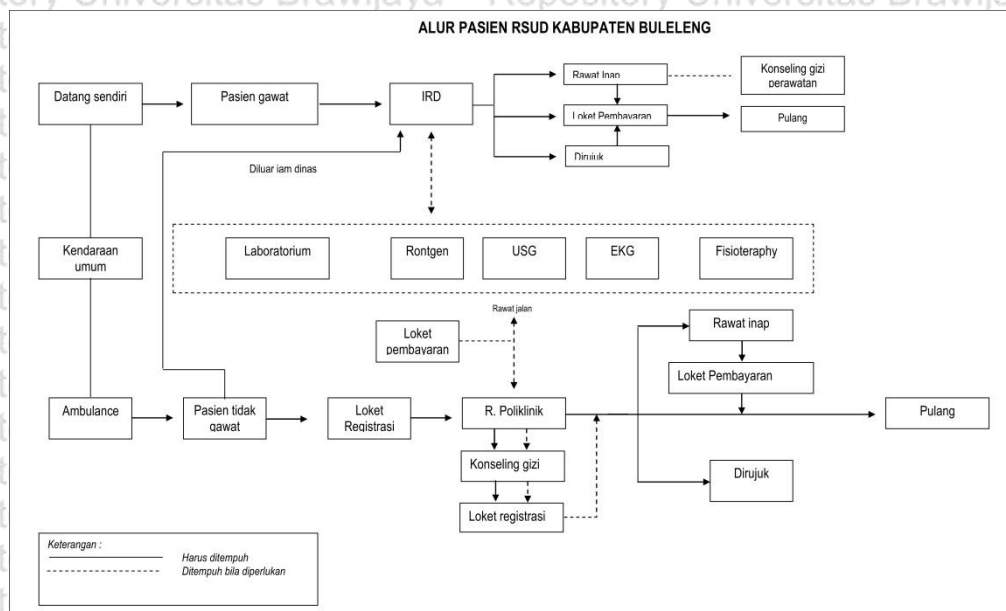
Pelayanan kesehatan dalam ruang lingkup normatif merupakan urusan dan tugas yang dipikul pemerintah secara keseluruhan. Dengan adanya perubahan penguasaan dan kewenangan menyangkut Tugas dan fungsi Pemerintah, disusunlah Undang-Undang Desentralisasi (Pemerintahan Daerah) No. 32 Tahun 2004 yang mendelegasikan kewenangan Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah, Daerah diberikankelulusasaan mengatur dan mengelola urusan publik termasuk urusan pelayanan kesehatan masyarakat. tak pelak itu pun terjadi di Kabupaten Buleleng sebagai salah satu Daerah di Indonesia. Otonomi daerah mewajibkan pemerintah daerah menjalankan pelayanan secara maksimal menggunakan cara JAMKESMAS yang pula dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Buleleng. Urusan pelayanan kesehatan dengan JAMKESMAS tersebut pun dilimpahkan kepada RSUD Buleleng dengan adanya SK Bupati No. 445/405/HK/2009 yang menjadikan RSUD Buleleng sebagai BLUD.

Esensi dasar pelayanan publik terutama yang menyangkut pelayanan kesehatan diadopsi oleh RSUD Buleleng dengan tersusunnya Visi dan Misi pelayanan kesehatan RSUD Buleleng seperti yang tersajikan dalam Gambaran Umum Rumah Sakit RSUD Buleleng. Sehingga data selanjutnya pun akan disajikan sebagaimana fokus penelitian. Penelitian ini pun memfokuskan masalah pada pelayanan kesehatan JAMKESMAS yang pula ditangani oleh RSUD

Buleleng. Sebagaimana fokus tersebut maka data akan disajikan per fokus berturut-turut sebagai berikut :

1) Prosedur Pelayanan Kesehatan di RSUD Buleleng

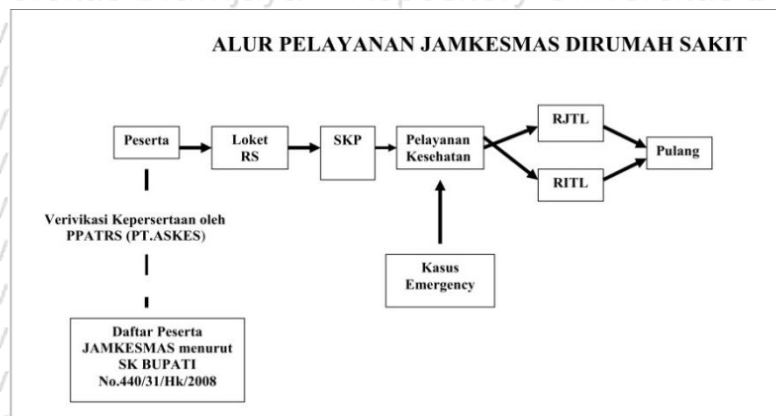
Prosedur pelayanan adalah pola yang dibuat secara terencana agar pelayanan dapat dilakukan sesuai dengan tatacara sebagaimana mestinya. Secara prosedural RSUD Buleleng mempunyai tata cara pelayanan kesehatan sebagai berikut :



Gambar 1. Alur Pelayanan Pasien di RSUD Kabupaten Buleleng. (Sumber:

RSUD Kabupaten Buleleng, Tahun 2014).

Gambar di atas adalah gambaran umum mengenai alur pelayanan pasien di RSUD Buleleng. Hal ini disampaikan oleh saudari Ririn Handayani sebagai Staff Administrasi Keperawatan RSUD Kabupaten Buleleng pada saat peneliti melakukan wawancara langsung. Adapun alur pelayanan khusus pasien yang terdaftar dalam JAMKESMAS adalah sebagai berikut :



Gambar 2. Alur Pelayanan JAMKESMAS RSUD Buleleng. (Sumber: RSUD Kabupaten Buleleng, Tahun 2014).

Secara prosedural, tata cara pelayanan pasien Jamkesmas secara umum yang dicanangkan pemerintah pusat mempunyai persyaratan yang harus dipenuhi, antara lain :

1. Fotocopy kartu Jemkesmas 5 lembar.
2. Fotocopy kartu keluarga atau KTP 5 lembar.
3. Fotocopy surat rujukan dari puskesmas 3 lembar (khusus pelayanan rawat jalan). Surat rujukan berlaku satu bulan untuk kasus kronis (DM, gagal ginjal, kanker, dll), 3 bulan untuk kasus gangguan jiwa, kusta, dan paru.
4. Rekomendasi dari dinas sosial bagi gelandangan, pengemis, anak terlantar sebanyak 5 lembar
5. Rekomendasi dari Kepala Lapas bagi penghuni Lapas/Rutan sebanyak 5 lembar
6. Forocopy kartu PHK bagi pasien program keluarga Harapan sebanyak 5 lembar

7. Surat keterangan lahir bagi bayi/anak yang lahir dari peserta Jamkesmas sebanyak 5 lembar.
8. Rujukan pasien antar rumah sakit daerah dilengkapi dengan surat rujukan dari rumah sakit asal pasien dengan membawa kelengkapan lainnya.
9. Untuk kasus kegawatdaruratan dan raat inap tingkat lanjut, semua persyaratan dapat dilengkapi 2 x 24 jam hari kerja (*Sumber*: Brosur Pelayanan Jamkesmas RSUD Kabupaten Buleleng).

Namun dalam wawancara yang dilakukan pada tanggal 18 September 2014 dengan salah satu petugas pelayanan RSUD Buleleng, persyaratan tersebut dipangkas hingga menjadi 3 syarat yang hanya berjumlah 3 lembar salinan (*photo copy*) pada masing-masing persyaratan. Adapun Saudari Ririn Handayani sebagai

Staff Administrasi Keperawatan tersebut menjelaskan pemangkasan persyaratan pelayanan sebagai berikut :

“Iya .. disini memang ada pemangkasan untuk persyaratan peserta atau pasien JKMS. Pasien harus menunjukkan kartu JKMS (Jamkesmas) yang sesuai dengan KTP (foto copy), KK, Surat Rujukan dari Puskesmas. Pasien membawa photo copy KTP dan KK serta surat rujukan dari puskesmas terdekat daerah tempat tinggal pasien atau puskesmas sebelum pasien di rujuk ke sini (RSUD Kab. Buleleng). Jadi persyaratan pasien hanya itu saja, tidak ada lagi persyaratan tambahan, kita sudah pangkas dan permudah pelayanan untuk pasien JKMS-nya”. (Wawancara dengan Staff Administrasi Keperawatan, tanggal 18 September 2014, Pukul 08.05 WITA, di Ruang Administrasi RSUD Kabupaten Buleleng).

Lebih lanjut, peneliti menanyakan tentang prosedural lanjutan untuk pasien gawat darurat. Saudari Ririn Handayani menegaskan kembali jika tidak ada persyaratan lebih lanjut untuk pasien JAMKESMAS yang memerlukan penanganan gawat darurat. Hal tersebut dinyatakan oleh Saudari Ririn Handayani seperti tertulis dibawah ini :

“Tidak ada mas. Pasien hanya harus seperti tadi yang saya katakan. Pasien Harus membawa Photo copy KTP, KK dan kartu JMKS. Jadi sudah tidak ada syarat atau embel-embel lainnya”. (Wawancara Staff Keperawatan tanggal 18 September 2014, pukul 08.10WITA, di Ruang Administrasi RSUD Kabupaten Buleleng).

Dengan demikian, data dapat disimpulkan bahwa prosedural pelayanan kesehatan di RSUD Buleleng mengalami perampingan persyaratan pasien. Persyaratan pelayanan kesehatan pasien JAMKESMAS tersebut pun menjadi lebih sederhana.

2) Waktu Pelayanan kesehatan RSUD Buleleng.

Waktu yang dimaksud adalah lama penyelesaian yang ditetapkan sejak awal pengajuan permohonan pelayanan kesehatan hingga pasien dilayani. Waktu pelayanan pun akan terhubungan dengan kejelasan pelayanan, kedisiplinan petugas pelayanan, tanggungjawab petugas dan kecepatan serta ketepatan pelayanan yang diberikan. Menindaklanjuti hal di atas, peneliti mencoba menanyakan perihal lama pelayanan kepada salah satu petugas administrasi pelayanan RSUD Kabupaten Buleleng. Petugas tersebut menjelaskan bahwa seluruh pasien atau peserta JAMKESMAS tetap menerima pelayanan yang sama pada saat pasien masuk atau dirujuk ke rumah sakit tersebut. Adapaun penjelasan tersebut dijelaskan oleh Saudari Ririn Handayani seperti berikut ini :

“Pasien tetap ditangani tepat waktu setelah pasien masuk ke sini, apalagi kalau pasien dalam keadaan gawat dan perlu penanganan cepat. Bila pasien tidak dapat menunjukkan kartu peserta sejak awal, sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan (keluarga) diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu (JAMKESMAS) tersebut. Jadi tetap kita tangani dan kita tampung” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 08.20 WITA, di RSUD Kabupaten Buleleng).

Namun peneliti menginginkan jawaban lebih rinci terkait lama pelayanan yang diberikan oleh RSUD Kabupaten Buleleng tersebut. Peneliti menanyakan kembali lama waktu pelayanan dapat merespon pasien atau peserta JAMKESMAS. Dokter Umum pelayanan rumah sakit tersebut menjelaskan bahwa

“Kalau pasien gawat darurat (UGD) time responnya 15 menit. Pasien gawat darurat itu perlu penanganan cepat agar cepat mendapatkan pertolongan. Tapi kalau bagian Radiologi/Poli dari menyertakan surat sampai mendapatkan pelayanan butuh waktu maksimal 2 jam. 2 jam itu lama karena kita masih harus mencari arsip peserta yang ada di ruang arsip” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 08.20 WITA, di Ruang Dokter Umum RSUD Kabupaten Buleleng).

Ketika jawaban tersebut dipertanyakan ulang terkait *grid* waktu atau tenggang waktu lama pelayanan pasien JAMKESMAS, Saudari Ririn Handayani pun dengan tegas menjawab demikian “sama seperti jawaban tadi, jadi pasien gawat darurat paling cepat ditangani, tapi kalau pasien poli itu maksimal 2 jam sampai ditangani” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 09.00, di Ruang Administrasi Keperawatan RSUD Kabupaten Buleleng).

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa waktu yang diperuntukkan untuk pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan terbilang cepat. 15 menit adalah waktu terlama yang diperlukan untuk melakukan pelayanan administratif hingga pasien diperiksa oleh dokter. 2 jam adalah waktu pelayanan hingga pasien dinyatakan boleh pulang, sembuh, atau dinyatakan mendapatkan perawatan lanjutan. Lama pelayanan tersebut dibedakan dari kondisi pasien, apakah pasien membutuhkan penanganan cepat seperti pasien gawat darurat atau pasien termasuk pada peserta yang tidak memerlukan penanganan cepat.

