

**KINERJA PUSAT KESEHATAN
MASYARAKAT (PUSKESMAS) DALAM
PELAYANAN KESEHATAN**

**(Studi pada Pelayanan Medis dan Administrasi di
Puskesmas Dinoyo Malang)**

SKRIPSI

KUNYIT KURNIA FAJRI

NIM. 0510310063



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
KONSENTRASI ADMINISTRASI PEMERINTAHAN DAERAH
MALANG
2010**

MOTTO



**Dengan ilmu, hidup menjadi mudah,
Dengan seni, hidup menjadi indah,
Dengan agama, hidup menjadi terarah.**



TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan didepan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya, pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 20 Juli 2010
Jam : 11.00
Skripsi atas nama : Kunyit Kurnia Fajri
Judul : Kinerja Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
dalam Pelayanan Kesehatan (Studi pada Pelayanan
Medis dan Administrasi di Puskesmas Dinoyo
Malang)

dan dinyatakan LULUS

MAJELIS PENGUJI

KETUA

ANGGOTA

Drs. Suwondo, MS
NIP. 19530201 198010 1 001

PENGUJI 1

Ike Wanusmawatie, S.Sos, MAP
NIP. 19770101 200502 2 001

PENGUJI 2

Drs. Sukanto, MS
NIP. 19591227 198601 1 001

Drs. Siswidiyanto, MS
NIP. 19600717 198601 1 001

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya menyatakan dengan benar-benar bahwa sepanjang pengetahuan saya, didalam makalah skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila didalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Malang, 30 Juni 2010

Nama : Kunyit Kurnia Fajri

NIM : 0510310063



ABSTRACT

Kunyt Kurnia Fajri, 2010, Public Health Service (Puskesmas) Performance on Medical Services (Study Case of Medical and Administration Services in Public Health Service Dinoyo, Malang), Drs. Suwondo,MS, Ike Wanusmawatie, S.Sos, MAP, page 146 + xi.

The purposes of this research are (1) to know and describe performance of Public Health Service Dinoyo Malang on giving medical service, (2) to describe condition of medical service from Public Health Service Dinoyo Malang.

This research used descriptive analysis with qualitative approach because explain the real condition in field.

This research focus on (1) Public Health Service Performance on medical services, includes (a) quality of human resource in public health service, such as education level and development program of human resource (b) quality of facilities in public health service such as physical evidence, medicine inventories, medical equipment, and complementary facilities (c) placement/distribution of medical labor such as amount of medical labor, implementing of healthy program, involvement of medical labor for implementing the healthy program, control and illumination to the society (d) process of services, such as easy of service procedure, appropriate of service requirement with kinds of services, velocity of process services (2) Level of medical services in Public Health Service such as kinds of services, service procedure, medical service, administration performance and appraisal of service quality from patients.

The results of this research are (1) Performance of Polypublic in Public Health Service Dinoyo Malang on medical services is good, because supporting by human resource quality in Public Health Service, quality of facilities, distribution system of medical labor and good of service process (2) Level of medical services in Polypublic in Public Health Service Dinoyo Malang consist of medical and non medical services. Complementary services include counter services, medicine room, laboratory, and procedure of patient's acceptance is fast, on time and not circumvent. Customer feels satisfy for medical services in Public Health Service Dinoyo Malang. People who have Jamkesmas card are treated fairly to get medical services. Appraisal of medical service from patients is good for all of indicators such as cost and time, service transparency, employment attitudes, achieving of service standard, service contextual, facilities, and response of complaints.

ABSTRAKSI

Kunyit Kurnia Fajri, 2010, Kinerja Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Dalam Pelayanan Kesehatan (Studi pada Pelayanan Medis dan Administrasi di Puskesmas Dinoyo Malang), Drs. Suwondo,MS, Ike Wanusmawatie, S.Sos, MAP, 146 Hal + xi

Penelitian ini bertujuan (1) Untuk mengetahui dan mendeskripsikan kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang dalam memberikan pelayanan kesehatan, (2) Untuk mengetahui dan mendeskripsikan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Dinoyo Kota Malang.

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif karena penelitian ini mengungkapkan apa yang sebenarnya terjadi dilapangan.

Yang menjadi fokus penelitian adalah (1) Kinerja Puskesmas dalam pelayanan kesehatan, meliputi (a) Kualitas SDM Puskesmas, meliputi Tingkat Pendidikan dan Program Pengembangan SDM, (b) Kondisi Sarana dan Prasarana Puskesmas meliputi Kondisi Fisik, Ketersediaan obat-obatan, Ketersediaan Peralatan medis, Ketersediaan fasilitas penunjang; (c) Pendistribusian tenaga kesehatan meliputi Jumlah tenaga kesehatan, Pelaksanaan program kesehatan, Keterlibatan tenaga kesehatan pada pelaksanaan program kesehatan, Pengawasan dan Penyuluhan kepada masyarakat; (d) Proses pelayanan, meliputi Kemudahan prosedur layanan, Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yang diberikan, Kecepatan proses pelayanan; (2) Tingkat Pelayanan kesehatan di Puskesmas, meliputi Jenis Pelayanan, Prosedur Pelayanan, Pelayanan medis, Penyelesaian administrasi dan Tanggapan pasien terhadap pelayanan.

Hasil penelitian yaitu (1) Kinerja Poli Umum Puskesmas Dinoyo Kota Malang dalam pelayanan kesehatan sudah baik, hal ini karena didukung oleh kualitas SDM Puskesmas, kondisi sarana dan prasaraa Puskesmas yang memadai, sistem distribusi tenaga kesehatan yang baik dan proses pelayanan yang baik, (2) Tingkat Pelayanan kesehatan di Poli Umum Puskesmas Dinoyo terdiri dari pelayanan medis dan non medis. Pelayanan penunjang meliputi pelayanan Loket, Kamar obat, Laboratorium, Prosedur penerimaan pasien di Poli Umum Puskesmas Dinoyo sudah tergolong cepat, tepat waktu dan tidak berbelit-belit, Masyarakat yang meminta pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo merasa puas atas pelayanan kesehatan yang telah diperolehnya. Masyarakat pemegang kartu Jamkesmas yang berobat merasa tidak ada perbedaan pelayanan dengan pasien umum sehingga tidak ada rasa malu atau minder dari pasien dan Tanggapan pasien atau masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Poli umum Puskesmas Dinoyo rata-rata baik, hampir semua indikator yang meliputi persepsi besaran biaya dan waktu, transparansi pelayanan, sikap petugas, pemenuhan standar pelayanan, konteks pelayanan, keterjangkauan fasilitas, keluhan pelayanan.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, wr.wb

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Kinerja Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Dalam Pelayanan Kesehatan (Studi pada Pelayanan Medis dan Administrasi di Puskesmas Dinoyo Malang).

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Sumartono, MS. selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Dr. MR. Khairul Muluk, M.Si selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Publik Universitas Brawijaya.
3. Drs. Suwondo, MS selaku Dosen Pembimbing Pertama
4. Ike Wanusmawatie, S.Sos, MAP selaku Dosen Pembimbing Kedua
5. Dra. Endang Budha M. selaku Kasubbag Akademik FIA Universitas Brawijaya.
6. Drg. Wuryaningsih selaku Kepala Puskesmas Dinoyo Malang, dan seluruh pegawai / petugas kesehatan di Puskesmas Dinoyo yang telah membantu penelitian
7. Papa dan Mama tercinta serta adik-adik yang telah memberikan doa, semangat dan mendidik penulis dengan kesabaran.
8. Vio, Ida, Nesa, Umbu, Irham, Nando, Gatu, Fuad, dan Bastian, yang telah mendampingi dan memberi semangat dalam mengerjakan skripsi.
9. Serta semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi dan, tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

repository.ub.ac

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, 30 Juni 2010

Penulis

Kunyt Kurnia Fajri

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



DAFTAR ISI

Halaman

MOTTO	
TANDA PERSETUJUAN	
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	
ABSTRACT	i
ABSTRAKSI	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Kontribusi Penelitian.....	7
E. Sistematika Penelitian.....	8
BAB II KAJIAN PUSTAKA	
A. Administrasi	9
1. Pengertian Administrasi.....	9
2. Arah Perkembangan Administrasi Publik	9
B. Pemerintahan Daerah	15
1. Pengertian Pemerintahan.....	15
2. Pengertian Pemerintahan Daerah	16
3. Konsep Otonomi, Desentralisasi dan Dekonsentrasi	18
a. Pengertian Otonomi Daerah.....	18
b. Desentralisasi dan Dekonsentrasi	20
c. Desntralisasi Bidang Kesehatan.....	23

C. Kinerja	24
1. Pengertian kinerja.....	24
2. Manfaat Penilaian Kinerja.....	26
3. Tujuan Penilaian Kinerja.....	27
4. Pengukuran Kinerja.....	27
5. Kinerja Organisasi Birokrasi	28
D. Puskesmas	34
E. Pelayanan Publik.....	37
1. Konsep Pelayanan Publik.....	37
2. Jenis Pelayanan Publik.....	43
3. Kualitas Pelayanan Publik.....	45
4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Layanan Publik.....	48
F. Pelayanan Kesehatan.....	51
1. Pengertian Pelayanan Kesehatan.....	51
2. Standar Pelayanan Kesehatan.....	53
3. Macam-macam Pelayanan Kesehatan.....	54

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	56
B. Fokus Penelitian.....	57
C. Lokasi dan Situs Penelitian.....	58
D. Sumber Data.....	58
E. Teknik Pengumpulan Data.....	59
F. Instrumen Penelitian.....	59
G. Analisis Data	60

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

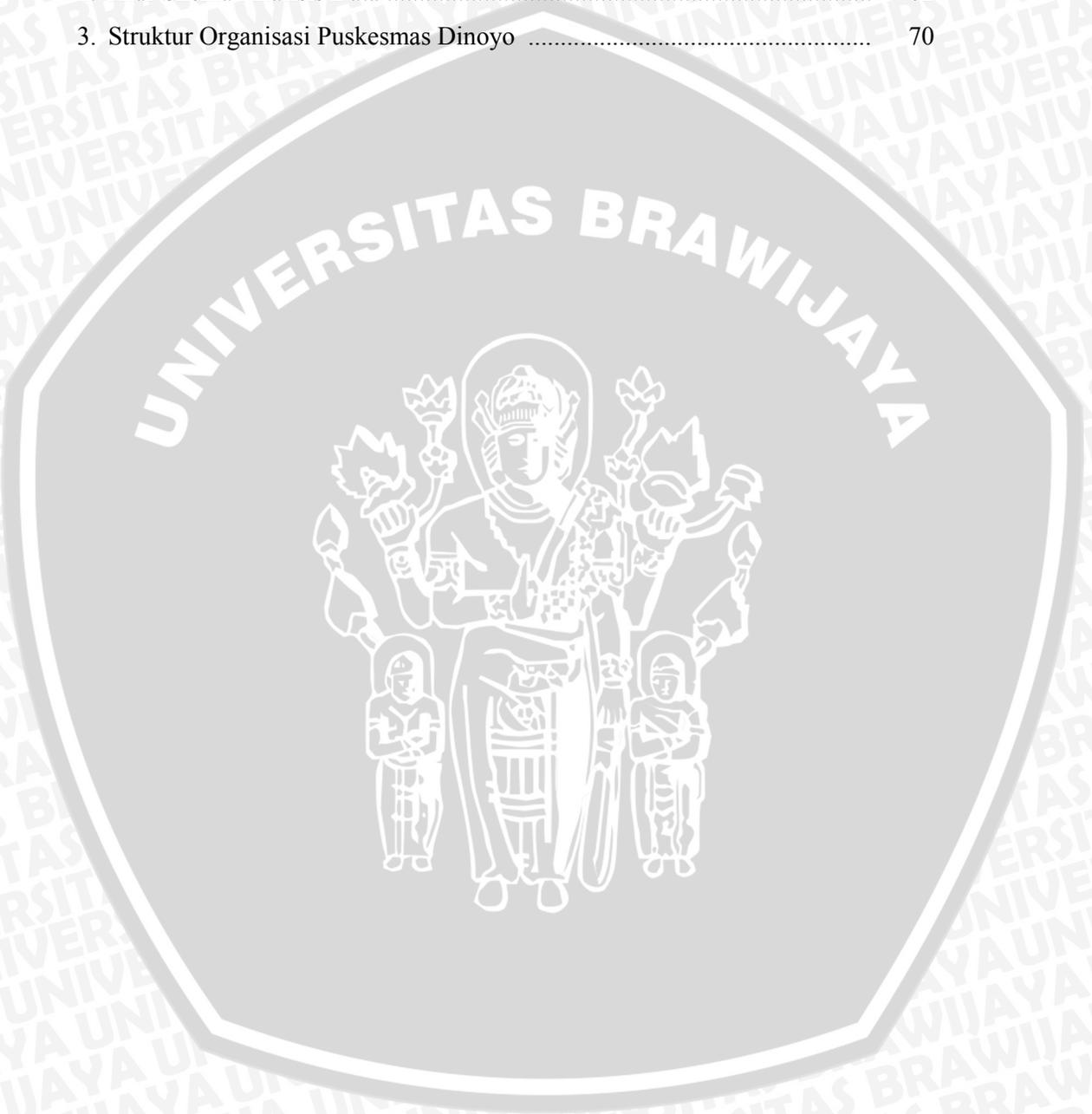
A. Gambaran Umum Puskesmas Dinoyo.....	63
1. Sejarah Berdirinya Puskesmas Dinoyo	63
2. Visi, Misi, Motto	63
3. Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo	64
4. Lingkungan Puskesmas Dinoyo	64

5. Kependudukan.....	65
6. Pelayanan yang tersedia di Puskesmas Dinoyo.....	66
7. Sarana Pelayanan	66
8. SDM di Puskesmas Dinoyo.....	67
9. Fasilitas Puskesmas Dinoyo	68
10. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas Dinoyo	69
11. Proses Pelayanan di Puskesmas Dinoyo.....	73
B. Penyajian Data Fokus Penelitian.....	73
1. Kinerja Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan di Poli Umum.....	73
a. Kualitas SDM.....	73
b. Kondisi Sarana dan Prasarana Puskesmas.....	77
c. Pendistribusian tenaga kesehatan	79
d. Proses Pelayanan Kesehatan.....	83
2. Tingkat Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo.....	87
a. Jenis Pelayanan	87
b. Prosedur pelayanan di Poli Umum Puskesmas Dinoyo Malang	88
c. Pelayanan Medis.....	95
d. Penyelesaian Administrasi	98
e. Tanggapan Pasien / Responden terhadap Pelayanan Kesehatan di Poli Umum Puskesmas Dinoyo Malang.....	100
C. Pembahasan	111
1. Kinerja Puskemas dalam Pelayanan Kesehatan di Poli Umum.....	111
a. Kualitas SDM.....	111
1. Tingkat Pendidikan.....	112
2. Program Pengembangan SDM.....	112
b. Kondisi Sarana dan Prasarana Puskesmas.....	114
1. Kondisi Fisik Puskesmas	114
2. Ketersediaan Obat.....	114
3. Ketersediaan peralatan medis	115
4. Ketersediaan fasilitas penunjang	115
c. Pendistribusian tenaga kesehatan	116
1. Jumlah tenaga kesehatan di Poli Umum.....	116

2. Pelaksanaan program kesehatan	116
3. Keterlibatan tenaga kesehatan pada pelaksanaan program Kesehatan	116
4. Pengawasan.....	117
5. Penyuluhan kepada masyarakat	117
d. Proses Pelayanan Kesehatan.....	117
1. Kemudahan prosedur layanan	118
2. Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yang diberikan	118
3. Kecepatan pelayanan.....	119
2. Tingkat Pelayanan Kesehatan di Poli Umum.....	119
a. Jenis-jenis Pelayanan	119
b. Prosedur Pelayanan	119
c. Pelayanan Medis.....	120
d. Penyelesaian Administrasi	120
e. Tanggapan pasien atau responden terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo Malang	121
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	127
B. Saran.....	129
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

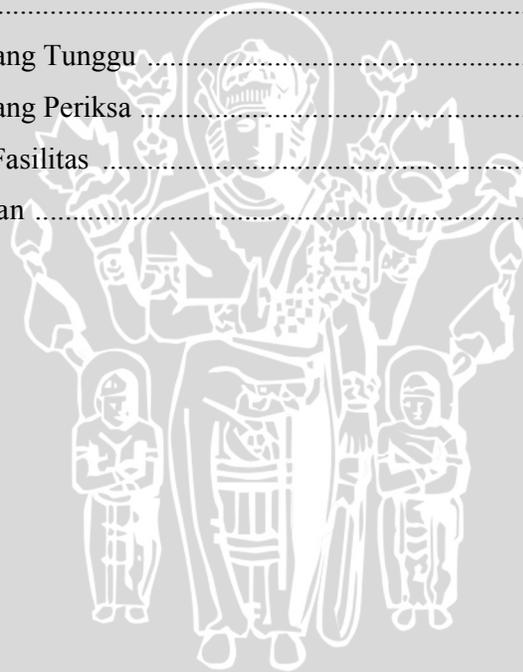
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1. Sistematika Pembahasan	8
2. Alur Skema Analisis Data	62
3. Struktur Organisasi Puskesmas Dinoyo	70



DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Jumlah Penduduk Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2009	65
2. Sarana Kesehatan	67
3. Jumlah Staf di Puskesmas Dinoyo tahun 2009	67
4. Jenjang Pendidikan dan Jabatan Petugas Kesehatan di Puskesmas Dinoyo .	75
5. Persepsi Rentang Waktu Pelayanan	100
6. Transparansi Pelayanan	101
7. Keramahan Petugas	103
8. Keluhan kepada Petugas	104
9. Pemenuhan Standar Pelayanan	106
10. Kebersihan	107
11. Kenyamanan Ruang Tunggu	107
12. Kenyamanan Ruang Periksa	108
13. Keterjangkauan Fasilitas	109
14. Keluhan Pelayanan	110



DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

1. Contoh Kartu Status Pasien.....	130
2. Contoh Kartu Peserta Jamkesmas	131
3. Contoh Kartu Askes	132
4. Daftar Inventaris Alat Non Medis tahun 2010 Puskesmas Dinoyo	133
5. Daftar Inventaris Alat Medis tahun 2010 Puskesmas Dinoyo	134
6. Daftar Inventaris Kendaraan Bermotor tahun 2010 Puskesmas Dinoyo.....	138
7. Foto-foto Kegiatan di Puskesmas.....	139
8. Denah Ruang Puskesmas Dinoyo tahun 2010.....	142
9. Jumlah Kunjungan Pasien Poli Umum Puskesmas Dinoyo tahun 2009	144
10. Alur Pelayanan Pasien UPT Puskesmas Dinoyo.....	145
11. Diagram Alir Pelayanan Poli Umum	146



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Reformasi sebagai bentuk respon positif dalam menyikapi krisis multidimensional yang memunculkan paradigma baru penyelenggaraan kehidupan bernegara terhadap norma efisiensi, partisipasi, transparansi dan akuntabilitas publik. Tuntutan dan aspirasi masyarakat tentang penyelenggaraan pemerintahan, setidaknya telah membawa beberapa hal; pertama, reformasi sistem politik untuk menuju kehidupan politik yang lebih demokratis melalui keterlibatan dan partisipasi rakyat dalam proses politik yang menyangkut kepentingan publik ; kedua, tuntutan *good governance* and *clean government* dalam penyelenggaraan negara yang didukung dengan prinsip dasar kepastian hukum, akuntabilitas, transparansi, keadilan, profesionalisme dan demokratis seperti yang dikumandangkan oleh World Bank, United Nation dan beberapa lembaga internasional lainnya.

Arus reformasi telah melahirkan Kebijakan otonomi daerah berdasarkan Undang-undang nomor 22 tahun 1999 dan Undang-undang nomor 25 tahun 2000, ternyata bukan saja telah membawa berbagai perubahan mendasar dalam tataran dan berbagai praktek penyelenggaraan pemerintah di daerah, tetapi juga menimbulkan permasalahan baik menyangkut konsep maupun inkonsistensi dan multitafsir yang mengganggu implementasi otonomi daerah. Wewenang lebih luas dan lebih besar yang telah diberikan kepada daerah, secara tidak langsung mengikat tanggung jawab pemerintah daerah terhadap penyelenggaraan pelayanan masyarakat yang semakin besar. Pemerintah daerah mengembangkan strategi yang dianggap tepat dan meningkatkan kualitas pelayanan publik berdasarkan tafsir daerah masing-masing, terkadang menimbulkan inkonsistensi kebijakan penyelenggaraan pemerintahan otonomi.

Di dalam penjelasan Undang-undang 22 tahun 1999 menyebutkan bahwa pemberian otonomi daerah pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan pelayanan dan kesejahteraan masyarakat, mengembangkan kehidupan demokrasi, keadilan dan pemerataan, serta memelihara hubungan yang serasi antara pusat dan daerah dalam rangka menjaga keutuhan negara kesatuan Republik Indonesia.

Didalam prakteknya, pemerintah daerah dihadapkan kepada persoalan dilematis karena, pada satu sisi berhadapan dengan tugas pokok yang semakin kompleks, akibat tuntutan masyarakat dan disisi lain dihadapkan kepada kelangkaan resoursis yang dimiliki. Dengan alasan mengejar kelangkaan risorsis, pemerintah daerah dapat pula memanfaatkan kewenangan luas tersebut untuk menggali potensi dengan eksploitasi besar-besaran didaerah tanpa batas yang semestinya, apabila tidak dikontrol secara arif dan adil.

Disamping itu, tuntutan era globalisasi yang bercirikan kemampuan untuk mengedepankan *comparative* dan *competitive advantages* membuat pemerintah daerah melakukan *out sourcing* atau *importing energy* dari luar pemerintah daerah sendiri, seperti dari masyarakat maupun dunia swasta yang profesional diluar pemerintah.

Salah satu dampak globalisasi di era otonomi yang terpenting dan menyentuh kebutuhan masyarakat yang paling mendasar adalah bidang jasa dan dampak kesehatan, yang sangat ditentukan oleh lingkup kelompok jasa pelayanan kesehatan yang akan masuk ke Indonesia pada era globalisasi. Dampak yang dimaksud adalah : (1) globalisasi kelompok jasa yang dapat dikonsumsi tanpa perlu mendatangi negara penghasil jasa (*across a border*); (2) globalisasi kelompok jasa yang untuk mengkonsumsinya harus mendatangi negara penghasil jasa (*through consumption abroad*) dan (3) globalisasi kelompok jasa yang diselenggarakan oleh suatu sarana asing yang didirikan disuatu negara (*through commercial presence*). Secara perspektif positif, kondisi yang strategis tersebut merupakan kesempatan untuk merubah paradigma pelayanan kesehatan masyarakat didalam menyusun suatu isu dan kebijakan desentralisasi.

Permasalahan diatas tentunya menuntut kesiapan sumber daya manusia yang perlu segera diantisipasi secara cermat dan teliti oleh pemerintah daerah. Dampak dari reformasi pasca otonomi dan tuntutan globalisasi, ada yang menimbulkan kondisi positif dan ada yang negatif, yang positif dapat digunakan dan dikembangkan sedangkan yang negatif dijadikan sebagai kontrol untuk pencapaian perbaikan. Misalnya tanpa dapat dibendung lagi, kerjasama multilateral dan global secara perlahan akan diperbanyak dan terus ditingkatkan oleh daerah, karena banyak masalah global yang tidak bisa lagi diatasi atau

ditanggulangi beberapa negara, tetapi perlu pemecahan bersama dan mengikut sertakan pula aktor-aktor non negara dengan fasilitas kesehatan swasta berkapasitas global dan memiliki profesionalitas yang teruji.

Untuk itu, peran negara menyikapi fenomena dimulai dengan langkah merumuskan kebijakan yang ideal dan berstrategi di era otonomi dan globalisasi, salah satu alternatif melalui penetapan suatu standar. Misalnya, Standar Pelayanan Kesehatan (SPM) digunakan sebagai langkah untuk menciptakan kebijakan menjaga mutu pelayanan oleh pemerintah, sebab menjaga mutu merupakan sebuah kegiatan yang berkelanjutan yang disusun secara objektif dan sistematis dalam memantau dan menilai mutu serta kewajaran suatu pelayanan dengan memanfaatkan berbagai peluang yang tersedia untuk meningkatkan pelayanan yang diselenggarakan serta menyelesaikan berbagai masalah yang ditemukan. Memanfaatkan peluang yang tersedia memberi makna dan mempunyai semangat kewirausahaan (*entrepreneur*) yang positif apabila ditangani dengan arif oleh institusi penyelenggara pelayanan masyarakat (publik).

Jika dilihat dari segi dimensi-dimensi pelayanan dapat dibagi dalam beberapa jenis, apabila pelayanan publik dikaitkan dengan keadilan, maka bisa dibagi ke dalam tiga bentuk dasar, yaitu :

1. Pelayanan yang sama bagi semua. Misalnya pendidikan yang diwajibkan bagi penduduk usia muda.
2. Pelayanan yang sama secara proporsional bagi semua, yaitu distribusi pelayanan yang didasarkan atas suatu ciri tertentu yang berhubungan dengan kebutuhan. Misalnya jumlah polisi yang ditugaskan untuk berpatroli dalam wilayah tertentu berbeda-beda berdasarkan angka kriminalitas.
3. Pelayanan-pelayanan yang tidak sama bagi individu-individu bersesuaian dengan perbedaan yang relevan. Ada beberapa kriteria mengapa pelayanan itu tidak sama antara lain: satu, pelayanan yang diberikan berdasarkan kemampuan untuk membayar dari penerima pelayanan. Dua, penyediaan pelayanan-pelayanan atas dasar kebutuhan-kebutuhan. (Chitwood dalam Frederickson dalam Suwondo, 2001, h.29-30)

Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan diperhitungkan dapat menilai kinerja unit pelayanan kesehatan, sebab kualitas pelayanan menjadi

terukur dan dapat dipertanggung jawabkan. Hal ini cukup beralasan sebab format standar SPM memuat 3 (tiga) materi pokok, yaitu rincian kewenangan, jenis pelayanan dan indikator pencapaian atau penyelesaian dari aktivitas pelayanan kesehatan yang dilakukan. Standar Pelayanan Minimal kesehatan merupakan standar pelayanan publik untuk menjamin minimum pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh masyarakat dari Pemerintah.

Kinerja organisasi tidak hanya ada pada level *top manager* saja, tetapi juga harus ada pada *middle manager* dan para bawahan. Jika hanya para *top manager* yang mempunyai kinerja tinggi, padahal bawahannya tidak memiliki kinerja tinggi, maka kualitas pelayanan yang dirasakan masyarakat tetap akan rendah. Hal ini dikarenakan dalam praktek di lapangan para pelaksana di lapangan justru adalah para bawahan. Oleh karena itu upaya peningkatan kinerja organisasi harus meliputi keseluruhan level organisasi.

Ukuran kinerja suatu organisasi tidak dapat diukur dari para pelaksana pelayanan, tetapi justru dari penerima layanan. Hal ini dikarenakan kinerja itu pada dasarnya adalah output dan bukan input. Pihak yang dapat merasakan output bukanlah penyelenggara layanan (birokrasi) tetapi pengguna jasa layanan (masyarakat). Oleh karena itulah dalam pengukuran suatu kinerja mau tidak mau harus melibatkan konsumen yang berasal dari masyarakat pengguna jasa layanan.

Sebagai input kinerja yang penting adalah budaya organisasi. Taylor (dalam Soekanto, 1990) mendefinisikan kebudayaan sebagai sesuatu yang kompleks yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat-istiadat dan kemampuan-kemampuan serta kebiasaan-kebiasaan yang didapatkan oleh manusia sebagai anggota masyarakat. Dari pendapat Taylor tersebut berarti bahwa kebudayaan mencakup semuanya yang didapatkan atau dipelajari oleh manusia sebagai anggota masyarakat. Kebudayaan terdiri dari segala sesuatu yang dipelajari dari pola-pola perilaku normatif, yaitu mencakup segala cara atau pola-pola berpikir, merasakan dan bertindak.

Pada akhirnya kinerja sebuah organisasi masih tetap tergantung pada kualitas sumber daya manusia yang ada pada organisasi tersebut. Kualitas sumber daya manusia dipengaruhi oleh faktor-faktor antara lain tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan pernah tidaknya mengikuti kegiatan pelatihan dan

pengembangan.

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang diharapkan semakin tinggi kinerjanya. Semakin banyak pengalaman kerja seseorang, juga semakin baik kinerjanya. Demikian juga semakin sering seseorang diikutkan kegiatan pelatihan dan pengembangan, maka ia akan semakin berkualitas, sehingga akan semakin baik pula kinerjanya.

Image yang sering melekat pada organisasi publik adalah berbelit-belit, lambat dan tidak responsif. *Image* ini juga melekat pada pelayanan kesehatan seperti puskesmas, sehingga menurut Cooper dan Denhart dalam Dwiyanto (2003), pilihan yang tepat untuk membangun birokrasi yang bersih dan accountable adalah adanya kontrol internal dan eksternal. Beberapa aspek yang termasuk kontrol adalah etika, standar dan norma-norma profesi. Nilai-nilai ini apabila dapat dilembagakan akan menjadi sumber tuntutan bagi para pejabat publik dalam bertindak.

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan di era desentralisasi, penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik dari masing-masing daerah dan berlangsung secara profesional menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 836/Menkes/SK/VI/2005, meliputi:

1. Konsolidasi manajemen sumber daya manusia,
2. Penguatan aspek-aspek ilmu pengetahuan dan teknologi, semangat pengabdian, dan kode etik profesi,
3. Penguatan konsep profesionalisme kesehatan, dan
4. Aliansi strategis antara profesi kesehatan dengan profesi-profesi lain terkait.

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas, adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pembangunan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan

(<http://id.wikipedia.org/wiki/Pukesmas>) diakses pada tanggal 24 Maret 2010.

Puskesmas sebagai salah satu institusi fasilitas pemerintah daerah dan sebagai lini terdepan dalam pemberian pelayanan kesehatan non-profit kepada masyarakat dan merupakan ujung tombak dalam sistem kesehatan Nasional, juga dituntut untuk dapat memberikan pelayanan dengan baik berdasarkan wewenang tugas pokok dan fungsinya yang disesuaikan dengan situasi, kondisi, masalah dan kemampuan Puskesmas tersebut. Masalah globalisasi kesehatan membawa konsekuensi, yaitu kompetensi pelayanan kesehatan pemerintah akan terdesak oleh investasi asing dan minimal membentuk persepsi masyarakat tentang pelayanan yang layak diterima. Akibat dari tuntutan masyarakat tersebut, profesionalisme pelayanan semakin dipacu tetapi berdasarkan koridor kebijakan standar pelayanan yang telah disusun.

Di era desentralisasi, kemandirian Puskesmas terus ditingkatkan melalui perluasan kewenangan dalam pengadaan sarana dan prasarana, termasuk peralatan dan perangkat medis maupun non medis. Peningkatan wewenang tersebut telah memungkinkan Puskesmas untuk menggerakkan potensi masyarakat, termasuk menghimpun dana lebih besar untuk memenuhi kebutuhannya.

Puskesmas Dinoyo merupakan salah satu fasilitas organisasi publik di wilayah pemerintahan Kota Malang Propinsi Jawa Timur, yang melaksanakan tujuan :

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
2. Memberikan layanan kesehatan yang mudah dan murah.

Ditinjau dari lokasi yang berada tepat dipinggir jalan raya dan memiliki tingkat aksesibilitas yang sangat mudah, penetapan biaya berobat yang relatif murah menyebabkan layanan kesehatan oleh puskesmas cukup banyak digunakan masyarakat didalam dan luar lintas wilayahnya (Masyarakat sekitar Puskesmas Dinoyo) sebagai pilihan pertama sekali ketika menghadapi masalah kesehatan mereka, maka puskesmas ini relatif mudah terjangkau (www.dinkeskotamalang.com) diakses pada tanggal 24 Maret 2010.

Kredibilitas pemerintah dan tenaga kesehatan sangat ditentukan oleh kemampuannya mengatasi berbagai permasalahan di atas sehingga mampu menyediakan pelayanan publik yang memuaskan masyarakat. Oleh karena itu

dengan adanya kinerja dalam pelayanan kesehatan akan mendapatkan suatu layanan yang baik dan bermutu bagi masyarakat. Sehingga penulis tertarik untuk mengangkat judul penelitian “ **Kinerja Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dalam Pelayanan Kesehatan** ”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang ada, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang dalam memberikan pelayanan kesehatan?
2. Bagaimana tingkat pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Dinoyo Kota Malang?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui dan mendeskripsikan kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang dalam memberikan pelayanan kesehatan.
2. Untuk mengetahui dan mendeskripsikan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Dinoyo Kota Malang.

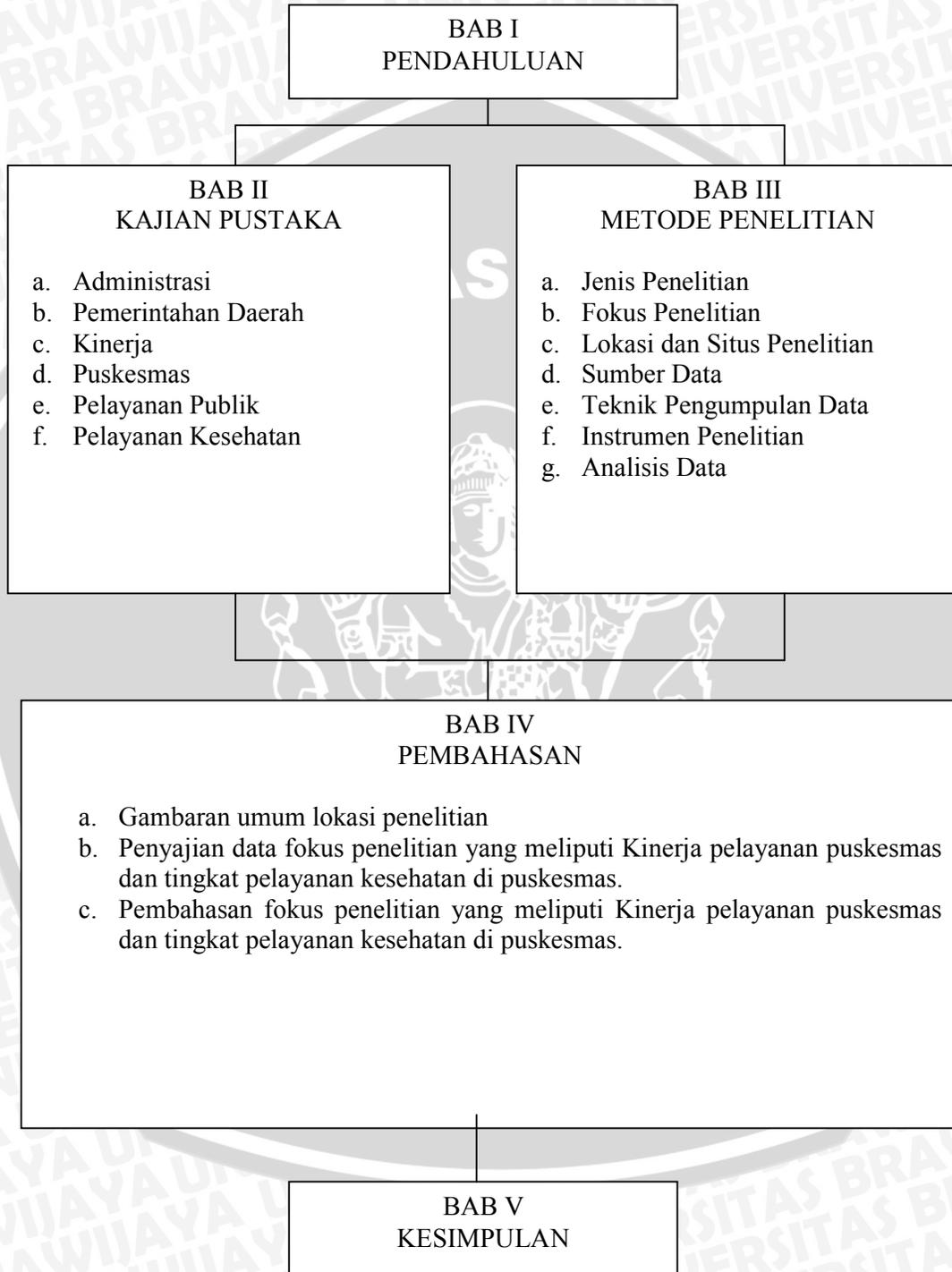
D. Kontribusi Penelitian

1. Secara Praktis
 - a. Memberikan masukan dan pertimbangan bagi pihak Puskesmas Dinoyo Kota Malang untuk meningkatkan kinerja dalam pelayanan kesehatan.
 - b. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.
2. Secara Teoritis
 - a. Hasil penelitian ini bisa menambah khasanah bagi pengembangan Ilmu Administrasi, khususnya tentang pelayanan publik.
 - b. Hasil penelitian ini sebagai bahan rujukan atau referensi bagi peneliti selanjutnya yang mengkaji tentang permasalahan pelayanan publik khususnya di bidang kesehatan.

E. Sistematika Pembahasan

Kerangka pemikiran sebagai bahan arahan dalam penelitian ini adalah

Gambar 1.
Sistematika Pembahasan



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Administrasi

1. Pengertian Administrasi

Ada berbagai pengertian mengenai administrasi. Yang paling mendasar adalah pengertian dari Waldo, yang menyatakan bahwa administrasi negara adalah species dari genus administrasi, dan administrasi itu sendiri berada dalam keluarga kegiatan kerjasama antarmanusia. Waldo dalam Siagian (1982: 2) menyatakan yang membedakan administrasi dengan kegiatan kerjasama antar manusia lainnya adalah derajat rasionalitasnya yang tinggi. Derajat rasionalitas yang tinggi ini ditunjukkan oleh tujuan yang ingin dicapai serta cara untuk mencapainya. Administrasi negara berkenaan dengan administrasi dalam lingkup negara, sering kali pula diartikan sebagai pemerintah. Seperti halnya dalam genusnya, administrasi, adanya tujuan yang ingin dicapai merupakan konsep yang mendasar pula dalam administrasi negara. Tujuan itu sendiri tidak perlu hanya satu pada setiap waktu, tempat, bidang, atau tingkatan, bahkan kegiatan tertentu, terdapat tujuan-tujuan tertentu. Tetapi sebagai negara tentu harus ada asas, pedoman, dan tujuan, yang menjadi landasan kerja administrasi negara. Pada umumnya (meskipun tidak semuanya) gagasan-gagasan dasar tersebut ada dalam konstitusi negara yang bersangkutan.

2. Arah Perkembangan Administrasi Publik

Perubahan paradigma manajemen pemerintahan telah mendorong perkembangannya administrasi publik yang sangat dinamis mengikuti dinamika lingkungannya. Perubahan paradigma itu antara lain oleh Savas (1983 : 65), Osborne (1992: 74), Effendi (1995: 67), Mustopadidjaja (1997: 113), Thoha (1997: 84) mengatakan sebagai berikut:

- a. Perubahan paradigma dari orientasi manajemen pemerintahan yang serba negara menjadi berorientasi pasar. Selama ini manajemen pemerintahan mengikuti paradigma yang lebih mengutamakan kepentingan negara. Kepentingan negara menjadi pertimbangan pertama dan utama untuk mengatasi segala macam persoalan yang timbul dimasyarakat. Pasar dapat berupa rakyat atau masalah-masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Sekarang

ini, paradigmanya berubah, orientasi manajemen pemerintahan diarahkan kepada pasar. Segala aspirasi masyarakat menjadi lebih penting artinya untuk menjadi bahan pertimbangan pemerintah.

- b. Perubahan paradigma dari orientasi manajemen pemerintahan yang otoritarian menjadi berorientasi kepada egalitarian dan demokrasi.
- c. Perubahan paradigma dari sentralisasi kekuasaan menjadi desentralisasi kewenangan.
- d. Perubahan manajemen pemerintahan yang hanya menekankan pada batas-batas dan aturan yang berlaku untuk satu negara tertentu, mengalami perubahan kerah *boundryless organization*.
- e. Perubahan dari paradigma yang mengikuti tatanan birokrasi Weberian menjadi tatanan birokrasi yang *post bureaucracy government*, atau perubahan dari manajemen pemerintahan yang mengikuti struktur fisik (*physical structure*) ke tatanan manajemen pemerintahan berdasarkan pada logical structure. Dengan kata lain, suatu tatanan administrasi negara yang berorientasi pada paperwork menjadi tatanan administrasi negara yang *paperless*.

Sebagai dampak dari perubahan global, administrasi publik akan mengalami perubahan mendasar terutama peran dan orientasi yang ingin dicapai. Dalam era global kita melihat berkembang dan tumbuhnya sistem administrasi publik dan pemerintahan yang semakin efisien, efektif. Pergeseran peran telah mulai terjadi dimana fungsi pemerintah dalam berbagai segi kehidupan ekonomi, sosial telah bergeser dari peran pemerintah yang begitu besar ke arah mendorong lembaga-lembaga masyarakat/swasta untuk mengambil bagian yang besar dalam menjalankan sebagai fungsi-fungsi pelayanan kepada masyarakat (Osborne, 1993: 98, Kartasasmita, 1996: 67, Kristiadi, 1997: 124). Pemerintah cukup hanya berfungsi sebagai pengarah tidak lagi berfungsi sebagai pengatur yang dominan. Hal ini berimplikasi pada adanya keinginan pemerintah untuk memberdayakan masyarakat dan meningkatkan partisipasi dalam pembangunan.

Perubahan peran administrasi publik akan selalu seiring dengan dinamika masyarakat dimana sistem administrasi negara itu berada. Frederickson (1983: 47), efektifitas, rasionalitas dan produktivitas, tetapi yang lebih penting adalah administrasi negara harus menciptakan keadilan sosial, berdasarkan kebutuhan

pada semua lapisan masyarakat. Hal ini berarti administrasi negara berusaha untuk merubah kebijakan-kebijakan maupun struktur-struktur yang secara sistematis merintangai terciptanya keadilan sosial.

Administrasi publik memiliki fungsi untuk menjalankan kebijaksanaan dan program-program kegiatan pemerintahan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam kerangka hirarki kebijaksanaan (Bromley, 1984: 143). Sehubungan dengan hal ini perkembangan administrasi publik akan sangat dipengaruhi oleh kondisi perkembangan tuntutan dan aspirasi dan pelayanan kebutuhan masyarakat yang cenderung selalu dinamis.

Nicholas Henry (1995: 122) telah mengidentifikasi alur perkembangan administrasi publik sebagai kajian akademik ke dalam lima paradigma. Paradigma pertama adalah dikhotomi politik administrasi publik, yang antara lain dipelopori oleh Wilson (1887 dengan tulisannya yang berjudul *The Study of Administration*). Paradigma kedua adalah prinsip-prinsip administrasi yang berkembang antara tahun 1927-1937. Paradigma ketiga disebut paradigma administrasi publik sebagai ilmu politik. Paradigma keempat, yang berkembang antara tahun 1956 hingga 1970 memandang administrasi publik sebagai ilmu administrasi. Dalam konteks ini terdapat perkembangan untuk menempatkan lokus disiplin administrasi publik secara proporsial pada akar keilmuan administrasi dan manajemen yang berkembang sejak Henry Fayol menulis bukunya yang berjudul *Industrial and General Administration* (1949). Paradigma kelima yang berkembang sejak tahun 1970, menempatkan administrasi publik sebagai disiplin akademik administrasi publik. Dalam hal ini bahwa administrasi publik telah berkembang sebagai disiplin ilmu yang berdiri sendiri.

Administrasi publik yang berkembang setelah paradigma kelima yang diidentifikasi oleh Henry menurut Kristiadi (1997: 83) adalah paradigma administrasi pembangunan. Hal ini didasarkan pada temuan-temuan hasil kajian kelompok studi komparatif administrasi (CAG) yang menyebutkan bahwa "administrasi publik lebih berorientasi untuk mendukung usaha-usaha pembangunan negara-negara yang belum maju". Pada umumnya proses kegiatan ini disebut sebagai administrasi pembangunan. Sedangkan di negara-negara maju dewasa ini, administrasi publik lebih diarahkan kepada upaya pencarian bentuk

kelembagaan yang tepat, ketatalaksanaan dan aspek kualitas sumber daya manusia aparatur yang pada intinya adalah reformasi administrasi. Setelah perkembangan paradigma administrasi publik sebagai administrasi pembangunan, menurut Bintoro (1999: 89), paradigma berikutnya adalah mewirauahakan birokrasi yang dipelopori oleh Osborne, Gaebler (1992: 61) dan perkembangan yang terakhir adalah penyelenggaraan pemerintahan/administrasi publik yang baik (*good governance*) yang bercirikan kepastian hukum, keterbukaan, akuntabilitas dan konsistensi.

Sementara beberapa teoritik administrasi berpendapat bahwa peranan administrasi publik harus makin terfokuskan pada upaya menghasilkan barang dan inilah menurut Kristiadi (1997: 97) efisiensi dalam pelayanan publik melalui pengadaan barang-barang publik (*public goods*) dan pelayanan jasa publik sama pentingnya dengan mekanisme pasar yang dilaksanakan oleh pemerintah yang bercirikan *good governance*. Untuk mewujudkan hal tersebut, menurut Osborne dan Gaebler (1992: 125), administrasi publik perlu didukung oleh birokrasi yang memiliki semangat wirausaha.

Perubahan orientasi dan peran administrasi publik diperlukan untuk merespon dinamika masyarakat yang tinggi terutama dalam menciptakan pelayanan yang efisien dan efektif serta menciptakan keadilan sosial bagi warga masyarakat. Hal ini diperlukan karena administrasi publik berfungsi sebagai instrumen publik untuk menciptakan kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian fungsi aparatur sebagai pelayanan masyarakat harus dominan dan diutamakan ketimbang fungsi sebagai abdi negara. Kartasmita (1996: 142) melakukan analisis reposisi terhadap paradigma administrasi pembangunan (birokrasi) yang selama 32 tahun memiliki peran yang besar dalam pembangunan bangsa, yaitu: perubahan dalam polarisasi: (1) orientasi birokrasi bergeser dari yang kuat kepada yang lemah dan kurang berdaya, (2) birokrasi harus membangun partisipasi rakyat, (3) peranan birokrasi bergeser dari mengendalikan ke mengarahkan, dan (4) birokrasi harus mengembangkan keterbukaan dan kebertanggungjawaban.

Senada dengan itu, Moestopadijaja (1998: 63) mengatakan bahwa penyelenggaraan pemerintahan ke depan harus didasarkan pada prinsip-prinsip: pemberdayaan, pelayanan, partisipasi, kemitraan, dan desentralisasi.

Fungsi pemberdayaan, aparaturnya pemerintah tidak harus berupaya melakukan sendiri, tetapi mengarahkan (*steering rather than rowing*). Sesuatu yang sudah bisa dilakukan oleh masyarakat, jangan dilakukan oleh pemerintah. Apabila masyarakat atau sebagian dari mereka belum mampu atau tidak berdaya, maka harus diberdayakan (*empowering*). Pemberdayaan berarti pula memberi peran kepada masyarakat lapisan bawah di dalam keikutsertaannya dalam proses pembangunan.

Dalam rangka pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan, peran pemerintah dapat ditingkatkan antara lain melalui (a) pengurangan hambatan dan kendala-kendala bagi kreativitas dan partisipasi masyarakat, (b) perluasan akses pelayanan untuk menunjang berbagai kegiatan sosial ekonomi masyarakat, dan (c) pengembangan proses untuk lebih memberikan kesempatan kepada masyarakat belajar dan berperan aktif (*social learning process*) dalam memanfaatkan dan mendayagunakan sumber daya produktif yang tersedia sehingga memiliki nilai tambah guna meningkatkan kesejahteraan mereka.

Upaya pemberdayaan memerlukan semangat untuk melayani (*a spirit of public services*), dan menjadi mitra masyarakat (*partner of society*): yaitu melakukan kerjasama dengan masyarakat Esman dalam Moestopadidjaja (1997: 134). Hal ini memerlukan perubahan perilaku yang antara lain dapat dilakukan melalui pembudayaan kode etik (*code of ethical conducts*) yang didasarkan pada dukungan lingkungan (*enabling strategy*) yang diterjemahkan dalam standar tingkah laku yang dapat diterima umum dan dijadikan acuan perilaku aparaturnya pemerintah.

Di samping itu, dalam pelaksanaan kode etik tersebut, aparaturnya dan sistem manajemen publik harus bersikap terbuka, transparan dan akuntabel, untuk mendorong para pemimpin dan seluruh sumber daya manusia aparaturnya menjadi berwibawa, bersih dan menjadi panutan bagi masyarakat.

Pelayanan berarti pula semangat pengabdian yang mengutamakan efisiensi dan keberhasilan dalam membangun yang dimanifestasikan antara lain dalam perilaku melayani, bukan dilayani, mendorong bukan menghambat, mempermudah bukan mempersulit, sederhana bukan berbelit-belit, terbuka untuk setiap orang bukan hanya untuk segelintir orang. Dengan demikian makna

administrasi publik sebagai wahana penyelenggaraan pemerintahan negara yang harus melayani publik harus benar-benar dihayati para penyelenggara pemerintahan negara.

Partisipasi masyarakat harus diikutsertakan dalam proses menghasilkan *public good* atau *services* dengan mengembangkan pola kemitraan dan kebersamaan dan bukan semata-mata dilayani. Untuk itulah kemampuan masyarakat harus diperkuat (*empowering rather than serving*), kepercayaan masyarakat harus meningkat dan kesempatan masyarakat untuk berpartisipasi harus ditingkatkan.

Upaya pemberdayaan masyarakat dan dunia usaha, peningkatan partisipasi dan kemitraan sangat memerlukan keterbukaan birokrasi pemerintah, juga disamping itu memerlukan langkah-langkah yang tegas dalam mengurangi peraturan dan prosedur yang menghambat kreativitas dan aktivitas mereka dan memberi kesempatan kepada masyarakat untuk dapat berperan serta dalam proses penyusunan peraturan kebijaksanaan, pelaksanaan, pengawasan pembangunan.

Inti dari perubahan peran dan orientasi administrasi publik adalah bahwa bentuk organisasi birokrasi yang ada sekarang harus berubah sesuai dengan tuntutan perubahan itu sendiri, yaitu bentuk organisasi yang terbuka, fleksibel, ramping atau pipih (*flat*), efisiensi dan rasional, terdesentralisasi, kaya fungsi miskin struktur sehingga memungkinkan organisasi birokrasi lebih cepat menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. Aspek sistem meliputi pemahaman terhadap visi dan misi organisasi berdasarkan tuntutan perubahan lingkungan, nilai dan budaya yang dimiliki organisasi yang menjadi ciri khas organisasi dan sekaligus menjadi perekat dan motivasi anggota organisasi untuk mengembangkan berbagai aktivitas keorganisasian baik dalam melakukan hubungan secara internal maupun dalam melakukan hubungan eksternal. Sedangkan aspek strategi mencakup kemampuan organisasi menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan, pemahaman kemampuan memanfaatkan peluang, tantangan, ancaman dan kelemahan serta kekuatan yang dimiliki organisasi dapat menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut dan pada akhirnya dapat survive dan meraih kemampuan kompetitif. Aspek *soft* struktur organisasi meliputi staff, skill, style, dan *share value* mensyaratkan proses pembelajaran yang secara terus

menerus untuk mencapainya. Administrasi publik (Birokrasi) ke depan harus menata kembali visi, misi tujuan, sasaran dan strategi pencapaiannya dalam rangka memberikan pelayanan publik yang cepat, efisien, terbuka, dan akuntabel.

B. Pemerintahan Daerah

1. Pengertian Pemerintahan

Undang-Undang Republik Indonesia nomor 32 Tahun 2004 menyatakan bahwa, pemerintahan daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia. Pemerintah daerah terdiri dari Gubernur, Bupati atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah. Sedangkan DPRD merupakan lembaga perwakilan rakyat daerah yang juga sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.

Istilah pemerintahan pengertiannya dapat dikaji atau ditinjau dari tiga aspek (Nurcholis, 2007, h.60) yaitu:

- a. Ditinjau dari aspek kegiatan (dinamika), pemerintahan berarti segala kegiatan atau usaha yang terorganisasikan, bersumber pada kedaulatan dan berlandaskan pada dasar negara.
- b. Ditinjau dari aspek struktural fungsional, pemerintahan mengandung arti seperangkat fungsi negara, yang satu sama lain saling berhubungan secara fungsional, dan melaksanakan fungsinya atas dasar-dasar tertentu demi tercapainya tujuan negara.
- c. Ditinjau dari aspek tugas dan kewenangan negara, maka pemerintahan berarti seluruh tugas dan kewenangan negara.

Konsep pemerintahan dapat dibuat dalam arti yang luas dan sempit. Artinya tugas dan wewenang pemerintahan itu dapat diperluas dan dipersempit dengan membentuk organ-organ atau badan-badan dalam pemerintahan itu sendiri.

Seperti yang dikatakan oleh C.F. Strong (Zakaria, 2003, h.23), dimana pemerintahan itu mempunyai kekuasaan legislatif, kekuasaan eksekutif, dan kekuasaan yudikatif. Menurut Konsep Trias Politika ketiga bentuk kekuasaan itu mempunyai tugas dan kewenangan yang berbeda pula. Jadi konsep pemerintahan yang dikemukakan oleh C.F. Strong dapat dikategorikan dalam arti yang luas.

Ada pendapat yang juga menyamakan pengertian pemerintah dengan pemerintahan seperti S. Pramudji (1982, h.98) dimana pemerintahan itu dapat

dilihat dalam arti luas dan sempit. Pemerintahan dalam arti luas adalah perbuatan memerintah yang dilakukan oleh organ-organ atau badan-badan legislatif, eksekutif dan yudikatif dalam rangka mencapai tujuan pemerintahan negara. Sedangkan pemerintahan dalam arti sempit adalah perbuatan memerintah yang dilakukan oleh organ eksekutif dan jajarannya dalam rangka mencapai tujuan pemerintah negara.

Kemudian Ramlan Surbakti (Nurcholis, 2007, h.72) juga mempunyai pandangan yang sama dengan Pramudji, dimana pemerintahan itu mempunyai pengertian dalam arti luas dan sempit. Pemerintahan dalam arti luas berarti seluruh fungsi negara, seperti legislatif, eksekutif, dan yudikatif. Sedangkan pemerintahan dalam arti sempit meliputi fungsi eksekutif saja.

Konsep pemerintahan dalam arti luas yang dikemukakan oleh Pramudji dan Surbakti, organ-organnya mengacu pada konsep Trias Politika atau Tri Praja. Di Indonesia kita tidak menggunakan Konsep Trias Politika atau Tri Praja, tetapi menggunakan konsep Panca Praja, seperti yang terdapat dalam batang tubuh Undang-Undang Dasar 1945.

2. Pengertian Pemerintah Daerah

Baik istilah Pemerintahan Daerah maupun Pemerintah Daerah berasal dari istilah Inggris *Local Government* atau istilah Belanda *Local Bestuur*. Kedua istilah asing tersebut dapat mengacu pada fungsi sebagai Pemerintahan Daerah (lokal). Dalam arti organ (institusi), istilah *local authority* (Hoessein, 1993, h.3) mengacu pada *council (raad)* atau DPRD. Konsekuensinya konsep pemerintahan daerah (lokal) mencakup fungsi yang dilakukan juga oleh *council (raad)* atau DPRD. *Local Government* dapat pula berarti daerah otonom, hal ini disimak dari deskripsi *local government*:

“a political subdivision of nation (or in a federal system, a State) which is constituted by law and has substantial control of local affairs, including the powers to impose taxes or to extract labour for prescribed purposes. The governing body of such an entity is elected or otherwise locally selected” (Hoessein, 1993, h.5).

Berdasarkan pasal 1 huruf d UU No: 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, yang dikatakan Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan

pemerintahan daerah otonom oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas desentralisasi. Ini berarti pemerintahan daerah terdiri dari dua unsur yaitu eksekutif dan legislatif. Sedangkan yang dikatakan Pemerintahan Daerah menurut pasal 1 huruf b UU No: 22 Tahun 1999 adalah Kepala Daerah beserta Perangkat Daerah otonom yang lain sebagai badan eksekutif daerah.

Menurut pasal 6 UU No: 22 Tahun 1999, Perangkat Daerah terdiri atas sekretariat Daerah, Dinas Daerah dan Lembaga teknis daerah lainnya sesuai dengan kebutuhan daerah. Mengacu pada UU No: 22 Tahun 1999, maka unsur-unsur Pemerintahan Daerah terdiri dari Kepala Daerah, Wakil Kepala Daerah, Sekretariat Daerah, Dinas Daerah dan Lembaga Teknis Daerah. Kesemua unsur tersebut merupakan suatu sistem yang saling berhubungan dan bekerjasama dalam mencapai tujuan bersama.

Menurut Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 susunan dalam Pemerintah Daerah terdiri atas kepala daerah dan DPRD. Kepala daerah dipilih langsung oleh rakyat melalui pemilihan umum.

Untuk menyelenggarakan pemerintahannya, pemerintah daerah membentuk Sekretariat Daerah. Untuk pemerintah provinsi, Sekretariat Daerah sekaligus juga sebagai Sekretariat Wilayah. Pemerintah daerah juga membentuk dinas-dinas daerah dan lembaga-lembaga teknis sebagai pelaksana kebijakannya.

Di desa dibentuk pemerintah desa dan Badan Permusyawaratan Desa yang merupakan pemerintahan desa. Pemerintah desa terdiri atas kepala desa dan perangkat desa. Kepala desa bertanggung jawab kepada rakyat yang memilihnya. Sedangkan Badan Permusyawaratan Desa adalah lembaga yang berfungsi membuat Peraturan Desa, menampung dan menyalurkan aspirasi masyarakat serta melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan pemerintahan desa.

Harris (1986) dalam Nurcholis (2007, h.100) menjelaskan bahwa pemerintahan daerah (*local self government*) adalah pemerintahan yang diselenggarakan oleh badan-badan daerah yang dipilih secara bebas dengan tetap mengakui supremasi pemerintahan nasional. Pemerintahan ini diberi kekuasaan, diskresi (kebebasan mengambil kebijakan), dan tanggung jawab tanpa dikontrol oleh kekuasaan yang lebih tinggi.

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada bagian terdahulu dapat

ditarik kesimpulan bahwa sistem pemerintahan daerah adalah semua komponen atau unsur yang terdapat dalam Pemerintahan Daerah (Perangkat Eksekutif dan Legislatif Daerah) yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi atau tergantung (*dependent*) dan bekerjasama dalam menjalankan fungsinya (tugas dan wewenang) dalam rangka mencapai tujuan pemerintahan daerah.

3. Konsep Otonomi, Desentralisasi dan Dekonsentrasi

a. Pengertian Otonomi Daerah

Otonomi Daerah adalah kewenangan Daerah Otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan (pasal 1 huruf (h) UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah).

Daerah Otonom, selanjutnya disebut Daerah, adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas daerah tertentu berwenang mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam ikatan Negara Kesatuan Republik Indonesia (pasal 1 huruf (i) UU NOMOR 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah).

Menurut Charles yang dikutip oleh Nurcholis (2007,h.30) otonomi adalah kebebasan untuk membuat keputusan sendiri dengan tetap menghormati perundang-undangan. Sedangkan menurut Syarifuddin yang dikutip oleh Yuwono dkk (2008,h.14) mengatakan bahwa otonomi daerah sebagai kebebasan atau kemandirian tetapi bukan kemerdekaan.

Penyelenggaraan otonomi daerah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tersebut, diharapkan memberikan manfaat yang besar dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Karena kewenangan membuat kebijakan (perda) sepenuhnya menjadi wewenang daerah otonom, maka dengan otonomi daerah pelaksanaan tugas umum pemerintahan dan pembangunan akan dapat berjalan lebih cepat dan lebih berkualitas.

Dalam pelaksanaan otonomi daerah, pemerintah daerah mempunyai hak, wewenang dan kewajiban (sebagai daerah otonom)

untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Berdasarkan undang-undang tersebut, urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah provinsi merupakan urusan dalam skala provinsi yang meliputi:

- 1) Perencanaan dan pengendalian pembangunan
- 2) Perencanaan, pemanfaatan dan pengawasan tata ruang
- 3) Penyelenggaraan ketertiban umum dan ketentuan masyarakat
- 4) Penyediaan sarana dan prasarana umum
- 5) Penanganan bidang kesehatan
- 6) Penyelenggaraan pendidikan dan alokasi sumber daya manusia potensial
- 7) Penanggulangan masalah sosial lintas kabupaten/kota
- 8) Pelayanan bidang ketenagakerjaan lintas kabupaten/kota
- 9) Fasilitasi pengembangan koperasi, usaha kecil dan menengah termasuk lintas kabupaten/kota
- 10) Pengendalian lingkungan hidup
- 11) Pelayanan pertanahan termasuk lintas kabupaten/kota
- 12) Pelayanan kependudukan dan catatan sipil
- 13) Pelayanan administrasi umum pemerintahan
- 14) Pelayanan administrasi penanaman modal termasuk lintas kabupaten/kota
- 15) Penyelenggaraan pelayanan dasar lainnya yang belum dapat dilaksanakan oleh kabupaten/kota
- 16) Urusan wajib lainnya yang diamanatkan oleh peraturan perundang-undangan.

b. Desentralisasi dan Dekonsentrasi

Pemberian 'otonomi daerah' sebagai pelaksanaan asas desentralisasi berarti telah memindahkan sebagian besar kewenangan yang tadinya berada di pemerintah pusat dan diserahkan kepada daerah otonom, sehingga pemerintah daerah otonom dapat lebih cepat dalam merespon tuntutan masyarakat daerah sesuai dengan kemampuan yang

dimiliki. Hal ini membuat desentralisasi dan pola implementasinya menjadi agenda penting dalam pelaksanaan suatu negara. Perwujudan desentralisasi di tingkat daerah adalah otonomi daerah atau disingkat otonomi. Dengan kata lain, desentralisasi merupakan pengotonomian, yakni proses memberikan otonomi kepada masyarakat dalam wilayah tertentu. Oleh karena itu, desentralisasi akan selalu berkaitan dengan otonomi daerah, dan daerah otonom.

Khusus bagi negara Republik Indonesia yang konstitusinya mengamatkan bentuk negara kesatuan, pemahaman konsep desentralisasi menjadi paralel dengan konsep mengenai Otonomi Daerah. Dalam sistem negara kesatuan, kekuasaan pemerintahan ada pada pemerintah pusat, sementara otonomi pemerintah daerah hanya meliputi urusan-urusan yang diberikan oleh pemerintah pusat. Konsep tersebut membuat masalah desentralisasi menjadi amat berpengaruh atas otonomi daerah yang diberlakukan (Prasojo, dkk., 2006:2).

Dalam pasal 20 ayat (2) dan ayat (3) Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dinyatakan sebagai berikut :
“Dalam menyelenggarakan pemerintahan, Pemerintah menggunakan asas desentralisasi, tugas pembantuan, dan dekosentrasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam menyelenggarakan pemerintahan daerah, pemerintahan daerah menggunakan asas otonomi dan tugas pembantuan”.

Sesuai dengan Undang-Undang nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintahan oleh pemerintah kepada daerah otonom untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Rondinelli yang dikutip oleh Suwondo (2001,h.30) menyatakan bahwa desentralisasi sebagai :

“The transfer or delegation of legal and authority to plan, make decisions and manage public functions from the central governmental its agencies to field organizations of those agencies, subordinate units of

government, semi autonomous public corporation, areawide or regional development authorities; functional authorities, autonomous local government, or non-governmental organizational”.

(Desentralisasi merupakan transfer atau pendelegasian wewenang politik dan hukum untuk merencanakan, membuat keputusan dan memanage fungsi-fungsi publik dari pemerintah pusat dan lembaga-lembaganya terhadap organisasi-organisasi di lapangan dari lembaga-lembaga tersebut, unit-unit pemerintah, otoritas pembangunan regional; wewenang fungsional; pemerintah-pemerintah otonomi lokal; atau lembaga-lembaga non-pemerintahan).

M. Turner dan D. Hulman (dalam Teguh Yuwono, ed., 2001, h.27) menyatakan bahwa desentralisasi adalah transfer kewenangan untuk menyelenggarakan beberapa pelayanan kepada publik dari seseorang atau agen pemerintahan pusat kepada beberapa individual atau agen lain yang lebih dekat kepada publik yang diayani. Dengan teritorial yang dimaksud adalah menempatkan kewenangan-kewenangan kepada level pemerintahan yang lebih rendah dalam wilayah hirarkis yang secara fungsional terspesialisasi. Transfer kewenangan secara fungsional ini memiliki tiga tipe: pertama, apabila pendelegasian kewenangan itu di dalam struktur politik formal misalnya, dari pemerintah pusat kepada pemerintah daerah. Kedua, jika transfer itu terjadi di dalam struktur administrasi publik, misalnya dari kantor pusat sebuah kementerian kepada kantor kementerian yang ada di daerah; ketiga, jika transfer tersebut dari institusi negara kepada agen di negara, misalnya penjualan aset pelayanan publik seperti telepon atau penerbangan kepada sebuah perusahaan.

Perlu diingat bahwa pembicaraan mengenai desentralisasi akan selalu terkait dengan sentralisasi. Ini dikarenakan desentralisasi dan sentralisasi merupakan dua hal yang berkesinambungan (*continuum*) (Haris, 2007:5). UUD 1945 di satu sisi menghendaki dilaksanakannya desentralisasi dengan pemberian otonomi yang seluas-luasnya dengan tujuan untuk menumbuhkan prakarsa daerah, dan memfasilitasi

keanekaragaman, namun di pihak yang lain juga mengharuskan adanya tempat bagi pemerintah pusat untuk melakukan sentralisasi atas hal-hal yang tidak dapat dilaksanakan oleh daerah, yaitu fungsi untuk menuju pemerataan keadilan dan kesejahteraan.

Dalam kaitannya dengan bangun negara, telah dicapai konsensus nasional oleh *the founding fathers*, yaitu Negara Kesatuan dan desentralisasi. Hal ini berarti penyelenggaraan negara bangsa dianut pemikiran sentralisasi dan desentralisasi merupakan kontinum dan tidak dikotomi. Asas sentralisasi dan dekonsentrasi untuk mencirikan negara bangsa. Desentralisasi yang dianut mengakomodasikan aspirasi kemajemukan masyarakat dan daerah pendemokrasian. Menurut B.C. Smith yang dikutip oleh Susilih (2002,h.36) Desentralisasi lebih mendekati pemerintah dengan masyarakatnya, memberikan/menyediakan layanan lebih baik, mengembangkan kebebasan, persamaan dan kesejahteraan.

Adapun tujuan desentralisasi yaitu untuk kemandirian sebagai penjelmaan dari otonomi. Dalam pelaksanaan otonomi daerah, pemerintah daerah mempunyai hak, wewenang dan kewajiban (sebagai daerah otonom) untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Menurut B. Hoessien yang dikutip oleh Susilih (2002,h.37) desentralisasi melahirkan *local government*. Konsep *local government* dapat mengandung tiga arti : Pertama, penggunaan istilah *local government* sering kali saling dipertukarkan dengan istilah *local authority*. Namun kedua istilah tersebut mengacu pada *council* (DPRD) dan *major* (KDH) yang rekrutmen pejabatnya atas dasar pemilihan. Kedua, *local government* berarti pemerintahan lokal yang dilakukan oleh pemerintah lokal (mengacu pada fungsi). Ketiga, *local government* berarti daerah otonom. *Local government* memiliki otonomi (lokal), dalam arti *self government*.

Dekonsentrasi merupakan salah satu bentuk desentralisasi yaitu

pengalihan kewenangan untuk pembuatan keputusan, keuangan dan fungsi manajemen dari arti administratif pada tingkat yang berbeda dibawah tanggung jawab yuridiksi dari pemerintah pusat. Menurut Maksum dalam Prasojo (2007,h.4) mengatakan bahwa dalam dekonsentrasi lembaga pemerintahan yang melaksanakan fungsi khusus tersebut adalah administrasi lapangan (instansi vertikal). Penerapan dari asas desentralisasi dan dekonsentrasi adalah pada negara kesatuan merupakan wujud dari *distribution of power* antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah. Sebagai konsekuensinya terjadi penyerahan urusan pemerintah pusat kepada pemerintah daerah.

c. Desentralisasi Bidang Kesehatan

Menurut Hartono yang dikutip oleh Mardiasmo (2002,h.75). Desentralisasi di sektor kesehatan akan menimbulkan perubahan-perubahan dalam sistem kesehatan nasional. Ada beberapa bentuk desentralisasi kesehatan, meliputi:

1) Struktur otoritas kesehatan

Adanya kejelasan wewenang dan bertanggung jawab mengurus masalah kesehatan.

2) Jaringan dan fungsi-fungsi penting

Berdasarkan PP Nomor 45 Tahun 1992 terdapat perbedaan fungsi yang jelas berkenaan dengan fungsi pemerintah provinsi dan kabupaten.

3) Tanggungjawab dan wewenang yang didelegasikan

Berdasarkan PP Nomor 7 Tahun 1987 urusan-urusan kesehatan dan fasilitasnya dilaksanakan dan dimiliki pemerintah daerah menjadi tanggung jawabnya sendiri.

4) Akuntabilitas

Ada beberapa jenis pengawasan yang menjamin akuntabilitas administrasi pemerintahan secara rutin dan usaha-usaha pembangunan, sebagai berikut:

- a) Pengawasan internal yaitu pengawasan yang dijalankan oleh pengawas terhadap bawahannya dalam unit kerjanya.
- b) Pengawasan fungsional yaitu pengawasan yang dilaksanakan oleh sebuah lembaga yang kewajiban utamanya adalah mengawasi seperti unit pengawasan internal.
- c) Pengawasan Legislatif yaitu pengawasan yang dijalankan oleh DPR dan DPRD. Berdasarkan UUD 1945, DPR memiliki kewajiban untuk menjalankan pengawasan terhadap pemerintah.
- d) Pengawasan masyarakat yaitu pengawasan yang dilakukan oleh masyarakat seperti media massa, LSM, ormas dan lain-lain.
- e) Pengawasan hukum yaitu pengawasan yang dilakukan oleh Mahkamah Agung (MA).

Dalam kaitannya ini, Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan dasar merupakan suatu instansi vertikal dalam struktur pemerintahan daerah.

C. Kinerja

1. Pengertian Kinerja

Masalah kinerja bagi perusahaan adalah masalah yang sangat penting, disinilah terbukti terdapat hubungan simbiosis mutualisme antara karyawan dengan perusahaan. Bagaimana seorang karyawan dapat membuktikan bahwa dirinya mampu memberikan kontribusi berupa produktifitas/kinerja yang memuaskan, dan bagaimana perusahaan memperlakukan atau menghargai hasil kinerja karyawan tersebut. Tanpa adanya kinerja yang baik tidak mungkin perusahaan dapat menghasilkan produk yang kompetitif. Peningkatan kinerja mempunyai implikasi yang positif bagi perusahaan itu sendiri, artinya perusahaan mampu menghasilkan kuantitas dan kualitas produk yang optimal dengan harga bersaing. Selain itu juga mempunyai implikasi yang positif terhadap kualitas kehidupan karyawan. Kinerja karyawan akan meningkat apabila didukung oleh penerapan sistem manajemen kinerja dan sistem pengembangan karir yang baik dan efektif.

Kinerja merupakan terjemahan dari bahasa Inggris, *work performance* atau *job performance* tetapi dalam bahasa Inggrisnya sering disingkat menjadi

performance saja. Kinerja dalam bahasa Indonesia disebut juga prestasi kerja. Kinerja atau prestasi kerja (*performance*) diartikan sebagai ungkapan kemampuan yang didasari oleh pengetahuan, sikap, keterampilan dan motivasi dalam menghasilkan sesuatu.

Kinerja merupakan perwujudan kerja karyawan yang biasanya dipakai sebagai dasar penilaian terhadap kemampuan atau organisasi. Kinerja yang baik merupakan suatu langkah untuk menuju tercapainya tujuan organisasi, sehingga perlu diupayakan untuk ditingkatkan. Akan tetapi hal ini tidaklah mudah, sebab banyak faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya kinerja seseorang.

Menurut Hasibuan (2001) prestasi kerja adalah suatu hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan kepadanya yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu. Kartono (1996) menjelaskan pengertian kinerja yaitu “Kinerja merupakan kemampuan dalam menjalankan tugas dan pencapaian standar keberhasilan yang telah ditentukan oleh perusahaan.” Pengertian kinerja menurut Simamora (1999) adalah “Kinerja adalah tingkat terhadap para karyawan yang mencapai persyaratan-persyaratan pekerjaan.” Sedangkan menurut Manullang (2000), “Kinerja merupakan kemampuan sumberdaya berupa semangat, motivasi seorang karyawan dalam melaksanakan tugas dan pekerjaan yang dibebankan kepadanya”.