3) Biaya Pelayanan Kesehatan RSUD Buleleng.

Pembiayaan merupakan salah satu hal yang mungkin dikhawatirkan oleh masyarakat. Pandangan umum mengatakan bahwa ‘kesehatan itu mahal’. Namun apakah demikian pula halnya yang terjadi di RSUD Kabupaten Buleleng dengan penerapan pelayanan kesehatan optimalnya. Peneliti pun melakukan wawancara lanjutan untuk mengetahui hal tersebut. Narasumber menyatakan bahwa biaya yang ditanggung oleh pasien tersebut sudah ditangani oleh pemerintah. Sehingga pasien tidak dikenai biaya apapun selama pasien dirawat di RSUD Kabupaten Buleleng. Adapaun pernyataan tersebut berasal dari Penjelasan petugas pelayanan kesehatan, Saudari Ririn Handayani yang menyatakan

“Tidak ada dibebani. Pasien JMKS tidak lagi dibebani oleh biaya apapun, sebab sudah ditanggung pemerintah. Pemberian obat-obatan disesuaikan dengan tanggungan JMKS sesuai dengan sakit pasiennya” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 09.10).

Pernyataan lebih mendalam dijelaskan oleh narasumber bahwa pasien tidak dikenai biaya apapun. Hal tersebut tersirat dari pernyataan Sodari R.H yang menyatakan,

“Ya D disesuaikan dengan obat-obatan yang ditanggung JMKS itu sendiri. Ya semuanya mas ... mulai dari pasien gawat darurat sampai yang di poli semuanya gratis. Sidah tidak usah membayar biaya apapun. Obatnya juga gratis. Semua sama, dan gratis. Pasien yang rawat inap juga tidak dikenai biaya. Kan sudah ditanggung JMKSnya mas ... ” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 09.20).

Dalam wawancara tersebut pun, peneliti menanyakan tentang pembiayaan pasien dengan tingkat ekonomi rendah. Peneliti mempertanyakan pelayanan lain yang dapat ditempuh oleh pasien yang tidak tergolong pada peserta

JAMKESMAS. Narasumberpun menjelaskan alternatif lain selain pelayanan kesehatan melalui JAMKESMAS seperti dibawah ini :

“Ya ada. Peserta atau pasien bisa menggunakan alternatif lain, seperti JKBM dan BPJS yang baru-baru ini dikeluarkan pemerintah. Jadi semuanya masih dapat ditangani dan gratis. Gratisnya itu sejauh ditanggung JMKS dan peralatan tersedia dimiliki RS” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 09.20).

Adapun data umum tentang JKBM (Jaminan Kesehatan Bali Mandara) berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1185/menkes/SK/XII/2009 adalah sebagai berikut:

1. Rawat jalan tingkat lanjut (RJTL), dilaksanakan pada rumah sakit dan Balkermas, yaitu:
 - a. Konsultasi medis oleh dokter spesialis/umum
 - b. Rehabilitasi medik
 - c. Laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
 - d. Rindakan medis
 - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjut
 - f. Pelayanan KB termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)
 - g. Pemberian obat yang mengacu pada formulasi
 - h. Pelayanan darah
 - i. Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit (*Sumber: Profil RSUD Kabupaten Buleleng*).

2. Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III rumah sakit pemerintah, meliputi:

- a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
- b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
- c. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
- d. Tindakan medis
- e. Operasi sedang dan besar
- f. Pelayanan rehabilitasi medis
- g. Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
- h. Pemberian obat mengacu pada formularium
- i. Pelayanan darah
- j. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
- k. Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK) (*Sumber: Profil RSUD Kabupaten Buleleng*).

3. Pelayanan Gawat Darurat (*Emergency*).

Melihat hal di atas, JAMKESMAS mempunyai sasaran peserta yang mempunyai klasifikasi sebagai berikut :

1. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan oleh surat keputusan (SK) Bupati/Wali Kota tahun 2008 berdasarkan pada kuota Kabupaten/Kota yang dijadikan database nasional.
2. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, penghuni lapas/rutan, masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu Jamkesmas

3. Masyarakat miskin yang telah ditetapkan berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009

4. Bagi peserta yang telah meninggal dunia, haknya hilang dan tidak dapat dialihkan (*Sumber: Brosur Pelayanan Jamkesmas RSUD Kabupaten Buleleng*).

Dengan demikian, maka dapat disimpulkan bahwa biaya JAMKESMAS adalah gratis dengan tidak memungut pembiayaan apapun atau tarif apapun menurut ketentuan tanggungan JAMKESMAS itu sendiri. Pembiayaan ini pun dipertegas oleh pengertian JAMKESMAS yang merupakan “bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi fakir miskin dan tidak mampu serta peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Program ini dilaksanakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin” (Brosur/Edaran RSUD Buleleng tentang JAMKESMAS). Adapun alternatif pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng adalah JKBM (Jaminan Kesehatan Bali Mandara) dan BPJS selain pelayanan JAMKESMAS.

4) Sarana dan Prasarana pelayanan Kesehatan RSUD Buleleng.

Sarana dan prasarana adalah fasilitas yang disediakan untuk menunjang proses pelayanan kesehatan di RSUD Buleleng. Pemanfaatan fasilitas tersebut menjadi hal penting jika dipandang sebagaimana fungsinya. Kemudahan dan kualitas pelayanan pun dapat dilihat dari ketersedianya fasilitas yang lengkap.

Adapun daftar fasilitas penunjang pelayanan di RSUD Buleleng adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Fasilitas RSUD Kabupaten Buleleng.

No.	Fasilitas	Jumlah
1	Luas tanah	31.309 m ²
2	Luas Bangunan	14.957 m ²
3	Listrik	550 KVA
4	Genset	500 KVA
5	Air	PDAM
6	Pengolahan Limbah (Incenerator)	2 Unit
7	Ambulance	5 Unit
8	Operational Roda 4	5 Unit
9	Operational Roda 2	15 Unit
10	Mobil Box	1 Unit

Sumber: Laporan Tahunan tahun 2012 RSUD Kabupaten Buleleng.

Dalam observasi penelitian, peneliti melakukan beberapa dokumentasi sarana dan prasarana yang dimiliki oleh RSUD Kabupaten Buleleng seperti berikut :



Gambar 3. Tampak depan RSUD Kabupaten Buleleng, Tahun 2014.

tepat berada di depan pintu masuk rumah sakit, sehingga ketika ada pasien yang memerlukan penanganan cepat akan dapat segera ditangani. Di dalam ruang unita gawat darurat tersebut selalu ada tenaga medis yang siap sedia selama 24 jam menangani pasien *emergency*.

Data di atas pun menyatakan bahwa kurang memadainya peralatan di RSUD Kabupaten Buleleng tersebut menyebabkan pasien dirujuk ke RSU dengan peralatan yang lebih lengkap. Pasien pun masih mendapatkan layanan berupa jasa antar yang disertai dengan pengawalan perawat kesehatan hingga pasien diterima di RSU rujukan.

5) Kompetensi Petugas RSUD Kabupaten Buleleng

Kompetensi pegawai pelayanan publik pun menjadi salah satu penentu pelayanan tersebut dikatakan berkualitas. Sebab pegawai atau petugas tersebut adalah subjek yang menangani dan berkenaan langsung dengan masyarakat.

Penguasaan dan kompetensi petugas atau pegawai tersebut memperlihatkan ketanggapan dan kemampuan pelayan publik khususnya pelayanan kesehatan.

Dalam observasi yang telah dilakukan, peneliti memperoleh informasi berupa data klasifikasi petugas RSUD. Adapun data tersebut disampaikan dalam laporan Tahunan Tahun 2012 yang menyatakan bahwa sejumlah 792 tenaga kerja di RSUD Buleleng 59% sudah berstatus sebagai PNS dengan rincian seperti di bawah ini:

Tabel 2. Data kepegawaian RSUD Kabupaten Buleleng berdasarkan kelompok Pendidikan Tahun 2012.

1 No.	2 Nama	3 Pendidikan	4 Status Kepegawaian		6 Jumlah
			PNS	Kontak	
1	tenaga medis	dr. Umum	19	3	22
		dr. Gigi	4	-	4
		dr. Spesialis	-	-	-
		dr. Spesialis bedah	3	1	4
		dr. Spesialis anak	3	-	3
		dr. Spesialis anastesi	3	-	3
		dr. Spesialis radiologi	1	-	1
		dr. Penyakit dalam	3	-	3
		dr. Mata	1	-	1
		dr. THT	1	-	1
		dr. Kulitdan kelamin	2	-	2
		dr. Paru	1	-	1
		dr. Kandungan	5	-	5
		dr. Saraf	1	-	1
		dr. Patologi klinik	1	-	1
		dr. Jantung dan P. Darah	1	-	1
		dr. ortopedi	1	-	1
dr. Penyakit jiwa	1	-	1		
	jumlah		51	4	55
2	tenaga para medis	para medis keperawatan			
		S2 keperawatan sarjana keperawatan	10	3	13
		D4 keperawatan	1	-	1
		DIII keperawatan gigi	1	-	1
		DIII kardiovaskuler	1	-	1
		DIII keperawatan	113	45	158
		DIII kebidanan	54	9	63
		P2B	4	-	4
		SPK	46	17	63
		SPRG	4	-	4
3	tenaga non medis	para medis non keperawatan			
		magister keperawatan	2	-	2
		apoteker	5	1	6
		S1 farmasi apt		1	1



1	2	3	4	5	6
		SKM	5		5
		D4 gizi	5		5
		D3 anastesi	7		7
		D3 analisis Kimia	1	4	5
		D3 Analisis Kesehatan	2	1	3
		D3 Rekam Medis		1	1
		AAM	4		4
		AKFIS	3		3
		AKPRO	7	2	9
		AKZI	13		13
		APK/ D3 Kesling	7	2	9
		ATEM	2		2
		D1 tranfusi darah	1		1
		SPPH	2		2
		SAA	6	2	8
		SPAG	4		4
		Pekarya Kesehatan	9		9
		jumlah	319	92	411
		S2			
		Magister manajemen	2		2
		sarjana lainnya			
		SE	9	16	25
		SH	1		1
		SOSPOL	4	1	5
		SPd	3	5	8
		teknik arsitek	1	1	2
		informatika komputer	1	1	2
		sarjana pertanian		1	1
		sarjana muda keuangan		1	1
		teknik industri		1	1
		lain-lain			
		D3 manajemen RS	2	1	3
		D3 informatika		2	2
		D3 akuntansi	3	5	8
		D3 teknik elektro		2	2
		D3 bahasa inggris		1	1
		D3 boga perhotelan		1	1
		D3 agama hindu	1	1	2
		D3 olahraga pariwisata		1	1
		D2 akuntansi		1	1
		D2 informatika		4	4
		D2 F&B Division		1	1
		D1 pariwisata	3	6	9

		D1 manajemen farmasi			
1	2	3	4	5	6
		D1 tata hidangan		1	1
		D1 komputer akuntansi	1	3	4
		D1 informatika		1	1
		D1 komputer administrasi RS		1	1
		SMAK	1		1
		SMEA/SMKK	5	30	35
		SMA	36	95	131
		STM	6	7	13
		SGON		1	1
		SLTP sederajat	10	20	30
		SD	10	14	24
		jumlah	99	227	325
	total		469	323	792

Sumber: Laporan Tahunan Tahun 2012 RSUD Kabupaten Buleleng.

Dalam bentuk angka desimal, distribusi tenaga kerja menurut profesinya pada Tahun 2012 RSUD Kabupaten Buleleng ini memperlihatkan sebanyak 52% terdiri dari tenaga paramedis, 41% tenaga non medis, dan 7% tenaga medis. Sehingga dapat disimpulkan, bahwa kegiatan pelayanan kesehatan publik di Kabupaten Buleleng dilaksanakan oleh \pm 792 tenaga kerja dengan presentase sebanyak 59% adalah PNS dan sebanyak 52% adalah tenaga paramedis.

Adapun hal lain dalam observasi langsung, peneliti menemukan beberapa informasi menyangkut kompetensi tenaga kerja RSUD Kabupaten Buleleng. Narasumber di RSUD Kabupaten Buleleng pun menyatakan bahwa kompetensi tenaga pelayanan kesehatan sudah memenuhi kriteria umum, meskipun dalam hal jumlah masih terdapat kekurangan. Penjelasan tersebut dinyatakan sebagaimana pernyataan Saudara A.D. berikut ini :

“Semua pegawai sudah memiliki surat ijin kerja. Semua petugas pelayanan kesehatan diberikan pelatihan, monitoring juga. Dilihat kerjanya seperti apa. Staf RS juga dibekali dengan seminar-seminar. Jikapun ada diantara petugas kesehatan yang kurang baik dalam melayani pasien akan ada sanksi...”

(wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 12.10, di Ruang Dokter Umum RSUD Kabupaten Buleleng).

Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa data di atas memperlihatkan kekurangan dan kelebihan terkait kompetensi tenaga kerja. Secara kualitas tenaga kerja pelayanan kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng sudah mempunyai surat ijin dan mempunyai kompetensi menurut jenjang profesi dan pekerjaan yang dibidangnya.

Demikianlah penyajian data yang diperoleh peneliti pada saat melakukan penelitian di RSUD Kabupaten Buleleng. Secara keseluruhan, data telah mencapai titik jenuh yang mencakup segala informasi yang dibutuhkan untuk menjaab rumusan masalah dan fokus penelitian. Adapun keseluruhan data akan dibahas sebagaimana ketentuan kaedah penelitian. Adapun data tersebut selanjutnya akan menjadi bahan bahasan pada sub bab selanjutnya.

c. Faktor Penghambat dan Pendukung Pelayanan Kesehatan

JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Buleleng.

Ketika peneliti melakukan penelitian lapangan, ditemukan juga beberapa faktor yang mempengaruhi keberlangsungan pelayanan kesehatan JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Buleleng. Namun tidak semua kriteria dalam standarisasi pelayanan yang telah disebutkan pada tinjauan pustaka menjadi faktor yang mempengaruhi keberlangsungan pelayanan Jamkesmas tersebut. Hal ini dapat terjadi, sebab tidak semua hal yang ada pada standarisasi tersebut menjadi penghambat keberlangsungan Pelayanan. Oleh sebab itu di bawah ini akan

dipaparkan data tentang faktor penghambat dan pendukung keberlangsungan pelayanan JAMKESMAS.

1. Faktor pendukung pelayanan Kesehatan JAMKESMAS Di RSUD Kabupaten Buleleng.

a) Faktor Internal.

Faktor pendukung internal ini adalah faktor yang mempengaruhi proses pelayanan yang berasal dari dalam RSUD Kabupaten Buleleng sendiri. Hal ini perlu dipaparkan untuk mengetahui pendukung keberlangsungan pelayanan kesehatan JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Buleleng. Adapun faktor pendukung tersebut diantaranya adalah

- 1) Pemangkasan persyaratan pasien JAMKESMAS dari yang awalnya terdapat 9 persyaratan menjadi 3 persyaratan saja. Hal ini dinyatakan sendiri oleh Saudari Ririn Handayani yang menyatakan bahwa, “Iya .. disini memang ada pemangkasan untuk persyaratan peserta atau pasien JKMS. Pasien harus menunjukkan kartu JMKS (Jamkesmas) yang sesuai dengan KTP (foto copy), KK, Surat Rujukan dari Puskesmas...” (Wawancara dengan Staff Administrasi Keperawatan, tanggal 18 September 2014, Pukul 08.05 WITA, di Ruang Administrasi RSUD Kabupaten Buleleng).
- 2) Waktu pelayanan yang relatif ringkas dengan rentan kisaran 15 hingga 2 jam tergantung penyakit atau keluhan yang diderita peserta JAMKESMAS, kecuali peserta yang membutuhkan penanganan cepat (*emergency*). Hal ini juga dinyatakan oleh Dokter Agustya Dharma yang menyatakan, “Kalau pasien gawat darurat (UGD) time responnya 15 menit ... sampai mendapatkan

pelayanan butuh waktu maksimal 2 jam” (wawancara dengan Dokter Agustya Dharma, tanggal 18 September 2014, pukul 08.20 WITA, di Ruang Dokter Umum RSUD Kabupaten Buleleng).

3) Biaya pelayanan kesehatan pasien peserta JAMKESMAS adalah gratis.

Faktor pendukung tersebut disampaikan sebagai seperti isi wawancara berikut, “Tidak ada dibebani. Pasien JMKS tidak lagi dibebani oleh biaya apapun, sebab sudah ditanggung pemerintah” (wawancara dengan Ririn Handayani, tanggal 18 September 2014, pukul 09.10, di Ruang Administrasi Keperawatan RSUD Kabupaten Buleleng).

4) Kompetensi tenaga medis yang mempunyai surat ijin sebagai legalitas dan

pelatihan yang dilakukan RSUD Kabupaten Buleleng guna membekali pekerjaannya di masing-masing bidang keahlian. Data tersebut pun dinyatakan dalam wawancara yang berisikan ungkapan Dokter Agustya Dharma berikut, “....Semua petugas pelayanan kesehatan diberikan pelatihan, monitoring juga. Dilihat kerjanya seperti apa. Staf RS juga dibekali dengan seminar-seminar” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 12.10, di Ruang Dokter Umum RSUD Kabupaten Buleleng).

b) Faktor Eksternal

Faktor pendukung eksternal adalah pengaruh dari luar yang dapat mendukung terselenggaranya pelayanan kesehatan JAMKESMAS Kabupaten Buleleng.

Adapun faktor pendukung eksternal pelayanan kesehatan adalah



- 1) Ketepatan waktu pasien peserta JAMKESMAS di bawa ke RSUD Kabupaten Buleleng. Ketepatan waktu ini dapat menanggulangi atau bahkan dapat mempercepat penanganan pelayanan.
- 2) *Political will* pemerintah daerah Kabupaten Buleleng terhadap pelayanan kesehatan yang telah mengeluarkan surat keputusan, yaitu SK Bupati No. 445/405/HK/2009 yang menjadikan RSUD Buleleng sebagai BLUD (Badan Layanan Umum Daerah).
- 3) Faktor lain adalah kesiapan serta pengetahuan keluarga atau pasien peserta JAMKESMAS itu sendiri terhadap pelayanan JAMKESMAS. Pengetahuan ini penting, sebab dengan diketahuinya keberadaan informasi JAKMESMAS ini, keluarga atau peserta tidak akan mendapat kesulitan menyelesaikan prosedur pelayanan di RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Faktor Penghambat Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng.

Faktor penghambat adalah faktor yang mempengaruhi proses pelayanan di RSUD Kabupaten Buleleng sendiri. Hal ini perlu dipaparkan untuk mengetahui penghambat keberlangsungan pelayanan kesehatan JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Buleleng. Adapun faktor penghambat tersebut akan dipaparkan dalam dua bentuk, yaitu faktor internal dan faktor eksternal seperti berikut ini :

a) Faktor internal

Faktor penghambat internal adalah faktor yang menghambat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berasal dari dalam RSUD Kabupaten Buleleng sendiri.

Adapun faktor penghambat dari sisi internal pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng adalah pengarsipan data pasien yang masih menggunakan metode konvensional. Pengarsipan konvensional ini dapat merembet pada lama waktu pelayanan yang akan berakibat pada keterlambatan penanganan penanganan pasien. Faktor lain yang dapat mempengaruhi pelayanan JAMKESMAS juga disampaikan oleh narasumber yang menyatakan bahwa sarana dan prasarana RSUD Kabupaten Buleleng masih belum sepenuhnya lengkap. Hal tersebut dijelaskan oleh Saudari Ririn Handayani yang menyatakan

“Sarana dan prasarana belum cukup lengkap. Ada beberapa peralatan yang masih belum maksimal di beberapa tempat. Contoh di bedah saraf, bedah trauma, bedah *thorax* masih belum lengkap. Pernah ada pasien JAMKESMAS yang memerlukan penanganan cepat, tapi RS tidak dapat menanganinya sebab kekurangan peralatan. Pernah juga. Rata-rata RSUD besar di Kabupaten sama semuanya. Pernah ada seperti contoh pasien bedah thorax itu masih harus dirujuk ke RS lain yang lebih lengkap karena kita tidak punya peralatannya. Ya, semua pasien mendapat perlakuan yang sama. Pasien dirujuk mas ... dengan cara merujuk pasien ke RSUD Sanglah dan RSUD Buleleng. Kita siapkan *ambulance* dan perawat untuk mendampingi pasien ke RS itu” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 09.30).

Dengan demikian, meskipun sudah disediakan berbagai perlengkapan dan fasilitas masih ada beberapa perlengkapan fasilitas yang belum memadai. Hal ini tentu saja dapat menghambat pelayanan yang diberikan terutama jika pelayanan tersebut membutuhkan waktu cepat dan penanganan segera pada pasien-pasien tertentu. Faktor lain yang juga ikut mempengaruhi pelayanan ini adalah jumlah pekerja di RSUD Kabupaten Buleleng terutama jumlah tenaga perawat dan dokter spesialis. Hal ini disampaikan oleh Dokter Agustya Dharma bahwa “Tapi kita kekurangan tenaga perawat dan dokter spesialis” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 12.10, di Ruang Dokter Umum RSUD Kabupaten

Buleleng). Kuantitas sumber daya manusia ini menjadi faktor yang mempengaruhi pelayanan, sebab kebutuhan dan kemampuan penanganan yang tidak sesuai.

Artinya, jumlah sumber daya manusia di RSUD Kabupaten Buleleng sudah mengalami penurunan dibandingkan dengan Jumlah Pasien yang perlu ditangani.

Hal ini akan berdampak pula pada rentan waktu pelayanan yang dapat mengalami perlambatan penanganan. Dengan demikian akan berdampak pada keselamatan pasien.

b) Faktor eksternal

Faktor penghambat dari sisi eksternal RSUD Kabupaten Buleleng adalah faktor yang menghambat pelayanan JAMKESMAS yang berasal dari luar.

Peristiwa yang menghambat pelayanan JAMKESMAS tersebut dapat terjadi kapanpun. Sehingga, peneliti mencoba menanyakan faktor penghambat yang

terjadi pada pelayanan pasien atau peserta JAMKESMAS. Sodari Ririn

Handayani menjelaskan bahwa ada penghambat yang sering terjadi pada saat pelayanan administrasi kesehatan berlangsung. Adapun Saudari Ririn Handayani menjelaskan kendala tersebut seperti dibawah ini :

“Sering mas yang paling sering pasien jarang membawa surat rujukan dan kartu JMKS. Kalo tidak bawa Kartu tersebut kita juga kesulitan buat entri data untuk tindak lanjut pelayanan. Mereka terkadang lupa membawa rujukan dan kartu JMKS karena terburu-buru membawa pasien ke sini, karena kondisi panik. Pernah ada yang bilang kalau dia lupa menaruh kartu JMKS-nya”. (Wawancara dengan Staff Administrasi Keperawatan, tanggal 18 September 2014, pukul 08.15 WITA, di Ruang Administrasi Kabupaten Buleleng).

Meskipun persyaratan pelayanan JAMKESMAS tersebut telah disederhanakan, masih ada saja pasien yang tidak dapat memenuhi persyaratan



tersebut, sehingga administrasi pelayanan dapat terganggu. Gangguan pelayanan administrasi kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng tersebut sering kali dikarenakan oleh ketidak-mengertian peserta JMKS (JAMKESMAS). Gangguan pelayanan tersebut juga dipengaruhi oleh sikap terburu-buru dan panik yang disebabkan oleh keinginan keluarga pasien untuk segera ditangani. Sehingga dapat dikatakan, bahwa kendala dalam prosedur pelayanan dikarenakan kesalahan manusia atau sering dikenal dengan *human error*.

Peneliti juga mempertanyakan standarisasi waktu pelayanan kepada seorang Dokter yang bernama Agustya Dharma yang menjelaskan seperti berikut:

“Kayaknya gak berhubungan, biasanya pasien yang datang kerumah sakit pasti bawa kartu jaminan JAMKESMAS. Kecuali keadaan emergensi, jadi gak sempet bawa kartu karena keadaan gawat. Setiap kasus gawat darurat akan ditangani terlebih dahulu sambil keluarga mempersiapkan kartu JAMKESMASnya” (wawancara tanggal 18 September 2014, pukul 12.00, di Ruang Dokter Umum RSUD Kabupaten Buleleng).

Penyataan yang disampaikan oleh narasumber di atas mempertegas pernyataan narasumber pertama tentang pengaruh *human error*. Faktor *human error* tersebut akan berdampak pada rentang waktu penangan oleh administrasi pengarsipan data pasien yang masih menggunakan metode konvensional. Sehingga penanganan pasien akan terganggu dan waktu pelayanan akan menjadi lebih panjang sebab waktu pelayanan akan terpotong oleh waktu pengarsipan data pasien yang masih dilakukan secara konvensional.