Menurut Mangkunegara (2007: 34) kinerja berasal dari kata *job performance* atau *actual performance* yang diartikan sebagai prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang di capai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang di berikan kepadanya. Hal senada juga di ungkapkan Rosidah (2003: 71) yang menyatakan kinerja adalah merupakan cara pengukuran kontribusi-kontribusi dari individu dalam instansi yang di lakukan terhadap organisasi.

Menurut Sulistiyani (2003 : 223) “Kinerja seseorang merupakan kombinasi dari kemampuan, usaha dan kesempatan yang dapat dinilai dari hasil kerjanya”. Hasibuan (2001:34) mengemukakan “kinerja (prestasi kerja) adalah suatu hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas tugas yang dibebankan kepadanya yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman dan kesungguhan serta waktu”. Selanjutnya menurut Whitmore (1997 : 104), “Kinerja adalah

pelaksanaan fungsi-fungsi yang dituntut dari seseorang, kinerja adalah suatu perbuatan, suatu prestasi, suatu pameran umum keterampilan”. Rivai (2004 : 309) mengemukakan “Kinerja merupakan perilaku yang nyata yang ditampilkan setiap orang sebagai prestasi kerja yang dihasilkan oleh seseorang sesuai dengan perannya”.

Dari berbagai pendapat di atas maka peneliti menyimpulkan bahwa kinerja adalah penilaian yang dilakukan secara sistematis untuk mengetahui hasil pekerjaan karyawan dan kinerja organisasi. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal, pimpinan dan karyawan harus melaksanakan evaluasi kinerja secara periodik.

2. Manfaat Penilaian Kinerja

Rosidah (2003: 52) berpendapat bahwa penilaian kinerja mempunyai manfaat bagi perusahaan yaitu:

- a. Penyesuaian-penyesuaian kompensasi
- b. Perbaikan kinerja
- c. Kebutuhan latihan dan pengembangan
- d. Keputusan penempatan

Informasi penilaian kinerja tersebut oleh pimpinan dapat di pakai untuk mengelola kinerja pegawainya, dan mengungkapkan kinerja pegawai sehingga manajer dapat menentukan tujuan maupun peringkat target yang harus di perbaiki. Tersedianya informasi kinerja pegawai sangat membantu pimpinan dalam mengambil langkah perbaikan program-program kepegawaian yang telah di buat, namun program-program organisasi secara menyeluruh.

3. Tujuan Penilaian Kinerja

Menurut Sunyoto dalam Mangkunegara (2007: 48) penilaian kinerja diperlukan dengan tujuan :

- a. Meningkatkan saling pengertian antara karyawan tentang persyaratan kinerja.
- b. Mencatat dan mengakui hasil kerja seorang karyawan, sehingga mereka termotivasi untuk berbuat yang lebih baik atau sekurang-kurangnya berprestasi sama dengan prestasi yang terdahulu.

- c. Mendefinisikan atau merumuskan kembali sasaran masa depan, sehingga karyawan termotivasi untuk berprestasi sesuai dengan potensinya.
- d. Memberikan peluang kepada karyawan untuk mendiskusikan keinginan dan aspirasinya dan meningkatkan kepedulian terhadap karier atau terhadap pekerjaan yang di embankan sekarang.

4. Pengukuran Kinerja

Menurut Sulistiyani dan Rosidah (2003: 68), kriteria yang digunakan untuk mengukur kinerja karyawan adalah sebagai berikut :

- a. Kualitas (menyangkut kesesuaian hasil dengan yang diharapkan)
- b. Kuantitas (jumlah yang dihasilkan)
- c. Ketepatan Waktu
- d. Efektifitas Biaya (menyangkut penggunaan sumber daya organisasi secara maksimal)
- e. Kebutuhan *supervise* (menyangkut perlunya bantuan/intervensi *supervise* dalam melakukan pekerjaan)
- f. Dampak Interpersonal (menyangkut peningkatan harga diri, hubungan baik dan kerja sama di antara rekan sekerja atau bawahan)

Hariandja (2002: 110) mengemukakan bahwa langkah-langkah Penilaian Kinerja sebagai berikut :

- a. Penentuan sasaran

Sebagaimana telah di sebutkan harus spesifik, terukur, menantang dan di dasarkan pada waktu tertentu. Perlu di perhatikan pula proses penentuan sasaran tersebut, yaitu di harapkan sasaran tugas individu di rumuskan bersama-sama antara atasan dan bawahan.

- b. Penentuan standar kinerja

Pentingnya penilaian kinerja menghendaki penilaian tersebut harus benar-benar obyektif, yaitu mengukur kinerja pegawai yang sesungguhnya yang di sebut sebagai *job-related*.

- c. Penentuan Metode dan Pelaksanaan Penilaian

Metode yang di maksudkan di sini adalah pendekatan atau cara serta pelengkapan yang di gunakan seperti formulir dan pelaksanaanya. Metode-metode itu seperti metode perbandingan, tes dan lain-lain.

d. Evaluasi Penilaian

Evaluasi penilaian merupakan pemberian umpan balik kepada pegawai mengenai aspek-aspek kinerja yang harus di rubah dan di pertahankan serta berbagai tindakan yang harus di ambil, baik oleh organisasi maupun pegawai dalam upaya perbaikan kinerja pada masa yang akan datang.

5. Kinerja Organisasi Birokrasi

Birokrasi dalam literatur ilmu administrasi dipergunakan dalam beberapa pengertian yang berbeda dan bahkan bertentangan. Matrin Albrow mengemukakan tujuh konsep model tentang birokrasi yaitu: (1) birokrasi sebagai organisasi rasional, (2) birokrasi sebagai inefisiensi organisasi, (3) birokrasi sebagai kekuasaan yang dijalankan oleh pejabat, (4) birokrasi sebagai administrasi negara (publik), (5) birokrasi sebagai administrasi yang dijalankan oleh pejabat, (6) birokrasi sebagai sebuah organisasi, dan (7) birokrasi sebagai masyarakat modern.

Dalam penelitian ini birokrasi dipakai dalam pengertian yang terbatas yaitu sebagai organisasi pemerintahan atau administrasi negara (publik) yang berfungsi menyelenggarakan fungsi pemerintahan dan fungsi pembangunan.

Seperti yang diakui oleh Abdullah (1984: 136), pembahasan birokrasi dalam kalangan ilmu sosial sering menimbulkan berbagai perbedaan pendapat karena berbagai pengertian yang berbeda dengan sudut pandang yang berbeda pula. Sorotan tajam penggunaan istilah birokrasi pada pengertian yang kurang baik, yaitu birokrasi sebagai inefisiensi organisasi (*administrative inefficiency*). Biasanya pengertian yang kurang baik ini mencerminkan cara kerja aparatur pelayanan pemerintah yang memiliki kinerja rendah.

Rumusan birokrasi berdasarkan hasil seminar Persadi (1984) adalah birokrasi atau disebut pula sebagai organisasi dari aparatur negara adalah susunan yang terorganisir secara hirarkis dengan struktur hubungan kewenangan yang jelas untuk mencapai tujuan tertentu dengan cara mengkoordinasi secara sistematis pekerjaan dari banyak orang.

Pengertian ini menandakan bahwa birokrasi itu terdapat pada semua organisasi kerjasama manusia, termasuk organisasi birokrasi pemerintah yang berfungsi sebagai instrumen pemerintah untuk mencapai tujuan-tujuan:

peningkatan kesejahteraan masyarakat, kualitas pendidikan, menciptakan ketertiban keamanan dan pelayanan serta pengayoman masyarakat atau dengan kata lain mencakup seluruh tugas dan fungsi pemerintah umum.

Sementara itu, Max Weber (Martani) sendiri tidak memberikan definisi yang jelas tentang birokrasi. Weber hanya mengajukan ciri-ciri ideal birokrasi, yaitu: (1) adanya pengaturan ataupun pengorganisasian fungsi-fungsi resmi untuk suatu kesatuan yang utuh, (2) adanya pembagian kerja yang jelas di dalam organisasi, (3) adanya pengorganisasian yang mengikuti prinsip-prinsip hirarki, yaitu tingkatan yang lebih rendah diawasi dan diatur oleh tingkatan yang lebih tinggi, (4) adanya sistem penerimaan dan penempatan karyawan yang didasarkan atas kemampuan teknis, tanpa memperhatikan koneksi, hubungan keluarga maupun favoritisme, (5) adanya pemisahan antara pemilikan alat produksi maupun administrasi dari kepemimpinan organisasi, (6) adanya obyektivitas dalam melaksanakan tugas yang berkaitan dengan suatu jabatan dalam organisasi, dan (7) kegiatan administratif, keputusan-keputusan dan peraturan-peraturan dalam organisasi selalu dituangkan dalam bentuk tertulis.

Berdasarkan pengertian di atas, maka dapat ditegaskan bahwa yang dimaksud birokrasi disini adalah keseluruhan organisasi pemerintah yang melaksanakan tugas-tugas pemerintahan, pembangunan dan pelayanan masyarakat dalam berbagai unit organisasi pemerintah untuk menciptakan kesejahteraan masyarakat.

Ruang lingkup birokrasi dapat diketahui berdasarkan perbedaan tugas pokok dan misi yang mendasari organisasi birokrasi adalah:

1. Birokrasi pemerintahan umum, yaitu rangkaian organisasi pemerintahan yang menjalankan tugas-tugas pemerintahan umum dari tingkat pusat sampai daerah (Propinsi, Kabupaten, Kecamatan dan Desa/Kelurahan).
2. Birokrasi fungsional, yaitu organisasi pemerintahan yang menjalankan salah satu bidang atau sektor yang khusus guna mencapai tujuan umum pemerintahann
3. Birokrasi pelayanan (*Service Bureaucracy*), yaitu unit organisasi yang pada hakekatnya melaksanakan pelayanan langsung dengan masyarakat. Termasuk dalam konsep ini apa yang disebut oleh Michael Lipsky sebagai "*Street-level*

Bureaucracy" (1997: 112), yaitu mereka yang menjalankan tugas dan berhubungan langsung dengan warga masyarakat.

Perkembangan pengukuran kinerja organisasi sangat berhubungan erat dengan pendekatan dalam mempelajari organisasi. Pendekatan klasik misalnya memandang kinerja organisasi sama dengan efisiensi organisasi. Menurut teori ini kinerja organisasi. Jadi, kinerja organisasi sama dengan efisiensi.

Demikian pula pendekatan neo-klasik kinerja organisasi diukur dari terciptanya suasana yang harmonis antara pegawai sebagai anggota organisasi. Menurut teori ini suatu organisasi dikatakan memiliki kinerja tinggi apabila anggotanya merasa puas terhadap apa yang diberikan oleh organisasi. Pandangan ini merupakan kelanjutan dari pandangan penganut paham hubungan antar manusia, yang menempatkan kepuasan anggota sebagai inti persoalan organisasi dan manajemen. Sementara pendekatan modern sebagai suatu pendekatan sistem memandang bahwa kinerja organisasi tidak saja ukur dari variabel input, variabel proses dan variabel output, tetapi juga ketiga variabel tersebut padu dalam interaksi dengan variabel lingkungan yang mempengaruhi organisasi.

Menurut Indrawijaya (1986: 134), teori yang komprehensif mengukur kinerja organisasi berdasarkan banyak macam ukuran. Pandangan ini berpendapat bahwa susunan organisasi memang merupakan suatu hal yang penting. Tetapi dalam kebebasan bertindak sangat penting untuk memungkinkan adanya kebebasan bertindak para anggota organisasi secara keseluruhan dapat lebih menyesuaikan diri dengan tuntutan perubahan. Jadi ukuran kinerja organisasi selain berhubungan dengan aspek internal organisasi juga berhubungan dengan aspek eksternal organisasi, yaitu berkaitan dengan kemampuan beradaptasi dan fleksibilitas terhadap pengaruh lingkungan luar.

Emitasi Etzioni dalam Indrawijaya (1986: 120) mengemukakan pengukuran kinerja organisasi menggunakan *System Model*, mencakup empat kriteria yaitu: adaptasi, integrasi, motivasi dan produksi. Kriteria adaptasi dipersoalkan adalah kemampuan organisasi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Indikator ini antara lain adalah tolok ukur proses pengadaan dan pengisian tenaga kerja, ruang lingkup kegiatan organisasi. Hal terakhir mempertanyakan seberapa jauh kemanfaatan organisasi tersebut bagi lingkungan.

Kriteria integrasi, yaitu pengukuran terhadap tingkat kemampuan organisasi untuk mengadakan sosialisasi, pengembangan konsensus dan komunikasi dengan berbagai macam organisasi lain. Kriteria motivasi anggota diukur keterikatan dan hubungan antara pelaku organisasi dengan organisasinya dan kelengkapan sarana bagi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi. Sementara kriteria produksi, yaitu usaha untuk pengukuran efektivitas organisasi dihubungkan dengan jumlah dan mutu keluaran organisasi serta intensitas kegiatan suatu organisasi.

Menurut Ducan (1981: 45) kinerja organisasi dapat diukur dengan indikator: (1) efisiensi, yaitu jumlah dan mutu dari hasil organisasi dibanding dengan masukan sumber, (2) keseimbangan antara subsistem sosial dan antar personil, (3) antisipasi dan persiapan untuk menghadapi perubahan.

Kajian yang dilakukan oleh Osborne dan Patrick (1998: 76) yang mengatakan bahwa kinerja organisasi publik dapat dilihat dari aspek tujuan (purpose), insentif, akuntabilitas, kekuasaan (power), budaya (culture) organisasi. Aspek tujuan berkaitan dengan rendahnya pemahaman birokrat terhadap visi dan misi organisasi sehingga antara perilaku, orientasi kerja tidak sejalan dengan visi dan misi organisasi. Sedangkan aspek yang berkaitan dengan insentif adalah kurangnya perhatian khusus terhadap birokrat yang memiliki prestasi yang baik sehingga berdampak rendahnya kemampuan birokrat dalam mengemban tugasnya. Sedangkan aspek akuntabilitas adalah kemampuan organisasi itu mempertanggung jawabkan atas semua kewenangan, sumber daya organisasi, kebijakan yang dihasilkan atas penilaian yang obyektif dari orang/badan dan masyarakat yang memberi tugas.

Martani Husein, menggunakan tiga pendekatan untuk mengukur tingkat pengukuran efektivitas organisasi yaitu: (1) pendekatan sasaran (*goal approach*), (2) pendekatan sumber (*system resource approach*), (3) pendekatan proses (*internal process approach*).

Efektivitas menurut Martani (tanpa tahun: h.55) adalah merupakan gambaran tingkat keberhasilan dalam mencapai sasarannya. Dengan demikian, efektivitas disini sama dengan hasil kerja yang dicapai oleh organisasi guna mencapai sasaran atau tujuannya. Hal ini berarti afektivitas mengandung makna kinerja yang dicapai oleh organisasi guna mencapai tujuannya.

Pendekatan sasaran dan dalam pengukurannya dimulai dengan mengidentifikasi sasaran mengukur tingkat keberhasilan organisasi. Ukuran keberhasilan organisasi dapat dilihat dari faktor efisiensi, produktivitas, tingkat keuangan, pertumbuhan organisasi, kepemimpinan organisasi pada lingkungannya, dan stabilitas organisasi. Sedangkan pendekatan sumber adalah mengukur tingkat keberhasilan organisasi mendapatkan berbagai sumber yang dibutuhkan terutama untuk memelihara sistem organisasi. Ukuran pada pendekatan ini meliputi: kemampuan organisasi untuk memanfaatkan lingkungan untuk memperoleh berbagai jenis sumber yang bersifat langka dan nilainya tinggi, kemampuan para pengambil keputusan dalam organisasi untuk menginterpretasikan sifat-sifat lingkungan secara cepat, kemampuan organisasi untuk menghasilkan output tertentu dengan menggunakan sumber-sumber yang berhasil diperoleh, kemampuan organisasi dalam memelihara kegiatan operasionalnya sehari-hari, dan kemampuan organisasi untuk bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan.

Pendekatan proses, menganggap efektivitas sebagai efisiensi dan kondisi (kesehatan) dari organisasi internal. Indikator untuk mengukur pendekatan ini diantaranya, adalah: efisiensi, perhatian atasan terhadap karyawan, semangat, kerjasama dan loyalitas kelompok kerja, saling percaya dan komunikasi antara karyawan dengan pimpinan, desentralisasi dalam pengambilan keputusan, adanya komunikasi vertikal dan horisontal yang lancar dalam organisasi, adanya usaha dari setiap individu maupun keseluruhan organisasi untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan, adanya sistem imbalan yang merangsang pimpinan untuk mengusahakan terciptanya kelompok-kelompok kerja yang efektif dalam organisasi dan bagian-bagian bekerjasama secara baik, dan konflik yang terjadi selalu diselesaikan dengan mengacu pada kepentingan bersama.

Sementara Gibson (1996: 128), menggunakan pendekatan untuk mengukur kinerja organisasi melalui pendekatan dimensi periode waktu, yaitu tahap jangka pendek, tahap jangka menengah, dan tahap jangka panjang. Keseluruhan proses tahap tersebut adalah suatu sistem yang tak berpisah, bahkan periode waktu jangka pendek merupakan prasyarat untuk dapat memasuki periode waktu jangka menengah, demikian selanjutnya periode waktu jangka menengah

merupakan prasyarat untuk memasuki tahap jangka panjang. Pada akhirnya organisasi yang tidak memiliki kinerja bagus pada periode waktu jangka pendek tidak dapat *survive* untuk masa depan. Indikator untuk mengukur periode jangka pendek adalah produksi, mutu, efisiensi, fleksibilitas dan kepuasan masyarakat yang dilayani. Sedangkan Indikator untuk mengukur periode jangka menengah adalah persaingan, yaitu menggambarkan posisi organisasi dalam lingkungan termasuk nilai *bargaining position*, dan pengembangan, yaitu kemampuan organisasi menginventarisasi sumber daya untuk memenuhi permintaan lingkungan. Indikator periode jangka panjang adalah kelangsungan hidup organisasi, yaitu kemampuan organisasi untuk tetap bertahan dan hidup seiring dengan perubahan lingkungan yang berubah.

Analisis kinerja organisasi tak dapat dilepaskan dari kinerja individu. Terhadap hubungan yang sangat kuat antara kinerja individu dengan kinerja organisasi. Organisasi yang memiliki kinerja individunya tinggi akan memberi kontribusi besar terhadap kinerja organisasi. Studi ini dilakukan oleh Thoha (1991: 86) yang mengatakan bahwa kinerja individu sangat ditentukan oleh karakteristik-karakteristik individu seperti kemampuan, kebutuhan, kepercayaan, pengalaman, dan pengharapan. Sedangkan karakteristik organisasi birokrasi adalah hirarki, tugas-tugas, wewenang, tanggung jawab, sistem reward dan sistem kontrol. Interaksi antara karakteristik individu dan karakteristik organisasi akan melahirkan perilaku organisasi sekaligus kinerja organisasi.

D. Puskesmas

Puskesmas berasal dari Primary Health Care (PHC) yang pertama kali lahir di Inggris pada tahun 1920. Di Indonesia sejarah puskesmas di mulai pada tahun 1951 bersamaan dengan Bandung Plan. Pada tahun 1986 dalam rapat kerja nasional Departemen Kesehatan Republik Indonesia, gagasanggagasan baru dimunculkan untuk merealisasikan puskesmas yang sempat berhenti sejak tahun 1951.

Sebagai kelanjutan rapat kerja tersebut disusunlah apa yang disebut dengan “Plan of Action for Strengthening of National Health Service in Indonesia” sebagai dokumen yang ditandatangani antara pemerintah Indonesia, WHO serta UNICEF. Dari Master Plan tersebut dikenal empat tipe puskesmas,

yaitu:

- a. Puskesmas tingkat desa/kelurahan yang dikenal dengan pos kesehatan
- b. Puskesmas tingkat kecamatan
- c. Puskesmas pembina ditingkat kawedanan
- d. Puskesmas tingkat Kabupaten/Kota

Selanjutnya landasan puskesmas makin mendekati sempurna sesuai dengan hasil rapat kerja yang berkembang sebagai berikut:

- 1) Rapat Kerja Kesehatan Nasional III tahun 1970 menghasilkan kerja puskesmas sebagaimana di atas tadi.
- 2) Landasan puskesmas berdasarkan seminar Health Management di Celuto tahun 1972 yang menghasilkan konsep-konsep sebagai berikut:
 - a) Luas area suatu kecamatan menjadi wilayah hukum puskesmas.
 - b) Usaha-usaha pokok kesehatan yang harus diterapkan adalah Basic Seven WHO yaitu tujuh pelayanan pokok kesehatan.
 - c) Tenaga-tenaga inti puskesmas mengandalkan tenaga bidan dan mantri yang sudah ada, karena pada saat itu tenaga dokter masih belum menjangkau kecamatan.
- 3) Berlandaskan pada Pelita II (1974-1979) konsep puskesmas lebih terarah dan terencana serta adanya dukungan anggaran dari pemerintah. Didalam Pelita II telah ditetapkan ketentuan-ketentuan yang menyangkut puskesmas, sebagai berikut:
 - a) Tiap-tiap kecamatan diharapkan mempunyai satu puskesmas.
 - b) Kegiatan-kegiatan puskesmas diperluas dengan kegiatan diluar gedung puskesmas.
 - c) Penempatan personil khususnya tenaga dokter sebagai pimpinan puskesmas.
- 4) Pengembangan puskesmas berlandaskan pada Pelita III (1979-1984) mulai agak cerah berkat stabilitas nasional yang mantap serta dukungan anggaran pemerintah yang semakin meningkat. Dalam Pelita III dikenal dengan adanya Inpres puskesmas dan puskesmas yang dikembangkan sebagai berikut:
 - a) Pembentukan puskesmas baru berlandaskan kepada orientasi jumlah

- penduduk yaitu satu kecamatan dengan penduduk lebih dari 30.000 jiwa akan didirikan puskesmas baru.
- b) Puskesmas itu akan dibantu oleh dua sampai lima puskesmas pembantu yang letaknya di Desa.
 - c) Bagi penduduk yang sulit dijangkau akan dibuka pos pelayanan kesehatan yang akan mengadakan pelayanan sewaktu-waktu dan didukung oleh puskesmas keliling.
- 5) Selanjutnya dalam Pelita IV dimana setiap puskesmas akan melayani sekitar 30.000 penduduk, sedangkan kecamatan yang luas dapat mempunyai lebih dari satu puskesmas.
- 6) Dalam Pelita V sejumlah puskesmas memerlukan perbaikan dan peningkatan fungsi karena meningkatnya permintaan akan pelayanan kesehatan yang bermutu. Disamping itu ada beberapa daerah yang memerlukan penambahan puskesmas karena meningkatnya jumlah penduduk.
- 7) Sasaran pembangunan kesehatan berikutnya adalah terselenggaranya pelayanan kesehatan yang makin bermutu.

Puskesmas merupakan kesatuan organisasi yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya. Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografis dan keadaan infrastruktur lainnya menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Keliling (Puskeling). Kegiatan pokok yang dilakukan Puskesmas diikuti dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang berbeda-beda, sehingga kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh sebuah Puskesmas akan berbeda pula.

Pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas ialah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan:

- 1) Pelayanan upaya pencegahan (preventif)
- 2) Pelayanan pengobatan (kuratif)
- 3) Pelayanan peningkatan kesehatan (promotif)
- 4) Pelayanan pemulihan kesehatan (rehabilitatif)

Semua jenis pelayanan yang diberikan kepada masyarakat tidak membedakan jenis kelamin, umur, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan sebagainya.

Sebelum adanya puskesmas, pelayanan kesehatan dalam satu wilayah kecamatan disediakan Balai Pengobatan, BKIA (Balai Kesehatan Ibu dan Anak), Usaha Hygiene dan Sanitasi Lingkungan, Pemberantasan Penyakit Menular, dan sebagainya. Usaha tersebut masing-masing bekerja sendirisendiri dan langsung bertanggungjawab pada Dinas Kesehatan Daerah Tingkat II.

Dengan adanya sistem pelayanan kesehatan melalui puskesmas, maka berbagai kegiatan pokok kesehatan dapat dilaksanakan dibawah satu koordinasi dan satu pimpinan.

E. Pelayanan Publik

1. Konsep Pelayanan Publik

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seorang dengan orang lain. Pelayanan merupakan respons terhadap kebutuhan manajerial yang hanya akan terpenuhi kalau pengguna jasa itu mendapatkan produk yang mereka inginkan (Nurhasyi, 2001 : 1). Davidow (dalam Nurhasyi, 2001: 18) menyebutkan bahwa pelayanan adalah hal-hal yang jika diterapkan terhadap suatu produk akan meningkatkan daya atau nilai terhadap pelanggan (*service is those thing which when added to a product, increase its utility or value to the customer*). Pelayanan yang baik membutuhkan instruktur pelayanan yang sangat baik pula.

Dalam konteks ke-Indonesia-an, penggunaan istilah pelayanan publik (*public service*) dianggap memiliki kesamaan arti dengan istilah pelayanan umum atau pelayanan masyarakat. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia dinyatakan bahwa “pelayanan adalah suatu usaha untuk membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan orang lain. Sedangkan pengertian *service* dalam Oxford

(2000) didefinisikan sebagai “*a system that provides something that the public needs, organized by the government or a private company*”. Oleh karenanya, pelayanan berfungsi sebagai sebuah sistem yang menyediakan apa yang dibutuhkan oleh masyarakat.

Pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Sebagaimana telah dikemukakan terdahulu bahwa pemerintahan pada hakekatnya adalah pelayanan kepada masyarakat. Ia tidaklah diadakan untuk melayani dirinya sendiri, tetapi untuk melayani masyarakat serta menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreativitasnya demi mencapai tujuan bersama (Rasyid, 1998: 95). Karenanya birokrasi publik berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memberikan layanan baik dan profesional.

Publik adalah masyarakat umum itu sendiri, yang selayaknya diurus, diatur dan dilayani oleh pemerintah sebagai administrator tetapi juga sekaligus kadang-kadang bertindak sebagai penguasa dalam pengaturan hukum tata negaranya (Sukowati, 2007 : 5).

Dalam istilah publik, yang berasal dari bahasa Inggris (*public*) terdapat beberapa pengertian, yang memiliki variasi arti dalam bahasa Indonesia, yaitu umum, masyarakat dan negara. Public dalam pengertian umum atau masyarakat dapat kita temukan dalam istilah *public offering* (penawaran umum), *public ownership* (milik umum) dan *public utility* (perusahaan umum), *public relations* (hubungan masyarakat), *public service* (pelayanan masyarakat), *public interest* (kepentingan umum) dan lain-lain. Sedangkan dalam pengertian negara salah satunya adalah *public authorities* (otoritas negara), *public building* (bangunan negara), *public revenue* (penerimaan negara) dan *public sector* (sektor negara). Dalam hal ini, pelayanan publik merujukkan istilah publik lebih dekat pada pengertian masyarakat atau umum. Namun demikian pengertian *publik* yang melekat pada pelayanan publik tidak sepenuhnya sama dan sebangun dengan pengertian masyarakat.

Keputusan MenPan No. 81 tahun 1993 menyatakan bahwa pelayanan umum adalah segala bentuk pelayanan yang diberikan oleh Pemerintah Pusat/Daerah dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat, dan/atau perundang-undangan yang berlaku.

Nurcholish (2005: 178) memberikan pengertian publik sebagai sejumlah orang yang mempunyai kebersamaan berfikir, perasaan, harapan, sikap dan tindakan yang benar dan baik berdasarkan nilai-nilai norma yang mereka miliki. Pelayanan publik merupakan suatu upaya membantu atau memberi manfaat kepada publik melalui penyediaan barang dan/atau jasa yang diperlukan oleh mereka. Sedangkan menurut Widodo Joko (2001: 62), Pada sektor publik, terminologi pelayanan pemerintah (*government service*) diartikan sebagai pemberian pelayanan oleh agen pemerintah melalui pegawainya (*the delivery of a service by a government agency using its own employees*).

Pelayanan publik (*public services*) oleh birokrasi publik tadi adalah merupakan salah satu perwujudan dari fungsi aparatur negara sebagai abdi masyarakat di samping sebagai abdi negara. Pelayanan publik oleh birokrasi publik dimaksudkan untuk mensejahterakan masyarakat (warga negara) dari suatu negara kesejahteraan (*welfare state*). Pelayanan umum oleh Lembaga Administrasi Negara (1998) diartikan sebagai segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara/Daerah dalam bentuk barang dan atau jasa baik dalam rangka upaya kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan publik dengan demikian dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Sementara itu, kondisi masyarakat saat ini telah terjadi suatu perkembangan yang sangat dinamis, tingkat kehidupan masyarakat yang semakin baik, merupakan indikasi dari *empowering* yang dialami oleh masyarakat (Thoha dalam Widodo, 2001: 118). Hal ini berarti masyarakat semakin sadar akan apa yang menjadi hak dan kewajibannya sebagai warga negara dalam hidup bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Masyarakat semakin berani untuk

mengajukan tuntutan, keinginan dan aspirasinya kepada pemerintah. Masyarakat semakin kritis dan semakin berani untuk melakukan kontrol terhadap apa yang dilakukan oleh pemerintahnya.

Dalam kondisi masyarakat seperti digambarkan di atas, birokrasi publik harus dapat memberikan layanan publik yang lebih profesional, efektif, sederhana, transparan, terbuka, tepat waktu, responsif dan adaptif serta sekaligus dapat membangun kualitas manusia dalam arti meningkatkan kapasitas individu dan masyarakat untuk secara aktif menentukan masa depannya sendiri (Effendi dalam Widodo, 2001). Arah pembangunan kualitas manusia tadi adalah memberdayakan kapasitas manusia dalam arti menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreativitasnya untuk mengatur dan menentukan masa depannya sendiri.

Pelayanan publik yang profesional, artinya pelayanan publik yang dicirikan oleh adanya akuntabilitas dan responsibilitas dari pemberi layanan (aparatur pemerintah). Dengan ciri sebagai berikut :

- a. Efektif, lebih mengutamakan pada pencapaian apa yang menjadi tujuan dan sasaran.
- b. Sederhana, mengandung arti prosedur/tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan.
- c. Kejelasan dan kepastian (transparan), mengandung arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai :
 - 1) Prosedur/tata cara pelayanan
 - 2) Persyaratan pelayanan, baik persyaratan teknis maupun persyaratan administratif
 - 3) Unit kerja dan atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan
 - 4) Rincian biaya/tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya
 - 5) Jadwal waktu penyelesaian pelayanan
- d. Keterbukaan, mengandung arti prosedur/tata cara persyaratan, satuan kerja/pejabat penanggungjawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian waktu/tarif serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses

pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat, baik diminta maupun tidak diminta.

e. Efisiensi, mengandung arti:

1) Persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang berkaitan.

2) Dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan, dalam hal proses pelayanan masyarakat yang bersangkutan mempersyaratkan adanya kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah lain yang terkait.

f. Ketepatan waktu, kriteria ini mengandung arti pelaksanaan pelayanan masyarakat dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

g. Responsif, lebih mengarah pada daya tanggap dan cepat menanggapi apa yang menjadi masalah, kebutuhan dan aspirasi masyarakat yang dilayani.

h. Adaptif, cepat menyesuaikan terhadap apa yang menjadi tuntutan, keinginan dan aspirasi masyarakat yang dilayani yang senantiasa mengalami tumbuh kembang.

Selain itu, dalam kondisi masyarakat yang semakin kritis di atas, birokrasi publik dituntut harus dapat mengubah posisi dan peran (revitalisasi) dalam memberikan pelayanan publik. Dari yang suka mengatur dan memerintah berubah menjadi suka melayani, dari yang suka menggunakan pendekatan kekuasaan, berubah menjadi suka menolong menuju ke arah yang fleksibel kolaboratis dan dialogis dan dari cara-cara yang sloganis menuju cara-cara kerja yang realistik pragmatis (Thoha dalam Widodo, 2001: 79). Dengan revitalitas birokrasi publik (terutama aparatur pemerintah daerah) ini, pelayanan publik yang lebih baik dan profesional dalam menjalankan apa yang menjadi tugas dan kewenangan yang diberikan kepadanya dapat terwujud.

Secara teoritis sedikitnya ada tiga fungsi utama yang harus dijalankan oleh pemerintah tanpa memandang tingkatannya, yaitu fungsi pelayan masyarakat (*public service function*), fungsi pembangunan (*development function*) dan fungsi perlindungan (*protection function*).

Hal yang terpenting kemudian adalah sejauh mana pemerintah dapat mengelola fungsi-fungsi tersebut agar dapat menghasilkan barang dan jasa (pelayanan) yang ekonomis, efektif, efisien dan akuntabel kepada seluruh masyarakat yang membutuhkannya. Selain itu, pemerintah dituntut untuk menerapkan prinsip equity dalam menjalankan fungsi-fungsi tadi. Artinya pelayanan pemerintah tidak boleh diberikan secara diskriminatif. Pelayanan diberikan tanpa memandang status, pangkat, golongan dari masyarakat dan semua warga masyarakat mempunyai hak yang sama atas pelayanan-pelayanan tersebut sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Meskipun pemerintah mempunyai fungsi-fungsi sebagaimana di atas, namun tidak berarti bahwa pemerintah harus berperan sebagai monopolist dalam pelaksanaan seluruh fungsi-fungsi tadi. Beberapa bagian dari fungsi tadi bisa menjadi bidang tugas yang pelaksanaannya dapat dilimpahkan kepada pihak swasta ataupun dengan menggunakan pola kemitraan (*partnership*), antara pemerintah dengan swasta untuk mengadakannya. Pola kerjasama antara pemerintah dengan swasta dalam memberikan berbagai pelayanan kepada masyarakat tersebut sejalan dengan gagasan *reinventing government* yang dikembangkan Osborne dan Gaebler (1992: 78).

Namun dalam kaitannya dengan sifat barang privat dan barang publik murni, maka pemerintah adalah satu-satunya pihak yang berkewajiban menyediakan barang publik murni, khususnya barang publik yang bernama *rules* atau aturan (kebijakan publik). Barang publik murni yang berupa aturan tersebut tidak pernah dan tidak boleh diserahkan penyediaannya kepada swasta. Karena bila hal itu dilakukan maka di dalam aturan tersebut akan melekat kepentingan-kepentingan swasta yang membuat aturan, sehingga aturan menjadi penuh dengan *vested interest* dan menjadi tidak adil (*unfair rule*). Karena itu peran pemerintah yang akan tetap melekat di sepanjang keberadaannya adalah sebagai penyedia barang publik murni yang bernama aturan.

Pemberian pelayanan publik oleh aparatur pemerintah kepada masyarakat sebenarnya merupakan implikasi dari fungsi aparat negara sebagai pelayan masyarakat. Karena itu, kedudukan aparatur pemerintah dalam pelayanan umum (*public services*) sangat strategis karena akan sangat menentukan sejauhmana

pemerintah mampu memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya bagi masyarakat, yang dengan demikian akan menentukan sejauhmana negara telah menjalankan perannya dengan baik sesuai dengan tujuan pendiriannya.

Dipandang dari sudut ekonomi, pelayanan merupakan salah satu alat pemuas kebutuhan manusia sebagaimana halnya dengan barang. Namun pelayanan memiliki karakteristik tersendiri yang berbeda dari barang. Salah satu yang membedakannya dengan barang, sebagaimana dikemukakan oleh Gasperz (1994: 21), adalah outputnya yang tidak berbentuk (*intangible outputs*), tidak standar, serta tidak dapat disimpan dalam inventori melainkan langsung dapat dikonsumsi pada saat produksi.

Toha (1998 : 7) mengatakan,

“Beberapa sendi yang perlu diperhatikan dalam pelayanan publik sesuai dengan Keputusan MENPAN Nomor: 81/1993 adalah sebagai berikut:

- 1) Sederhana : prosedur atau tata cara pelayanannya diselenggarakan se-cara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit dan mudah difahami serta mudah dilaksanakan.
- 2) Kejelasan dan Kepastian : terutama yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara, persyaratan teknis administratif, rincian biaya dan cara pembayarannya, waktu penyelesaian, hak dan kewajiban serta pejabat yang menerima keluhan.
- 3) Keamanan : proses dan hasil layanan yang diberikan harus mengandung unsur keamanan dan kenyamanan serta kepastian hukum.
- 4) Keterbukaan : prosedur, tata cara, waktu penyelesaian dan rincian biaya harus diinformasikan secara terbuka.
- 5) Efisiensi : persyaratan yang diperlukan terbatas pada hal-hal yang langsung berkaitan dengan hasil layanan.
- 6) Ekonomis : biaya tidak membebani atau memberatkan masyarakat.
- 7) Keadilan : pelayanan harus diusahakan seluas mungkin dan menjangkau semua lapisan masyarakat.
- 8) Bermutu : selalu tepat waktu dengan kualitas tanpa cacat.”

2. Jenis Pelayanan Publik

Secara umum, pelayanan dapat berbentuk barang yang nyata (*tangible*), barang tidak nyata (*intangible*), dan juga dapat berupa jasa. Layanan barang tidak nyata dan jasa adalah jenis layanan yang identik. Jenis-jenis pelayanan ini memiliki perbedaan mendasar, misalnya bahwa pelayanan barang sangat mudah diamati dan dinilai kualitasnya, sedangkan pelayanan jasa relatif lebih sulit untuk dinilai. Walaupun demikian dalam prakteknya keduanya sulit untuk dipisahkan. Suatu pelayanan jasa biasanya diikuti dengan pelayanan barang, misalnya jasa

repositoriy.ub.ac

pemasangan telepon berikut pesawat teleponnya, demikian pula sebaliknya pelayanan barang selalui diikuti dengan pelayanan jasanya.

Menurut Nurcholis (2005: 180),

Fungsi pelayanan publik dapat dibagi ke dalam bidang-bidang sebagai berikut :

- 1) Pendidikan,
- 2) Kesehatan,
- 3) Keagamaan,
- 4) lingkungan : tata kota, kebersihan, sampah, penerangan,
- 5) rekreasi : taman, teater, museum, turisme,
- 6) social,
- 7) perumahan,
- 8) pemakaman/crematorium,
- 9) registrasi penduduk : kelahiran, kematian,
- 10) air minum,
- 11) legalitas (hukum), seperti KTP, paspor, sertifikat, dll.

Dalam Kep. Menpan No: 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, pengelompokan pelayanan publik secara garis besar adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan administratif, yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh publik, misalnya status kewarganegaraan, sertifikat kompetensi, kepemilikan atau penguasaan terhadap suatu barang dan sebagainya. Dokumen-dokumen ini antara lain kartu Tanda Penduduk (KTP), Akte Pernikahan, Akte kelahiran, Akte Kematian, Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB), Surat Ijin Mengemudi (SIM), Surat Tanda Kendaraan Bermotor (STNK), Ijin Mendirikan Bangunan (IMB), Paspor, Sertifikat Kepemilikan / Penguasaan Tanah dan sebagainya.
- b. Pelayanan barang, yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk / jenis barang yang digunakan oleh publik, misalnya jaringan telepon, penyediaan tenaga listrik, air bersih, dan sebagainya
- c. Pelayanan jasa, yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa yang dibutuhkan oleh publik, misalnya pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan transportasi, pos, dan lain sebagainya.

Moenir (1995:17) mengemukakan bahwa “Layanan yang diperlukan manusia pada dasarnya ada dua jenis yaitu layanan fisik yang sifatnya pribadi

sebagai manusia dan layanan yang diberikan oleh orang lain selaku anggota organisasi (organisasi massa atau organisasi negara)”.

Pelayanan umum yang dilakukan oleh siapapun, bentuknya tidak lepas dari tiga macam yaitu :

a. Pelayanan dengan lisan

Pelayanan dengan lisan dilakukan oleh petugas-petugas hubungan masyarakat (HUMAS) dibidang layanan informasi dan dibidang-bidang lain yang tugasnya memberikan penjelasan atau keterangan kepada siapapun yang memerlukan

b. Pelayanan melalui tulisan

Pelayanan tulisan terdiri dari dua golongan, pertama pelayanan berupa petunjuk, informasi dan sejenisnya ditujukan kepada orang-orang yang berkepentingan, agar memudahkan mereka dalam berurusan dengan instansi atau lembaga. Kedua pelayanan ini berupa reaksi tertulis atas permohonan, laporan, keluhan pemberian atau penyerahan dan pemberitahuan.

c. Pelayanan dengan perbuatan

Pada umumnya pelayanan dalam bentuk perbuatan 70 – 80% dilakukan oleh petugas tingkat menengah atau bawah. Karena itu faktor keahlian dan ketrampilan petugas tersebut sangat menentukan terhadap hasil perbuatan atau hasil pekerjaan.

3. Kualitas Pelayanan Publik

Kualitas dapat diberi pengertian sebagai totalitas dari karakteristik suatu produk (barang dan/atau jasa) yang menunjang kemampuan dalam memenuhi kebutuhan. Kualitas sering kali diartikan sebagai segala sesuatu yang memuaskan pelanggan atau sesuai dengan persyaratan atau kebutuhan, merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

Kata kualitas sendiri mengandung banyak pengertian, beberapa contoh pengertian kualitas menurut Fandy Tjiptono (1995) adalah :

- 1) Kesesuaian dengan persyaratan;
- 2) Kecocokan untuk pemakaian;

- 3) Perbaikan berkelanjutan;
- 4) Bebas dari kerusakan/cacat;
- 5) Pemenuhan kebutuhan pelanggan sejak awal dan setiap saat;
- 6) Melakukan segala sesuatu secara benar;
- 7) Sesuatu yang bisa membahagiakan pelanggan.

Pada prinsipnya pengertian-pengertian tersebut di atas dapat diterima. Yang menjadi pertanyaan adalah ciri-ciri atau atribut-atribut apakah yang ikut menentukan kualitas pelayanan publik tersebut. Ciri-ciri atau atribut-atribut tersebut yaitu antara lain :

- 1) Ketepatan waktu pelayanan, yang meliputi waktu tunggu dan waktu proses;
- 2) Akurasi pelayanan, yang meliputi bebas dari kesalahan;
- 3) Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan;
- 4) Kemudahan mendapatkan pelayanan, misalnya banyaknya petugas yang melayani dan banyaknya fasilitas pendukung seperti komputer;
- 5) Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan, berkaitan dengan lokasi, ruang tempat pelayanan, tempat parkir, ketersediaan informasi;
- 6) Atribut pendukung pelayanan lainnya seperti ruang tunggu ber-AC, kebersihan dan lain-lain.

Untuk dapat menilai sejauh mana kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh aparatur pemerintah, perlu ada kriteria yang menunjukkan apakah suatu pelayanan publik yang diberikan dapat dikatakan baik atau buruk. Menurut LAN (2003 : 19), kriteria-kriteria pelayanan tersebut antara lain :

- 1) *Kesederhanaan*, yaitu bahwa tata cara pelayanan dapat diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan dilaksanakan oleh pelanggan.
- 2) *Reliabilitas*, meliputi konsistensi dari kinerja yang tetap dipertahankan dan
- 3) menjaga saling ketergantungan antara pelanggan dengan pihak penyedia pelayanan, seperti menjaga keakuratan perhitungan keuangan, teliti dalam pencatatan data dan tepat waktu.

- 4) *Tanggungjawab dari para petugas pelayanan*, yang meliputi pelayanan sesuai dengan urutan waktunya, menghubungi pelanggan secepatnya apabila terjadi sesuatu yang perlu segera diberitahukan.
- 5) *Kecakapan para petugas pelayanan*, yaitu bahwa para petugas pelayanan menguasai keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan.
- 6) *Keramahan*, meliputi kesabaran, perhatian dan persahabatan dalam kontak antara petugas pelayanan dan pelanggan. Keramahan hanya diperlukan jika pelanggan termasuk dalam konsumen konkret. Sebaliknya, pihak penyedia layanan tidak perlu menerapkan keramahan yang berlebihan jika layanan yang diberikan tidak dikonsumsi para pelanggan melalui kontak langsung.
- 7) *Keterbukaan*, yaitu bahwa pelanggan bisa mengetahui seluruh informasi yang mereka butuhkan secara mudah dan gampang, meliputi informasi mengenai tata cara, persyaratan, waktu penyelesaian, biaya dan lain-lain.
- 8) *Komunikasi antara petugas dan pelanggan*. Komunikasi yang baik dengan pelanggan adalah bahwa pelanggan tetap memperoleh informasi yang berhak diperolehnya dari penyedia pelayanan dalam bahasa yang mereka mengerti.
- 9) *Kredibilitas*, meliputi adanya saling percaya antara pelanggan dan penyedia pelayanan, adanya usaha yang membuat penyedia pelayanan tetap layak dipercayai, adanya kejujuran kepada pelanggan dan kemampuan penyedia pelayanan untuk menjaga pelanggan tetap setia.
- 10) *Kejelasan dan kepastian*, yaitu mengenai tata cara, rincian biaya layanan dan tata cara pembayarannya, jadwal waktu penyelesaian layanan tersebut. Hal ini sangat penting karena pelanggan tidak boleh ragu-ragu terhadap pelayanan yang diberikan.
- 11) *Keamanan*, yaitu usaha untuk memberikan rasa aman dan bebas pada pelanggan dari adanya bahaya, resiko dan keragu-raguan. Jaminan keamanan yang perlu kita berikan berupa keamanan fisik, finansial dan kepercayaan pada diri sendiri.
- 12) *Mengerti apa yang diharapkan pelanggan*. Hal ini dapat dilakukan dengan berusaha mengerti apa saja yang dibutuhkan pelanggan. Mengerti apa

yang diinginkan pelanggan sebenarnya tidaklah sukar. Dapat dimulai dengan mempelajari kebutuhan-kebutuhan khusus yang diinginkan pelanggan dan memberikan perhatian secara personal.

- 13) *Kenyataan*, meliputi bukti-bukti atau wujud nyata dari pelayanan, berupa fasilitas fisik, adanya petugas yang melayani pelanggan, peralatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan, kartu pengenalan dan fasilitas penunjang lainnya.
- 14) *Efisien*, yaitu bahwa persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan.
- 15) *Ekonomis*, yaitu agar pengenalan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan nilai barang/jasa dan kemampuan pelanggan untuk membayar.

Organisasi pelayanan publik mempunyai ciri *public accountability*, dimana setiap warga negara mempunyai hak untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang mereka terima. Adalah sangat sulit untuk menilai kualitas suatu pelayanan tanpa mempertimbangkan peran masyarakat sebagai penerima pelayanan dan aparat pelaksana pelayanan itu. Evaluasi yang berasal dari pengguna pelayanan, merupakan elemen pertama dalam analisis kualitas pelayanan publik. Elemen kedua dalam analisis adalah kemudahan suatu pelayanan dikenali baik sebelum dalam proses atau setelah pelayanan itu diberikan.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Layanan Publik

a. Penghargaan Atau Reward Kepada Karyawan

Penghargaan (*reward*) juga merupakan komponen lain bagi struktur pengendalian manajemen selain struktur organisasi dan jaringan organisasi, sebagai komponen struktur, *reward* (penghargaan) berfungsi sebagai motivator personel dalam mewujudkan tujuan organisasi melalui perilaku yang diharapkan organisasi (Susanto, 2002: 17). Organisasi menggunakan berbagai bentuk penghargaan untuk menarik dan mempertahankan karyawan dan untuk memotivasi agar karyawan dapat bertindak dengan tujuan organisasi. Organisasi dapat memberikan

penghargaan dalam bentuk gaji, promosi, pengakuan dan pujian. Penghargaan ini merupakan faktor penting bagi karyawan, sehingga pemberian penghargaan ini akan berdampak pada perilaku dan kinerja karyawan.

Kebutuhan akan penghargaan merupakan kebutuhan untuk berbuat lebih baik dari orang lain, yang mendorong individu untuk menyelesaikan tugas lebih sukses, untuk mencapai prestasi yang tinggi. Apabila individu dapat mencapai prestasi tinggi akan timbul rasa kepuasan dalam hatinya. Sebab manusia ingin mengembangkan kapasitas mentalis dan kapasitas kerjanya melalui pengembangan pribadinya, mengembangkan diri dan berbuat yang paling baik. *Reward* (penghargaan) dapat memberikan kepuasan kepada karyawan. Lawler dalam Susanto (2002: 65) menyatakan bahwa *reward* dapat memberi kepuasan pada karyawan jika memenuhi beberapa kondisi. Seperti dalam pencapaian target pada suatu pekerjaan, perusahaan memberikan penghargaan berupa bonus.

b. Upah kerja / Kompensasi Karyawan

Salah satu cara yang dapat ditempuh oleh perusahaan untuk meningkatkan prestasi kerja, motivasi dan kepuasan kerja karyawan adalah melalui pemberian kompensasi (upah), kompensasi atau upah adalah segala sesuatu yang diterima karyawan bisa dalam bentuk *natura* (uang) maupun *innatura* seperti perumahan, bahan makanan, kendaraan, dan berbagai fasilitas secara gratis atau cuma-cuma sebagai ganti atas pekerjaan yang telah dikerjakan.

Upah sebenarnya merupakan imbalan atas prestasi karyawan, semakin tinggi prestasi seharusnya semakin besar pula upah yang akan diterima, begitu juga sebaliknya. Prestasi ini biasanya dinyatakan dalam produktivitas.

Tujuan sistem upah/kompensasi, antara lain :

1) Memperoleh karyawan yang berkualitas

Karena perusahaan-perusahaan bersaing dalam pasar tenaga kerja, tingkat pengupahan harus sesuai dengan kondisi suplai dan permintaan tenaga kerja. Kadang-kadang tingkat gaji yang relatif tinggi diperlukan

untuk menarik pelamar yang cakap, berkualitas, maupun yang sudah berpengalaman.

2) Mempertahankan karyawan yang ada

Bila tingkat upah tidak kompetitif, niscaya akan banyak karyawan yang berkualitas akan keluar, untuk mencegah perputaran karyawan pengupahan harus dijaga agar tetap kompetitif dengan perusahaan-perusahaan lain.

3) Menghargai perilaku yang diinginkan

Upah hendaknya mendorong perilaku-perilaku karyawan yang diinginkan, prestasi kerja yang baik, pengalaman, kesetiaan, tanggung jawab, dan perilaku-perilaku lain dapat dihargai melalui sistem pengupahan.

c. Rotasi Karyawan

Untuk mereka yang telah lama bekerja pada sebuah pekerjaan, rotasi pekerjaan mungkin pernah mereka alami baik itu untuk sementara atau permanen. Rotasi pekerjaan adalah suatu keadaan dimana seorang karyawan mengalami perubahan pada *job description* mereka. Rotasi Pekerjaan pada sisi positif membawa seorang karyawan pada teman kerja/pengalaman/kemampuan yang baru.

d. Mutasi karyawan

Sesuai dengan asas pembinaan yang berdasarkan prestasi kerja, pengembangan karir karyawan dilaksanakan melalui kenaikan pangkat dan pengangkatan dalam jabatan.

Agar sumber daya manusia dalam organisasi atau perusahaan dapat bekerja dengan efisien dan efektif, sehingga tidak menimbulkan kejenuhan dalam pekerjaan maka diperlukan adanya suatu pengembangan karir yang meliputi mutasi, dan promosi karyawan.

Menurut Hasibuan (2000: 101) mutasi adalah suatu perubahan posisi, jabatan, tempat, pekerjaan yang dilakukan, baik secara horizontal maupun vertikal (promosi/demosi) dalam suatu organisasi.

Prinsip dalam melakukan mutasi adalah memutasikan karyawan

kepada posisi yang tepat dan pekerjaan yang sesuai, agar semangat dan produktivitas kerjanya meningkat, yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada publik secara efektif dan efisien. Mutasi merupakan salah satu tindak lanjut yang dilakukan dari hasil penilaian prestasi kerja karyawannya. Dengan adanya mutasi diharapkan dapat memberikan uraian uraian pekerjaan, sifat pekerjaan dan alat-alat kerja yang cocok bagi karyawan yang bersangkutan sehingga dapat bekerja secara efektif dan efisien pada jabatan itu.

e. Promosi Karyawan

Promosi adalah perpindahan yang memperbesar *authority* (wewenang) dan *responsibility* karyawan (tanggung jawab) kejabatan yang lebih tinggi didalam suatu organisasi atau perusahaan sehingga kewajiban, hak, status, dan penghasilan semakin besar (Malayu, 2000: 107). Promosi memberikan peran penting bagi setiap karyawan bahkan menjadi idaman yang selalu dinantikan oleh setiap karyawan. Dengan promosi berarti ada kepercayaan dan pengakuan mengenai kemampuan serta kecakapan karyawan untuk menduduki jabatan yang lebih tinggi. Menurut Flipppo, promosi berarti perpindahan dari suatu jabatan kejabatan yang lain yang mempunyai status dan tanggung jawab yang lebih tinggi. Biasanya perpindahan jabatan yang lebih tinggi disertai dengan peningkatan gaji atau upah dan lainnya walau tidak selalu demikian (1995: 229).

F. Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Sejak lahir sampai tua secara individu manusia tidak pernah mampu secara penuh memenuhi sendiri kebutuhannya dan selalu butuh pelayanan, meskipun manusia adalah makhluk hidup tertinggi ciptaan Tuhan, tetapi makhluk yang serba terbatas, lemah, keterbatasan manusia baik secara fisik, intelektual, moral membuat manusia butuh pelayanan. Manusia selalu membutuhkan pelayanan sesuai dengan masa pertumbuhan atau perkembangan kehidupannya seperti :

- a. Waktu dalam kandungan dan kelahiran membutuhkan layanan dokter, bidan dan dukun.
- b. Masa balita membutuhkan layanan baby sister.

- c. Masa usia sekolah membutuhkan pelayanan guru.
- d. Masa remaja/ pemuda membutuhkan pelayanan konsultasi dalam berbagai aktivitas misalnya, konsultasi seks, perkawinan, dan penyediaan lapangan kerja.
- e. Masa dewasa membutuhkan pendamping setia (suami atau istri)
- f. Selama waktu bekerja membutuhkan layanan peningkatan keterampilan, keahlian, bimbingan, konsultasi dalam berbagai aktivitas dan bantuan sumber daya.
- g. Masa lanjut usia, membutuhkan pelayanan dalam berbagai hal.

Jadi pelayanan adalah salah satu cara melayani, membantu menyiapkan, mengurus, menyelesaikan keperluan, kebutuhan seseorang atau sekelompok orang. Sementara masyarakat adalah himpunan sekelompok anggota yang mempunyai ikatan sosial, ekonomi, tujuan, cita-cita tertentu. Dalam kehidupan bermasyarakat ada kepentingan individu atau golongan dan kepentingan bersama. Kepentingan umum merupakan himpunan kepentingan pribadi yang sama dari suatu masyarakat suatu wilayah.

Dengan demikian pelayanan masyarakat dapat diartikan sebagai suatu proses pemenuhan kebutuhan masyarakat terutama yang berkaitan dengan kepentingan umum dan kepentingan golongan atau individu dalam bentuk barang dan jasa. Ada sepuluh dimensi karakteristik atau atribut yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas jasa pelayanan (Vincent Gaspersz, 1977) adalah : (1) kepastian waktu pelayanan (2) akurasi pelayanan (3) kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan (4) tanggung jawab (5) kelengkapan (6) kemudahan mendapatkan pelayanan (7) variasi model pelayanan (8) pelayanan pribadi (9) kenyamanan dalam memperoleh pelayanan (10) atribut pendukung pelayanan.

Sebagaimana tertuang dalam UU No. 23 Tahun 1992 Pasal 1, pelayanan kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat secara merata dan terjangkau.

Menurut Azwar (1996,h.135) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan

penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial dan bebas dari penyakit/cacat.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat yang merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

2. Standar Pelayanan Kesehatan

Menurut Pohan (2007,h.56) standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan kedalam *terminology operational* sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, akan bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas dan peran masing-masing.

Sedangkan menurut Azwar (1996,h.56) standar pelayanan kesehatan adalah spesifikasi dari fungsi dan tujuan yang harus dipenuhi oleh penyedia layanan kesehatan agar pemakai jasa pelayanan dapat memperoleh keuntungan maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan. Adapun standar pelayanan yang diberlakukan adalah sebagai berikut:

a. Standar persyaratan minimal

Adalah keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan medis yang bermutu. Terdiri dari:

1) Standar masukan

- a. Tenaga pelaksana baik kualitas maupun kuantitas.
- b) Sarana, jenis, jumlah, spesifikasi sarana yang tersedia baik medis dan non medis.
- c) Dana, jumlah dan alokasi penggunaan.

2) Standar lingkungan

- a) Garis besar kebijakan yang dipakai sebagai pedoman oleh sarana pelayanan dalam menyelenggarakan kegiatannya.
- b) Struktur dan pola organisasi yang diterapkan oleh sarana pelayanan.
- c) Sistem manajemen yang dianut oleh sarana pelayanan.

3) Standar proses (standar tindakan)

- a) Tindakan medis (*medical procedure*) yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan.
- b) Tindakan non medis.
- c) Standar penampilan minimal

Adalah menunjuk pada penampilan pelayanan medis yang masih dapat diterima, terdiri dari :

- 1) Penampilan aspek medis yaitu kepuasan pasien terhadap pelayanan medis.
- 2) Penampilan aspek non medis.

3. Macam-macam Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996,h.363) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dibagi dalam empat, yaitu :

a. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan penduduk (*public health*) pada umumnya menyangkut :

- 1) Pengendalian penyakit menular (infeksi)
- 2) Sanitasi
- 3) Kesehatan ibu dan anak
- 4) Perawatan kesehatan masyarakat
- 5) Penyuluhan kesehatan masyarakat
- 6) Statistik vital (angka kelahiran dan angka kematian)
- 7) Penetapan kebijaksanaan dan perencanaan kesehatan
- 8) Pemeliharaan kesehatan
- 9) Penilaian yang berkelanjutan kepada masyarakat, ekologi dan sumber daya.
- 10) Pengurangan bahaya-bahaya terhadap kesehatan.

b. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

- 1) Program kesehatan lingkungan berhubungan dengan kesehatan masyarakat tetapi lebih daripada kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan mencakup :
- 2) Penyediaan air bersih
- 3) Pengendalian pencemaran
- 4) Pembuangan sampah
- 5) Pengendalian insekta dan tikus
- 6) Sanitasi makanan dan susu
- 7) Pengendalian pencemaran kebisingan
- 8) Pengendalian bahaya radiasi
- 9) Pengawasan perumahan dan tanah
- 10) Kesehatan kerja.

c. Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan biasanya diselenggarakan oleh dokter privat, rumah sakit, balai pengobatan dan sebagainya.

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan pada umumnya berkaitan dengan :
- 2) Promosi kesehatan
- 3) Pencegahan penyakit
- 4) Penyembuhan dan pengobatan
- 5) Rehabilitasi adanya pelayanan restoratif dan perlindungan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Metode penelitian merupakan bagian yang sangat penting dalam penelitian dan merupakan sebuah unsur yang sangat vital yang sangat menunjang tercapainya hasil dari suatu penelitian. Sebelumnya penelitian dibagi menjadi tiga, yaitu: pertama adalah penelitian eksplansi, yaitu suatu penelitian yang dimaksudkan untuk menemukan dan mengembangkan teori, sehingga hasil atau produk penelitiannya dapat menjelaskan apa saja yang mempengaruhi terjadinya suatu gejala atau kenyataan tertentu, kedua adalah penelitian deskriptif, yaitu suatu penelitian yang dimaksudkan untuk melukiskan atau menggambarkan sejumlah variabel yang berkenaan dengan masalah yang diteliti tanpa mempersoalkan hubungan antar variabel, sedangkan yang ketiga adalah penelitian eksplorasi, yaitu suatu penelitian yang dimaksudkan sebagai upaya eksplorasi dan klasifikasi mengenai suatu fenomena atau kenyataan sosial.

Memperhatikan tujuan penelitian yang terkait dengan topik yang sedang diteliti, maka jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Bogdan & Taylor dalam Moleong (2001: 2), menjelaskan bahwa metode kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati, serta penelitian ini mengungkapkan fakta apa adanya tentang suatu obyek, gejala, keadaan, dengan melakukan pembacaan, menguraikan, menginterpretasikannya, dan kemudian barulah diambil suatu kesimpulan dalam bentuk tulisan yang sistematis.

Alasan peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif karena penelitian ini mengungkapkan apa yang sebenarnya terjadi dilapangan, data yang dikumpulkan berupa kata-kata bukan angka-angka. Selain itu, penelitian ini lebih menekankan pada proses dan jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif ini dipandang lebih mendukung dan memberi arti dalam menyerap permasalahan yang berkaitan dengan fokus penelitian ini.

B. Fokus Penelitian

Pada studi ini fokus penelitian adalah pada program kerja dan hasil kerja dari Puskesmas tersebut, baik yang sudah terealisasi ataupun yang belum terealisasi, dan pada penelitian ini akan difokuskan pula faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam perealisasi program kerja tersebut.

Berdasarkan rumusan masalah dan tujuan yang ingin dicapai, maka menurut penelitian ini yang menjadi fokus penelitian adalah:

1. Kinerja Puskesmas dalam pelayanan kesehatan, meliputi :
 - 1.1 Kualitas SDM Puskesmas
 - a. Tingkat Pendidikan
 - b. Program Pengembangan SDM
 - 1.2 Kondisi Sarana dan Prasarana Puskesmas
 - a. Kondisi Fisik
 - b. Ketersediaan obat-obatan
 - c. Ketersediaan Peralatan medis
 - d. Ketersediaan fasilitas penunjang
 - 1.3 Pendistribusian tenaga kesehatan :
 - a. Jumlah tenaga kesehatan
 - b. Pelaksanaan program kesehatan
 - c. Keterlibatan tenaga kesehatan pada pelaksanaan program kesehatan
 - d. Pengawasan
 - e. Penyuluhan kepada masyarakat
 - 1.4 Proses pelayanan
 - a. Kemudahan prosedur layanan
 - b. Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yang diberikan
 - c. Kecepatan proses pelayanan
2. Tingkat Pelayanan kesehatan di Puskesmas, meliputi :
 - a. Jenis Pelayanan
 - b. Prosedur Pelayanan
 - c. Pelayanan medis
 - d. Penyelesaian administrasi
 - e. Tanggapan pasien terhadap pelayanan

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Puskesmas Dinoyo Kota Malang sebagai salah satu unit Birokrasi Pemerintah Kota yang secara fungsional bertanggungjawab terhadap terwujudnya pelayanan yang baik kepada masyarakat. Alasan pemilihan lokasi ini didasarkan pada :

1. Puskesmas Dinoyo merupakan unit organisasi birokrasi yang berhadapan dengan masyarakat yang membutuhkan pelayanan yang baik, efektif dan efisien.
2. Untuk memberi pelayanan, maka kinerja organisasi Puskesmas Dinoyo harus mendapat perhatian utama untuk ditingkatkan kapasitasnya terutama menyangkut sumber daya dan kelembagaan yang memungkinkan anggota organisasi mengaktualisasi kinerjanya.

Situs penelitian adalah tempat di mana peneliti akan menangkap keadaan sebenarnya dari obyek yang akan diteliti untuk memperoleh data. Dari data tersebut situs penelitian ini adalah Puskesmas Dinoyo Malang bagian Poli Umum.

D. Sumber Data

Dalam sumber data ini peneliti memanfaatkan orang-orang yang tahu persis dan mengetahui bidang ini (*key person*). Adapun data yang dikumpulkan akan dilakukan secara resmi maupun tidak resmi yaitu dengan mendatangi sumber data.

Berdasarkan jenis datanya, data dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

1. Data primer, menurut M. Sitorus (2003:24), yakni data yang diperoleh dari sumbu-sumber asli. sumber asli disini diartikan sebagai sumber pertama dari mana data tersebut diperoleh. Adapun sumber data primer dalam kegiatan penelitian ini antara lain sebagai berikut :
 - a. Kepala Puskesmas Dinoyo Malang
 - b. Pegawai-pegawai unit pelayanan Poli Umum
 - c. Masyarakat pengguna jasa
2. Data sekunder, ialah data yang diperoleh bukan dari sumber asli atau pertama (M.sitorus, 2003:24). Maksudnya yakni data atau informasi yang telah dikumpulkan oleh pihak lain. untuk data sekunder ini bisa diperoleh dari

dokumentasi-dokumentasi, laporan, majalah, surat kabar dan naskah hasil penelitian serta materi lainnya yang ada relevansinya dengan fokus penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah yang sangat penting dalam sebuah penelitian ilmiah, karena data yang dihasilkan ini diharapkan dapat digunakan untuk menjawab dan memecahkan masalah yang ada. Oleh karena itu data tersebut harus valid dan akurat. Adapun teknik pengumpulan data pada penelitian ini antar lain adalah :

a. Teknik wawancara

Teknik wawancara merupakan sebuah teknik pengumpulan data dengan menggunakan teknik tanya jawab secara langsung dengan pihak yang bersangkutan sesuai dengan masalah yang dibahas, dalam hal ini penulis mengadakan wawancara dengan birokrat yang ada disana.

b. Teknik observasi

Yaitu teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung terhadap segala kegiatan yang bersangkutan dengan masalah yang dibahas, dalam hal ini penulis mengadakan pengamatan langsung terhadap obyek.

c. Teknik dokumentasi

Teknik pengumpulan data dimana penulis mengadakan pencatatan, menelaah dan mempelajari dokumen-dokumen atau arsip yang ada hubungannya dengan tujuan penelitian yang didapatkan dari Puskesmas Dinoyo Kota Malang ataupun dari sumber lainnya yang relevan dengan penelitian ini.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian dimaksudkan sebagai suatu alat yang mendukung untuk mengumpulkan, memperoleh data dalam rangka memecahkan masalah dan mencapai tujuan penelitian. Instrumen yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah:

1. Peneliti sendiri yang merupakan alat pengumpul data utama.
2. Pedoman wawancara yaitu berupa daftar pertanyaan yang diajukan pada informan. Hal ini sangat berguna dalam mengarahkan peneliti dalam pengumpulan data terutama dalam melakukan wawancara.

3. Perangkat penunjang lainnya yaitu meliputi buku catatan dan alat tulis menulis yang digunakan untuk mencatat apa yang di dengar, dilihat, dialami, dan yang dipikirkan sewaktu dalam penelitian dalam rangka pengumpulan data dilapangan.

G. Analisis Data

Sesuai dengan tujuan penelitian, maka penelitian yang dilakukan adalah deskriptif. Setelah data terkumpul, proses selanjutnya adalah menyederhanakan data ke dalam bentuk yang mudah dipahami dan diinterpretasikan yang pada hakekatnya merupakan upaya mencari jawaban dari permasalahan dan sesuai dengan tujuan penelitian. Untuk memperoleh gambaran dan interpretasi yang menyeluruh tentang fenomena sosial yang dikaji, diperlukan proses interpretasi atas data yang ada.

Miles dan Huberman (1992) menyebutkan enam fenomena yang harus diberi kode oleh peneliti yaitu :

- (1) Tindakan (act), yaitu hal yang terjadi di waktu yang relatif singkat.
- (2) Aktivitas (activities) yaitu hal yang terjadi dalam satu periode dan merupakan unsur penting dalam partisipasi sosial.
- (3) Makna (meanings), yaitu produk ucapan (verbal) dari responden yang membatasi atau mengarahkan kegiatan.
- (4) Partisipasi (participation), yaitu keterlibatan responden secara keseluruhan dalam situasi yang sedang diteliti.
- (5) Hubungan (relationship), yaitu hubungan-hubungan antar berbagai orang secara simultan dalam satu latar.
- (6) Latar (setting), yaitu latar dalam studi dan dianggap sebagai satu unit analisis.

Dalam penelitian kualitatif, analisis data dilakukan sejak awal penelitian dan selama proses penelitian dilaksanakan. Data diperoleh, kemudian dikumpulkan untuk diolah secara sistematis. Dimulai dari wawancara, observasi, mengedit, mengklasifikasi, mereduksi, selanjutnya aktivitas penyajian data serta menyimpulkan data. Teknis analisis data dalam penelitian ini menggunakan model analisis interaktif Miles dan Huberman, yaitu :

1. Reduksi data

Dari lokasi penelitian, data lapangan dituangkan dalam uraian laporan yang lengkap dan terinci. Data dan laporan lapangan kemudian direduksi, dirangkum, dan kemudian dipilah-pilah hal yang pokok, difokuskan untuk dipilih yang terpenting kemudian dicari tema atau polanya (melalui proses penyuntingan, pemberian kode dan pentabelan). Reduksi data dilakukan terus menerus selama proses penelitian berlangsung. Pada tahap ini setelah data dipilah kemudian disederhanakan, data yang tidak diperlukan disortir agar member kemudahan dalam penampilan, penyajian, serta untuk menarik kesimpulan sementara.

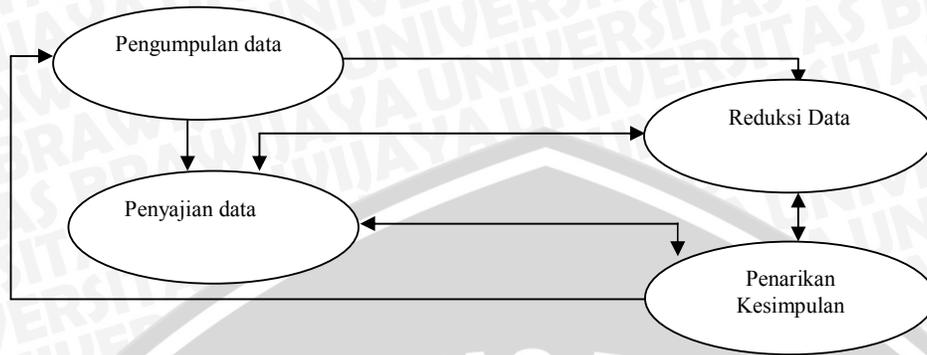
2. Penyajian data

Penyajian data dimaksudkan agar lebih mempermudah bagi peneliti untuk dapat melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari data penelitian. Hal ini merupakan pengorganisasian data kedalam suatu bentuk tertentu sehingga kelihatan jelas sosoknya lebih utuh. Data-data tersebut kemudian dipilah-pilah dan disisikan untuk disortir menurut kelompoknya dan disusun sesuai kategori yang sejenis untuk ditampilkan agar selaras dengan permasalahan yang dihadapi, termasuk kesimpulan-kesimpulan sementara diperoleh pada waktu data direduksi.

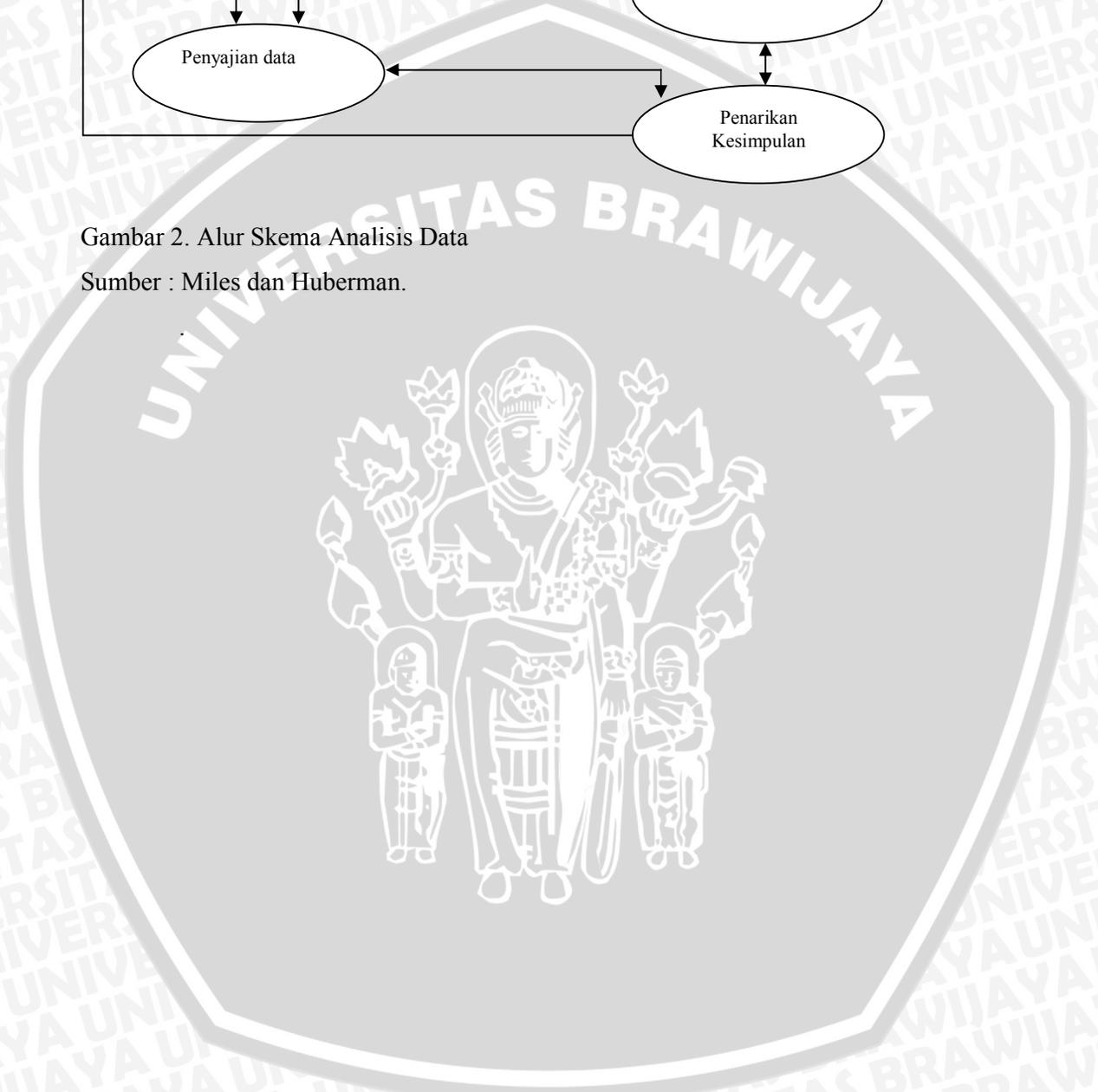
3. Penarikan kesimpulan/verifikasi

Pada penelitian kualitatif, verifikasi data dilakukan secara terus menerus sepanjang proses penelitian dilakukan. Sejak pertama memasuki lapangan dan selama proses pengumpulan data peneliti berusaha untuk menganalisis dan mencari makna dari data yang dikumpulkan, yaitu mencari pola tema, hubungan persamaan, penjelasan-penjelasan serta alur sebab-akibat dan kemudian dituangkan dalam bentuk kesimpulan.