B. Pembahasan

Pelayanan dan kesehatan mempunyai keterikatan praktik pada setiap tugas dan fungsinya. Pelayanan dalam ruang lingkup administrasi publik merupakan praktik kerjasama kelompok yang tidak dapat dikerjakan oleh satu orang. Arti pelayanan sendiri adalah ritunitas proses pemenuhan kebutuhan yang dilakukan oleh orang lain (Moenir, 2000: 27). Sedangkan kesehatan adalah kebutuhan yang diinginkan oleh setiap manusia. Setiap manusia hidup membutuhkan tubuh yang sehat, oleh sebab itu pelayanan kesehatan muncul sebagai jawaban pemenuhan kebutuhan manusia. Administrasi publik memandang pelayanan kesehatan sebagai bentuk pemenuhan kebutuhan manusia yang menginginkan tubuhnya sehat setiap saat. Pemenuhan kebutuhan tersebut juga menjadi dasar pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng.

Pandangan administrasi publik memandang RSUD Kabupaten Buleleng sebagai instrumen guna mencapai tujuan bersama dengan mengalokasikan sumber daya yang efisien. Pandangan yang sama mendorong anggapan bahwa pelayanan kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng termasuk pada praktik administrasi jasa. Luasnya pemahaman ini menempatkan RSUD tersebut menjadi satu-satunya tempat rujukan masyarakat Kabupaten Buleleng. Ruang lingkup administrasi publik memberikan gambaran pasti tentang keberadaan visi RSUD Kabupaten Buleleng sebagai satu kebijakan publik yang implementatif, baik individu maupun kelompok. Visi RSUD Kabupaten Buleleng yang berbunyi “Menjadikan Rumah Sakit Pilihan Utama Masyarakat Dengan Memberikan Pelayanan Berkualitas Dan Profesional” semakin mengukuhkan pendapat tersebut pada tingkatan teratas. Visi

RSUD menggambarkan keseriusan pengelola rumah sakit dalam implementasi kebijakan lingkup internal dan pemenuhan harapan masyarakat pada umumnya.

Visi ini pun dikembangkan menjadi dasar terbentuknya misi RSUD Kabupaten Buleleng sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang berkualitas, jalinan kerjasama baik swasta maupun pemerintah serta sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Bali Utara dan sekitarnya. Isi misi ini pun dipandang pula sebagai pengejawantahan administrasi publik sebagai tindakan pemecahan masalah kemasyarakatan oleh Caiden dalam Mindarti (2007: 3-4). Misi rumah sakit ini merupakan bentuk produk layanan terhadap masyarakat yang mampu meningkatkan daya dan nilai masyarakat (Davidow, dalam Zauhar, 2001: 4).

Melihat hal tersebut, RSUD Kabupaten Buleleng menjadi tempat pelayanan yang menyediakan berbagai layanan kesehatan yang berlandaskan sistem, prosedur dan metode dalam rangka memenuhi kepentingan umum (masyarakat) seperti pendapat yang dimukakan oleh Sedarmayanti (2004: 195) dan Moenir (2001: 26).

Keberadaan RSUD Kabupaten Buleleng juga sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang diperkuat oleh keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2003 tentang pelayanan publik. Dengan demikian, sebagai tindak lanjut pemahaman akan luasnya pelayanan publik dan administrasi publik yang akan dibahas secara lebih mendalam. Adapun pemahaman di atas merupakan penyamaan pikiran terhadap pembahasan yang akan disampaikan selanjutnya.

1. Pelayanan kesehatan JAMKESMAS RSUD Kabupaten Buleleng.

Sebagai tindak lanjut adanya Undang-Undang Desentralisasi Nomor 32 Tahun 2004, Kabupaten Buleleng diberikan keleluasaan mengatur urusan kesehatan masyarakatnya sendiri. Keberlanjutan kewenangan tersebut pun memunculkan pelimpahan kewenangan pada tingkatan yang lebih rendah. RSUD Kabupaten Buleleng ditunjuk sebagai tempat pelayanan kesehatan khusus masyarakat Kabupaten Buleleng dan wilayah Bali bagian utara pada umumnya.

Keputusan tersebut dikeluarkan berdasarkan SK Bupati No. 445/405/HK/2009 yang menjadikan RSUD Buleleng sebagai BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Surat keputusan ini juga mengakibatkan RSUD tersebut ditunjuk sebagai tempat penyelenggaraan pelayanan JAMKESMAS Kabupaten Buleleng. Isi dari pada pelimpahan kewenangan serta penunjukan tersebut menciptakan kebijakan visi, misi dan tujuan rumah sakit yang semakin memperlihatkan keseriusan RSUD Buleleng sebagai RSUD rujukan masyarakat di daerah Bali Utara. Pelimpahan kewenangan ini mengharuskan RSUD melakukan berbagai penyesuaian di dalam lingkup rumah sakit. Penyesuaian ini akan dibahas berdasarkan standar pelayanan publik dalam ruang lingkup administrasi publik.

a. Prosedur Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng.

Prosedur pelayanan adalah salah satu instrumen pelayanan publik. Dalam pelayanan kesehatan prosedur menempati hierarki teratas, sebab prosedur berfungsi sebagai acuan teknis pelayanan. Konten prosedur layanan dipandang sebagai tatacara melaksanakan pelayanan kesehatan. Prosedur pelayanan kesehatan perlu diketahui oleh setiap petugas pelayanan terutama petugas yang

langsung berhadapan dengan masyarakat. Prosedur layanan ini merupakan salah satu ujung tombak kualitas pelayanan publik, terutama pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng itu sendiri. Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor 25 Tahun 2004 pun mengamanatkan prosedur pelayanan dibuat sesederhana mungkin. Kesederhanaan tersebut menempatkan pelayanan yang diberikan menjadi lebih mudah, sehingga masyarakat dapat menikmati layanan dengan lebih cepat.

Seperti yang diketahui bersama, prosedur pelayanan di RSUD Kabupaten Buleleng telah mengalami pemangkasan persyaratan. Secara prosedural, pasien atau peserta JAMKESMAS diwajibkan melakukan registrasi atau pendataan awal pasien yang dilakukan pada loket registrasi pasien di rumah sakit tersebut. Data pasien selanjutnya dimasukkan pada SKP (Sistem Kesehatan Provinsi) guna mendapatkan pelayanan. Setelah data tersebut masuk pada SKP, pasien akan diarahkan pada penanganan kesehatan rawat jalan atau rawat inap hingga pasien dinyatakan sembuh atau boleh pulang. Prosedur pelayanan tersebut juga berlaku pada pasien gawat darurat. Registrasi data pasien atau peserta JAMKEMAS dapat dilakukan oleh keluarga atau orang yang membawa peserta ke rumah sakit.

Pasien atau peserta layanan kesehatan JAMKESMAS diharuskan memenuhi persyaratan administratif yang terdiri dari surat rujukan dari puskesmas, *photo copy* KTP dan KK serta kartu JAMKESMAS milik pasien. Persyaratan tersebut sudah mengalami pemangkasan atau penyederhanaan seperti yang telah tertera pada sub bab penyajian data, jumlah persyaratan. Terdapat 9 item persyaratan, namun RSUD Kabupaten Buleleng memangkasnya menjadi tiga syarat saja:

Jika hal tersebut dipandang dengan menggunakan administrasi publik, maka penyederhanaan tersebut berhubungan dengan asas-asas pelayanan publik KEPMENPAN Nomor 63 tahun 2003. Penyediaan dan sosialisasi alur pelayanan yang dilakukan mengindikasikan bahwa RSUD tersebut memenuhi asas transparansi. Sehingga alur yang transparan tersebut sifatnya terbuka dan mudah, dapat diakses di lingkup lingkungan RSUD serta mudah dimengerti. Ketentuan dalam alur serta persyaratan pelayanan kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng sudah dapat dikatakan akuntabel. Sebab persyaratan tersebut dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya sebagai mana ketentuan yang tertulis dalam SK Bupati No. 440/31/Hk/2008. Kesederhanaan prosedural tersebut juga disebabkan oleh kondisi pasien dan kondisi rumah sakit yang siap siaga setiap saat melayani pasien atau peserta JAMKESMAS. Sehingga efektivitas dan efisiensi pelayanan dapat terwujud. Prosedural pelayanan yang diterapkan oleh RSUD Kabupaten Buleleng mendorong peran serta masyarakat untuk mentaati peraturan yang berlaku. Dengan demikian tidak ada pasien yang mengalami keterlambatan pelayanan. Pemangkasan syarat pasien atas peserta JAMKESMAS itu berlaku kepada setiap peserta JAMKESMAS dan masyarakat pada umumnya. Akibatnya, masyarakat dapat merasakan pelayanan yang tidak pandang bulu sebab setiap masyarakat mendapatkan perlakuan yang sama dengan membawa syarat yang sama pula.

Adanya pemangkasan dan penyederhanaan persyaratan tersebut memperlihatkan keseimbangan antara hak dan kewajiban dalam ruang lingkup pelayanan publik. Hal ini pun didukung oleh Keputusan Menteri Aparatur Negara

yang menyatakan bahwa persyaratan pelayanan bertujuan agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang sesuai. Pasien atau peserta diharuskan membawa kelengkapan administratif sehingga pelayanan dapat berjalan tanpa ada hambatan. Sehingga dapat dilihat bersama jika di dalam prosedur pelayanan RSUD Kabupaten Buleleng sesuai dengan konsep memberi dan menerima. Harapan inilah yang kemudian dipandang sebagai keserasian dan ketaatan asas diantara keduanya.

Masyarakat kini mulai mengerti akan pentingnya persyaratan layanan kesehatan agar pelayanan yang disediakan tidak mengalami gangguan. Penyederhanaan persyaratan yang hanya menyisakan tiga syarat semakin memberikan kepastian dan kejelasan tentang keamanan pelayanan. Pandangan lain menyebutkan bahwa penyederhanaan persyaratan yang dilakukan oleh RSUD Kabupaten Buleleng memenuhi prinsip pokok terkait aksebilitas (Suryono, 2001: 54) yang pada hakekatnya pelayanan yang disediakan mudah dijangkau oleh seluruh masyarakat khususnya pada sistem pelayanan. Dengan adanya kemudahan aksebilitas pelayanan tersebut mengakibatkan kontinuitas pelayanan yang secara kontinum tersedia dengan kapasitas dan keselarasan ketentuan dalam proses pelayanan.

Lembaga administrasi negara (publik) mendukung penyederhanaan tersebut. Lembaga administrasi negara menyebutkan bahwa penetapan standar pelayanan, keterbukaan informasi dan kemudahan akses peserta JAMKESMAS memberikan rasa adil bagi masyarakat (Mustopadjaja, 2003:186). Lebih lanjut lagi, penyederhanaan penyederhanaan tersebut juga termaktub dalam surat edaran

MENKO-WASBANGPAN Nomor 56/MK.WASSPAN/6/98 yang menyatakan kewajiban lembaga pelayanan untuk memuat persyaratan pelayanan baik dalam bentuk buku panduan maupun pengumuman melalui media informasi, dengan demikian penyelesaian permohonan dan kepastian pelayanan dapat terselenggara dengan baik (Sedarmayanti, 2004: 88). Oleh sebab itu, prosedur pelayanan menjadi salah satu standarisasi pelayanan yang diperhitungkan oleh pemerintah baik di daerah maupun pada tataran pusat. Sinkronisasi prosedur pelayanan yang diterapkan oleh RSUD Kabupaten Buleleng dengan teori di atas menciptakan satu titik temu. Prosedur serta penyederhanaan persyaratan pelayanan yang dilakukan memperlihatkan satu kesungguhan dan kebulatan tekad untuk memberikan pelayanan dengan mempermudah proses pelayanan, khususnya bagi peserta JAMKESMAS.

b. Waktu Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng.

Waktu yang dimaksud adalah lama penyelesaian yang ditetapkan sejak awal pengajuan permohonan pelayanan kesehatan hingga pasien dilayani. Waktu pelayanan pun akan terhubung dengan kejelasan pelayanan, kedisiplinan petugas pelayanan, tanggungjawab petugas dan kecepatan serta ketepatan pelayanan yang diberikan. Seperti diketahui bersama, jika lama waktu pelayanan peserta JAMKESMAS berkisar antara 15 menit hingga 2 jam hingga pasien atau peserta ditangani. Ketentuan tersebut diperuntukkan pada masing-masing kondisi peserta dan penanganan yang akan diterimanya.

Pandangan teori pelayanan publik dalam ruang lingkup administrasi publik menyatakan bahwa lama pelayanan termasuk pada cakupan asas kondisional (keputusan MENPAN No. 63 Tahun 2003) dimana kondisi tersebut akan menentukan akuntabilitas, kesamaan hak dan kesetaraan antara hak dan kewajiban RSUD Kabupaten Buleleng sebagai penyedia layanan. Lama waktu pelayanan administrasi kesehatan ini pula dipandang penting oleh Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara sehingga surat keputusannya berisi tentang kecepatan pelayanan.

Kecepatan pelayanan tidak ubahnya dengan lama waktu pelayanan. Tenggak waktu 15 menit untuk peserta gawat darurat dan 2 jam waktu maksimal untuk pelayanan kesehatan lain menekankan pada ketentuan target waktu penyelesaian.