Teknik analisis data dalam penelitian ini sebagaimana diuraikan di atas dapat digambarkan dalam alur skema berikut :



Gambar 2. Alur Skema Analisis Data
Sumber : Miles dan Huberman.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Puskesmas Dinoyo

1. Sejarah Berdirinya Puskesmas Dinoyo

Puskesmas Dinoyo berdiri pada tahun 1965 yang dimulai dengan berdirinya BKIA, semakin luasnya bidang kerja yang harus ditangani (dari layanan kesehatan Ibu dan Anak menjadi layanan kesehatan untuk masyarakat umum), sampai pada tahun 1974 berubah menjadi Balai Pengobatan untuk Kecamatan Klojen. Pada tahun 1978 berubah menjadi Puskesmas Dinoyo yang terletak di Jalan MT. Haryono nomor 131 Kecamatan Lowokwaru Kota Malang, dengan luas tanah 189m² dan luas bangunan 440m². Pada tahun 1999, BKIA Dinoyo Kota Malang pindah lokasi ke jalan MT. Haryono IX/13 Kelurahan Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang dan berubah namanya menjadi Pusat Kesehatan Masyarakat atau yang biasanya disingkat dengan Puskesmas Dinoyo.

Puskesmas Dinoyo Kota Malang adalah Puskesmas milik Pemerintah Kota Malang yang berada dibawah naungan Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Malang yang merupakan salah satu lembaga yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan masyarakat. Program kerja pokok yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo adalah pelayanan kesehatan Ibu dan Anak. Pada waktu itu ketenagaan dan fasilitas yang dimiliki masih sangat terbatas dan ruang keperawatan yang dimiliki hanya ruang KIA dan ruang bersalin.

2. Visi, Misi, Motto

Dalam kedudukannya sebagai organisasi di Bidang Kesehatan serta dengan memperhatikan tuntutan kinerja dan kualitas aparatur yang diharapkan dalam era globalisasi, maka puskesmas Dinoyo merumuskan visi dan misinya sebagai satu kesatuan. Berdasarkan hal tersebut Puskesmas Dinoyo memerlukan adanya visi yang diharapkan mampu memainkan peran yang menentukan dalam dinamika perubahan lingkungan strategik sehingga dalam mengemban tugas pokok dan fungsinya dapat bergerak maju menuju masa depan yang lebih baik. Visi dan Misi dari Puskesmas Dinoyo adalah :

a. Visi:

“Masyarakat Mandiri Untuk hidup Sehat”

b. Misi:

Guna mewujudkan visi yang telah ditetapkan, maka Puskesmas Dinoyo selanjutnya merumuskan misinya sebagai berikut: *“Membuat Rakyat Sehat”*.

c. Motto:

“Kesehatan Anda Adalah Dambaan Kami “

3. Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo

Dalam melaksanakan sebuah pelayanan seperti pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Dinoyo, ada batasan-batasan tertentu yang diberikan, salah satunya yaitu batasan wilayah kerja. Adapun Luas wilayah kerja Puskesmas Dinoyo adalah 10,37 Km² (1.005,79 Ha), terdiri dari 6 kelurahan yaitu:

- 1) Kelurahan Merjosari
- 2) Kelurahan Dinoyo
- 3) Kelurahan Sumpersari
- 4) Kelurahan Ketawanggede
- 5) Kelurahan Tunggulwulung, dan
- 6) Kelurahan Tlogomas

Sedangkan batas-batas wilayah kerja Puskesmas Dinoyo adalah sebagai berikut:

- 1) Sebelah Utara : Kelurahan Tasikmadu dan Jatimulyo
- 2) Sebelah Timur : Kelurahan Penanggungan dan Jatimulyo
- 3) Sebelah Selatan : Kelurahan Gading Kasri/Karang Besuki
- 4) Sebelah Barat : Kelurahan Jetis Kecamatan Dau

4. Lingkungan Puskesmas Dinoyo

Puskesmas Dinoyo terletak di bagian barat kota Malang, yang merupakan daerah yang sejuk dan dikelilingi industri keramik Dinoyo yang terkenal akan keindahannya. Selain itu di kawasan ini banyak terdapat perguruan tinggi terkemuka seperti Unibraw, UM, UMM, ITN, UNISMA, UIN, dan perguruan tinggi lainnya. Puskesmas dinoyo terletak di Kelurahan Dinoyo tepatnya pada Jalan MT Haryono IX/13 Malang, merupakan batas

sebelah barat Kota Malang dan berjarak \pm 5 Km dari pusat Kota. Umumnya tanahnya subur, terletak pada ketinggian 450-460m diatas permukaan air laut, beriklim tropis, hawanya sejuk dengan temperatur rata-rata 24°C dengan kelembaban 73%. Jadi, tempat Puskesmas Dinoyo sangat strategis sekali karena mudah dijangkau oleh masyarakat setempat. Selain itu adanya sarana transportasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat setempat. Untuk menuju ke lokasi puskesmas Dinoyo tidaklah susah karena dekat dengan banyak jalur angkot.

5. Kependudukan

Dan tahun ke tahun jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo semakin bertambah. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo pada tahun 2009 dapat dilihat pada tabel 1 dibawah ini:

Tabel 1
Jumlah Penduduk Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo
Keadaan Tahun 2009

No	Kelurahan	Jumlah (jiwa)	Jumlah KK
1	Merjosari	13.414	3.589
2	Dinoyo	10.957	2.510
3	S umbersari	9.172	2.775
4	Ketawanggede	6.158	2.046
5	Tunggulwulung	6.482	1.266
6	Tlogomas	13.245	2.882
	Jumlah	59.428	15.068

Sumber: Puskesmas Dinoyo, 2010

Dari Tabel 1 di atas dapat disimpulkan bahwa jumlah penduduk paling banyak terdapat di Kelurahan Merjosari sebesar 13.414 jiwa, sedangkan jumlah penduduk yang paling sedikit terdapat di Kelurahan Ketawanggede yaitu sebesar 6.158 Jiwa. Demikian pula halnya dengan jumlah Kepala Keluarga (KK) yang paling banyak terdapat di Kelurahan Merjosari yakni berjumlah 3.589 KK, sedangkan jumlah Kepala Keluarga (KK) yang paling sedikit terdapat di Kelurahan Tunggulwulung yaitu sebesar 1.266 KK.

6. Pelayanan yang Tersedia di Puskesmas Dinoyo

Berbagai macam pelayanan yang tersedia di Puskesmas Dinoyo untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, meliputi:

- a. Pelayanan Dasar, terdiri atas:
 - 1) Poliklinik Umum;
 - 2) Poliklinik KIA; dan
 - 3) Poliklinik Gigi.
- b. Pelayanan Penunjang, terdiri atas:
 - 1) Apotik, Laboratorium;
 - 2) Klinik Sanitasi;
 - 3) Klinik Gizi;
 - 4) Klinik IMS (Infeksi Menular Sexual)/IMAI;
 - 5) Klinik KPR (Kesehatan Peduli Remaja);
 - 6) Klinik IMAI (Perawatan kronik HIV-AIDS);
 - 7) Klinik ILI (Influenza Like Illness).
- c. Pelayanan Khusus, terdiri atas:
 - 1) Pemeriksaan kesehatan calon jamaah Haji;
 - 2) Pemeriksaan kesehatan untuk memperoleh keterangan sehat;
 - 3) Immunisasi calon pengantin wanita;
 - 4) Pap smear;
 - 5) Pengembangan poli Gigi & Ro” foto gigi.

7. Sarana Pelayanan

Untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan diperlukan sarana penunjang lainnya yang memudahkan masyarakat untuk berobat. Adapun sarana kesehatan yang ada di lingkungan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo dapat dilihat pada Tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2
Sarana Kesehatan di Wlayah Kerja Puskesmas Dinoyo, Tahun 2009

No	Sarana	Jumlah
1.	Rumah sakit umum	1 buah
2.	Rumah bersalin	1 buah
3.	Puskesmas pembantu	4 buah
5.	Poliklinik swasta	5 buah
6.	Praktik bidan swasta	7 buah
	Jumlah	18 buah

Sumber: Puskesmas Dinoyo, 2010

8. SDM di Puskesmas Dinoyo

SDM dapat dilihat dari dua aspek, yaitu kuantitas dan kualitas. Kuantitas menyangkut jumlah SDM yang mempunyai kontribusi dalam suatu organisasi. Sedangkan kualitas menyangkut mutu SDM tersebut, meliputi kemampuan fisik maupun kemampuan non fisik (kecerdasan dan mental). SDM di Puskesmas Dinoyo dapat dilihat pada Tabel 3 di bawah ini:

Tabel 3
Jumlah Staf di Puskesmas Dinoyo, Tahun 2009

No	Uraian	Jumlah (orang)
1	Dokter umum	3
2	Dokter gigi	2
3	Bidan	5
4	Perawat	5
5	Perawat gigi	2
6	Tehniker gigi	1
7	Sanitarian (APK)	1
8	D3 Gizi	1
9	Asisten Apoteker	2
10	Analisis laboratorium	1
11	Pekarya kesehatan	1
12	Tenaga administrasi	7
13	Sopir	1
Jumlah		32

Sumber: Puskesmas Dinoyo, 2010

9. Fasilitas Puskesmas Dinoyo

a. Fasilitas Pelayanan Umum

- 1) Puskesmas Induk memiliki fasilitas yang terdiri dari 1 gedung utama, dengan 2 lantai dengan pembagian ruangan sebagai berikut:
 - Lantai bawah terdiri dari: ruang pendaftaran dan rekam medis, ruang Poli Umum, ruang Kesehatan Ibu-Anak dan Keluarga Berencana (KIA-KB), ruang Poli Gigi, ruang Klinik IMS, ruang Farmasi, ruang tunggu, ruang Immunisasi, ruang Laboratorium, ruang gigi, gudang, gudang obat, kamar mandi / WC.
 - Lantai atas terdiri dari: ruang Konsultasi Gizi, ruang klinik sanitasi, ruang Sekretariat ISO, ruang Kepala Puskesmas, ruang Pertemuan, ruang, tata usaha, ruang dokter, mushola.

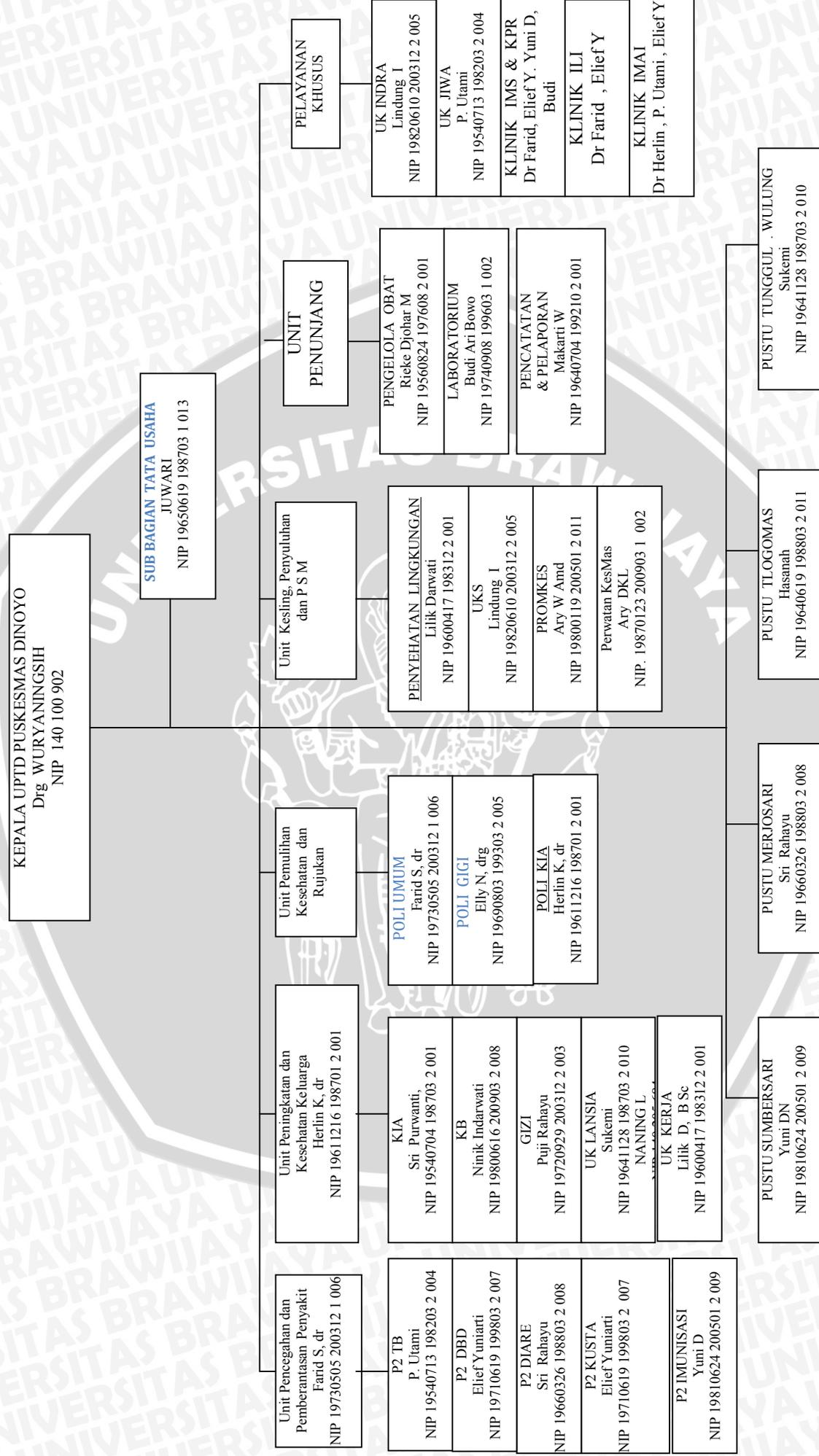
- 2) Fasilitas Puskesmas Pembantu (Pustu): ruang pendaftaran dan rekam medis, ruang Poli umum, ruang KIA-KB, ruang obat, kamar mandi/WC
 - 3) Fasilitas alat berupa: set gigi, set puskesmas keliling, set balai pengobatan, set gawat darurat, set laboratorium, set KIA, set KB.
 - 4) Fasilitas kendaraan berupa: mobil puskesmas keliling 2 buah, kendaraan roda dua 4 buah.
 - 5) Fasilitas komputer terdiri dari 4 buah unit komputer dan 3 printer
- b. Fasilitas klinik IMS Puskesmas Dinoyo :
- 1) Pelayanan konseling, pemeriksaan dan pengobatan
 - 2) Peralatan memadai dan lengkap
 - 3) Tenaga terlatih dan profesional
 - 4) Laboratorium yang cepat dan akurat
 - 5) Kerahasiaan terjaga
 - 6) Layanan bebas biaya (gratis)
 - 7) Memberikan rujukan ke klinik VCT untuk pemeriksaan gratis HIV – AIDS

10. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Puskesmas Dinoyo

Tujuan utama Puskesmas yaitu melaksanakan pelayanan, pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan secara paripurna kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Untuk dapat mencapai efektivitas dan efisiensi dalam mencapai tujuan tersebut maka dibentuk struktur organisasi. Dengan adanya struktur organisasi dapat memudahkan dalam pembagian kerja. Struktur organisasi juga menunjukkan suatu hubungan antara bagian yang satu dengan bagian yang lain atau fungsi satu dengan fungsi yang lain, sehingga dapat mengefisienkan dan mengefektifkan jalannya sebuah organisasi. Adapun struktur organisasi Puskesmas Dinoyo dapat digambarkan dalam gambar berikut.

Gambar 3.

STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS DINOYO



Sehubungan dengan tugas dan tanggung jawabnya, maka *job description* dari masing-masing bagian dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Kepala Puskesmas

Tugas dan wewenang Kepala Puskesmas antara lain:

- 1) Kepala Puskesmas wajib menetapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi yang baik dalam lingkungan Puskesmas maupun dengan satuan organisasi diluar Puskesmas sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 2) Kepala Puskesmas wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk-petunjuk atasan serta mengikuti bimbingan teknis pelaksanaan yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan melaksanakan koordinasi dengan pejabat terkait di lingkungan Dinas Kesehatan dan tingkat Kecamatan sesuai bidang tugasnya.
- 3) Kepala Puskesmas bertanggung jawab memimpin, mengkoordinasi semua unsur dalam lingkungan Puskesmas, memberikan bimbingan dan petunjuk bagi pelaksanaan tugas serta melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya.

b. Pelaksana Tata Usaha

Tugas dan wewenangnya adalah sebagai berikut:

- 1) Menyelenggarakan dan mengkoordinasikan bidang administrasi umum, yang meliputi penyusunan dan perencanaan program kerja, kegiatan tata laksana umum, kepegawaian, keuangan, perlengkapan dan pelaporan serta evaluasi pelaksanaan tugas.
- 2) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Puskesmas sesuai dengan bidang tugasnya.

Selain itu urusan tata usaha juga mempunyai wewenang untuk mengatur pendidikan dan pelatihan, guna meningkatkan profesionalisme tenaga pelaksanaannya.

- c. Unit Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Lingkungan (P2PL)
Tugas unit P2PL adalah melaksanakan diagnosa, pengobatan, perawatan dan pencegahan terhadap penyakit antara lain dengan melakukan imunisasi, P2P Tuber Kolosis, dan P2P malaria.
- d. Unit Peningkatan Kesejahteraan Keluarga dan Masyarakat (Kegamas)
Tugas unit Kegamas adalah melaksanakan kegiatan penyaluran makanan bergizi untuk kesehatan antara lain dengan melakukan KB, KIA, Lansia.
- e. Unit Pemulihan Kesehatan dan Rujukan (PKR)
Tugas Unit PKR adalah merujuk pasien ke rumah sakit, apabila tidak bisa ditangani Puskesmas karena peralatan yang tersedia tidak memenuhi.
- f. Unit Kesehatan Lingkungan dan Penyuluhan (KLP)
Tugas Unit KLP adalah memberikan informasi kesehatan kepada masyarakat dengan cara penyuluhan di lapangan.
- g. Unit Penunjang
Tugas unit penunjang adalah melaksanakan pelaksanaan pelayanan seperti laboratorium, obat-obatan dan pelayanan penunjang lainnya.
- h. Puskesmas Pembantu
Tugas Puskesmas Pembantu antara lain:
 - 1) Melaksanakan sebagian tugas Unit Pelaksana Teknik Dinas Puskesmas di wilayah kerjanya.
 - 2) Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pelayanan kesehatan dasar dan pelayan kesehatan pengembangan
 - 3) Menyusun laporan dan mengevaluasi pelaksanaan tugas.
 - 4) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Puskesmas sesuai dengan bidang tugasnya.
- i. Unit Pelaksana Khusus dan Unit Perawatan
Tugas unit ini adalah mengatur dan mengendalikan kegiatan perawatan dalam rangka melaksanakan tugas perawatan dan pelayanan kesehatan. Tugas unit ini harus dilaksanakan secara profesional agar pasien memperoleh kenyamanan dalam proses perawatan jalan.

Setiap unsur di lingkungan puskesmas wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dari dan bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas. Hal-hal

yang menyangkut Tata hubungan dan koordinasi dengan instansi vertikal Departemen Kesehatan RI, akan diatur dengan Surat Keputusan Bersama menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan RI.

11. Proses Pelayanan Di Puskesmas Dinoyo

Dalam melayani masyarakat, Puskesmas Dinoyo mempunyai mekanisme pelayanan yang harus di laksanakan yaitu:

- a. Retribusi pelayanan mengacu pada Peraturan Daerah Kota Malang No 20 Tahun 2005, yakni sebesar Rp 3.000,-.
- b. Jam buka loket :
Senin-Kamis : Jam 07.30 - 12.00 WIB
Jum'at : Jam 07.30 - 10.00 WIB
Sabtu : Jam 07.30 - 11.00 WIB
- c. Hari buka Puskesmas Pembantu (Pustu) :
Senin dan Kamis : Pustu Merjosari dan Sumber Sari
Rabu : Pustu Tunggul Wulung dan Tlogomas
- d. Pelayanan imunisasi di Puskesmas :
Hari Senin : Campak & BCG
Setiap hari : DPT, Polio, Hepatitis, TT

Alur untuk masing-masing pelayanan di Puskesmas Dinoyo disajikan dalam lampiran.

B. Penyajian Data Fokus Penelitian

1. Kinerja Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan di Poli Umum

a. Kualitas SDM

Salah satu pilar reformasi sistem kesehatan adalah pemberdayaan SDM (Sumber Daya Manusia) kesehatan. Standardisasi kinerja SDM kesehatan merupakan salah satu wujud dari proses pemberdayaan SDM di bidang kesehatan sehingga mereka mampu bekerja secara profesional di bidangnya masing-masing.

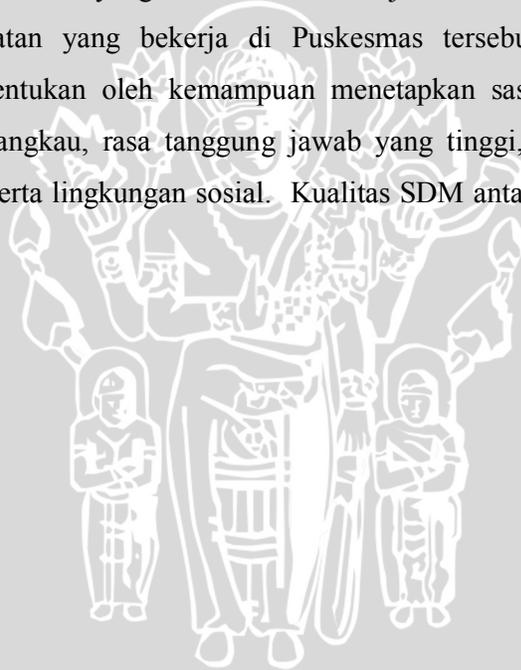
Kualitas SDM antara lain mencerminkan kemampuan yang dilandasi oleh pengetahuan, keterampilan dan didukung oleh sikap kerja. Hasil wawancara dengan ibu Elief selaku petugas Poli Umum mengatakan bahwa:

“Kualitas mengacu pada unjuk kerja dan syarat kerja, yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan kemahiran. Artinya bukan saja faham akan ilmunya, tetapi mampu mengaplikasikan dan bertindak sesuai keilmuan yang diamalkannya pada setiap pelayanan kesehatan yang diberikan.” (hasil wawancara pada tanggal 8 Juni 2010).

Senada dengan pernyataan tersebut, petugas pelayanan Poli Umum Ibu Elief mengatakan bahwa:

“Yang menjadi ukuran kemampuan dari seorang petugas kesehatan adalah berdasarkan SDM (SDM itu sendiri, Memiliki SDM yang harus sesuai dengan bidangnya pada penempatan kerja misalnya pada gizi, KIA, Poli Umum, Gigi, maupun di Laboratorium” (hasil wawancara pada tanggal 8 Juni 2010).

Faktor utama yang menentukan kinerja Puskesmas adalah mutu tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas tersebut. Mutu tenaga kesehatan ditentukan oleh kemampuan menetapkan sasaran kerja yang tepat dan terjangkau, rasa tanggung jawab yang tinggi, pendidikan dan latihan kerja serta lingkungan sosial. Kualitas SDM antara lain ditentukan oleh :



Tingkat Pendidikan

Tabel 4
Jenjang Pendidikan dan Jabatan Petugas Kesehatan
di Puskesmas Dinoyo, Tahun 2010

No	Nama / NW	Golongan	Jabatan
1	Drg. Wuryaningsih	Pembina TK 1, IV	Kepala Puskesmas
2	Dr. Herlin Kisworini	Pembina IV A	Kepala Bagian Poli MA
3	Dr. Hari Sukanto Adi	Pembina IV A	Dokter umum
4	Drg. Angelique	Pembina IV A	Dokter gigi
5	Drg. Elly Nawangsih	Pembina IV A	Kepala Bagian Poli
6	Lilik Darwati B Sc	Penata TK U III D	
7	Pancaning Utami	Penata TK I/ III D	
8	Rieke Djohar M	Penata III C	Asisten apoteker
9	Mardiyah	Penata III C	Perawat gigi
10	Dr. Farid Setiawan	Penata Muda III B	Dokter umum
11	Sukemi	Penata III C	Bidan
12	Hasanah	Penata Muda III B	Perawat
13	Sri Rahayu	Penata Muda III B	Perawat
14	M. Sri Purwanti	Penata Muda III B	Bidan
15	Juwari	Penata Muda III B	Kasubag TU
16	Kholifah	Penata Muda III A	TU
17	Makarti	Penata Muda III A	TU
18	Elief Yuniarti	Pengatur IID	Perawat
19	Budi Ari Bowo	Pengda IID	Analisis Laboratorium
20	Lindung Indriati	Pengatur II C	Perawat
21	Yuji Rahayu	Pengatur II C	Pelaksana Gin
22	Tjitjik Agul Karjani	Pengatur II C	TU
23	Gema Olin	Pengatur II C	Tekniker Gigi
24	Ary. W A. Md Kes Gigi	c Pengatur II C	Perawat gigi
25	Lutfiana Ariefiyanti	Pengatur II C	Asisten apoteker
26	Yuni Diah A.Md Keb	Pengatur II C	Bidan
27	Koko Sujianto	CPNS II A	Sow
28	Ninik Indrawati		- Bidan PTT
29	Kirin Diawati		- Bidan PTT
30	Bandriani		- TU
31	Agus Harianto		- TU

Sumber : Arsip daftar hadir PNS Puskesmas Dinoyo, 2010

1) Program Pengembangan SDM

Memiliki SDM kesehatan yang berkualitas dipercaya akan mampu mendorong upaya peningkatan mutu pelayanan publik, untuk itu perlu program-program yang mendukung peningkatan kualitas petugas kesehatan di Puskesmas.

Selain tingkat pendidikan, kualitas SDM juga ditentukan oleh pengembangan SDM. Pengembangan adalah suatu usaha untuk meningkatkan kemampuan teknis, teoritis, konseptual dan moral karyawan sesuai dengan kebutuhan pekerjaan/jabatan melalui pendidikan dan latihan. Pendidikan adalah segala usaha untuk membina kepribadian dan mengembangkan kemampuan individu. Latihan adalah bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan ketrampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku, dalam waktu yang relatif singkat dan dengan metode yang lebih mengutamakan praktek daripada teori. Hal ini sebagaimana tercermin dari hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Ibu Wury yang mengatakan bahwa:

“Untuk meningkatkan kualitas petugas kesehatan, Dinas Kesehatan mengadakan pelatihan-pelatihan atau Diklat, loka karya mini dan dari Puskesmas sendiri terdapat program Klinik Siang, dimana satu sampai dua orang petugas memberikan ilmunya, pengetahuannya, dan wawasannya kepada petugas lain yang sama dengan bidang yang digelutinya. Kemudian program KBK (Kemampuan Berbasis Kompetensi), yang acuannya pada Gugus Kendali Mutu, bertujuan untuk memecahkan masalah di Puskesmas. Dengan adanya program-program tersebut, petugas mendapatkan ilmu untuk lebih meningkatkan kualitas masing-masing dan stall petugas” (hasil wawancara pada tanggal 9 Juni 2010).

Program pengembangan SDM di Puskesmas Dinoyo dilakukan sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku. Sebagai aparatur atau pegawai negeri sipil, ada dua macam Diklat yang dapat diikuti oleh karyawan Puskesmas, yaitu diklat fungsional dan diklat teknis.

Diklat fungsional merupakan diklat yang diperuntukkan bagi petugas yang menduduki jabatan fungsional tertentu yang dilakukan sebagai pembekalan bagi yang bersangkutan untuk melaksanakan tugas,

tanggung jawab dan kewajibannya selanjutnya. Berikut macam-macam diklat fungsional yang khusus di poli umum :

- a) Diklat fungsional tenaga Dokter, pada tahun 2010 diikuti oleh 3 orang dokter umum.
- b) Diklat fungsional tenaga Perawat, pada tahun 2010 diikuti oleh 5 orang tenaga perawat.
- c) Diklat fungsional tenaga Epidemiologi Kesehatan, pada tahun 2010 diikuti oleh 5 orang tenaga Epidemiologi Kesehatan.

Diklat teknis merupakan diklat fungsional tambahan bagi karyawan yang dalam tugas fungsionalnya disertai bidang pekerjaan tertentu yang diharuskan memiliki keahlian lebih terhadap bidang pekerjaan tersebut. Berikut macam-macam diklat teknis yang ada di Puskesmas Dinoyo :

- a) Diklat teknis Petugas TBC Puskesmas, pada tahun 2010 diikuti oleh 2 orang bidan, 1 orang analis laboratorium, dan 1 orang pekary kesehatan.
- b) Diklat teknis Petugas Diare Puskesmas, pada tahun 2010 diikuti oleh 1 orang bidan, 1 orang perawat, 1 orang analis laboratorium, dan 1 orang sanitarian kesehatan.
- c) Diklat teknis Petugas Kusta Puskesmas, pada tahun 2010 diikuti oleh 2 orang bidan, 1 orang analis laboratorium, dan 1 orang pekary kesehatan.
- d) Diklat teknis petugas Laboratorium Puskesmas, pada tahun 2010 diikuti oleh 1 orang analis laboratorium.

b. Kondisi Sarana dan Prasarana Puskesmas

Sarana dan prasarana kesehatan merupakan bagian yang sangat penting dalam peningkatan kinerja pelayanan Puskesmas. Sarana dan prasarana Puskesmas yang lengkap akan berpengaruh terhadap pelayanan pasien. Kondisi sarana dan prasarana yang diamati dalam penelitian ini yaitu :

1. Kondisi Fisik Puskesmas

Salah satu hal yang dapat menjamin kualitas pelayanan Puskesmas adalah kondisi fisik yang baik yang dapat menjamin keberhasilan perawatan terhadap pasien. Kondisi fisik tersebut menyangkut bangunan puskesmas, perlengkapan puskesmas serta kebersihan lingkungan puskesmas.

Dari hasil survei lapangan menunjukkan bahwa kondisi bangunan Puskesmas Dinoyo tergolong baik, begitu pula dengan perlengkapan lain seperti sarana transportasi, komunikasi dan kelengkapan lain serta kebersihan lingkungan sangat baik.

Hasil wawancara dengan Drg. Wury sebagai pimpinan Puskesmas Dinoyo mengatakan :

“Secara keseluruhan kondisi fisik Puskesmas sudah sangat baik, kondisi bangunan senantiasa dipelihara, demikian pula dengan lingkungan Puskesmas senantiasa diperhatikan agar senantiasa bersih, sehingga tempat ini menjadi tempat yang nyaman dan sehat bagi masyarakat pengguna jasa (pasien). Kondisi peralatan dan perlengkapan Puskesmas baik perlengkapan medis maupun perlengkapan penunjang lainnya juga dalam keadaan memadai. Hal ini merupakan upaya agar Puskesmas ini senantiasa mampu menjalankan fungsi dengan optimal sebagai salah satu wadah untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.” (hasil wawancara pada tanggal 9 Juni 2010)

2. Ketersediaan obat

Ketersediaan obat-obatan merupakan hal yang mutlak bagi suatu Puskesmas, karena obat merupakan kebutuhan primer bagi Puskesmas, tanpa obat maka perawatan pasien tidak dapat dilakukan. Obat diperlukan untuk menjamin kontinuitas pelayanan pasien di Puskesmas, berhubungan dengan tugas utama Puskesmas. Ketersediaan obat di Puskesmas Dinoyo sudah memadai. Hal ini diketahui dari hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas yaitu :

“Obat-obatan selalu tersedia secara memadai, karena ketersediaannya selalu diperiksa. Karena ketersediaan obat ini sangat berpengaruh terhadap efektivitas pelayanan terhadap pasien.” (hasil wawancara pada tanggal 9 Juni 2010)

3. Ketersediaan Peralatan medis

Dalam merawat pasien di Puskesmas, tenaga kesehatan memerlukan peralatan medis, peralatan medis tersebut sangat besar manfaatnya untuk melakukan tindakan medis demi keselamatan pasien. Peralatan medis di Puskesmas Dinoyo sudah memadai. Dari hasil observasi setiap bagian terlihat memiliki peralatan sebagaimana layaknya balai kesehatan. Dari hasil wawancara yang dilakukan dengan Bp. Juwari sebagai Kasubag TU diperoleh informasi sebagai berikut :

“Peralatan medis di Puskesmas Dinoyo sangat memadai dan selalu dijaga, baik kebersihan maupun perawatannya. Hal ini menyebabkan tingkat daya guna peralatan masih berfungsi dengan baik. Peralatan tersebut berasal dari Pemda Kota Malang.” (hasil wawancara pada tanggal 10 Juni 2010)

4. Ketersediaan fasilitas penunjang

Untuk memperlancar kerja tenaga kesehatan di Puskesmas dibutuhkan peralatan penunjang yang dapat membantu tenaga kesehatan dalam merawat pasien. Fasilitas penunjang dimaksud antara lain berupa meja, kursi, lemari, kulkas, mobil ambulance, alat komunikasi, kendaraan bagi tenaga kesehatan dan lain-lain. Dari survei langsung menunjukkan bahwa fasilitas penunjang yang ada di Puskesmas Dinoyo sudah cukup memadai. Fasilitas penunjang tersebut hingga kendaraan. Ketersediaan fasilitas penunjang ini sangat membantu kelancaran pekerjaan pelayanan kesehatan di Puskesmas bersangkutan.

Hasil wawancara dengan Bp. Juwari menyatakan,

“Fasilitas penunjang sudah cukup memadai meskipun masih terdapat beberapa peralatan yang belum ada, namun fasilitas yang ada saat ini semuanya masih berfungsi dengan baik”. (hasil wawancara pada tanggal 10 Juni 2010).

c. Pendistribusian tenaga kesehatan

Efektivitas organisasi kesehatan ditentukan oleh 3 (tiga) faktor yaitu manusia, organisasi dan lingkungan. Faktor manusia dilihat dari kemampuan, motivasi kerja dan peranan. Faktor organisasi dilihat dari kepemimpinan, hubungan antar individu dalam kelompok. Untuk mengembangkan organisasi ke arah yang lebih mapan maka penempatan tenaga kesehatan harus sesuai dengan keahlian masing-masing tenaga kesehatan.

1) Jumlah tenaga kesehatan di Poli Umum

Hasil pengamatan tentang jumlah pegawai/tenaga kesehatan diperoleh hasil bahwa jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Dinoyo secara umum telah mencukupi untuk melayani pasien namun masih diperlukan tambahan untuk mengisi kekurangan yang ada. Hal ini sebagaimana hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas sebagai berikut :

”Memang petugas pelayanan kesehatan Puskesmas ini masih kurang, sehingga terkadang petugas Puskesmas merangkap tugas dari petugas lainnya ketika petugas lainnya terdapat jadwal di Pustu (Puskesmas Pembantu) maupun Puskeling (Puskesmas Keliling). Dengan keadaan ini kami berharap mendapat tambahan tenaga lagi sehingga pelayanan kesehatan tidak terganggu” (hasil wawancara tanggal 10 Juni 2010).

2) Pelaksanaan program kesehatan

Sebagian besar pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah mencapai sasaran. Program kesehatan yang dijalankan oleh Poli Umum Puskesmas Dinoyo adalah :

- Upaya Promosi Kesehatan
- Upaya Kesehatan Lingkungan
- Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
- Upaya Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Menular
- Upaya Pengobatan
- Upaya Kesehatan Sekolah
- Upaya Kesehatan Olah Raga
- Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- Upaya Kesehatan Kerja
- Upaya Kesehatan Jiwa
- Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional
- Klinik IMS
- Klinik PKPR
- Klinik KPD
- Klinik Sanitasi

- Klinik Konsultasi Gizi
- Klinik Konsultasi Penyakit Dalam
- Pusat Penanganan Gizi Buruk
- ISO
- Pembuangan limbah sesuai IPAL
- Apotik
- Pemeriksaan Kesehatan Jamaah Haji
- Pemeriksaan Kesehatan Untuk Memperoleh Keterangan Sehat/ Sakit
- Kunjungan Rumah.
- Surveillance Epidemiologi.
- UKS.
- Penyehatan Lingkungan.
- Pertemuan rutin lintas program/mini lokakarya, klinik siang, morning report dan diskusi kasus
- Pertemuan lintas sektor (TOMA, BPS, Kader, guru UKS, Muspika)

Pimpinan Puskesmas Dinoyo, Drg. Wuryaningsih,
mengungkapkan :

”Pelaksanaan program kesehatan tersebut relatif sudah mencapai sasaran meskipun beberapa di antaranya belum sepenuhnya berhasil, namun kami terus berupaya untuk mencapai tingkat keberhasilan yang tinggi. Dan sejauh ini semua program yang direncanakan berhasil dengan baik dan kendala dalam pelaksanaannya sebisanya dapat diatasi” (hasil wawancara tanggal 10 Juni 2010).

3) Keterlibatan tenaga kesehatan pada pelaksanaan program kesehatan

Pelaksanaan program kesehatan pada Puskesmas harus melibatkan berbagai pihak untuk memudahkan pelaksanaannya. Masing-masing tenaga kesehatan, telah diberi tugas untuk melaksanakan program kesehatan sesuai dengan tugas yang diberikan.

Keterlibatan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah cukup baik, dimana semua tenaga kesehatan dilibatkan secara langsung dalam kegiatan yang dilakukan. Dari hasil wawancara dengan pimpinan puskesmas didapatkan informasi berikut :

“Di Puskesmas ini, semua tenaga kesehatan terlibat dalam

pelaksanaan program kesehatan disesuaikan dengan disiplin keilmuan, dan kecakapan lain yang dimiliki oleh masing-masing. Hal ini penting mengingat banyaknya program kesehatan yang harus dijalankan dan masyarakat yang meminta jasa pelayanan juga semakin banyak dan beragam jenisnya. Keterlibatan setiap petugas dalam pelaksanaan program kesehatan setidaknya harus dilandasi oleh rasa pengabdian dan motivasi yang tinggi, karena tanpa itu maka pelaksanaannya tidak akan mencapai hasil yang optimal. Dan pada Puskesmas Dinoyo tingkat keberhasilan yang dicapai sudah memuaskan” (hasil wawancara tanggal 12 Juni 2010).

4) Pengawasan

Pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun di puskesmas lebih difokuskan pada upaya promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif) dengan tidak mengabaikan upaya kuratif-rehabilitatif. Selain itu, pelayanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas bukan hanya kepada individu (pasien), tetapi juga keluarga dan masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan yang dilakukan merupakan pelayanan kesehatan yang paripurna (komprehensif dan holistik).

Puskesmas merupakan sub sistem pelayanan kesehatan yang pada dasarnya melaksanakan dua jenis pelayanan; (1) pelayanan kesehatan dan (2) pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan yang diberikan adalah pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan keperawatan. Pelayanan yang dilakukan di puskesmas meliputi; gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap, sedangkan di puskesmas hanya pelayanan; gawat darurat (kearah pertolongan pertama) dan rawat jalan. Untuk dapat terlaksananya berbagai bentuk layanan secara efektif dan efisien, maka unsur pengawasan sangat penting.

Dari hasil wawancara dengan pimpinan Puskesmas menyatakan :

”Pengawasan yang dilakukan pada Puskesmas Dinoyo terhadap tenaga kesehatan sudah cukup maksimal. Pengawasan ini bukan hanya dilakukan di kantor tetapi juga di lapangan di mana para petugas kesehatan melaksanakan tugasnya. Dengan adanya pengawasan tersebut, maka semua petugas akan bekerja sesuai dengan tugas masing-masing dan dapat mencapai hasil yang maksimal dan memberikan kualitas layanan yang tinggi.” (hasil wawancara tanggal 12 Juni 2010).

5) Penyuluhan kepada masyarakat

Penyuluhan kesehatan kepada masyarakat merupakan salah satu program kesehatan yang selalu diadakan di Puskesmas Dinoyo. Penyuluhan kesehatan tersebut dilakukan secara menyeluruh oleh petugas kesehatan di Puskesmas Dinoyo berdasarkan disiplin ilmu masing-masing.

Adapun penyuluhan-penyuluhan yang biasa dilaksanakan oleh Poli Umum, dapat diketahui dari hasil wawancara dengan Ibu Elief selaku petugas poli umum mengatakan bahwa:

“Kegiatan penyuluhan yang dilakukan antara lain penyuluhan tentang sanitasi, UKS, tentang penyebaran penyakit menular, penyuluhan tentang demam berdarah. Penyuluhan antara lain dilakukan di sekolah-sekolah dan di Kelurahan (hasil wawancara pada tanggal 12 Juni 2010).”

d. Proses pelayanan kesehatan

Proses pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah berjalan sebagaimana mestinya dan juga memberikan hasil yang optimal. Menurut pimpinan Puskesmas Dinoyo :

“Proses pelayanan kesehatan di Puskesmas ini berjalan lancar, hal ini karena dalam pelaksanaannya pelayanan kesehatan pada Puskesmas ini dilakukan berdasarkan janji layanan, kebijakan mutu yang ditetapkan dan budaya pelayanan.” (hasil wawancara pada tanggal 10 Juni 2010).

Sehubungan dengan proses pelayanan kesehatan pada Poli Umum Puskesmas Dinoyo, terdapat beberapa aspek yang diamati dalam penelitian ini :

1) Kemudahan prosedur layanan

Kemudahan prosedur layanan berkaitan dengan kemudahan memperoleh informasi layanan, kemudahan dalam proses layanan artinya layanan tidak berbelit-belit, kemudahan dalam mengadakan hubungan atau komunikasi atau konsultasi dan sebagainya.

Kemudahan prosedur layanan di Puskesmas Dinoyo dapat ditinjau dari hasil wawancara dengan bapak Juwari selaku Kepala bagian TU yang mengatakan bahwa:berikut :

”Prosedur setiap pelayanan di Puskesmas mirip satu dengan yang lainnya, termasuk mudah, pasien tinggal menunjuk Poli mana yang

akan dituju, memberikan kartu berobat, selesai sudah. Baik itu pasien umum, pasien pengguna askes, maupun pasien pengguna jamkesmas tidak ada bedanya. Yang penting kita telah menangani sesuai dengan prosedur pelayanan di Puskesmas.” (hasil wawancara pada tanggal 10 Juni 2010).

Hal ini juga dipertegas oleh salah satu responden yang mengatakan bahwa:

“Saya datang langsung menuju loket sambil menunjukkan kartu Jamkesmas saya, kemudian ditanyai ke poli mana dan saya dipersilahkan nunggu dulu di tempat tunggu yang disediakan Puskesmas. Sekitar 10 menitan nama saya dipanggil dan langsung masuk ke Poli Umum. Saat di Poli saya ditanyai macam-macam mengenai keluhan saya, trus karena sakit saya membutuhkan pengobatan dan penanganan yang lebih lengkap di RS dan di beri surat keterangan rujukan untuk ke RSU Saiful Anwar” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Hasil wawancara ini sesuai dengan hasil pengamatan yang telah dilakukan oleh peneliti selama di lapangan bahwa pasien langsung menuju ke loket pendaftaran dan menyerahkan kartu berobat, kemudian dilakukan pendataan, dan pasien dipersilahkan untuk duduk dulu di ruang tunggu sambil menunggu dipanggil untuk masuk ke poli yang telah dipilih.

2) Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yang diberikan

Untuk menjaga kualitas pelayanan terhadap masyarakat yang berobat di Puskesmas Dinoyo, petugas Puskesmas dalam menjalankan tugasnya selalu memperhatikan kesesuaian antara persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yang diberikan. Hal ini dilakukan agar masyarakat yang membutuhkan pelayanan selalu merasa puas.

Hal ini sebagaimana terungkap dari hasil wawancara dengan Ibu Siti, mengatakan bahwa :

”Pelayanan di Puskesmas ini selalu diupayakan agar memberikan kepuasan kepada pasien. Oleh karena itu terhadap setiap petugas sangat ditekankan agar memberikan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan dan sesuai pula dengan persyaratan dalam memberikan pelayanan.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

3) Kecepatan proses pelayanan

Keberhasilan penanganan penyakit sangat tergantung pada kecepatan dan ketepatan penanganan, berdasarkan buku pedoman tentang lama pelayanan maksimal yang diberikan oleh Puskesmas kepada setiap pasien yaitu:

- Pendaftaran di loket membutuhkan waktu maksimal selama 10 menit
- Pelayanan di poli umum pada pemeriksaan medis maksimal 15 menit dan pelayanan di poli umum pada tindakan medis maksimal 60 menit
 - Pemeriksaan laboratorium membutuhkan waktu maksimal 60 menit
 - Pelayanan apotek / obat pada obat racikan membutuhkan waktu maksimal 30 menit dan pelayanan apotek / obat pada obat non racikan membutuhkan waktu maksimal 15 menit

Tetapi ketika pasien yang datang banyak pada hari-hari tertentu dapat mempengaruhi kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan, sesuai dengan hasil wawancara dengan oleh petugas pelayanan umum Ibu Elief yang mengatakan bahwa:

“Kecepatan penanganan terhadap pasien itu dipengaruhi sedikit banyaknya pasien, ketika jumlah pasien normal petugas dapat memberikan penanganan semaksimal mungkin, lain halnya pada pasien sedang banyak maka waktu penanganan yang di berikan kepada pasien sedikit berkurang, dikarenakan agar seluruh pasien dapat mendapatkan penanganan dari petugas kesehatan.”(hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Menyangkut masalah kecepatan penanganan pasien, Ibu Elief selaku petugas pelayanan poli umum juga menambahkan bahwa:

“Selain banyaknya pasien, indikator kecepatan penanganan adalah petugas pelayanan tidak merangkap tugas lain seperti di lapangan. Tetapi di Puskesmas Dinoyo ini petugas pelayanan banyak yang merangkap tugas karena petugas terkadang sedang bertugas ke Pustu (Puskesmas Pembantu) ataupun Puskeling (Puskesmas Keliling) berdasarkan jadwal yang tertulis. Sehingga tenaga kesehatan yang bertugas menjadi sedikit.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Hal ini diperjelas oleh Ibu Makarti selaku petugas yang mengatakan bahwa:

“Saya biasanya yang bertugas di Pustu setiap hari selasa dan

jumat, dan petugas lainnya terdapat jadwal sendiri untuk bertugas di Pustu maupun di Puskesmas.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti di lapangan, kecepatan penanganan yang diberikan petugas Puskesmas kepada pasien sesuai standar pelayanan kesehatan Puskesmas. Setiap pasien langsung mendapatkan penanganan sesuai nomor unit antrian. Rentangan waktu yang dibutuhkan pada pelayanan kesehatan ibu dan anak berkisar 10 menit sampai 15 menit kecuali pada saat pasien yang datang banyak. Tetapi pelayanan yang diberikan pada loket pendaftaran masih bersifat konvensional sehingga memungkinkan terjadi penumpukan antrian pasien ketika pengunjungnya ramai.

Hal senada juga dikatakan oleh salah satu responden bernama ibu Dewi berikut ini:

“Saya langsung mendapat penanganan setelah mengantri tidak lebih dari 10 menit dan waktu untuk mendaftar di loket pendaftaran juga cepat, tetapi biasanya hari Senin dan Rabu pengunjungnya ramai, jadi agak lama menunggu antriannya karena bersamaan dengan imunisasi.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Tetapi terdapat salah satu responden mengeluhkan kecepatan penanganan di Puskesmas Dinoyo yang bernama ibu Yana, dia mengatakan bahwa:

“Yang susah itu kalo pas pengunjung ramai, antriannya panjang sekali, capek nunggu. Apalagi kalo tugasnya cuma sedikit kita bisa nunggu sampai setengah jam-an di depan loket pendaftaran.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara seperti dinyatakan di atas, maka dapat dikatakan, bahwa pelayanan kepada pasien sedikit terpengaruhi oleh banyak sedikitnya pasien dan jumlah petugas yang sedang berada di tempat.

2. Tingkat Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo

Tingkat pelayanan kesehatan dalam penelitian ini akan diungkap melalui :

a. Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan pada Puskesmas Dinoyo Kota Malang terdiri atas pelayanan medis dan pelayanan penunjang.

1) Pelayanan medis

Pelayanan Medis, meliputi : Poli Umum, Poli Gigi, Poli KIA/KB, Uni Gawat Darurat.

2) Pelayanan Penunjang, meliputi :

- Locket : setiap hari
- Kamar obat : setiap hari
- Laboratorium : setiap hari kecuali jumat
- Rontgen gigi : setiap hari
- Ambulan : setiap hari kerja
- Klinik Sanitasi : setiap hari sabtu

Hal ini sesuai dengan hail wawancara dengan salah satu responden yang bernama Ibu Lely :

“Saya datang ke Puskesmas Dinoyo untuk periksa kesehatan, sudah beberapa hari ini saya sakit mual-mual.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010)

Hal senada juga diungkapkan Ibu Ani yang sedang memeriksakan anaknya yang pilek mengatakan bahwa:

“Saya sedang memeriksakan anak saya yang lagi batuk, sudah 3 hari belum juga sembuh. Makanya saya bawa ke Puskesmas biar dapat obat.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010)

b. Prosedur pelayanan di Poli Umum Puskesmas Dinoyo Malang

Mekanisme pelayanan pada Poli Umum Puskesmas Dinoyo didasarkan pada Perda kota Malang No. 19 Tahun 2008 :

Hari buka:

Senin-Kamis	: Jam 07.30 – 12.00
Jum'at	: Jam 07.30 – 10.00
Sabtu	: Jam 07.30 – 11.00

Konsultasi Penyakit Dalam :

Jumat ke 2 dan ke 4

Konsultasi Penyakit Kulit :

Setiap hari sabtu

Pelayanan laboratorium :

Senin, Selasa, Rabu, Kamis dan Sabtu

Sedangkan prosedur adalah tata tertib mengenai cara-cara yang harus dipenuhi dalam melaksanakan atau mendapatkan sesuatu. Prosedur pelayanan kesehatan adalah suatu urutan tahap demi tahap serta jalan yang harus ditempuh oleh penderita untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan.

Berdasarkan pedoman pelayanan kesehatan di Puskesmas, secara umum alur pelayanan pasien sebagai berikut:

- 1) Pasien datang ke puskesmas, mendaftar di loket pendaftaran:
 - a. Pasien Baru membawa identitas diri dan pasien lama membawa kartu berobat.
 - b. Pasien mengutarakan poliklinik yang akan dituju kepada petugas loket pendaftaran.
 - c. Pasien umum membayar retribusi biaya pelayanan kesehatan, Pasien Askes/ Jamkesmas menunjukkan kartu Askes/ Jamkesmas.
 - d. Pasien disiapkan dan diberikan berkas rekam medis untuk dibawa ke Poli atau pelayanan yang dituju.
- 2) Pelayanan di Poli Umum dengan kemungkinan
 - a. Perlu pemeriksaan laboratorium
 - b. Perlu konsultasi antar klinik
 - c. Perlu tindakan medis
 - d. Pelayanan apotek/ obat untuk memperoleh obat
 - e. Perlu pengobatan/ dirujuk ke RS.

(Sumber : Puskesmas Dinoyo Malang)

Berikut hasil wawancara dengan pimpinan Puskesmas :

“Bentuk pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Dinoyo dibedakan atas pelayanan medis dan pelayanan penunjang. Pelayanan medis meliputi Poli Umum, Poli Gigi, Poli KIA/KB, Unit Gawat Darurat. Sedangkan pelayanan penunjang meliputi pelayanan loket, pelayanan obat, Laboratorium, Rontgen gigi, Pelayanan Konsultasi Psikologi, Klinik IMS, Klinik Sanitasi dan klinik Gizi”. (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010)

Bapak Juwari selaku kepala sub bagian TU mengatakan bahwa:

“Setiap pasien yang berobat harus menunjukkan kartu berobatnya

terlebih dahulu kepada petugas loket pendaftaran. Kalau ban' pertama kali berobat ke Puskesmas, membawa KTP untuk dilakukan pencatatan identitas pasien. Kemudian pasien tunggu di ruang tunggu sambil menunggu giliran dipanggil untuk masuk ke Poli yang diinginkan.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Prosedur pelaksanaan layanan pada Poli umum Puskesmas Dinoyo Kota Malang sebagai berikut.

1) Syarat

- Membawa Kartu Berobat
 - Membawa Kartu ASKES bagi pengguna Layanan ASKES
 - Membawa Kartu JAMKESMAS bagi pengguna Layanan JAMKESMAS
 - Membawa Kartu JAMKESMASDA bagi pengguna Layanan JAMKESMASDA
- Setiap pelanggan harus mengambil nomor antrean di loket pendaftaran
- Setiap pelanggan akan dipanggil sesuai nomor antrian untuk mendaftar di loket
- Setiap pelanggan menunggu di ruang Poli Umum untuk dipanggil sesuai dengan urutan rekam medik

2) Biaya

Membayar biaya pelayanan (tindakan) sesuai tarif PERDA kecuali pemegang kartu ASKES, JAMKESMAS, JAMKESMASDA.

3) Waktu – Lama Pelayanan

Waktu:

Senin – Kamis : 07.30 – 12.00 WIB

Jum'at : 07.30 – 10.00 WIB

Sabtu : 07.30 – 11.00 WIB

Lama pelayanan:

Per penderita membutuhkan waktu pemeriksaan dan tindakan: 5 – 60 menit

4) Spesifikasi Produk / hasil Pelayanan yang akan diterima pelanggan:

- Pelayanan medis
- Resep-obat

- Surat pengantar pemeriksaan laboratorium
 - Surat rujukan
 - Surat keterangan sehat
 - Surat keterangan istirahat karena sakit
- 5) Kompetensi petugas
- Dokter umum : 3
 - Perawat : 3
 - Tenaga loket : 1
- 6) Sarana dan Prasarana
- Ruang tunggu
 - WC / kamar mandi
 - Kamar obat
 - Laboratorium
 - Kotak saran/kritikan/keluhan
 - Konseling gizi/sanitari
 - Mobil ambulance
 - Unit Gawat darurat
 - Papan informasi pelayanan
 - Kursi roda (lansia, ibu hamil atau cacat)
 - Tempat parkir
- 7) Pelayanan Informasi dan Pengaduan
- Pelanggan memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di puskesmas
 - Mendapat informasi pelayanan sesuai dengan standar pelayanan
 - Mendapat informasi atas :
 - Penyakit yang diderita
 - Tindakan medis yang akan dilakukan
 - Kemungkinan efek samping penyakit sebagai akibat tindakan tersebut dan cara mengatasinya atau alternatif.
- 8) Kompensasi
- Mendapat kompensasi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan

oleh tenaga kesehatan.

Alur / Prosedur layanan poli umum dinyatakan dalam lampiran.

Pelayanan Loker (Pendaftaran dan Rekam Medis)

a) Syarat

- Membawa Kartu Berobat
- Membawa Kartu ASKES bagi pengguna Layanan ASKES
- Membawa Kartu JAMKESMAS bagi pengguna Layanan JAMKESMAS
- Membawa Kartu JAMKESMASDA bagi pengguna Layanan JAMKESMASDA
- Setiap Pelanggan harus mengambil nomer antrean di Loker pendaftaran
- Setiap pelanggan akan dipanggil sesuai nomer antrean untuk mendaftar di loket

b) Waktu – Lama Pelayanan

Senin – Kamis : 07.30 – 12.00 WIB

Jum'at : 07.30 – 10.00 WIB

Sabtu : 07.30 – 11.00 WIB

Per penderita membutuhkan waktu :

- Membawa kartu berobat : 5 - 10 menit
- Tidak membawa kartu berobat : 10 – 15 menit
- Pasien baru : 10 – 15 menit

d) Prosedur pelayanan

- Datang sendiri atau dengan pendamping bila perlu
- Membawa persyaratan sebagaimana yang dimaksud huruf (a)
- Melalui alur loket sebagaimana Gambar 10.

e) Spesifikasi Produk / hasil Pelayanan yang akan diterima pelanggan:

Kartu status penderita

f) Kompetensi petugas

- Tenaga loket : 1

g) Sarana dan Prasarana

- Ruang tunggu
- WC / kamar mandi
- Kotak saran/kritikan/keluhan
- Papan informasi pelayanan
- Tempat parkir

h) Pelayanan Informasi dan Pengaduan

- Pelanggan memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di puskesmas
- Mendapat informasi pelayanan sesuai dengan standart pelayanan

i) Kompensasi

- Mendapat kompensasi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan

Pelayanan Obat

a) Syarat

- Membawa resep obat dari masing – masing unit pelayanan

b) Waktu – Lama Pelayanan

Senin – Kamis : 07.30 – 12.00 WIB

Jum'at : 07.30 – 10.00 WIB

Sabtu : 07.30 – 11.00 WIB

Per penderita membutuhkan waktu : 5 – 30 menit

- Obat non puyer : 2 – 4 menit
- Obat puyer: 5 – 10 menit

c) Alur / Prosedur layanan

Diagram Alir Pelayanan Farmasi dalam lampiran.

d) Prosedur pelayanan

- Datang sendiri atau dengan pendamping bila perlu
- Membawa persyaratan sebagaimana yang dimaksud huruf (a)
- Melalui alur loket sebagaimana dimaksud huruf (d)

e) Spesifikasi Produk / hasil Pelayanan yang akan diterima pelanggan :

- Obat
- Copy resep

- f) Kompetensi petugas
- Tenaga Asisten Apoteker : 2
- g) Sarana dan Prasarana
- Ruang tunggu
 - WC / kamar mandi
 - Kotak saran/kritikan/keluhan
 - Papan informasi pelayanan
 - Tempat parkir
- h) Pelayanan Informasi dan Pengaduan
- Pelanggan memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di puskesmas
 - Mendapat informasi pelayanan sesuai dengan standart pelayanan
 - Mendapat informasi atas :
 - Macam obat/jenis obat
 - Fungsi dan guna obat
 - Kemungkinan efek samping obat dan cara mengatasinya
- i) Kompensasi
- Mendapat kompensasi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Laboratorium

- a) Syarat
- Membawa surat permintaan pemeriksaan laboratorium dari masing-masing unit
- b) Biaya
- Pembayaran biaya di Laborat setelah mendapat pelayanan
 - Membayar biaya pelayanan sesuai tarif PERDA kecuali pemegang kartu ASKES, JAMKESMAS, JAMKESMASDA
- c) Waktu – Lama Pelayanan
- Senin – Kamis : 07.30 – 12.00 WIB
- Sabtu : 07.30 – 11.00 WIB
- Per penderita membutuhkan waktu :

Pengambilan sediaan : 5 – 10 menit

Pemeriksaan : 5 – 120 menit

d) Alur / Prosedur pelayanan

Alur pelayanan diperlihatkan pada Lampiran.

e) Prosedur pelayanan

- Datang sendiri atau dengan pendamping bila perlu
- Membawa persyaratan sebagaimana yang dimaksud huruf (a)
- Melalui alur loket
- Melakukan pembayaran di Laborat setelah mendapat pelayanan

f) Spesifikasi Produk / hasil Pelayanan yang akan diterima pelanggan:

Hasil pemeriksaan laboratorium

g) Kompetensi petugas

- Tenaga Analis laboratorium : 1 orang

h) Sarana dan Prasarana

- Ruang tunggu
- WC / kamar mandi
- Kotak saran/kritikan/keluhan
- Papan informasi pelayanan
- Tempat parkir

i) Pelayanan Informasi dan Pengaduan

- Pelanggan memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di puskesmas
- Mendapat informasi pelayanan sesuai dengan standart pelayanan
- Mendapat informasi atas :
 - Tindakan medis yang akan dilakukan

j) Kompensasi

Mendapat kompensasi akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

c. Pelayanan Medis

Mengenai pelayanan medis yang akan diterima oleh peserta pemegang kartu jamkesmas sesuai dengan pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin 2008, maka

pelayanan kesehatan komprehensif di Puskesmas dan jaminannya tersebut meliputi antara lain:

- 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan:
 - a) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - b) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - c) Tindakan medis kecil
 - d) Pemberian obat
- 2) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan:
 - a) Akomodasi rawat inap
 - b) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan
 - c) Tindakan medis kecil
 - d) Pemberian obat

Dan pelayanan medis yang baik menyangkut delapan prinsip, seperti hasil wawancara dengan pimpinan puskesmas mengatakan bahwa:

“Pelayanan medis yang baik adalah praktek kedokteran/ pengobatan yang rasional yang berdasarkan ilmu pengetahuan, pelayanan yang menekankan pada pencegahan, pelayanan medis yang baik memerlukan kerjasama yang cerdas antara pasien yang awam dan para praktisi yang ilmiah medis, pelayanan medis yang baik, memerlukan individu seutuhnya, pelayanan medis yang baik, mempertahankan hubungan pribadi yang akrab dan berkesinambungan antara dokter dan pasien, pelayanan medis yang baik dikoordinasikan dengan pekerjaan kesejahteraan sosial, pelayanan kesehatan yang baik, mengkoordinasikan semua jenis pelayanan kesehatan, pelayanan medis yang baik termasuk pelaksanaan semua pelayanan yang diperlukan dari ilmu kedokteran modern sesuai dengan kebutuhan semua orang.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Hal ini sesuai hasil wawancara dengan petugas pelayanan poli umum Ibu Elief mengatakan bahwa:

“Tidak ada pembedaan pasien dan fasilitas peralatan medis yang ada di Puskesmas ini dapat digunakan oleh semua pasien yang berobat sesuai dengan kebutuhan. Peralatan medis yang ada di Puskesmas Dinoyo telah sesuai dengan standart pelayanan Puskesmas” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Pemberian pelayanan kesehatan di Puskesmas dituntut untuk memberikan pelayanan yang maksimal, sebagaimana hasil wawancara

dengan Ibu Wury selaku kepala Puskesmas Dinoyo mengatakan bahwa:

“Pemberian pelayanan medis dan administrasi harus sesuai dengan standar pelayanan yang merupakan suatu bentuk tanggung jawab Puskesmas dalam memberikan pelayanan yang maksimal dan profesional kepada pasien yang berobat untuk mendapatkan kesembuhan. Setiap orang berhak mendapatkan apa yang telah menjadi hak dari pengguna layanan dan wajib melaksanakan apa yang telah menjadi kewajibannya pula.”

Sesuai dengan pedoman hak dan kewajiban pengguna layanan kesehatan di Puskesmas adalah sebagai berikut:

- a) Hak Pengguna Layanan
- b) Pemberian obat
- c) Memperoleh informasi tentang pelayanan kesehatan yang berlaku di Puskesmas.
- d) Mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan.
- e) Meminta konsultasi medis
- f) Mendapatkan informasi atas penyakit yang diderita, tindakan medis yang dilakukan, kemungkinan penyakit akibat tindakan medis dan care mengatasinya.
- g) Menyetujui atau menolak atas tindakan medis yang dilakukan kecuali untuk kasus KLB (Kejadian Luar Biasa)
- h) Menyampaikan keluhan, kritiksaran.
- i) Kewajiban Pengguna Layanan
 - Membawa identitas diri untuk pasien Baru, pasien lama membawa kartu berobat (layanan umum), kartu Askes (layanan Askes), kartu Jamkesmas (layanan masyarakat miskin).
 - Membayar biaya pelayanan sesuai tarif Perda Kota Malang nomor 20 tahun 2005 untuk pasien umum.
 - Mengikuti alur Pelayanan di Puskesmas.
 - Menaati peraturan pelayanan sesuai standar pelayanan di Puskesmas.

(Sumber : Pedoman Standar Pelayanan Kesehatan Puskesmas)

Berdasarkan hasil wawancara dengan pimpinan puskesmas mengenai pelayanan medis yang diherikan pada masyarakat miskin,

mengatakan bahwa:

“sebagai pelayan kesehatan kita tidak boleh membedakan dari mana asal pasien tersebut ketika berobat. Apabila kita menyinggung perasaannya maka kita juga yang merasa bersalah. Sehingga sikap yang kita berikan kepada pasien sama seperti pasien umum, yaitu memberikan pelayanan medis secara profesional tanpa melihat status orang tersebut dan memberikan analisis medis yang akurat.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Penerima layanan yang memegang kartu jamkesmas juga merasakan pelayanan yang sama seperti pasien umum lainnya, seperti hasil wawancara dengan salah seorang responden yang bernama Ibu Sri yang mengatakan bahwa:

“saya berobat dan menerima pelayanan sama seperti pasien umum, dapat obat yang diberikan juga sama. Tempat untuk menangani pasien peserta Jamkesmas pun juga sama. Pokoknya tidak ada bedanya pelayanan yang diberikan.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010)

Seperti hasil pengamatan peneliti di lapangan, tempat penanganan pasien umum/pengguna Askes/pengguna Kartu Jamkesmas berada di tempat yang sama. Sehingga tidak ada perbedaan untuk pasien masyarakat miskin maupun pasien umum. Pelayanan medis yang diberikan juga seragam seperti halnya pada pasien umum, sehingga tidak mengurangi akurasi penanganan pada pasien.

d. Penyelesaian Administrasi

Pelayanan di Puskesmas dan Pustu mengacu pada Perda Kota Malang No. 19/2008 Tentang Retribusi Pelayanan di Bidang Kesehatan :

- 1) Konsultasi dengan dokter spesialis : Rp 12.500,-
- 2) Jenis-jenis tindakan medik :
 - Tindakan Medik Ringan terdiri dari :
 - Penjahatan Luka Rp 10.000,-
 - Incisi abses Rp 10.000,-
 - Tindik dan Telinga Rp 10.000,-
 - Tindakan Medik Sedang, terdiri dari :
- 3) Ambulance
 - Untuk dalam kota (belum termasuk BBM) Rp 50.000,-
 - Untuk luar kota sebesar Rp 50.000,-

dan setiap 10 km dikenakan tambahan biaya	Rp 25.000,-
4) Laborat	
- Darah lengkap	Rp 10.000,-
- Urine lengkap	Rp 10.000,-
- Faeces lengkap	Rp 10.000,-
- Sputum	Rp 10.000,-
5) Radiologi	Rp 30.000,-
6) Keterangan dokter /surat keterangan sehat	Rp 3.000,-
7) Pelayanan kesehatan haji	Rp 15.000,-

Pemegang kartu Jamkesmas tidak dikenai biaya pengobatan sampai biaya obat, seperti hasil wawancara dengan Ibu Wury selaku Kepala Puskesmas Dinoyo yang mengatakan bahwa:

“Terdapat ketentuan tertentu yang sesuai dengan pedoman pelaksanaan JPKMM tahun 2008 bahwa kriteria pelayanan yang akan diperoleh peserta pemegang kartu Jamkesmas. Peserta dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan yang sesuai JPKMM tahun 2008. Biaya yang seharusnya dibayarkan oleh pasien Jamkesmas telah dibiayai oleh Negara melalui Menteri Kesehatan yang disalurkan melalui kantor pos yang ditunjuk dan Puskesmas tinggal mengambil dana yang diperuntukkan oleh pasien pemegang kartu Jamkesmas. Sehingga Puskesmas tidak akan memungut biaya sesuai dengan JPKMM kecuali di luar kriteria yang telah ditetapkan JPKMM.” (hasil wawancara pada tanggal 15 juni 2010).

Pasien pemegang kartu Jamkesmas, tidak ada pungutan untuk tarif/tribusi Puskesmas dan pengobatan lainnya dikarenakan berdasarkan buku pedoman pelaksanaan Jaminan Penyelenggaraan Kesehatan Masyarakat Miskin, dana yang digunakan untuk Pelayanan Kesehatan masyarakat miskin di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung dari Departemen Kesehatan (cq Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat) ke Puskesmas melalui pihak PT Pos Indonesia. Penyaluran dana ke Puskesmas berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten yang mencantumkan nama dan alokasi Puskesmas penerima dana yang akan dikirimkan secara bertahap.

Berikut penuturan dari responden yang menggunakan kartu Jamkesmas mengatakan bahwa:

“Berdasarkan pedoman yang telah ditetapkan, sesuai dengan tarif

retribusi Puskesmas, memang pembayaran di 'loket pendaftaran untuk pasien umum sebesar Rp 3.000,- tetapi untuk pemegang kartu Jamkesmas tidak dikenakan biaya. Itu juga berlaku pada pemeriksaan laboratorium juga tidak dikenakan biaya” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Hal ini dipertegas oleh bapak Juwari selaku kepala sub bagian TU, yang mengatakan bahwa:

“untuk pemegang kartu jamkesmas yang mendaftar di loket pendaftaran hanya menyerahkan kartu berobatnya saja tanpa harus memberikan uang seperti pasien umum lainnya yang harus membayarkan uang sebesar Rp 3.000,- untuk periksa dan obat. Jadi untuk pasien pemegang kartu jamkesmas mendapatkan pelayanan dan obat gratis.” (hasil wawancara pada tanggal 14 Juni 2010).

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti di lapangan, memang terdapat tiga jenis map untuk pasien yang berobat, antara lain map laming untuk pasien umum, map hijau untuk pasien pengguna askes, dan map merah untuk pengguna kartu Jamkesmas. Tetapi hal tersebut tidak mempengaruhi pelayanan yang didapat, hanya untuk mempermudah pencatatan.

e. Tanggapan pasien/responden terhadap Pelayanan Kesehatan di Poli Umum Puskesmas Dinoyo Malang

Untuk mendapatkan gambaran profesionalisme petugas pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari tanggapan pasien/responden yang sedang berobat atau sedang menggunakan layanan di Puskesmas Dinoyo. Penulis telah mengedarkan kuesioner pada 30 pasien/responden pemegang kartu Jamkesmas yang sedang berobat atau sedang menggunakan layanan di Puskesmas Dinoyo. Pembagian kuesioner ini merupakan langkah awal untuk mewujudkan pelayanan publik yang partisipatif, bertanggung jawab, transparan, bebas KKN dan non-diskriminasi. Adapun hasil *survey* dari peneliti selama melakukan penelitian di Puskesmas Dinoyo Malang adalah sebagai berikut:

1) Persepsi Besaran Biaya dan Waktu

Menurut responden yang menggunakan jasa layanan Puskesmas Dinoyo Malang ini, untuk mendapat pelayanan kesehatan tidak membutuhkan waktu terlalu cepat. Data lebih jelas tentang pendapat

responden tersebut terlihat pada Tabel 5 di bawah ini:

Tabel 5
Persepsi Rentang Waktu Pelayanan
di Poli Umum Puskesmas Dinoyo N=15

Jenis Pelayanan	Lama		Cepat		Tidak Tahu	
	F	%	F	%	F	%
Antri Pengambilan kartu	8	53.33	7	46.67	0	0.00
Menunggu pemeriksaan	7	46.67	7	46.67	1	6.67
Pemeriksaan medis	9	60.00	6	40.00	0	0.00
Pengambilan obat	7	46.67	8	53.33	0	0.00

Sumber: data primer diolah

Dari Tabel 5 di atas dapat dilihat bahwa pada antrian pengambilan kartu berobat sebagian besar (53,3%) responden yang menyatakan lama, sedangkan sebagian kecil (46,67%) yang menyatakan cepat.