Kecepatan pelayanan yang diberikan oleh penyedia layanan juga akan berdampak positif pada kejelasan pelayanan, rasa tanggungjawab petugas serta tingkat kedisiplinan dan loyalitas penyelenggara pelayanan.

Pandangan lain juga menyiratkan bahwa lama waktu layanan yang diberikan oleh RSUD Kabupaten Buleleng termasuk pada prinsip teknikalitas berdasarkan ketepatan dan kemantapan sistem, prosedur dan instrumen pelayanan (Suryono, 2001: 54). Ketepatan waktu dengan target yang telah ditentukan tersebut pun membawa dampak positif pada profitabilitas pelayanan yang akan terlaksana secara efektif, efisien dan ekonomis. Dengan demikian, peserta atau pasien JAMKESMAS tidak merasa membuang-buang waktu atau merasa terabaikan.

Efektifitas dan efisiensi waktu layanan tersebut juga memicu penggunaan sumber-sumber layanan masyarakat pada RSUD Kabupaten Buleleng dapat digunakan secara maksimal. Rasa adil pun terdapat pada proses pelayanan yang dilaksanakan

oleh RSUD tersebut. Hal ini terlihat dari pernyataan salah satu petugas yang menyatakan “Pasien tetap ditangani tepat waktu setelah pasien masuk ke sini, apalagi kalau pasien dalam keadaan gawat dan perlu penanganan cepat.

Bila pasien tidak dapat menunjukkan kartu peserta sejak awal, sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan (keluarga) diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu (JAMKESMAS) tersebut ...”. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa lama waktu pelayanan dipengaruhi oleh kondisi peserta seperti peserta atau pasien tersebut memerlukan penanganan cepat seperti pasien gawat darurat atau tidak. Selain hal tersebut, lama waktu pelayanan juga dipengaruhi oleh kesalahan atau ketelodoran peserta yang lupa membawa kelengkapan persyaratan. Jika dilihat kembali, lama waktu penanganan peserta JAMKESMAS pada RSUD Kabupaten Buleleng sudah termasuk cepat dibandingkan RSUD lain yang sederajat.

c. Biaya Pelayanan Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng.

Pembiayaan menjadi hal yang sensitif, terutama pada tingkatan masyarakat menengah ke bawah. Masyarakat enggan untuk berobat atau memeriksakan kesehatannya, sebab pembiayaan kesehatan mahal. Hal ini disebabkan oleh opini yang mengatakan “kesehatan itu mahal”. Opini inilah yang sekarang banyak diperbincangkan oleh masyarakat. Penyebabnya adalah tingkat kemiskinan dan ketidakmampuan masyarakat memenuhi kebutuhan jasmaninya, terutama kesehatan tubuh. BAPPENAS (1993) mendefinisikan kemiskinan tersebut terjadi dikarenakan oleh keadaan dan situasi yang tidak terhindarkan. Hal ini dukung

pula oleh pendapat Friedman (1979) bahwa penyebab kemiskinan adalah kesenjangan kesempatan mengakumulasi kekuatan sosial.

Melihat kesenjangan keadaan dan ketidaksamaannya kesempatan dalam lingkungan sosial ini menciptakan satu alternatif dalam mencapai keadilan, khususnya dalam bidang kesehatan. JAMKESMAS hadir sebagai salah satu jawaban dari kesenjangan keadaan tersebut. JAMKESMAS diperuntukkan kepada masyarakat yang tergolong atau dipandang kurang mampu dapat mempergunakan fasilitas yang sama dengan tingkat pelayanan yang sama pula dalam bidang kesehatan. Dasar keadilan serta kejelasan menjadi salah satu pendukung munculnya program ini.

Konsep pelayanan publik khususnya layanan kesehatan mensyaratkan dipenuhinya asas-asas transparansi, akuntabilitas, kondisional, partisipatif, kesamaan hak serta keseimbangan hak dan kewajiban. Asas-asas itu pulalah yang hingga saat ini diadopsi pula oleh RSUD Kabupaten Buleleng sebagai usaha menyediakan layanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Melihat asas-asas tersebut, RSUD Kabupaten Buleleng juga ikut mendukung diberlakukannya layanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu dengan menggunakan layanan JAMKESMAS. Produk layanan JAMKESMAS ini pun tidak dipungut biaya apapun, atau dengan kata lain gratis. Peniadaan biaya ini semakin meringankan beban kebutuhan masyarakat dalam bidang kesehatan.

Peniadaan biaya tersebut pula sejalan dengan Prinsip “PRISMA” RSUD sendiri yaitu peduli, dimana rumah sakit memberikan pelayanan yang penuh perhatian dan pengertian yang cakupannya sangat luas, termasuk juga pada biaya

kesehatan. Akibatnya, kerjasama yang dilakukan oleh rumah sakit dan pemerintah Kabupaten Buleleng tersebut menghasilkan pemahaman bersama dalam hal pengelolaan keuangan yang dibebankan kepada RSUD Kabupaten Buleleng sendiri. Penerapan layanan kesehatan JAMKESMAS ini pun dirasa sangat membantu masyarakat, terutama masyarakat dengan tingkat perekonomian rendah yang terkadang tidak mampu membiayai kebutuhan obat dan perawatan kesehatannya sendiri. Hal ini terlihat dari hasil wawancara yang menyatakan bahwa semua pembiayaan terkait JAMKESMAS mulai dari obat-obatan hingga perawatan inap pasien atau peserta layanan ditanggung oleh JAMKESMAS.

Pelaksanaan JAMKESMAS dan untuk memenuhi rasa keadilan pada setiap masyarakat Kabupaten Buleleng, RSUD dan pemerintah Kabupaten Buleleng menyediakan alternatif JKBM dan BPJS untuk masyarakat sebagai alternatif layanan kesehatan. Hal ini pun dipandang sebagai satu jalan tengah guna memaksimalkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Bagusnya, antara program pelayanan kesehatan masyarakat ini tidak mengalami tumpang tindih antar satu dan lainnya. Sehingga proses dan jalannya pelayanan terjadi secara harmonis dan selaras. Keberadaan layanan JAMKESMAS dan alternatif tersebut menunjukkan bahwa keseriusan pemerintah Kabupaten Buleleng dalam menjamim kesehatan masyarakat.

Keseriusan ini pun semakin didukung oleh komitmen pemerintah daerah sendiri dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dalam program JKBM (Jaminan Kesehatan Bali Mandala) sesuai dengan surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1185/menkes/SK/XII/2009. Keberadaan program tersebut

pun menjadi salah satu hal yang dapat meringankan beban masyarakat, sebab dalam klasifikasi atau kriteria peserta JAMKESMAS sendiri yang menitikberatkan pada kalangan masyarakat kurang mampu. Penyertaan program pelayanan kesehatan ini sebagai salah satu program kesehatan tanpa biaya disebabkan oleh komitmen dan pengertian program sebagai “belanja sosial yang dibiayai oleh pemerintah”. Keberadaan pelayanan kesehatan JAMKESMAS menjadi salah satu layanan yang tidak memberatkan masyarakat terutama dalam pembiayaan. Layanan JAMKESMAS RSUD Kabupaten Buleleng pun memenuhi kriteria pelayanan Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara tertama dalam kriteria keadilan mendapatkan pelayanan, kewajaran biaya pelayanan dan kepastian biaya pelayanan.

Peniadaan pembiayaan ini pun dipandang positif oleh prinsip pokok pelayanan menurut Suryono (2001: 54) dalam prinsip profitabilitas yang mampu memberikan keuntungan ekonomis dan sosial terutama bagi masyarakat.

Peniadaan beban biaya masyarakat pada layanan kesehatan ini juga telah dapat menjawab sekaligus menjadi contoh perbaikan pelayanan kesehatan dalam hal pembiayaan dan rasa keadilan yang dirasakan masyarakat. Dengan demikian, dapat dinyatakan bahwa peniadaan beban biaya untuk masyarakat (layanan kesehatan gratis) ini dipandang baik dan bagus serta juga memenuhi ukuran standar kualitas pelayanan kesehatan dan pelayanan publik yang baik pula.

d. Sarana dan Prasarana Kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari keberadaan fasilitas penunjang pelayanan kesehatan. Fasilitas yang terdiri dari sarana dan prasarana kesehatan dapat mempermudah proses pelayanan demi kelancaran proses pelayanan terutama layanan kesehatan. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara sendiri menyebutnya sebagai asas kondisional yang meliputi kondisi dan kemampuan pemberi layanan. Asas kondisional ini pula berpegang teguh pada aspek efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan. Sarana dan prasarana kesehatan ini pun dipandang sebagai salah satu syarat pemenuhan indikator pelayanan dalam keputusan Menteri Pemberdayaan aparatur Negara khususnya pada aspek kecepatan pelayanan, kenyamanan lingkungan dan keamanan pelayanan. Pemenuhan indikator dan asas kondisional ini terlampir dalam laporan tahunan RSUD Kabupaten Buleleng tahun 2012.

Gambaran laporan tahunan RSUD Kabupaten Buleleng tersebut pun dapat memenuhi kriteria dari prinsip pokok pelayanan terutama prinsip aksesibilitas (Suryono, 2001: 54) mencakup tempat, jarak dan keterjangkauan oleh masyarakat umum. Keberadaan sarana dan prasarana ini pun dipandang mampu memenuhi prinsip pelayanan dalam penggunaan sumber-sumber yang berguna untuk melayani masyarakat (Mustopadaja, 2003: 186), dimana sumber-sumber sarana dan prasarana tersebut sangat berguna bagi pemenuhan pelayanan kesehatan masyarakat Kabupaten Buleleng. Hal ini pula diperkuat oleh keberadaan RSUD ini sebagai rumah sakit rujukan daerah Bali Utara.

Meskipun RSUD Kabupaten Buleleng dalam beberapa fasilitas kesehatan masih belum memadai. Namun dalam pelaksanaan pelayanan terutama keterpaduan layanan dalam satu atap dan satu pintu yang dilakukan oleh rumah sakit ini sudah termasuk bagus dan baik. Keberadaan fasilitas kesehatan yang dimiliki RSUD saat ini masih mampu menjawab atau menampung peserta JAMKESMAS yang berobat, meskipun dalam beberapa kasus rumah sakit ini masih merujuk pada tempat lain. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa keberadaan sarana dan prasarana dinilai bagus dan baik dari berbagai kriteria dan prinsip pokok pelayanan kesehatan publik.

e. Kompetensi Petugas RSUD Kabupaten Buleleng.

Kompetensi pegawai pelayanan publik pun menjadi salah satu penentu pelayanan tersebut dikatakan berkualitas. Sebab pegawai atau petugas tersebut adalah subjek yang menangani dan berkenaan langsung dengan masyarakat.

Penguasaan dan kompetensi petugas atau pegawai tersebut memperlihatkan ketanggapan dan kemampuan pelayan publik khususnya pelayanan kesehatan.

Keputusan MENPAN menyatakan bahwa kompetensi pegawai kesehatan ini termasuk pada kriteria asas kondisional kemampuan pemberi layanan yang berpegang pada patokan efisiensi dan efektifitas dan juga disertai dengan keseimbangan antara hak dan kewajibannya. Hal ini pula harus dibarengi dengan niat dan kebulatan tekad yang tidak menganggap enteng peserta JAMKESMAS sebagai pasien dengan rasa adil dan kesetaraan haknya juga harus dipenuhi.

Keputusan ini pula diikuti oleh keputusan lain menyangkut indikator pelayanan yang baik diantaranya adalah kedisiplinan petugas, tanggungjawab, kemampuan petugas pelayanan, kesopanan dan keramahan yang mampu memberikan rasa nyaman pada masyarakat. Kompetensi pegawai atau petugas pelayanan kesehatan yang baik pasti akan mampu memenuhi indikator tersebut, sehingga dalam RSUD Kabupaten Buleleng sendiri menyertakan surat ijin profesi dan penempatan petugas pada bidang dengan kriteria masing-masing.

Kemampuan setiap petugas pelayanan di RSUD Kabupaten Buleleng ini pun dapat dikatakan telah memenuhi syarat prinsip pokok pelayanan publik pada prinsip kontinuitas terkait kapasitas kompetensi petugas pelayanan dan keselarasan penanganan kesehatan masyarakat. Sehingga prinsip akuntabilitas dari pelaksanaan pelayanan dapat dipertanggungjawabkan dengan baik sesuai dengan harapan masyarakat. Meskipun dalam hal jumlah petugas, RSUD Kabupaten Buleleng sendiri masih merasakan kekurangan, namun saat ini hal tersebut masih dapat ditanggulangi dengan jumlah petugas sekarang. Petugas pelayanan dengan kompetensi yang memadai tersebut merupakan sumber tak ternilai dalam pelayanan kesehatan pada RSUD Kabupaten Buleleng, sebab hal tersebut menjadi salah satu modal terlaksananya hasil pelayanan yang memuaskan.