Pada saat menunggu pemeriksaan sebanyak (46,67%) dari jumlah responden menyatakan lama untuk menunggu pemeriksaan, sebanyak (46,67%) menyatakan cepat, dan sisanya 6,67% responden yang menyatakan tidak tahu pada saat menunggu pemeriksaan.

Pada saat pemeriksaan medis yang diterima pasien, sebagian besar (60%) responden menyatakan lama, dan sebagian kecil 40%) responden yang menyatakan cepat.

Dan saat pengambilan obat sebagian besar (53,3%) responden menyatakan cepat dan sebanyak (46,7%) responden yang menyatakan lama..

Untuk pembayaran pengobatan di Puskesmas, seluruh responden sebanyak 100% menyatakan tidak ada pembiayaan dalam melakukan pengobatan di Puskesmas khusus pemegang kartu Jamkesmas.

2) Transparansi Pelayanan

Setiap tempat yang memberikan pelayanan kepada publik diharapkan ada suatu transparansi. Adanya transparansi tersebut, diharapkan bisa memperkecil penyelewengan yang dilakukan dan tidak mengelabui masyarakat. Melalui transparansi pelayanan diharapkan

para pemakai layanan puskesmas tahu akan hak serta kewajiban yang harus dipenuhi dan didapatkan.

Lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 6 dibawah ini tentang pendapat pasien/responden mengenai transparansi pelayanan sebagai berikut:

Tabel 6
Transparansi Pelayanan N=15

Jenis Informasi	Ya		Tidak		Tidak tahu	
	F	%	F	%	F	%
Tarif/retribusi puskesmas	14	93,33	1	6,67	0	0
Biaya tindakan medik	13	86,67	1	6,67	1	6,67
Program-program pelayanan ibu dan anak	13	86,67	1	6,67	1	6,67
Prosedur pelayanan	12	80,00	1	6,67	2	13,33
Jam pelayanan puskesmas	13	86,67	1	6,67	1	6,67
Prosedur rujukan	12	80,00	1	6,67	2	13,33
Prosedur penggunaan Jamkesmas	13	86,67	0	0,00	2	13,33

Sumber: data primer diolah

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar (93,3%) responden menyatakan ya mengenai terdapatnya informasi tentang besarnya tarif/retribusi Puskesmas, sebagian kecil (6,7%) responden menyatakan tidak ada informasi tentang besarnya tarif/retribusi Puskesmas.

Untuk transparansi pelayanan mengenai informasi biaya tindakan medik, sebagian besar (86,67%) responden yang menyatakan ya dan sebagian kecil (6,67%) responden yang menyatakan tidak ada informasi mengenai biaya tindakan medik dan sisanya sebanyak 6,7% responden yang tidak tahu akan adanya informasi biaya tindakan medik.

Untuk transparansi pelayanan mengenai program-program pelayanan ibu dan anak, sebagian besar (86,6%) responden yang menyatakan ya, dan sebagian kecil (6,7%) responden yang menyatakan tidak ada dan tidak tahu informasi mengenai program-program pelayanan ibu dan anak.

Untuk transparansi pelayanan mengenai prosedur pelayanan sebagian besar (80%) responden menyatakan ya, dan sebagian kecil

(6,7%) responden yang menyatakan tidak, dan sisanya sebanyak 13,33% responden menyatakan tidak tahu akan keberadaan informasi mengenai prosedur pelayanan di Puskesmas.

Untuk transparansi pelayanan mengenai jam pelayanan puskesmas sebagian besar (86,67%) responden menyatakan ya, dan sebagian kecil (6,7%) responden menyatakan tidak, dan sisanya 6,7% responden menyatakan tidak tahu akan keberadaan informasi mengenai jam pelayanan di Puskesmas.

Untuk transparansi pelayanan mengenai prosedur rujukan sebagian besar (80%) responden menyatakan ya, dan sebagian kecil (6,7%) responden menyatakan tidak, dan sisanya sebanyak 13,3% responden menyatakan tidak tahu akan keberadaan informasi mengenai prosedur rujukan.

Untuk transparansi pelayanan mengenai prosedur penggunaan Jamkesmas, sebagian besar (86,67%) responden menyatakan ya, dan sebagian kecil (13,3%) responden menyatakan tidak tahu akan keberadaan informasi mengenai prosedur penggunaan Jamkesmas.

3) Sikap Petugas

Tentang sikap petugas, dalam peneliti ini secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu tentang keramahan petugas dan ada tidaknya keluhan raenyangkut pelayanan. Keramahan petugas ke pada pasien yang ierkunjung ke Puskesmas meliputi sapaan dari petugas, dan mendapat senyuman mulai dari petugas loket, perawat, dokter, dan petugas obat dapat dilihat pada tabel 7 di bawah ini:

Tabel 7
Keramahan Petugas
N = 15

Keramahan petugas	Ya		Tidak		Tidak tahu	
	F	%	F	%	F	%
Mendapat sapaan dari petugas	10	66,67	5	33,33	0	0,00
Mendapat senyuman petugas loket	11	73,33	3	20,00	1	6,67

Mendapat senyuman perawat	11	73,33	3	20,00	1	6,67
Mendapat senyuman dokter	12	80,00	3	20,00	0	0,00
Mendapat senyuman petugas obat	10	66,67	4	26,67	1	6,67

Sumber: data primer diolah

Dari tabel 7 diatas dapat dilihat bahwa keramahan petugas mengenai mendapat sapaan dari petugas sebagian besar (66,7%) responden menyatakan ya, dan sebagian kecil (33,3%) responden menyatakan tidak mendapat sapaan dari petugas.

Untuk keramahan petugas mengenai mendapat senyuman dari petugas loket sebagian besar (73,3%) responden menyatakan ya, dan sebagian kecil (20%) responden menyatakan tidak, dan sisanya sebanyak 6,67% responden menyatakan tidak tahu apakah mendapat senyuman dari petugas loket.

Untuk keramahan petugas mengenai mendapat senyuman dari perawat sebagian besar (73,3%) responder menyatakan ya. dan sebagian kecil (20%) responden menyatakan tidak, dan sisanya sebanyak 6,67% responden menyatakan tidak tahu apakah mendapat senyuman dari perawat.

Untuk keramahan petugas mengenai mendapat senyuman dari dokter sebagian besar 80% responden menyatakan ya, dan sebagian kecil (20%) responden menyatakan tidak.

Untuk keramahan petugas mengenai mendapat senyuman dari. petugas yang sebagian besar (66,7%) responden menyatakan ya, dan sebagian (26,7%) responden menyatakan tidak dan sisanya sebanyak 6,67% responden menyatakan tidak tahu apakah mendapat senyuman dari petugas obat.

Tentang ada atau tidaknya keluhan dari pasien kepada petugas Puskesmas yang meliputi petugas loket pendaftaran, perawat, dokter/bidan, dan petugas obat dapat dilihat pada tabel 8 di bawah ini:

Tabel 8
Keluhan kepada Petugas
N =15

Keluhan kepada Petugas	Ya		Tidak		Tidak tahu	
	F	%	F	%	F	%
Mempunyai keluhan kepada petugas loket	3	20	12	80	0	0
Mempunyai keluhan kepada perawat	3	20	12	80	0	0
Mempunyai keluhan kepada dokter	3	20	12	80	0	0
Mempunyai keluhan kepada petugas obat	1	6,67	14	93,33	0	0

Sumber: data primer diolah

Dari tabel 8 diatas dapat dilihat bahwa sebagian kecil (20%) responden/pasien menyatakan keluhan kepada petugas loket, perawat, dan dokter, sebagian besar (80%) responden menyatakan tidak ada keluhan pada petugas loket, perawat, dan dokter. Untuk keluhan kepada petugas loket, perawat, dokter, petugas obat sebagian besar (100%) responden tidak memiliki keluhan, untuk keluhan kepada petugas obat sebagian besar (93,3%) responden menyatakan tidak punya keluhan kepada petugas obat dan .sebagian kecil (6,67%) responden menyatakan ya pada keluhan terhadap petugas obat.

4) Pemenuhan Standar Pelayanan

Sebuah organisasi yang memberikan jasa kepada masyarakat, puskesmas dituntut memberikan pelayanan yang maksimal semi kepuasan pasien. Dalam hal ini tentunya standar prosedur layanan (pemeriksaan). Dalam hal ini tentunya standar pelayanan diperlukan sebagai bentuk tangling jawab puskesmas dalam memberikan pelayanan demi kepuasan pasien.

Dokter sebagai pihak yang berhubungan langsung dengan pasien, harus memiliki standar prosedur layanan (pemeriksaan). Dalam hal ini peneliti membuat parameter terkait dengan standar prosedur layanan yang aiberikan kepada pasien. Parameter ini meliputi: menanyakan keluhan, menjelaskan jenis penyakit, menanyakan riwayat penyakit, menjelaskan jenis obat, menjelaskan jenis obat, menjelaskan pemakaian obat dan efek sampingnya. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dari tabel 9 sebagai berikut:

Tabel 9
Pemenuhan Standar Pelayanan
di Poli Umum Puskesmas Dinoyo N=15

Standar Pelayanan	Ya		Tidak		Tidak tahu	
	F	%	F	%	F	%
Menanyakan keluhan	13	86,67	1	6,67	1	6,67
Menjelaskan jenis penyakit	12	80	3	20	0	0
Menanyakan riwayat penyakit	13	86,67	2	13,33	0	0
Menjelaskan jenis obat	12	80	3	20	0	0
Menjelaskan manfaat obat	12	80	3	20	0	0
Menjelaskan pemakaian obat dan efek sampingnya	13	86,67	2	13,33	0	0

Sumber: data primer diolah

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pemenuhan standar pelayanan di Puskesmas, untuk menanyakan keluhan sebagian besar (86,6%) responden ditanya keluhan penyakitnya saat berobat, dan sebagian kecil (6,7%) tidak ditanya, dan sisanya sebanyak 6,7% responden menyatakan tidak tahu apakah petugas telah menanyakan keluhan.

Untuk penjelasan jenis penyakit, sebagian besar (80%) responden dijelaskan jenis penyakitnya, sebagian kecil (20%) responden menyatakan tidak.

Untuk menanyakan riwayat penyakit, sebagian besar (86,67%) responden menyatakan ditanya mengenai riwayat penyakit dan sebagian kecil (13,33%) responden menyatakan tidak ditanya mengenai riwayat penyakit.

Untuk menjelaskan jenis obat kepada pasien, sebagian besar (80%) responden menyatakan dijelaskan jenis obat yang diberikan, dan sebagian kecil (20%) responden menyatakan tidak dijelaskan jenis obat yang diberikan.

Untuk menjelaskan manfaat obat, sebagian besar (80%) responden dijelaskan manfaat obat untuk penyakitnya, dan sebagian kecil (20%) responden menyatakan tidak dijelaskan manfaat obat.

Untuk menjelaskan pemakaian obat dan efek sampingnya, sebagian besar (86,67%) responden menyatakan dijelaskan mengenai

pemakaian obat dan efek sampingnya, dan sebagian kecil (13,3%) responden menyatakan tidak dijelaskan mengenai pemakaian obat.

5) Konteks Pelayanan

a) Kebersihan

Kebersihan merupakan salah satu cermin dari perilaku profesionalisme. Kesehatan berkaitan erat dengan kebersihan, dengan kebersihan kesehatan kita lebih terjaga. Untuk itu dapat dilihat kebersihan Puskesmas Dinoyo menurut pengunjung yang berobat pada tabel 10 sebagai berikut:

Tabel 10
Kebersihan
di Poli Umum Puskesmas Dinoyo N=15

Tingkat kebersihan	Bersih		Kotor	
	F	%	F	%
Kebersihan kamar mandi	15	100	0	0
Kebersihan ruang tunggu	14	93	1	7
Kebersihan ruang periksa pasien	15	100	0	0

Sumber: data primer diolah

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa tingkat kebersihan pada kamar mandi, sebesar 100% responden menyatakan bersih. Untuk kebersihan ruang tunggu, semua responden (93%) menyatakan bersih, dan sisanya (7%) menyatakan kotor. Untuk kebersihan ruang periksa pasien semua (100%) responden menyatakan bersih.

b) Kenyamanan

Dalam Wilayah kenyamanan ruang tunggu ada beberapa parameter yang digunakan yaitu: penataan kursi, kenyamanan ruang tunggu, dan kesejukan. Adapun hasilnya dapat dilihat pada tabel 11 sebagai berikut:

Tabel 11
Kenyamanan Ruang Tunggu
di Poli Umum Puskesmas Dinoyo N=15

Aspek Penilaian	Nyaman		Tidak nyaman	
	F	%	F	%
Pengaturar letak kursi .	11	73,33	4	26,67
Kenyamanan ruang tunggu	11	73	4	27
Kesejukan ruang tunggu	10	66,67	5	33,33

Sumber: data primer diolah

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar (73,33%) responden menyatakan nyaman pada kenyamanan ruang tunggu pada pengaturan letak kursi dan kenyamanan ruang tunggu, dan sebagian kecil (26,67%) responden menyatakan tidak nyaman. Untuk kesejukan ruang tunggu sebagian besar (66,67%) responden menyatakan nyaman dan sebagian kecil (33,33%) responden menyatakan tidak nyaman.

Sedangkan untuk kenyamanan ruang periksa dapat dilihat pada tabel 12 sebagai berikut:

Tabel 12
Kenyamanan Ruang Periksa
di Poli Umum Puskesmas Dinoyo N=15

Keterjangkauan Fasilitas	Nyaman		Tidak	
	F	%	F	%
Tempat tidur periksa pasien	14	93,33	1	6,67
Kondisi penerangan	10	67	5	33
Kesejukan	13	86,67	2	13,33
Privasi pasien di ruang periksa	13	86,67	2	13,33

Sumber: data primer diolah

Dari tabel 12 diatas dapat dilihat bahwa kenyamanan ruang periksa pada tempat tidur periksa pasien sebagian besar (93,3%) responden menyatakan nyaman, sebagian kecil (6,67%) responden menyatakan tidak nyaman. Untuk kondisi penerangan sebagian besar (67%) responden menyatakan nyaman dan sebagian (33%) responden menyatakan tidak nyaman. Untuk kesejukan ruang periksa sebagian besar (86,7%) responden menyatakan nyaman, dan sebagian kecil (13,3%) responden menyatakan tidak nyaman. Untuk privasi pasien di ruang periksa, sebagian besar (86,67%) responden menyatakan nyaman, dan sebagian kecil (16,7%) responden menyatakan nyaman, dan (13,33%) menyatakan tidak nyaman.

6) Keterjangkauan Fasilitas

Kemudahan untuk mengakses fasilitas Puskesmas diperlukan bagi para pasien untuk mempercepat mendapatkan pelayanan. Untuk

lebih jelasnya tentang pendapat pasien mengenai keterjangkauan fasilitas dapat dilihat pada tabel 13 sebagai berikut:

Tabel 13
Keterjangkauan Fasilitas
di Poli Umum Puskesmas Dinoyo N=15

Keterjangkauan Fasilitas	Sulit		Mudah	
	F	%	F	%
Bagian/ruang informasi	5	33,33	10	66,67
Loket pendaftaran	2	13	3	20
Poli (ruang periksa)	3	20,00	12	80,00
Laboratorium	3	20,00	12	80,00
Loket obat	3	20,00	12	80,00
Kamar mandi/ toilet	0	0,00	15	100,00
Kotak saran/ pengaduan	2	13,33	13	86,67

Sumber: data primer diolah

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa keterjangkauan fasilitas pada bagian/ruang informasi, sebagian besar (66,7%) menyatakan mudah dan sebagian kecil (33,3%) responden menyatakan sulit. Pada loket pendaftaran sebagian besar (20%) responden menyatakan mudah dan sebagian kecil (13%) responden menyatakan sulit. Untuk Poli (ruang periksa) dan laboratorium sebagian besar (80%) responden menyatakan mudah dan sebagian kecil (20%) responden menyatakan sulit. Keterjangkauan fasilitas di loket obat sebagian besar (80%) responden menyatakan mudah dan sebagian kecil (20%) responden menyatakan sulit. Untuk menggunakan fasilitas kamar mandi sebesar 100% responden menyatakan mudah. Dan pada kemudahan menggunakan fasilitas kotak saran/ pengaduan sebagian besar (86,67%) responden menyatakan mudah dan sebagian kecil (13,33%) responden menyatakan sulit.

7) Keluhan Pelayanan

Bagaimanapun baiknya suatu pelayanan yang diberikan puskesmas kepada pasien akan tetapi pasti ada pasien yang mengeluhkan pelayanan Ada beberapa aspek pelayanan yang dikeluhkan oleh responden Adapun aspek pelayanan yang dinilai dan jumlah responden yang mengeluhkan pelayanan tersebut dapat dilihat pada tabel 14 sebagai berikut:

Tabel 14
Keluhan Pelayanan
di Poli Umum Puskesmas Dinoyo N=15

Jenis Pelayanan	Ya		Tidak	
	F	%	F	%
Ketetapan jam pelayanan	2	13,33	13	86,67
Ketersediaan obat	2	13	13	87
Keberadaan dokter/perawat	2	13,33	13	86,67
Keterbukaan dokter dalam memeriksa	4	26,67	12	73,33
Lama antrian pelayanan	4	26,67	11	73,33
Hasil pemeriksaan laboratorium kurang akurat	2	13,33	13	86,67
Kebersihan bangunan	0	0,00	15	100,00

Sumber: data primer diolah

Dari tabel 14 di atas dapat dilihat bahwa mengenai keluhan pelayanan oleh pasien pada ketetapan jam pelayanan (13,33%) ada keluhan dan (86,7%) tidak, ketersediaan obat (87%) tidak ada keluhan dan (13%) mengeluh, dan hasil pemeriksaan yang kurang akurat sebagian besar (86,7%) tidak ada keluhan dan sebagian kecil (13,3%) responden menyatakan ada keluhan. Pada keberadaan dokter/bidan/perawat sebagian besar (86,7%) responden menyatakan tidak ada keluhan dan sebagian kecil (13,3%) responden menyatakan ada keluhan. Pada keterbukaan dokter dalam memeriksa pasien sebagian besar (73,33%) responden menyatakan tidak ada keluhan dan sebagian kecil (26,7%) responden menyatakan ada keluhan. Pada lama antrian pelayanan, sebagian besar (73,3%) responden menyatakan tidak ada keluhan terhadap lama antrian dan sebagian kecil (26,7%) responden menyatakan ada keluhan. Untuk kebersihan bangunan sebesar 100% responden menyatakan tidak ada keluhan pada kebersihan bangunan.

C. Pembahasan

1. Kinerja Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan di Poli Umum

a. Kualitas SDM

Faktor utama yang menentukan kinerja Puskesmas adalah mutu tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas tersebut. Mutu tenaga

kesehatan antara lain ditentukan oleh kemampuan menetapkan sasaran kerja yang tepat dan terjangkau, rasa tanggung jawab yang tinggi, pendidikan dan latihan kerja serta lingkungan sosial.

Puskesmas adalah penanggungjawab penyelenggara upaya kesehatan untuk tingkat pertama. Puskesmas sebagai unit pelaksana pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Keberhasilan ini sangat dipengaruhi oleh penataan dan pengelolaan tenaga untuk melaksanakan kegiatan pokok puskesmas (Iswianto, 2004). Keberhasilan puskesmas dalam menjalankan program ditentukan oleh sumber daya manusia yang seimbang antara tenaga pengobatan disatu pihak dengan tenaga promotif dan preventif dipihak lain (Tulus, 1996).

Manusia merupakan ujung tombak dari pelayanan jasa khususnya jasa kesehatan. Manusia dalam proses pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo adalah pegawai medis maupun non medis. Pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan pelayanan yang berorientasi pada masyarakat, maka semakin tinggi kualitas SDM yang dimiliki Puskesmas maka kemungkinan SDM tersebut bekerja secara integerasi dimulai dari pemahaman terhadap kebutuhan atau kesulitan pengunjung dan pencapaian kepuasan pelanggan sehingga profesionalisme pelayanan dapat terwujud.

Untuk menunjang seluruh upaya pembangunan kesehatan diperlukan tenaga yang mempunyai sikap nasional, profesional, semangat pengabdian yang tinggi, berilmu dan terampil. Tenaga kesehatan dan tenaga penunjang perlu ditingkatkan kualitas, kemampuan serta persebarannya agar merata dan dapat mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan. SDM berkualitas antara lain dicirikan oleh tingkat pendidikan yang dicapainya dan juga program-program pelatihan yang diikutinya. SDM Puskesmas yang bekerja sesuai dengan disiplin pendidikan dan banyak mengikuti diklat akan mampu memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat.

1) Tingkat Pendidikan

Poli umum merupakan bagian dari sistem puskesmas yang memberikan pelayanan bersifat umum. Pada bagian ini pelayanan kesehatan ditangani oleh seorang dokter.

Dalam melaksanakan program kesehatan, peran tenaga kesehatan harus sesuai dengan disiplin ilmu dan tingkat pendidikan. Penempatan tenaga kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah sesuai dengan keahlian dan tingkat pendidikan sehingga pelaksanaan program dapat berjalan baik dan sesuai dengan prosedur yang ada.

Dilihat dari tingkat pendidikan, tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Dinoyo terdiri dari Dokter Umum 3 orang, Asisten apoteker 2 orang, Analisis Laboratorium 1 orang, SKM (Sarjanan Kesehatan Masyarakat) 1 orang, AKPER (Akademi Keperawatan) 2 orang, AKZI (Akademi Gizi) 2 orang, AKL (Akademi Kesehatan Lingkungan) 1 orang, SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) 5 orang.

2) Program Pengembangan SDM

Tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Dinoyo masih didominasi oleh SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) dengan jumlah 5 orang. Tingkat pendidikan ini masih rendah dibanding dengan tingkat pendidikan tenaga kesehatan yang lain sehingga masih perlu peningkatan melalui pendidikan formal dan pelatihan. Pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan di Puskesmas Dinoyo telah dilaksanakan sehingga dengan tingkat pendidikan yang masih rendah mutu pelayanan tetap terjaga sehingga kinerja Puskesmas dapat ditingkatkan.

Sesuai undang-undang pada pasal 32 tahun 1996 pada pasal 31 yang menyatakan bahwa pembinaan teknis profesi tenaga kesehatan dilaksanakan melalui bimbingan, pelatihan di bidang kesehatan dan penetapan standar profesi tenaga kesehatan. Standar profesi merupakan batasan kemampuan (*knowledge, skill and professional attitude*) minimal yang harus dikuasai oleh seorang individu untuk dapat melakukan kegiatan profesionalnya pada masyarakat secara mandiri yang dibuat oleh organisasi profesi dan standar prosedur operasional

(SPO) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. SPO memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Apabila tidak memenuhi standar profesi dan SPO, dokter tidak memperoleh perlindungan hukum atau dengan kata lain dapat dikenakan sanksi. Manfaat dari standar profesi itu sendiri, antara lain, terdapat kepastian hukum pada dokter mencegah timbulnya sengketa medis; menjamin terselenggaranya pelayanan yang bermutu; perlindungan bagi masyarakat dan dokter; serta mendorong kemajuan ilmu dan praktik kedokteran. Kompetensi dan kewenangan tersebut menunjukkan kemampuan profesional yang baku dan merupakan standar profesi untuk tenaga kesehatan.

Hal ini tercermin di Puskesmas Dinoyo yang telah mengadakan pelatihan dan diklat untuk penguasaan pengetahuan di bidang fungsional dan teknis kesehatan serta kegiatan rutin yang diadakan tiap bulan sekali untuk menambah wawasan pegawai dengan mengadakan pertemuan rutin pada klinik silang atau lokakarya mini, program KBK, dan diskusi kasus yang dipimpin secara langsung oleh Kepala Puskesmas yang memungkinkan terjadinya transfer ilmu pengetahuan dan ilmu dari pegawai yang satu ke pegawai yang lain. Langkah tersebut cukup efektif dalam meningkatkan potensi dari dalam pegawai sehingga tercapainya pegawai yang produktif, terampil, disiplin, kreatif, dan memiliki profesionalisme yang tinggi. Disamping itu Puskesmas juga berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota Malang dalam pengadaan pelatihan-pelatihan atau diklat untuk petugas tenaga kesehatan.

b. Kondisi Sarana dan Prasarana Puskesmas

Sarana dan prasarana kesehatan sangat penting dalam peningkatan mutu pelayanan Puskesmas. Sarana dan prasarana Puskesmas Dinoyo sudah memadai, sehingga pelayanan terhadap pasien semakin baik. Sarana

dan prasarana tersebut meliputi fisik puskesmas, perlengkapan puskesmas, obat, dan peralatan medis.

1) Kondisi Fisik Puskesmas

Mengingat Puskesmas berperan dalam meningkatkan mutu pelayanan masyarakat di bidang kesehatan, maka kondisi fisik Puskesmas merupakan salah satu hal penting yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan tersebut. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Prabawati (2005:3) yang menyatakan bahwa Puskesmas yang memadai tidak hanya memperhatikan jumlah atau kapasitas pelayanannya tetapi juga memperhatikan kondisi fisiknya seperti kebersihan bangunan dan lingkungan, tingkat kelayakan bangunan dan juga lokasi. Kondisi fisik tersebut tentunya mempengaruhi minat masyarakat untuk mengunjungi Puskesmas.

Kondisi fisik Puskesmas yang baik dan bersih tentunya memiliki daya tarik tersendiri bagi masyarakat untuk mengunjunginya karena dengan kondisi fisik yang menunjang sangat memungkinkan Puskesmas dapat memberikan pelayanan yang optimal. Keoptimalan pelayanan Puskesmas salah satunya dipengaruhi oleh kondisi fisik Puskesmas. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa Puskesmas Dinoyo memiliki kondisi fisik yang layak. Kondisi fisik yang memadai dan layak akan turut berpengaruh terhadap kualitas pelayanan. Dengan meningkatnya kualitas pelayanan, tentunya akan menarik pengunjung baik dari satu kelurahan maupun dari kelurahan lain untuk berkunjung. Hal ini menunjukkan bahwa wilayah pelayanan yang tersedia semakin luas.

2) Ketersediaan obat

Ketersediaan obat merupakan hal yang sangat vital bagi Puskesmas sebagai lembaga kesehatan. Karena tanpa tersedianya obat-obatan dalam jumlah yang memadai akan menyebabkan kurang optimalnya pelayanan yang dapat diberikan oleh Puskesmas dan hal ini berdampak pada kesehatan masyarakat. Dari hasil penelitian, ketersediaan obat-obatan di Puskesmas Dinoyo cukup terjamin. Obat untuk pasien tersedia dalam jumlah yang cukup dan selalu dalam

kondisi dapat digunakan (tidak kedaluwarsa).

Dengan kondisi seperti ini Puskesmas Dinoyo diyakini memiliki kinerja yang tinggi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

3) Ketersediaan peralatan medis

Penyediaan fasilitas kesehatan merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat, dan menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan fasilitas layanan kesehatan dan fasilitas layanan umum yang layak bagi setiap warga negara (Kompas, 22 Oktober 2005). Salah satu tanggung jawab seluruh jajaran kesehatan adalah menjamin tersediannya pelayanan kesehatan yang berkualitas, merata, dan terjangkau oleh setiap individu, keluarga dan masyarakat luas.

Dari hasil penelitian melalui observasi dan wawancara dengan responden diperoleh data bahwa peralatan medis yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan perawatan disediakan oleh puskesmas Dinoyo sangat memadai dan semuanya masih tergolong baik. Dan karenanya Puskesmas Dinoyo mampu mencapai kinerja yang tinggi dan memberikan pelayanan yang berkualitas serta memuaskan bagi masyarakat.

4) Ketersediaan fasilitas penunjang

Sarana penunjang Puskesmas Dinoyo terdiri atas alat transportasi dan jaringan komunikasi. Alat transportasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan Puskesmas Dinoyo yaitu Mobil Puskesmas Keliling dua buah dan kendaraan roda dua empat buah, fasilitas komputer terdiri dari 4 buah unit komputer dan 3 printer dan telepon. Ketersediaan sarana atau fasilitas penunjang ini sangat membantu dalam upaya memberikan pelayanan yang optimal kepada masyarakat, karena akan dapat mengefektifkan dan mengefisienkan kerja petugas kesehatan.

c. Pendistribusian tenaga kesehatan

Efektivitas organisasi kesehatan ditentukan oleh 3 (tiga) faktor yaitu manusia, organisasi dan lingkungan. Faktor manusia dilihat dari

kemampuan, motivasi kerja dan peranan. Faktor organisasi dilihat dari kepemimpinan, hubungan antar individu dalam kelompok. Untuk mengembangkan organisasi ke arah yang lebih mapan maka penempatan tenaga kesehatan harus sesuai dengan keahlian masing-masing tenaga kesehatan.

1) Jumlah tenaga kesehatan di Poli Umum

Hasil pengamatan tentang jumlah pegawai/tenaga kesehatan diperoleh hasil bahwa jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Dinoyo secara umum telah mencukupi untuk melayani pasien namun masih diperlukan tambahan untuk mengisi kekurangan yang ada.

2) Pelaksanaan program kesehatan

Sebagian besar pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah mencapai sasaran. Dari beberapa program yang disusun, program pokok dan program manajemen Puskesmas Dinoyo rata-rata mendapaty penilaian yang tinggi, meskipun dalam program inovatif belum dapat berhasil. Namun program tersebut masih terus diupayakan untuk mencapai sasaran yang ditetapkan.

3) Keterlibatan tenaga kesehatan pada pelaksanaan program kesehatan

Pelaksanaan program kesehatan pada Puskesmas harus melibatkan berbagai pihak untuk memudah pelaksanaannya. Masing-masing tenaga kesehatan, telah diberi tugas untuk melaksanakan program kesehatan sesuai dengan tugas masing-masing. Keterlibatan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah cukup baik, dimana semua tenaga kesehatan dilibatkan secara langsung dalam kegiatan yang direncanakan, dan semua petugas yang terlibat melaksanakan program-program dengan penuh dedikasi dan loyalitas yang tinggi. Hal ini diketahui berdasarkan hasil wawancara dengan responden.

4) Pengawasan

Pengawasan yang dilakukan pimpinan Puskesmas Dinoyo

terhadap tenaga kesehatan sudah cukup maksimal. Pengawasan ini bukan hanya dilakukan di kantor tetapi juga di lapangan di mana para petugas kesehatan melaksanakan tugasnya. Informasi tersebut diperoleh dari wawancara langsung peneliti pada responden. Pengawasan diperlukan untuk menjaga agar kinerja pelayanan terhadap masyarakat senantiasa memuaskan sesuai misi yang diemban oleh Puskesmas Dinoyo.

5) Penyuluhan kepada masyarakat

Penyuluhan kesehatan kepada masyarakat merupakan salah satu program kesehatan yang selalu diadakan di Puskesmas Dinoyo. Penyuluhan kesehatan tersebut dilakukan secara menyeluruh oleh petugas kesehatan di Puskesmas Dinoyo berdasarkan disiplin ilmu masing-masing. Dalam pelaksanaannya terdapat kendala terutama masih minimnya minat masyarakat terhadap materi penyuluhan.

d. Proses Pelayanan Kesehatan

Proses merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga profesi lain) dan interaksinya dengan pasien. Proses mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus. Baik tidaknya proses dapat diukur dari :

- Relevan tidaknya proses itu bagi pasien
- Fleksibilitas dan efektifitas
- Mutu proses itu sendiri sesuai dengan standar pelayanan yang semestinya
- Kewajaran, tidak kurang dan tidak berlebihan

Proses pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah berjalan dengan baik, yang ditunjukkan dengan kemudahan pasien dalam memperoleh layanan atau kemudahan berkonsultasi, adanya kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yang diberikan dan kecepatan proses pelayanan. Proses pelayanan yang baik dengan kemudahan mendapatkan akses kesehatan, kesesuaian pelayanan dan kecepatan petugas dalam pelayanan akan memberikan kepuasan bagi

masyarakat pengguna jasa Puskesmas.

1) Kemudahan prosedur layanan

Kemudahan prosedur layanan terutama berhubungan dengan mudah tidaknya pasien mendapatkan pelayanan kesehatan, pelayanan tidak menggunakan prosedur yang berbelit-belit dan juga termasuk daya tanggap petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masyarakat cukup memperoleh kemudahan dalam prosedur layanan oleh petugas di Puskesmas Dinoyo. Hal ini tidak terlepas dari adanya komitmen petugas kesehatan untuk memberikan layana terbaik bagi masyarakat. Kemudahan dalam prosedur layanan dilihat dari kesediaan dari petugas untuk peduli, memberikan perhatian khusus yang bersifat pribadi, kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan masyarakat atau pasien.

Kemudahan yang diperoleh masyarakat pada Puskesmas Dinoyo antara lain kemudahan dalam memanfaatkan jasa layanan kesehatan yang ditawarkan, adanya kesediaan dari petugas untuk menyampaikan informasi seputar layanan kesehatan kepada masyarakat dan juga kesediaan petugas menerima masukan dari masyarakat, adanya usaha petugas untuk mengetahui kebutuhan dan keinginan masyarakat.

2) Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yang diberikan

Tingkat kesesuaian pelayanan di Puskesmas Dinoyo sudah baik, masyarakat merasa dan menilai bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan persyaratan pelayanan. Karena adanya kesesuaian dalam pelayanan dengan persyaratannya maka masyarakat tidak enggan berobat ke Puskesmas dan percaya bahwa petugas kesehatan akan mampu memberikan solusi bagi masalah kesehatan yang dihadapinya.

3) Kecepatan pelayanan

Pelayanan yang baik membutuhkan ketepatan waktu yaitu waktu yang dibutuhkan bagi suatu pelayanan untuk sampai kepada masyarakat pengguna jasa layanan. Pelayanan efisien adalah pelayanan yang cepat

dan waktu yang diinginkan adalah waktu pelayanan yang tepat.

Keberhasilan penanganan penyakit sangat tergantung pada kecepatan dan ketepatan penanganan. Kecepatan penanganan yang diberikan petugas Puskesmas kepada pasien sesuai standar pelayanan kesehatan Puskesmas. Setiap pasien langsung mendapatkan penanganan sesuai nomor unit antrian. Rentangan waktu yang dibutuhkan pada pelayanan kesehatan di poli umum berkisar 15 menit sampai 20 menit kecuali pada saat pasien yang datang banyak. Tetapi pelayanan yang diberikan pada loket pendaftaran masih bersifat konvensional sehingga terkadang terjadi antrian pasien ketika pengunjungnya ramai. Namun keterlambatan ini dapat dimaklumi oleh masyarakat karena hal itu tidak disebabkan oleh lambatnya petugas dalam bekerja melainkan karena kondisi banyaknya pasien dan juga proses pendaftaran yang masih dilakukan secara manual.