Keberadaan petugas pelayanan kesehatan yang kompetensi di bidangnya tersebut telah memenuhi kriteria penempatan petugas yang bertanggungjawab seperti harapan surat edaran MENKO-WASBANGPAN Nomor 56/MK.WASBAN/6/98. Sehingga secara keseluruhan, kompetensi petugas pelayanan yang ada di RSUD Kabupaten Buleleng sudah dapat dikatakan baik dan

sesuai dengan kompetensi serta bidangnya masing-masing. RSUD telah berhasil memenuhi kriteria pelayanan prima dan berkualitas dengan menempatkan petugas kesehatan pada pos-pos yang seharusnya sesuai dengan kompetensi yang dimiliki tiap-tiap orang. Dengan demikian, kelancaran dan penanganan peserta atau pasien terutama pada program JAMKESMAS dapat terlaksana dengan baik.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelayanan Kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng.

Menjalankan pelayanan publik, khususnya pelayanan kesehatan tidak semudah yang dipikirkan kebanyakan orang. Harapan dan pandangan yang seakan menyepelkan masalah ini dapat menciptakan ambiguitas dan kesalahpahaman terhadap mekanisme pelayanan kesehatan yang ada. Hal ini dapat pula terjadi pada pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng. Kesalahpahaman ini pun dapat mengakibatkan terjadi hal yang tidak diinginkan seperti anggapan miring terhadap pelayanan yang diberikan pihak rumah sakit, kurang-nyamanan pelayanan yang dirasakan masyarakat atau kekecewaan terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Banyak faktor teknis maupun non-teknis yang mempengaruhi hal tersebut sepenuhnya bukan kesalahan dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan itu sendiri. Kejadian dan anggapan tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang terkadang hal itu tidak diketahui oleh masyarakat. Namun tidak jarang pula faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut menjadi keunggulan sehingga anggapan miring dan kekecewaan masyarakat

tersebut beralih pada kepuasan dan pemenuhan harapan. Adapun faktor yang mempengaruhi tersebut akan dibahas sebagai berikut :

a. Faktor pendukung pelayanan Kesehatan JAMKESMAS Di RSUD Kabupaten Buleleng.

1) Faktor internal

Pada pembahasan sebelumnya dikatakan bahwa RSUD Kabupaten Buleleng melakukan pemangkasan dan penyederhanaan persyaratan pasien peserta JAMKESMAS, sehingga pelayanan dapat terlaksana dengan baik dan cepat. Pelayanan yang baik dan cepat itu pun memperlihatkan praktik administrasi publik yang sebenarnya adalah pemecahan masalah (Caiden *dalam* Mindarti, 2007:3-4) atau jawaban dari kebutuhan masyarakat. Kualitas yang baik dari kesederhanaan dan pemangkasan yang dilakukan oleh RSUD Kabupaten Buleleng pula mewujudkan pelayanan yang efisien dan efektif sebagai kepanjangan tangan pemerintah dalam melayani masyarakat. Bentuk pelayanan yang didukung oleh pemangkasan persyaratan di atas menjadi salah satu hal baik dari pengertian pelayanan kesehatan. Layanan ini mencitrakan rumah sakit ini menjadi wadah pelayanan yang rutin melayani kebutuhan masyarakat oleh orang lain (Moenir, 2001:27). Hal ini juga menjadi tanda keberpihakan pemerintah khususnya pemerintah daerah Kabupaten Buleleng terhadap pelayanan kesehatan masyarakatnya.

Lebih lanjut, merujuk pada pendapat Moenir (2001:26) menambahkan pengertian yang cukup baik dengan melihat kesederhanaan dan pemangkasan

persyaratan tersebut sebagai pendukung serta menjadi dasar dari pelayanan bersistem, berprosedur, dan bermetode sederhana. Sehingga JAMKESMAS sebagai bentuk dari layanan publik serta penyederhanaan persyaratannya menjadi sebuah inovasi tersendiri. Pengambilan sikap yang dilakukan RSUD Kabupaten Buleleng dinilai tepat, guna pemenuhan kebutuhan sekaligus cara mudah menjawab masalah-masalah pelayanan kesehatan masyarakat.

Penyederhanaan persyaratan pelayanan JAMKESMAS ini pula berdampak pada tenggak waktu saat pelayanan berlangsung. Lama atau tenggak waktu pelayanan kesehatan yang diterapkan oleh RSUD Kabupaten Buleleng sendiri memperlihatkan kemajuan yang cukup signifikan. Hal ini terlihat dari intensitas waktu yang diperlukan dalam menangani pasien peserta JAMKESMAS pada pembahasan sebelumnya. Keterangan yang cukup dari petugas administratif serta observasi yang dilakukan peneliti sendiri menunjukkan bahwa waktu pelayanan yang relatif singkat hingga pasien ditangani. Hal ini pun tidak terlepas dari kesederhanaan dan kecakapan petugas layanan sehingga pelayanan dapat berjalan dengan cepat dan tidak memerlukan waktu yang relatif lama.

Kecepatan pelayanan serta kesederhanaan prosedur pelayanan tersebut pun menghasilkan pelaksanaan pelayanan yang kondisional menurut tingkat *emergency* pasien. Hal ini pula menunjukkan kesigapan petugas pelayanan kesehatan serta kedisiplinan, ketepatan serta rasa tanggungjawab pelayanan kesehatan RSUD Kabupaten Buleleng. Sehingga, profitabilitas dapat terlaksana dengan efisien, efektif dan ekonomis. Hal di atas menjadi pendukung terlaksananya pelayanan yang tidak memerlukan waktu lama, sehingga pasien

dapat ditangani dengan cepat dan tepat. Kecepatan serta dukungan dari kesigapan petugas kesehatan tidak hanya berperan dalam organisasi pelayanan yang berdiri sendiri. RSUD Kabupaten Buleleng pun sebagai sebuah organisasi menjadi tempat atau lingkungan kesehatan yang siap melaksanakan kegiatan mencakup pelayanan kesehatan berupa pemeliharaan, pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Ketepatan waktu pelayanan ini pula menjadi salah satu penanda kesesuaian antara prosedur pelayanan dengan kode etik profesi petugas kesehatan yang berfungsi sebagai penjamin sekaligus pelaksana layanan kesehatan masyarakat.

Faktor pendukung yang paling menonjol adalah biaya pelayanan kesehatan JAMKESMAS yang gratis. Kesenjangan keadaan dan ketidaksamaannya kesempatan dalam lingkungan sosial ini menciptakan satu alternatif dalam mencapai keadilan, khususnya dalam bidang kesehatan. JAMKESMAS hadir sebagai salah satu jawaban dari kesenjangan keadaan tersebut. JAMKESMAS diperuntukkan kepada masyarakat yang tergolong atau dipandang kurang mampu. Peniadaan beban biaya masyarakat pada layanan kesehatan ini telah dapat menjawab sekaligus menjadi contoh perbaikan pelayanan kesehatan dalam hal pembiayaan dan rasa keadilan masyarakat. hal ini juga relevan dengan ketanggapan pemerintah daerah dalam menyikapi sisi *political will*-nya sebagai penguasa sekaligus pemegang mandat pelayanan publik.

JAMKESMAS serta pelaksanaannya pada RSUD Kabupaten Buleleng itu sendiri telah menjadi contoh sekaligus pendukung utama dari praktik pelayanan kesehatan masyarakat yang baik. Dengan tidak menutup kemungkinan akan

adanya perubahan yang lebih baik lagi pada pelaksanaan serta program kesehatan selanjutnya, JAMKESMAS menjadi jawaban atas apa yang dibutuhkan oleh masyarakat. JAMKESMAS menjadi alternatif pelayanan terbaik saat ini. Demikian pula pelaksanaannya pada RSUD Kabupaten Buleleng menjadi sanggahan terhadap stigma negatif pelayanan kesehatan gratis yang terdengar miring saat ini.

Kesenjangan dan ketidaksetaraan kemampuan masyarakat ini menyiratkan sebuah bentuk kemiskinan dari ketidak tanggapan sosial-nya Friedmann (1979). Kemiskinan menjadi pemicu dikeluarkannya program ini. Kemiskinan ini pun dipandang dalam dua bentuk, pertama adalah kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif (Zaky, 2010: 9-10). Namun, keduanya disamaratakan sebagai sebuah keadaan ketidakmampuan masyarakat memenuhi kebutuhannya dengan beberapa faktor yang ada. Keadaan yang tidak dapat ditanggulangi oleh masyarakat ini menghasilkan sebuah alternatif pemenuhan kebutuhan. JAMKESMAS-pun hadir sebagai pemenuhan kebutuhan tersebut demi terpenuhinya kebebasan, konsumsi akan kesehatan, hak sehat dan mendapatkan pelayanan kesehatan serta menikmati hidup sehat bagi seluruh masyarakat. Namun ada pula yang menggambarkan, bahwa kemiskinan tersebut terjadi akibat ketidaksamaan kesempatan mengakumulasi basis kekuatan sosial.

Tapi hal ini tidak berlaku dalam pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng. Pelaksanaan pelayanan Jamkesmas mementahkan anggapan dari ketidakmampuan mengakumulasi kekuatan sosial. Sebab RSUD Kabupaten Buleleng sendiri telah menjadi contoh akumulasi kekuatan sosial yang dimiliki

pemerintah dan rumah sakit yang mampu bersinergi sebagai jawaban ketidakmampuan masyarakat. hal ini juga berarti bahwa RSUD Kabupaten Buleleng menjadi tempat pencegah budaya kemiskinan (Suryawati, 2005: 123) dengan produk pelayanan kesehatan JAMKESMAS. Hal ini pula menunjukkan bahwa pesetaraan hak masyarakat dapat dijamin dengan tata kelola serta pelayanan yang didukung oleh setiap petugas kesehatan yang ada. Hal ini pula menjadi cerminan pelayanan yang baik dengan tidak mengedepankan formalitas prosedur yang memberatkan peserta atau pasien yang ada di Kabupaten Buleleng sendiri. Sehingga, dengan adanya praktik yang baik dari JAMKESMAS RSUD Kabupaten Buleleng, menunjukkan kesesuaian pelaksanaan peranan dan kode etik pelayanan kesehatan dalam ruang lingkup organisasi pelayanan yang baik. Keberadaan JAMKESMAS ini juga menjadi satu jawaban pasti tentang keenganan masyarakat terhadap keinginan menjangkau pelayanan kesehatan menurut Suryawati (2005: 125).

Faktor pendukung lain adalah kompetensi petugas medis dan non medias RSUD Kabupaten Buleleng. Pegawai atau petugas tersebut adalah subjek yang menangani dan berkenaan langsung dengan masyarakat. Penguasaan dan kompetensi petugas atau pegawai tersebut memperlihatkan ketangkasan dan kemampuan pelayan publik khususnya pelayanan kesehatan. Pecakapan serta *skill* yang dimiliki oleh setiap petugas pelayanan kesehatan merupakan pendukung kinerja pelayanan itu sendiri. Kompetensi serta kemampuan tersebut dimanfaatkan oleh RSUD Kabupaten Buleleng sebagai alat penggerak terlaksananya pelayanan yang baik. Sebab tanpa kecakapan dan *skill* yang mempunyai, tidak akan sebuah

pelayanan tersebut dapat terlaksana dengan baik. Oleh sebab itu pula, RSUD Kabupaten Buleleng pun membekali setiap petugas tetap dengan surat ijin kerja dan seminar-seminar agar kemampuan tersebut semakin mempu.

Kemampuan dari setiap kompetensi petugas pelayanan tersebut pun mendukung pengertian pelayanan yang mempunyai tujuan utama sebagai pelayanan preventif dan promotif. Pengorganisasian yang sedemikian rupa dalam RSUD Kabupaten Buleleng pun menjadi salah satu bentuk kegiatan pelayanan kesehatan dalam lingkup yang dapat dikatakan cukup matang. Dengan bekal kemampuan ini pula, maka tingkat kepuasan masyarakat serta terselenggaranya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar oleh rumah sakit, pemerintah kabupaten serta pemerintah pusat, serta harapan masyarakat akan tercipta. Dengan adanya kompetensi petugas pelayanan ini pula membuat setiap petugas mengerti dan paham pada standar prosedural dan kode etik profesi (Azwar, 1996).

Kompetensi ini membuat setiap petugas pelayanan menyadari peran dirinya yang mampu mengintervensi pemenuhan kesehatan yang mengarah pada kesejahteraan dan keselamatan masyarakat yang memerlukan pertolongan.

Standar profesi yang telah dibekali kepada setiap petugas pelayanan ini pula mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang terarah pada derajat kesempurnaan pelayanan. Kompetensi ini menjadi standar profesi sekaligus standar pelayanan dari potensi para petugas pelayanan yang mampu diterapkan secara wajar, efisien, efektif. Bekal kompetensi yang mempu juga dapat menghasilkan rasa aman dan kepuasan pada masyarakat sesuai dengan norma, hukum, dan sosial budaya sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang telah

ditentukan oleh pemerintah menurut kemampuan dan keterbatasan yang ada.

Sebab, bagaimanapun juga, hasil pelayanan kesehatan ini tidak luput penilaian yang subjektif dari masing-masing penerima layanan.

2) Faktor Eksternal

Faktor pendukung adalah unsur yang penting guna keberlangsungan pelayanan kesehatan, khususnya di Kabupaten Buleleng. Pada pembahasan sebelumnya telah dibahas tentang faktor pendukung di dalam internal RSUD Kabupaten Buleleng. Namun, hal itu bukan satu-satunya faktor, masih ada faktor eksternal yang mendukung berlangsungnya pelayanan JAMKESMAS dengan baik.

Faktor eksternal adalah salah satu faktor lain tersebut, dimana peranan faktor ini menjadi pendukung faktor internal dalam proses pelayanan kesehatan JAMKESMAS.

Faktor pertama adalah ketepatan waktu yang dimiliki oleh peserta JAMKESMAS sendiri. Ketepatan waktu pelayanan tidak saja ditujukan pada penyedia layanan (RSUD Kabupaten Buleleng) tapi juga pada pengguna layanan.

Hal ini merupakan bentuk dari keseimbangan dalam proses pelayanan. Peran serta pasien atau keluarga pasien peserta JAMKESMAS menjadi penting sebab pelayanan ini menyakut pada *public affairs* yang tidak hanya menuntut tanggungjawab penyedia layanan namun juga penerima layanan. Tuntutan tanggungjawab serta proses pelayanan ini pun menjadi satu kesatuan utuh dalam pelaksanaan administrasi publik sebagai satu bentuk kerjasama antar manusia (Waldo dalam Kartasasmita 2003:1) sebagai satu tindakan rasional. Prinsip

rasionalitas ini tidak hanya terpaku pada penyedia layanan, namun pula mencatat rasionalitas penerima layanan, sehingga anggapan pelayanan tidak memuaskan atau tidak pada tempatnya dapat diminimalisir.

Pelayanan kesehatan sendiri menjadi satu rangkaian kegiatan yang juga mengikut sertakan penerima layanan dalam praktiknya yang berkesinambungan.

Rasionalitas menjadi penting sebab, bagaimana sebuah pelayanan kesehatan akan terselenggara dengan baik jika tidak ada yang menerima pelayanan tersebut. Atau

dengan kata lain, bagaimana sebuah pelayanan terjadi jika peserta atau pasien tidak datang tepat pada waktunya. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Budiono (2003:60) yang merasionalisasikan pelayanan pada ketepatan waktu dan relevansi peranannya sebagai sebuah bantuan. Sedarmayanti (2009:243) juga menyebutkan

keterlibatan peserta dan ketepatan waktu peserta JAMKESMAS sendiri yang tidak ertentangan dengan norma dan moral. Norma serta moral pula menyiratkan sebuah hubungan timbal balik yang sederhana, yaitu : “bantu jika ada orang yang membutuhkan”. Keterlibatan peserta atau keluarga peserta JAMKESMAS ini juga tercantum pada asas pelayanan menurut Keputusan MENPAN Nomer 63 Tahun 2003, yaitu partisipasi, kesamaan hak dan kewajiban. hal ini juga dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan masyarakat Kabupaten Buleleng pada keberadaan produk pelayanan kesehatan JAMKESMAS sebagaimana penjelasan tentang partisipasi masyarakat sebagai bagian dari utuhnya penyelenggaraan pelayanan publik.

JAMKESMAS sebagai produk dan bentuk layanan pun menjadi alat peningkat daya dan nilai keberadaan RSUD Kabupaten Buleleng. Sehingga rumah sakit ini berdiri sebagai salah satu instruktur pelayanan (Lovelock dalam Zauhar,

2001:4) yang mewakili peran pemerintah dalam menjamin kesehatan masyarakat.

Sehingga *political will* pemerintah daerah Kabupaten Buleleng menjadi faktor pendukung pelayanan dari sisi eksternal. Hal ini juga mencatutu pemahaman tentang praktik administrasi publik, pelayanan masyarakat dalam susana *good governance*. Hal ini juga tersirat pada sisi Pasal 34 Undang-Undang Nomor 25

Tahun 2009 yang menyebutkan bahwa pemerintah harus menggunakan jabatan dan wewenangnya pada terselenggarakannya pelayanan kesehatan dengan baik.

Peraturan tersebut pula menyertakan nuansa kepastian hukum pada praktik pelayanan kesehatan JAMKESMAS di Kabupaten Buleleng yang juga menuntut pemerintah daerah mengeluarkan sebuah surat keputusan. Keberpihakan pemerintah daerah ini juga searah dengan penjelasan Waldo dalam Kartasasmita (2003:1) dan Mindarti (2007:3-4) tentang keterlibatan pemerintah sebagai pemegang kekuasaan (eksekutif) pembuat kebijakan publik.

Political will pemerintah daerah menjadi penting sebagai faktor eksternal berlangsungnya pelayanan JAMKESMAS, sebab pemerintah adalah aktor atau agen penanggungjawab permasalahan kemiskinan sehubungan dengan kesehatan.

Pemerintah menjadi agen sosial yang mampu menepis ketidaksamaan kesempatan masyarakat miskin dalam mengakses pelayanan kesehatan. Pemerintah Kabupaten Buleleng menjadi jembatan penghubung kepentingan masyarakat dengan produk JAMKESMAS RSUD Kabupaten Buleleng. Sehingga masalah kemiskinan multidimensional menurut Kuncoro dalam Wahyudi dan Rejekingsih (2013: 1) sedikit mendapat kecerahan dari sisi pelayanan kesehatan. Pelayanan JAMKESMAS yang ada di RSUD Kabupaten Buleleng juga menjadi antitesa

terhadap pendapat teori lingkaran setan Wahyudi dan Rejekingsih (2013: 2). Oleh sebab itu *political will* sebagai faktor eksternal pendukung pelayanan JAMKESMAS ini menjadi alat intervensi (Wahyudi dan Rejekingsih, 2013: 2) terhadap RSUD Kabupaten Buleleng sebagai tempat penyedia layanan. Dengan demikian, masyarakat miskin dengan pendapatan yang rendah dapat mengakses pelayanan kesehatan dirinya sendiri dengan mudah yang pula tidak membutuhkan biaya sebab biaya tersebut sudah ditanggung oleh pemerintah daerah Kabupaten Buleleng.

b. Faktor penghambat pelayanan Kesehatan JAMKESMAS Di RSUD Kabupaten Buleleng.

Sebuah pelayanan berlangsung dengan baik atau tidak tidak hanya terkapu pada pemahaman faktor pendukung yang mendukung kelancaran pelayanan. Ada satu faktor yang juga mempengaruhi keberlangsungan pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng, yaitu faktor penghambat yang pula akan dipilah dalam bagian internal dan eksternal.

1) Faktor Internal

Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng sendiri sudah termasuk lengkap, meski ada beberapa peralatan yang belum memadai. Sebagai lembaga atau organisasi yang menjamin kesehatan masyarakat dalam pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Itu berarti, RSUD Kabupaten Buleleng menjadi salah satu rumah sakit rujukan yang baik.

Namun, ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng tidak sepenuhnya lengkap. Keterbatasan sarana dan prasarana ini pun menjadi pengambat kinerja petugas pelayanan kesehatan. Sebenarnya ketersediaan sarana dan prasarana ini pula menjadi jaminan terselenggaranya pelayanan yang baik bagi masyarakat.

Namun, seperti yang telah dikatakan di atas serta temuan dan hasil wawancara menyebutkan, beberapa fasilitas berupa peralatan kesehatan masih belum lengkap. Sehingga pelayanan dapat terganggu atau terhambat. Beberapa diantara fasilitas yang tidak tersedia adalah peralatan bedah saraf sehingga rumah sakit sendiri perlu merujuk pasien pada tempat dengan fasilitas yang memadai.

Melihat hal ini, rumah sakit sendiri tidak tinggal diam melihat keadaan tersebut dengan merujuk pasien pada rumah sakit yang mempunyai fasilitas tersebut. Sarana dan prasarana yang kurang ini pun tidak mencegah berlangsungnya pelayanan kesehatan dalam hal layanan preventif dan promotif untuk masyarakat.

Faktor penghambat lainnya adalah kompetensi petugas pelayanan kesehatan yang tidak luput dari kesalahan dan kelalaian. Namun hal itu bukan menjadi penghambat yang berarti, sebab kelalaian tersebut selalu berusaha sedapat mungkin diminimalisir. Kendala yang terdapat pada pelaksanaan pelayanan kesehatan tersebut sehubungan dengan jumlah petugas pelayanan yang ada pada RSUD Kabupaten Buleleng. Jumlah petugas yang masih tidak sebanding dengan jumlah keseluruhan masyarakat Kabupaten Buleleng. Oleh sebab itu, rumah sakit ini pun masih merasa kekurangan petugas pelayanan, sehingga besar harapannya

jika jumlah petugas yang dimiliki oleh RSUD Kabupaten Buleleng sebanding dengan jumlah seluruh masyarakat kabupaten tersebut.

2) Faktor Eksternal

Faktor penghambat dalam internal RSUD Kabupaten Buleleng telah disampaikan sebelumnya. faktor lain yang merupakan faktor eksternal ini berasal dari luar manajemen dan organisasi RSUD Kabupaten Buleleng. Sebaik apapun sistem yang dibuat, selalu saja mempunyai kelemahan atau hambatan yang dapat menghalangi kinerja pelayanan kesehatan. Tidak terkecuali pada pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng. Penghalang yang paling sering terjadi adalah tidak lengkapnya persyaratan peserta JAMKESMAS, sehingga proses administratif pelayanan dapat terganggu. Ketidakeengkapan persyaratan tersebut dipicu oleh ketegangan dan kegelisahan peserta atau keluarga peserta itu sendiri. Keluarga atau pasien sendiri, terkadang lupa menyertakan rujukan atau kelengkapan persyaratan, hal ini sering disebut dengan *human error*. Kelalaian yang sering dialami oleh petugas pelayanan tidak serta merta mengakibatkan keterlambatan penanganan, khususnya pada pasien atau peserta gawat darurat. Di satu sisi pelayanan yang diberikan mendapat penyederhanaan dan pemangkasan persyaratan. Namun disisi lain, kelalaian masyarakat sendiri menyulitkan petugas dalam mendata peserta JAMKESMAS. Kelalaian yang dilakukan oleh masyarakat akan berakibat penanganan serta keselamatan pasien akan terhambat, kemungkinan terburuk, pasien tidak dapat tertolong.

Tentunya setiap orang tidak menginginkan hal tersebut terjadi pada dirinya dan pada keluarganya. Hal ini juga bukan merupakan tujuan dari kesehatan yang menurut WHO dapat menjamin keadaan fisik, mental dan kesejahteraan sosial bagi masyarakat. Jika saja pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh RSUD Kabupaten Buleleng tidak terhalang oleh kelalaian keluarga atau peserta, maka rasa kecewa, penyesalan dan ketidakpuasan tidak akan terjadi. Sehingga tidak akan ada konflik jiwa pasien atau keluarga yang menyanksikan prosedur pelayanan yang ada.

Selain hal di atas, jika pelayanan tersebut tidak terhalang oleh kendala kelalaian peserta atau keluarga peserta, maka penanganan pasien secara preventif dan promotif pun akan tepat sasaran kepada terciptanya keadaan masyarakat yang lebih baik. Dengan demikian, hambatan tersebut seyogyanya tidak diinginkan oleh siapapun juga, sebab JAMKESMAS pun sebagai sebuah program pelayanan kesehatan memegang peranan penting yang tidak hanya menjamin kesehatan perorangan, namun pula kelompok dan masyarakat secara keseluruhan. Prosedur pelayanan kesehatan JAMKESMAS tidak hanya berdiri sebagai produk organisasi sesaat, namun lebih kepada upaya bersama melebihi penjaminan kesehatan sekaligus kesejahteraan masyarakat, khususnya di Kabupaten Buleleng dan wilayah Bali Utara. Namun hal itu bukan menjadi hambatan yang berarti sebab, pelayanan akan tetap dilakukan meski persyaratan tersebut masih belum lengkap. Sebab, RSUD Kabupaten Buleleng sendiri, lebih mementingkan keselamatan dan kesehatan peserta JAMKESMAS dari pada persyaratan pelayanan.



BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.

RSUD Kabupaten Buleleng adalah rumah sakit yang berdiri sebagai salah satu instruktur pelayanan yang mewakili peran pemerintah dalam menjamin kesehatan masyarakat. *Political will* yang dimiliki oleh pemerintah daerah Kabupaten Buleleng dipergunakan secara tepat dan cermat dengan menjadikan RSUD Kabupaten Buleleng sebagai BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). Keberpihakan pemerintah Kabupaten Buleleng ini menjadi satu bentuk keseimbangan hak dan kewajiban dari dua pihak yang saling membutuhkan, yaitu Pemerintah dan Masyarakat Kabupaten Buleleng.

Dari pembahasan yang telah disampaikan sebelumnya, pelaksanaan pelayanan kesehatan Kabupaten Buleleng terhadap masyarakat miskin mempunyai kesimpulan sebagai berikut:

- a. Adanya pemangkasan dan penyederhanaan persyaratan tersebut memperlihatkan keseimbangan antara hak dan kewajiban dalam ruang lingkup pelayanan publik. Kesederhanaan dan pemangkasan persyaratan tersebut sebagai pendukung serta menjadi dasar dari pelayanan bersistem, berprosedur, dan bermetode sederhana. Prosedur serta penyederhanaan persyaratan pelayanan yang dilakukan memperlihatkan satu kesungguhan dan



kebulatan tekad untuk memberikan pelayanan dengan mempermudah proses pelayanan, khususnya bagi peserta JAMKESMAS.

b. Lama waktu penanganan peserta JAMKESMAS pada RSUD Kabupaten

Buleleng sudah termasuk cepat dibandingkan RSUD lain yang sederajat.

lama waktu pelayanan dipengaruhi oleh kondisi peserta seperti peserta atau

pasien tersebut memerlukan penanganan cepat seperti pasien gawat darurat

atau tidak. lama waktu pelayanan juga dipengaruhi oleh kesalahan atau

ketelodoran peserta yang lupa membawa kelengkapan persyaratan.

c. Keberadaan layanan JAMKESMAS dan alternatif tersebut menunjukkan

bahwa keseriusan pemerintah Kabupaten Buleleng dalam menjamim

kesehatan masyarakat. JAMKESMAS adalah salah satu program kesehatan

tanpa biaya disebabkan oleh komitmen dan pengertian program sebagai

“belanja sosial yang dibiayai oleh pemerintah”. Peniadaan beban biaya untuk

masyarakat (layanan kesehatan gratis) ini dipandang baik dan bagus serta

juga memenuhi ukuran standar kualitas pelayanan kesehatan dan pelayanan

publik yang baik.

d. Keberadaan sarana dan prasarana dinilai bagus dan baik dari berbagai kriteria

dan prinsip pokok pelayanan kesehatan publik meski di beberapa bagian

masih terdapat fasilitas yang belum lengkap.

e. Pelayanan kesehatan JAMKESMAS ini pun disertai dengan kemampuan

(*skill*) tenaga medis dan non medis yang piawai. RSUD Kabupaten Buleleng



sendiri menyertakan surat ijin profesi dan penempatan petugas pada bidang dengan kriteria masing-masing.

Selain hal di atas, penelitian ini pun menemukan beberapa pendukung dan penghambat yang pula disimpulkan berikut ini :

- a. Penyederhanaan persyaratan JAMKESMAS yang dilakukan RSUD Kabupaten Buleleng berdampak pada kecepatan waktu pelayanan sehingga profitabilitas dapat terlaksana dengan efisien, efektif dan ekonomis.
- b. Biaya pelayanan kesehatan yang gratis juga menjadi pendukung keberlangsungan pelayanan JAMKESMAS ini. Dengan adanya pelayanan kesehatan yang gratis ini dapat memringankan pembiayaan dan menjawab rasa keadilan bagi masyarakat.
- c. Kecakapan atau skill pada tenaga pelayanan kesehatan memberikan muansa baru bagi pelayanan kesehatan tersebut, sehingga pelayanan yang diberikan menjadi berkualitas dan tepat guna serta tepat daya. Hal ini disebabkan oleh manajemen RSUD Kabupaten Buleleng yang membekali setiap tenaga (pekerja) dengan surat legalitas *skill*.
- d. *Political will* Pemerintah Kabupaten Buleleng yang merubah RSUD Kabupaten Buleleng menjadi BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) menjadi pendukung eksternal yang tidak kurang pentingnya. Dengan adanya keputusan tersebut, RSUD Kabupaten Buleleng menjadi salah satu wadah pelaksana kewenangan dari segi kesehatan masyarakat.



e. Penghambat pada pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Buleleng ini adalah kurangnya jumlah dokter spesialis dan tenaga keperawatan jika dibandingkan dengan jumlah pasien dan masyarakat. hal lain yang menjadi penghambat adalah peralatan medis yang juga kurang tersedia.

f. *Human error* yang sering dilakukan keluarga atau pasien JAMKESMAS sendiri juga menjadi penghambat kelangsungan pelayanan ini.

Demikianlah kesimpulan penelitian ini. Secara keseluruhan pelaksanaan pelayanan kesehatan JAMKESMAS di RSUD Kabupaten Buleleng sudah mencakup keseluruhan prinsip dan unsur pelayanan berkualitas. Pelayanan kesehatan yang disediakan juga menjadi salah satu yang terbaik di Pulau Bali, khususnya di wilayah Bali Utara.

B. Saran.

Saran yang dapat disampaikan untuk memajukan juga sebagai sumbangsih penelitian ini diharap dapat bermanfaat. Adapun saran tersebut untuk waktu dan keberlanjutan pelayanan JAMKESMAS yang sudah ada saat ini tetap dipertahankan.

Meskipun saat ini telah ada pelayanan kesehatan masyarakat baru, yaitu BPJS, diharapkan proses serta tatalaksana pelayanan yang sudah diterapkan tidak berubah, sebab alur pelayanan yang ada saat ini sudah mencerminkan pelayanan yang baik dan prima. Keterbatasan di beberapa aspek seperti keterbatasan fasilitas dan jumlah petugas pelayanan kesehatan, diharapkan tidak berpengaruh besar pada tatalaksana



pelayanan yang sudah ada. Seyogyanya program pelayanan masyarakat yang baru dapat bersinergi dengan tatalaksana JAMKESMAS sehingga esensi pelayanan yang ditujukan kepada masyarakat tidak mengalami kemunduran, Khususnya di Kabupaten Buleleng dan wilayah Bali Utara pada umumnya.

Keberpihakan pemerintah ini akan lebih bermanfaat ketika pelayanan ini lebih disosialisasikan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan JAMKESMAS atau kesehatan umum terhadap masyarakat miskin tersebut akan lebih baik jika pelayanan ini didukung oleh sistem kearsipan yang tidak lagi konvensional. Salah satu bentuk peralihan sistem ini dapat diubah dengan menggunakan sistem elektronik yang menggunakan komputer. *Entry* data kearsipan tidak lagi menggunakan kertas yang banyak menggunakan biaya dan ruang. Dengan demikian, waktu pelayanan akan semakin cepat, penanganan dan penyimpanan data terkait peserta JAMKESMAS akan lebih mudah ditemukan serta akan lebih mudah dibaca (digunakan).

Saran lain yang dapat diberikan adalah pada pelaksanaan pelayanan yang tidak lagi terpaku pada gerak statis yang dengan menunggu peserta layanan kesehatan di Rumah Sakit. Secara periodik, tenaga medis RSUD Kabupaten Buleleng melakukan pelayanan langsung di masing-masing rumah (*door to door*). Sehingga pelayanan terhadap rakyat miskin akan semakin lebih dirasakan. Hal ini membutuhkan kesungguhan dan niat baik dari Pemerintah dan RSUD Kabupaten Buleleng, seperti surat keputusan yang mengubah RSUD Kabupaten Buleleng sebagai BLUD. Hal ini perlu dilakukan, mengingat tidak semua masyarakat miskin dapat mendatangi RSUD



DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin. 2001. *Reformasi Pelayanan Publik, Kajian dan Perspektif Teori Good Governance*. Pidato Pengukuhan Guru Besar dalam Ilmu Kebijakan Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya. Malang.
- Adi, Alit Amarta. 2010. *Bentuk Pelaksanaan Fungsi Pelayanan Oleh Aparat Pemerintah*. Diakses dari <http://hukum.kompasiana.com/2010/11/16/bentuk-pelaksanaan-fungsi-pelayanan-oleh-aparat-pemerintah-314956.html>. Tanggal 6/2/2015.
- Arikunto & Suharsini. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta.
- Aswita W, Putri. 2008. *Analisis Pengaruh Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Dokter Terhadap Loyalitas Pasien di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang Tahun 2008*. Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Basrowi. 2008. *Memahami Penelitian Kuantitatif*. Yogyakarta : Rineka Cipta.
- Boediono,B. 2003. *Pelayanan Prima Perpajakan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Kartasasmita, Ginandjar. 2003, *Perkembangan Pemikiran Mengenai Administrasi Pembangunan*. Diakses melalui [http:// www.ginandjar.com](http://www.ginandjar.com) Pada 01 Juni 2012.
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara. No.63 Tahun 200, *Pedomam Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik*.
- Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara. No. 25 Tahun 2004, *Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat*
- Mahmudi. 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta : UPP STIM YKPN.
- Mindarti, Lely Indah. 2007. *Revolusi Administrasi Publik (Aneka Pendekatan dan Teori Dasar)*. Malang : Bayumedia Publishing.
- Moenir, A.S.2000.*Manajemen Pelayanan Publik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Moenir, A.S.2001.*Manajemen Pelayanan Publik*.Jakarta : Bumi Aksara.
- Moleong, J. Lexy. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Mustopadidjaja. 2003. *Sistem Administrasi Negara Kesatuan Republik Indonesia: Prinsip-Prinsip Penyelenggaraan Negara*. Jakarta : LAN.

Nazir, Mohammad. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.

Nasirin, Chairun. 2010. *Pemberdayaan Masyarakat dalam Perspektif Good Governance*. Malang.

Novitasari, Dian. dkk. 2014. *Pelayanan Puskesmas Idaman dan Idola Dalam Rangka Meningkatkan Kesehatan Masyarakat (Studi Kasus Pada Puskesmas Cukir Kecamatan Diwek, Kabupaten Jombang)*. Jurnal Admisnitasi Publik, Vol. 2, No. 4. Jurusan Ilmu Administrasi Publik. Malang: Fakultas Ilmu Administrasi.

Pangesti, Febri Galih. 2012. *Pelaksanaan Pelayanan Publik Di Puskesmas Ngaglik I Sleman Yogyakarta*. Skripsi S1, Jurusan Pendidikan Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.

Pasolong. 2007. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Rahmawati, Alfi Febriana dan Supriyanto, Stefanus. 2013. *Mutu Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Dimensi Dabholkar Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia, Volume 1, Nomor 2. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Surabaya: Universitas Airlangga.

Syafiq, Ahmad. 2007. *Tinjauan Atas Kesehatan Dan Gizi Anak Usia Dini*. Diakses dari <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/a-syafiq/publication/tinjauanataskesehatandangizianakusiadini.pdf> <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/a-syafiq/publication/tinjauanataskesehatandangizianakusiadini.pdf>. Tanggal 7/2/2015.

Syafiie, Inu Kencana. 2006. *Ilmu Administrasi Publik (Edisi Revisi)*. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya.

Sedarmayati. 2004. *Good Governance (keperintahan yang baik) : Membangun Sistem Manajemen Kinerja Guna Meningkatkan Produktivitas Menuju Good Governance (Kepemimpinan yang baik)*. Bandung: CV. Mandar Maju.

Siagian, P. Sondang. 2003. *Administrasi Pembangunan: Konsep, Dimensi, dan Strateginya*. Jakarta : PT. Bumi Aksara.

Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: Alfabeta.

-----, 2011. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta.



Suryawati, Chriswardani. 2005. *Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional*. JMPK, Vol. 08, No. 03. Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat. Semarang: Universitas Diponegoro.

Suryono, Agus.2001.*Budaya Birokrasi Pelayanan Publik.Jurnal Administrasi Negara*. Malang: FIA Universitas Brawijaya.

Undang-Undang. No. 25 tahun 2009. *Pelayanan Publik*.

Wahyudi, Safarit Fafan dan Handoyo, Pambudi. 2014. *Budaya Kemiskinan Masyarakat Pemulung*. Paradigma, Volume 02, Nomor 02. Fakultas Ilmu Sosial. Surabaya: Universitas Negeri Surabaya.

Zauhar, Soesilo. 2001. *Administrasi Pelayanan Publik*. Jurnal Administrasi Negara Vol.2.Malang :FIA Universitas Brawijaya.