2. Tingkat Pelayanan Kesehatan di Poli Umum

a. Jenis-jenis pelayanan

Pelayanan kesehatan pada Puskesmas Dinoyo terdiri dari pelayanan medis dan non medis. Pelayanan medis meliputi pemeriksaan umum antara lain pemeriksaan ginjal, lambung, saluran pernafasan. Sedangkan pelayanan penunjang meliputi pelayanan Loket, Kamar obat, Laboratorium.

b. Prosedur pelayanan

Prosedur penerimaan pasien di Puskesmas Dinoyo sudah tergolong cepat, tepat waktu dan tidak berbelit-belit. Prosedur pelayanan khususnya di bagian pendaftaran tergolong mudah yaitu hanya dengan menunjukkan kartu berobat/kartu Askes/kartu Jamkesmas dan membayar tarif pelayanan sesuai dengan ketentuan. Pelayanan di loket pendaftaran juga cukup cepat yaitu berkisar antara 5-10 menit, sedangkan untuk pengobatan dan pemeriksaan di Poli berkisar antara 10-15 menit, dan pengambilan obat berkisar antara 5-20 menit tergantung jenis obat yang diterima pasien. Hal ini telah sesuai dengan prinsip-prinsip pelayanan publik menurut KepMenPan No. 63/Kep/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum

Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

c. Pelayanan medis

Masyarakat miskin yang meminta pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo merasa puas atas pelayanan kesehatan yang telah diperolehnya. Masyarakat pemegang kartu Jamkesmas yang berobat merasa tidak ada perbedaan pelayanan dengan pasien umum sehingga tidak ada rasa malu atau minder dari pasien. Hal ini telah sesuai dengan KepMenPAN No. 63/Kep/M.PAN/7/2003 menyebutkan bahwa asas-asas pelayanan publik antara lain adanya kesamaan hak yaitu tidak diskriminatif dalam artian tidak membedakan suku, agama, ras, gender ataupun golongan status ekonomi dan terdapat keseimbangan hak yaitu antara pemberi dan penerima layanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing. Selain faktor kesembuhan, hubungan antara petugas kesehatan seperti, dokter/bidan/perawat dengan pasien terjalin dengan baik. Hal ini dimaksudkan untuk mempermudah komunikasi, memberikan hak yang harus diterima pasien, sehingga meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat miskin dengan mendapatkan penanganan yang profesional.

d. Penyelesaian administrasi

Tarif/retribusi pelayanan di Puskesmas/Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Rumah Bersalin milik Pemerintah telah sesuai dengan perda kota Malang nomor 20 tahun 2005. Dan untuk pengguna kartu Jamkesmas tidak dipungut biaya, hal ini telah terbukti sesuai dengan hasil wawancara dengan salah satu responden pemakai kartu Jamkesmas yang menyatakan bahwa tidak ada pembiayaan apapun untuk pengguna kartu Jamkesmas, kecuali untuk pelayanan yang tidak termasuk didalam kriteria pelayanan yang diterima pengguna kartu Jamkesmas. Hal ini juga mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan nomor 125/MENKES/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008 yang menyatakan bahwa Jamkesmas merupakan program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, dan dana program Jamkesmas di

Puskesmas dan jaringannya bersumber dari DIPA Sekretariat Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat No. 0675.0/024-03/42008 tanggal 31 Desember 2007.

e. Tanggapan pasien/responden terhadap Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo Malang

1) Persepsi Besaran Biaya dan Waktu

Dari tabel berdasarkan hasil penelitian di Puskesmas Dinoyo Malang, responden/pasien sebagian besar responden (53,3%) menyatakan bahwa lebih banyak menghabiskan waktu pada saat mengantri dan menunggu pemeriksaan. Pada saat proses mengantri atau mendapatkan giliran pemeriksaan juga cukup lama. Salah satu alasan mengapa pelayanan tersebut lama, khususnya pada saat mengantri di loket karena belum adanya sistem komputerisasi, dan masih dilakukan secara manual. Apalagi pada hari-hari tertentu pasien cukup banyak.

Tetapi hal ini diimbangi pada saat proses pemeriksaan medis pada pasien oleh dokter/bidan sebagian besar (60%) responden menyatakan lama. Sehingga dapat dikatakan cukup akurat dalam pemeriksaan yang dilakukan dokter/bidan terhadap pasien. Disini kecakapan diagnosa dokter/bidan bisa dinilai cukup baik karena pasien dilayani dengan sebaik mungkin serta melakukan dialog yang dibangun antara pasien dan dokter/bidan.

Proses pengambilan obat juga cukup cepat, hal ini dibuktikan dengan jumlah pasien /responden sebagian besar (53,3%) mengatakan pelayanan di loket cepat. Ini membuktikan bahwa petugas bekerja secara cepat dalam pekerjaannya.

Alasan pasien/responden memilih berobat di puskesmas karena memakai kartu Jamkesmas gratis dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Sebanyak 100% pasien/responden mengatakan bahwa tidak ada penambahan biaya apapun dalam melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas.

2) Transparansi Pelayanan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, hampir seluruh pasien/responden menunjukkan bahwa Puskesmas memberikan citra positif dalam transparansi pelayanan. Hal ini terbukti pada sebagian besar responden atau lebih dari 93,33% total responden tahu akan berbagai informasi yang ada di Puskesmas, dikarenakan tersedianya informasi tertulis. Informasi tertulis tersebut mengenai: tarif/retribusi puskesmas, biaya tindakan medik, program-program pelayanan ibu dan anak, prosedur pelayanan, jam pelayanan Puskesmas, prosedur rujukan dan prosedur penggunaan kartu Jamkesmas.

Terlihat jelas adanya transparansi di Puskesmas Dinoyo ini, hal ini didukung dengan terpampangannya besaran harga yang harus dibayar oleh pasien setiap kali berobat, mulai dari berbagai macam poli, laboratorium dan loket pengambilan obat.

3) Sikap Petugas

Dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai keramahan petugas, sebagian besar responden menyatakan mendapat sapaan dan petugas baik itu petugas loket pendaftaran, bidan/dokter, perawat, dan petugas obat. Sedangkan senyuman yang diberikan petugas kepada pasien sebesar 73,33% dilakukan oleh petugas loket pendaftaran, 73,33% oleh perawat, 80% oleh dokter/bidan, dan 66,67% oleh petugas obat. Parameter keramahan petugas sengaja dimasukkan dalam salah satu kuesioner penelitian karena lewat keramahan ini bisa diharapkan dapat mempercepat kesembuhan pasien. Dan aspek psikologis orang yang sakit apabila mendapatkan pelayanan yang terbaik dan keramahan akan menimbulkan kepercayaan terhadap petugas medis dan bisa mendukung proses kesembuhan.

Dan dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai keluhan kepada petugas menunjukkan bahwa responden sedikit mempunyai keluhan terkait pelayanan di masing-masing petugas. Untuk petugas loket pendaftaran mendapat keluhan sebesar 20% dari responden, sedangkan untuk perawat sebesar 20%, dokter/bidan dikeluhkan oleh

responden sebesar 20%, dan responden menyatakan keluhannya untuk petugas obat sebesar 26,67%. Apabila ada keluhan, keluhan yang terkadang muncul adalah terdapat beberapa petugas yang kurang ramah kepada pasien.

4) Pemenuhan Standar Pelayanan

Dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai pemenuhan standar pelayanan dihasilkan bahwa sebagian besar (86,67%) responden lebih dokter/bidan telah memberikan standar pemenuhan pelayanan kepada pasien. Dibuktikan hampir seluruh responden mendapatkan diagnosa, keakuratan penanganan, dan penjelasan tentang obat yang telah diberikan.

Standar pelayanan tersebut dibuat atas dasar kesepakatan yang dibangun antara pemberi dan penerima layanan. Bukan hanya kesepakatan harga (yang memang telah ditetapkan oleh pemerintah), namun standar waktu, jenis pelayanan, dan kesepakatan-kesepakatan yang lain. Pelibatan masyarakat tersebut, akan menumbuhkan pada diri masyarakat rasa memiliki dan pada akhirnya ikut melaksanakan peraturan yang ada. Tentu saja pelaksanaan tersebut muncul *reward* dan *punishment* bagi kedua belah pihak.

5) Konteks Pelayanan

Dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai kebersihan dijabarkan pada kebersihan kamar mandi, ruang tunggu pasien, dan ruang periksa pasien. Hasil yang diperoleh bahwa untuk kebersihan kamar mandi sebesar 100% responden menyatakan bersih. Untuk ruang tunggu pasien sebagian besar (93,%) responden menyatakan bersih dan sebagian kecil (7%) responden menyatakan kotor. Hal ini dikarenakan disetiap sudut kursi tunggu pasien disediakan tempat sampah, sehingga meminimalkan untuk membuang sampah sembarangan. Sedangkan untuk kebersihan ruang periksa pasien, sebagian besar (100%) responden menyatakan bersih. Untuk standar kebersihan ini merupakan standar yang bagus.

Dan dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai

kenyamanan yang merupakan salah satu aspek penilaian konteks pelayanan, kenyamanan pasien ditempatkan pada wilayah kenyamanan ruang tunggu dan kenyamanan ruang periksa. Untuk kenyamanan dapat dikatakan bahwa kenyamanan di ruang lingkup Puskesmas Dinoyo ini cukup nyaman meskipun terdapat beberapa responden yang menyatakan tidak nyaman. Sebagian besar (73,33%) responden menyatakan nyaman pada pengaturan kursi pada ruang tunggu dan kenyamanan ruang tunggu, dan sebagian besar (73,33%) responden menyatakan kesejukan pada ruang tunggu. Hal ini dikarenakan tempat ruang tunggu langsung menghadap jalan raya yang cukup ramai dilewati berbagai macam kendaraan sehingga menimbulkan polusi udara dan suara.

Dan dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai kenyamanan di ruang periksa Puskesmas Dinoyo ini dapat dikatakan nyaman. Hal ini dibuktikan bahwa sebagian besar responden menyatakan nyaman pada tempat tidur pasien, tetapi pada kondisi penerangan di ruang periksa pasien sebagian besar (66,7%) responden menyatakan nyaman. Alasan mengapa terdapat 33,3% responden yang menyatakan tidak nyaman karena lampu pada kamar pasien tidak menyala pada saat pemeriksaan dan terkesan gelap. Dan kesejukan pada kamar pasien sebagian besar (86,7%) responden menyatakan merasakan kenyamanan pada kamar pasien. Menyangkut privasi pasien sebanyak 86,67% menyatakan nyaman dikarenakan tertutup dan tidak ada orang yang bisa masuk ketika ada pemeriksaan.

Sehingga dapat dikatakan bahwa ketiga hasil diatas, kebersihan, kenyamanan pengaturan tempat dapat memberikan dampak bagi penderita, maupun yang mengantarkan.

6) Keterjangkauan Fasilitas

Dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai keterjangkauan fasilitas, sebagian besar responden menyatakan untuk mengakses fasilitas tersebut terbilang mudah. Paling jelas terlihat akan keterjangkauan fasilitas di Puskesmas Dinoyo ini adalah kemudahan

memakai fasilitas kamar mandi/toilet, ini dibuktikan bahwa sebesar 100% responden menyatakan mudah untuk mendapat fasilitas tersebut. Sebesar 66,67% responden menyatakan mudah untuk mendapatkan informasi di bagian informasi, sebagian besar (86,67%) responden menyatakan mudah memperoleh fasilitas pada loket pendaftaran dan dalam hal memberikan saran melalui pengaduan secara online dan sebagian besar (80%) responden menyatakan mudah untuk mendapatkan fasilitas di Poli (ruang periksa) dan di laboratorium. Di loket obat sebagian besar (80%) responden menyatakan mudah untuk mendapatkan fasilitas ini.

7) Keluhan Pelayanan

Dari tabel berdasarkan hasil penelitian mengenai keluhan pelayanan dari pasien dan hasil penelitian memperlihatkan bahwa sebesar 100% responden menyatakan tidak ada keluhan pada kebersihan bangunan, hal ini dikarenakan di setiap sudut tempat tunggu dan diruangan selalu tersedia tempat sampah. Sebagian besar (86,7%) responden menyatakan tidak ada keluhan pada ketetapan jam pelayanan, ketersediaan obat, dan hasil laboratorium yang kurang akurat. Hal ini dikarenakan sudah terpampang jam pelayanan Puskesmas yang cukup besar sehingga memudahkan masyarakat atau orang yang berobat tahu akan jam pelayanan Puskesmas. Demikian juga dengan ketersediaan obat tidak ada keluhan karena setiap dua bulan sekali minimal dipasok dari Dinas Kesehatan. Tidak adanya keluhan mengenai hasil laboratorium dari responden berarti pelayanan yang pasien terima selama ini telah terpenuhi dan tidak ada kesalahan. Dan sebagian besar (83,3%) responden menyatakan tidak ada keluhan pada keberadaan dokter/bidan/perawat dikarenakan tidak ada pasien yang terlantar karena ketidakhadiran dokter/bidan/ perawat. Untuk keterbukaan dokter dalam melayani pasien sebagian besar (73,33%) responden menyatakan tidak ada keluhan, tetapi sebagian kecil (26,67%) menyatakan ada keluhan, hal ini dikarenakan dokter tidak menjelaskan secara detail mengenai penyakit yang didrita, manfaat

obat, jenis obat yang dipakai, dan efek samping obat. Masyarakat sebesar 26,67% responden menyatakan keluhannya pada antrian pelayanan, hal ini dikarenakan pelayanannya masih manual dan belum komputersasi sehingga petugas masih mencatat di buku daftar pasien.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Kinerja Poli Umum Puskesmas Dinoyo Kota Malang dalam pelayanan kesehatan sudah baik, hal ini karena didukung oleh kualitas SDM Puskesmas, kondisi sarana dan prasarana Puskesmas yang memadai, sistem distribusi tenaga kesehatan yang baik dan proses pelayanan yang baik.
 - a. Kualitas SDM Puskesmas Dinoyo tergolong tinggi karena para petugas merupakan lulusan dari sekolah kesehatan terdiri dari 24 orang pegawai dan juga adanya program pengembangan karyawan melalui diklat.
 - b. Kondisi sarana dan prasarana Puskesmas Dinoyo tergolong memadai, kondisi fisiknya bagus, demikian pula dengan peralatan medis, peralatan penunjang dan obat-obatan, semuanya tersedia dalam ukuran yang memadai untuk keperluan melayani masyarakat.
 - c. Jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Dinoyo secara keseluruhan masih memerlukan penambahan tenaga kesehatan untuk mengisi kekurangan yang ada. Program-program kesehatan yang terdapat di Puskesmas Dinoyo pada kenyataannya cukup baik, terbukti dengan adanya penyuluhan tentang sanitasi, UKS, tentang penyebaran penyakit menular, penyuluhan tentang demam berdarah. Penyuluhan antara lain dilakukan di sekolah-sekolah dan di Kelurahan. Keterlibatan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program kesehatan di Puskesmas Dinoyo sudah cukup baik, dimana semua tenaga kesehatan dilibatkan secara langsung dalam kegiatan yang dilakukan, Pengawasan yang dilakukan pada Puskesmas Dinoyo terhadap tenaga kesehatan sudah cukup maksimal. Pengawasan ini bukan hanya dilakukan di kantor tetapi juga di lapangan di mana para petugas kesehatan melaksanakan tugasnya. Dengan adanya pengawasan tersebut, maka semua petugas akan bekerja sesuai dengan tugas masing-masing dan dapat mencapai hasil yang maksimal dan memberikan kualitas layanan yang tinggi. Penyuluhan kesehatan kepada

masyarakat merupakan salah satu program kesehatan yang selalu diadakan di Puskesmas Dinoyo. Penyuluhan kesehatan tersebut dilakukan secara menyeluruh oleh petugas kesehatan di Puskesmas Dinoyo berdasarkan disiplin ilmu masing-masing.

d. Proses pelayanan kesehatan

Proses pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo belum berjalan sebagaimana mestinya dan juga belum memberikan pelayanan yang optimal. Terdapat beberapa tenaga kesehatan yang merangkap tugas lain, selain di Puskesmas Dinoyo. Sehingga proses pelayanan kesehatan menjadi terhambat. Hal ini dipengaruhi oleh kurangnya tenaga kesehatan yang ada.

2. Tingkat Pelayanan kesehatan di Poli Umum Puskesmas Dinoyo

a. Pelayanan kesehatan pada Puskesmas Dinoyo terdiri dari pelayanan medis dan non medis. Pelayanan penunjang meliputi pelayanan Loker, Kamar obat, Laboratorium, Peny Dalam.

b. Prosedur penerimaan pasien di Poli Umum Puskesmas Dinoyo sudah tergolong cepat, tepat waktu dan tidak berbelit-belit. Prosedur pelayanan khususnya di bagian pendaftaran tergolong mudah yaitu hanya dengan menunjukkan kartu berobat/kartu Askes/kartu Jamkesmas dan membayar tarif pelayanan sesuai dengan ketentuan. Pelayanan di loket pendaftaran juga cukup cepat yaitu berkisar antara 5-10 menit, sedangkan untuk pengobatan dan pemeriksaan berkisar antara 10-15 menit, dan pengambilan obat berkisar antara 5-20 menit tergantung jenis obat yang diterima pasien.

c. Pelayanan medis yang terdapat di Puskesmas Dinoyo telah disesuaikan dengan standar pelayanan kesehatan. Hal ini terlihat dari tidak adanya perbedaan antara pasien umum dan pasien pemegang kartu Jamkesmas .

d. Tarif/retribusi pelayanan di Puskesmas/Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Rumah Bersalin milik Pemerintah telah sesuai dengan perda kota Malang nomor 20 tahun 2005. Dan untuk pengguna kartu Jamkesmas tidak dipungut biaya, hal ini telah terbukti sesuai dengan hasil wawancara dengan salah satu responden pemakai kartu Jamkesmas yang menyatakan

bahwa tidak ada pembiayaan apapun untuk pengguna kartu Jamkesmas, kecuali untuk pelayanan yang tidak termasuk di dalam kriteria pelayanan yang diterima pengguna kartu Jamkesmas.

- e. Tanggapan pasien atau masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Poli umum Puskesmas Dinoyo rata-rata baik, hampir semua indikator yang meliputi persepsi besaran biaya dan waktu, transparansi pelayanan, sikap petugas, pemenuhan standar pelayanan, konteks pelayanan, keterjangkauan fasilitas, keluhan pelayanan.

B Saran

1. Dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat pengguna jasa perlu adanya penambahan tenaga kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Sehingga diharapkan tidak ada petugas/tenaga kesehatan yang merangkap tugas di tempat lain. Jadi kinerja pelayanan yang diberikan akan menjadi lebih optimal.
2. Dinas kesehatan hendaknya lebih banyak mengikutsertakan petugas kesehatan khususnya di Puskesmas dalam berbagai jenis pelatihan untuk meningkatkan keterampilan petugas dan sesuai dengan keahliannya masing-masing.
3. Perlu adanya penambahan fasilitas berupa komputer pada bagian loket pendaftaran pasien sehingga dapat memudahkan petugas dalam pendataan pasien. Jadi dengan ini kualitas pelayanan yang diberikan akan menjadi lebih baik dan cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar. 1996. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*. Jakarta: Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Abdullah, Syukur, M., *Aspek Kepemimpinan Dalam Birokrasi (Pengembangan Kemampuan Administrasi Dalam Menunjang Pembangunan Nasional*. Persadi, Ujung Pandang, 1984.
- Donabedian, Avedis. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Erni,daly. *Pemerintahan Daerah, Desentralisasi, Dekonsentrasi, Tugas Pembantuan*. Diakses pada tanggal 25 Maret 2010 dari <http://images.dalyerni.multiply.com/attachment/0/RzRVUAoKcMUAADOOWLE1/Pemerintahan%20Daerah.ppt?nmid=66893593>.
- FIA. 2005. *Pedoman Penyusunan Skripsi Fakultas Ilmu Administrasi*. Malang : FIA Unibraw.
- Ginting, Rosa Christina. 2002. *Program Pelayanan Adminisrasi Terpadu di Rumah Sakit*. Diakses pada tanggal 25 Maret 2010 dari [http://www.searo.who.int/LinkFiles/National_Health_Accounts_\(NHA\)_CS_24_ROSA_2.DOC](http://www.searo.who.int/LinkFiles/National_Health_Accounts_(NHA)_CS_24_ROSA_2.DOC).
- Griffith, John. 1987. *The Well-Managed Community Hospital*. : Health Administration Press. Michigan.
- Gaspersz, V, 1994, *Manajemen Kualitas*. Gramedia, Jakarta.
- Gibson, dkk., *Organisasi: Perilaku, Struktur dan Proses*. Binarupa Aksara, Jilid I & II, Jakarta, 1996.
- Hasibuan, Malayu. 2000. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara
- Henry, Nicholas, *Administrasi Negara dan Masalah-masalah Publik*. Rajawali Press, Jakarta 1995.
- Kartasasmita, Ginanjar. 1997. *Kemiskinan*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Kristiadi, J.B, *Persfektif Administrasi Publik Menghadapi Tantangan Abad 21*. Jurnal Administrasi dan Pembangunan, Edisi, Khusus, Volume I No. 2, 1997.
- Mangkunegara, A. P. 2007. *Evaluasi Kinerja SDM*.

Mardiasmo. 2002. *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*. Jogjakarta: Andi.

Martoyo, Susilo. 2000. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jogjakarta: BPFE

Moleong, Lexy J. 2001. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Muluk, Khairul. 2002. *Local Government, Desentralisasi Teori, Cakupan, dan Elemen*. (59 dan 61) Jurnal Administrasi Negara Vol. II, No. 02. Malang. FIA.

Mulyadi, Edi. 2006. *Mengharapkan Pelayanan Publik Yang Optimal*. Bandung: Staf Pusat Kajian Diklat Aparatur LAN Bandung.

Mustopadidjaja, AR & Bintoro, Tjokroamodjojo, *Administrasi Negara, Demokrasi dan Masyarakat Madani*. LAN, Jakarta, 1999.

Osborne, David, Ted, Gaebler, *Mewirauahakan Birokrasi: Mentransformasikan Semangat Wirausaha ke Dalam Sektor Publik*. PT. Pustaka Binaman Pressindo, Jakarta, 1992.

Pengertian Puskesmas. Diakses pada tanggal 24 Maret 2010 dari <http://id.wikipedia.org/wiki/Pukesmas>.

Puskesmas Dinoyo. Diakses pada tanggal 24 Maret 2010 dari www.dinkeskotamalang.com.

PERSADI, *Pembangunan Administrasi di Indonesia*. Jakarta, 1984.

Poerwadarminto, W,J, S. 1991. *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.

Rosidah, S.T.A. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sagala, Syaiful. 2000. *Konsep Dasar Dan Sistem Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.

Savas, E. S., *Privatization : The Key to Better Government*. Chatham House Publisher, Inn., New Jersey, 1987.

Siagian, Sondang P. 2001: “ *Kerangka Dasar Administrasi* ”, Jakarta, Rineka Cipta.

Sianipar, JPG. 2000: “ *Manajemen Pelayanan Masyarakat*”, Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.

Supari, Siti Fadilah, 2005. *Sembilan Syarat Penyelenggaraan Pelayanan*

Kesehatan Yang Baik. diakses pada tanggal 25 Maret 2010 dari <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=858&Itemid=2>.

Susilih, Sri. 2002. *Local Government, Desentralisasi Public Sevice Dalam Era Otonomi Daerah*. (36-37) Jurnal Administrasi Negara Vol II, No.2. Malang. FIA.

Suwondo, 2001. *Manajemen Pelayanan Publik, Desentralisasi Pelayanan Publik : Hubungan Komplementer Antara Sektor Negara, Mekanisme Pasar Dan Organisasi Non-Pemerintah*. (29-30) Jurnal Administrasi Negara Vol.1, No.2. Malang. FIA.

Toha, Miftah.1983: “ *Perilaku Organisasi, Dasar dan Aplikasi* ”, Jakarta: P.T Raya Grasindo Perkasa.

Widodo, Joko, 2001, *Good Governance : Telaah dari Dimensi Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi Pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah*. Insan Cendekia, Surabaya.

Yacobalis, Sams. 1996. “ *Paradigma Baru Perumasakitan di Indonesia* ” disampaikan pada Kongres ke VII PERS.

Yuwono, Sony, dkk. 2008. *Memahami APBD dan Permasalahannya: Panduan Pengelolaan Keuangan Daerah*. Malang: Banyumedia.

Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang No.22 Tahun 1999 tentang Otonomi Daerah

Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Undang-Undang No.32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.

Kep Men Pan nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Kep Men Kes nomor 836/Menkes/SK/VI/2005 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan.

Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur.

Lampiran 1. Contoh Kartu Status Pasien

STATUS PASIEN

PUSKESMAS DINOYO

Jl. MT. Haryono IX / 13 Malang 0341 - 572640

No. Register : _____
 No. ASKES : _____

Nama Pasien : _____	Umum / ASKES / JPS / Lain-lain
Nama Kep. Kel. : _____	Umur : tin. / bln / hari
Alamat : _____	L / P
Pekerjaan : _____	

Tanggal	Keluhan	Hasil Pemeriksaan	Diagnosa	Terapi
	D B : U M H B : BISA MINUM : SELALU MEMUNTahkan : KEJANG : LETAR : BATUK : le RR : H/M STRIDOR : YDDS : PILEK : MUNTAH : DIARE : le DARAH : PANAS : le aB TELINGA : BENGKAK : NYERI : NYERI : D G H : PUGAT : IMUNISASI : VIT. A : MASALAH LAIN:			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Batuk : - Pilek : - Panas : - Muntah : - Menceret : - </div>			

Lampiran 2. Contoh Kartu Peserta JAMKESMAS



Lampiran 4. DAFTAR INVENTARIS ALAT NON MEDIS TAHUN 2010
UNIT KERJA : PUSKESMAS DINOYO

**DAFTAR INVENTARIS ALAT NON MEDIS TAHUN 2010
UNIT KERJA : PUSKESMAS DINOYO**

NO	JENIS/NAMA BARANG	TAHUN PEROLEHAN	JUMLAH	HARGA	KETERANGAN		ASAL
					BAIK	RUSAK	PEROLEHAN
1	Lemari obat	2002	1		1		Pemda
2	Computer	2005	1		1		Pemda
3	Lemari Es	2006	1		1		Pemda
4	Intrument Cabinet	2006	1		1		Pemda
5	A C	2006	1		1		GF
6	Lemari Es	2007	1		1		GF
7	Computer	2007	3		3		Pemda
8	Printer	2007	1		1		Pemda
9	Meja tulis 1/2 biro	2007	1		1		Pemda
10	Almari besi	2007	1		1		Pemda
11	Kursi Kerja	2007	3		2	1	Pemda
12	Televisi 21 Inci	2007	1		1		Pemda
13	V C D Player	2007	1		1		Pemda
14	Intrument Cabinet	2008	2		2		Pemda
15	Almari Besi Pintu Kaca	2008	1		1		Pemda
16	Note Book toshiba	2008	1		1		Pemda
17	LCD	2008	1		1		Pemda
18	Proyektor L C D	2008	1		1		Pemda
19	Wirelles	2008	1		1		Pemda
20	Meja hills 1/2 biro	2008	2		2		Pemda
21	Rak Locket	2008	1		1		Pemda
22	Meja L C D	2005	1		1		Pemda
23	Kursi Kerja Putar A	2008	1		1		Pemda
24	Kursi Kerja Putar B	2008	1		1		Pemda
25	Kursi Kerja Putar Tinggi	2008	1		1		Pemda
26	Kursi Lipat	2008	15		15		Pemda
27	Tempat Tidur Pasien	2008	1		1		Pemda
28	MesinTik		1			1	Pemda

Lampiran 5. DAFTAR INVENTARIS ALAT MEDIS TAHUN 2010
UNIT KERJA : PUSKESMAS DINOYO

**DAFTAR INVENTARIS ALAT MEDIS
TAHUN 2010
UNIT KERJA : PUSKESMAS DINOYO**

NO	JENIS/NAMA BARANG	JUMLAH	HARGA	KETERANGAN		ASAL PEROLEHAN
				BAIK	RUSAK	
1	Dental Unit	3 set		3 set		Pemda
2	Dental chair	3set		3set		Pemda
3	Dental compresor	2 unit		2 unit		Pemda
4	Dental light curing	1 unit		1 unit		Pemda
5	Dental laboratorium	1 unit		1 unit		Pemda
6	Auto olave kering	1 unit		1 unit		Pemda
7	Dental X- ray	1 unit		1 unit		Pemda
8	Dental hand instrument	1 unit		1 unit		Pemda
9	Pinset anatomis	5 buah		5 buah		Pemda
10	Pinset chirugis	5 buah		5 buah		Pemda
11	Inset dental	5 buah		5 buah		Pemda
12	Plastis filing	5 buah		5 buah		Pemda
13	Cement spatel	5 buah		5 buah		Pemda
14	Cement stopper	5 buah		5 buah		Pemda
15	Excavator	5 buah		5 buah		Pemda
16	Amalgam stopper	5 buah		5 buah		Pemda
17	Bumiser	5 buah		5 buah		Pemda
18	Boor Invertec	7 buah		7 buah		Pemda
19	Boor Round	7 buah		7 buah		Pemda
20	Boor Tapered	7 buah		7 buah		Pemda
21	Curretage besar	1 buah		1 buah		Pemda
22	Curretage Kecil	1 buah		1 buah		Pemda
23	Cryer Ka / Ki	1 buah		1 buah		Pemda
24	Knabel Tang	1 buah		1 buah		Pemda
25	Gunting Gusi	2 buah		2 buah		Pemda
26	Kaca mulut	21 buah		21 buah		Pemda
27	Sonde	5 buah		5 buah		Pemda
28	Crown mess	5 buah		5 buah		Pemda
29	Hammer	1 unit		1 unit		Pemda
30	Forceps extractie Dewasa isi 10	2 set		2 set		Pemda
31	Forceps extractie Adak isi 6	1 set		1 set		Pemda
32	Root Elevator	1 set		1 set		Pemda
33	Air micromotor low speed	1 set		1 set		Pemda
34	Finger protector	1 buah		1 buah		Pemda
35	Citoject	2 unit		2 unit		Pemda
36	Mortal stamper	1 buah		1 buah		Pemda
37	Dapped glass	1 buah		1 buah		Pemda
38	Articulator	1 buah		1 buah		Pemda
39	Alat Pencabut Gigi	1 set		1 set		Pemda
40	Alat Diagnostik dan Penambalan	1 set		1 set		Pemda
41	Ultra Sonic Scaler	2 set		2 set		Pemda
42	Cuvet tanpa tutup	2 buah		2 buah		Pemda

43	Instrument bak	4 buah		4 buah		Pemda
44	Bowl	2 buah		2 buah		Pemda
45	Hammer Reflex	2 buah		2 buah		Pemda
46	Clamp Regulating Ruber Tube	2 buah		2 buah		Pemda
47	Stetoskop Foetal	1 buah		1 buah		Pemda
48	Gliserin syring 20 cc	1 buah		1 buah		Pemda
49	Thermometer Oral	1 buah		1 buah		Pemda
50	Thermometer Rectal	6 buah		6 buah		Pemda
51	Tangue Depresor kecil	14 buah		14 buah		Pemda
52	Tangue Depresor besar	3 buah		3 buah		Pemda
53	Nalfuder	1 buah		1 buah		Pemda
54	Scalpel No 3	1 buah		1 buah		Pemda
55	Scalpel No 4	1 buah		1 buah		Pemda
56	Korentang besar	1 buah		1 buah		Pemda
57	Vorcep iris	1 buah		1 buah		Pemda
58	Camector Straid poly	2 buah		2 buah		Pemda
61	Basin Kidney	3		3		Pemda
62	Droper medicine	0		0		Pemda
63	Duk Clem	0		0		Pemda
64	Arteri Clem	4		4		Pemda
65	Spatel Kecil	0		0		Pemda
66	Agrav Tang	0		0		Pemda
67	Scaptel kecil + besar	0		0		Pemda
68	Gunting bengkok	0		0		Pemda
69	Gunting lurus	0		0		Pemda
70	Standart Com	0		0		Pemda
71	Poliklinik Set	0		0		Pemda
72	Surgical Set	2 set 1 set		2		Pemda
73	Waskom	0		0		Pemda
74	Meja Tindakan	0		0		Pemda
75	Chomo chair	0		0		Pemda
76	Kursi Roda	0		0		Pemda
77	Mercuri aly Sphygnomanometer	0		0		Pemda
78	Ultrasonik Debolizer	0		0		Pemda
79	Standar infus	0		0		Pemda
80	T H T Set	0		0		Pemda
81	Diagnostic	0		0		Pemda
82	Sterilisator Elektric	0		0		Pemda
83	Timbangan dan Pengukur Tinggi	0		0		Pemda
84	Minor Surgery	0		0		Pemda
85	Instrumen Tray	0		0		Pemda
86	Refrigerator Kecil	0		0		Pemda
87	Dressing Forcep	0		0		Pemda
88	Tensimeter Pegas	0		0		Pemda
89	Mercuriyal Sphygnomanometer	0		0		Pemda
90	Tomiguat	0		0		Pemda
91	Tabung Oksigen + standar	0		0		Pemda
92	Microskop	0		0	1 buah	Pemda
93	Centrifuge	0		0		Pemda
94	Pipet lekosit	0		0		Pemda
95	Pipet eritrosit	0		0		Pemda
96	Kamar hitung	0		0		Pemda

97	Safe Tech					
98	Bunsen					
99	Rak LED					
100	Pipet LED					
101	HB Meter Sahli				1 buah	
102	Tabung HB Meter Sahli					
103	Tabung Reaksi UK. 15-150 Mm					
104	Tabung Centrifuge					
105	Rak Tabung Reaksi					
106	Fotometer					
107	Spiritus Lmp					
108	Tripot for burner					
109	Staining Rak					
110	Rak Tabung Western Green					
111	Tabung Western Green					
112	Plastis Spraying bottle					
113	Hand Tale Counter					
114	Test Tube 16 mm					
115	Funel 15 cm					
116	Pipet Pastur					
117	Mikropipet 20 U L					
118	Mikropipet 100 U L					
119	Mikropipet 500 U L	1		1		Pemda
		buah		buah		
120	Mikropipet 1000 U L	1		1		Pemda
		buah		buah		
121	Analisa Diagnostik					
122	Dilatator Busi Besar					
123	Dilatator Busi Medium					
124	Dilatator Busio Kecil					
125	Catheter Metal Pendek					
129	Depresor Tangu Metal					Pemda
	Head Lamp	13		13		Pemda
	Trocar					Pemda
	U Klein					Pemda
	Gunting Lancip	1		1		Pemda
	Gunting Tali pusat					Pemda
	Nal Foeder					Pemda
	Pinset Chirurgi kecil					Pemda
	Pinset Chirurgi besar					Pemda
	Klein Chirurgi					Pemda
	Pinset Anatomi kecil					Pemda
	Pinset Anatomi besar					Pemda
	Klem Anatomi					Pemda
	Speculum Cocor Bebek Besar					Pemda
	Speculum Cocor Bebek Kecil					Pemda
	Tenaculum					Pemda
	Penjepit Jaringan					Pemda
	Sonde Uterine					Pemda
	Tampon Tang					Pemda

	Gunting Besar Sims					Pemda
	Penail IUD					Pemda
	Korentang					Pemda
	Tempat Korentang					Pemda
	Tromol Kasa					Pemda
	Removal Implant					Pemda
	Doppler					Pemda
	Stetoscope					Pemda
	Funan Descop					Pemda
	Jangka Panggul			5 buah		Pemda
	Bengkok Kecil					Pemda
	Bengkok Besar					Pemda
	Tensimeter					Pemda
	Cucing					Pemda
	Bowl Kecil					Pemda
	KIA Set					Pemda
	Perawatan Alkesmas					Pemda
	Timbangan Bayi					Pemda
	Bidan Kit					Pemda
	Alat Ukur Panjang Badan					Pemda
	Alat Ukur Tinggi Badan					Pemda
	Dacin dan Sarung Timbangan					Pemda
	Gyne Bed					Pemda
	Lampu Gyne					Pemda
	Spekulum S , M . L					Pemda
	Tempat Spekulum			1 Set		Pemda
	Gyne Set					Pemda
	Tangga Bed Pasien			1 buah		Pemda
	I U D Kit					Pemda
	Partus Set					Pemda
	P H N Kit					Pemda
1	Stop Watch	1		1 buah		Pemda
79		buah				
1	Metilated Spirit Lamp	1		1 buah		Pemda



Lampiran 6. Daftar Infentaris Kendaraan Bermotor

DAFTAR INVENTARIS KENDARAAN BERMOTOR 2010

NO	JENIS BARANG NAMA BARANG	TAHUN	TAHUN PEROLEHAN	NO. POLISI	STNK BERLAKU	TYPE/MERK	KETERANGAN ASAL/KONDISI
1	SEPEDA MOTOR	1994	1994	L 9795 GY	28-05-2009	YAMAHA V 100	PEMDA / CUKUP
2	SEPEDA MOTOR	1998	1998	L 2060 DP	18-04-2013	SIZUKI RC 100	PEMDA / CUKUP
3	AMBULANCE	2002	2002	N 9984 BA	02-01-2010	T. KIJANG KF 60 STD	PEMDA / BAIK
4	SEPEDA MOTOR	2006	2006	N 2131 AP	24-03-2011	YAMAHA T 105 ER/ERD	PEMDA / BAIK
5	SEPEDA MOTOR	2008	2008	N 2733 AP	22-07-2013	SUPRA X TIPE NF 125 TD	PEMDA / BAIK
6	AMBULANCE	2008	2008	N 8274 AP	02-12-2013	TOYOTA HILIX 2.0L MT	PEMDA / BAIK

Mengetahui,
Kepala UPT Puskesmas Dinoyo

Drg. Wuryaningsih
NIP. 140 100 902

Malang, 15 Mei 2010
Pengurus Barang

Ellef Yuniarti
NIP. 19710619 199803 2 2007

Lampiran 7. Foto-foto Kegiatan di Puskesmas



Gambar 1. Koordinasi sebelum kegiatan



Gambar 2. Suasana Ruang Tunggu Pasien



Gambar 3. Suasana Loker Pendaftaran



Gambar 4. Suasana Penanganan Pasien



Gambar 5. Pemeriksaan Pasien

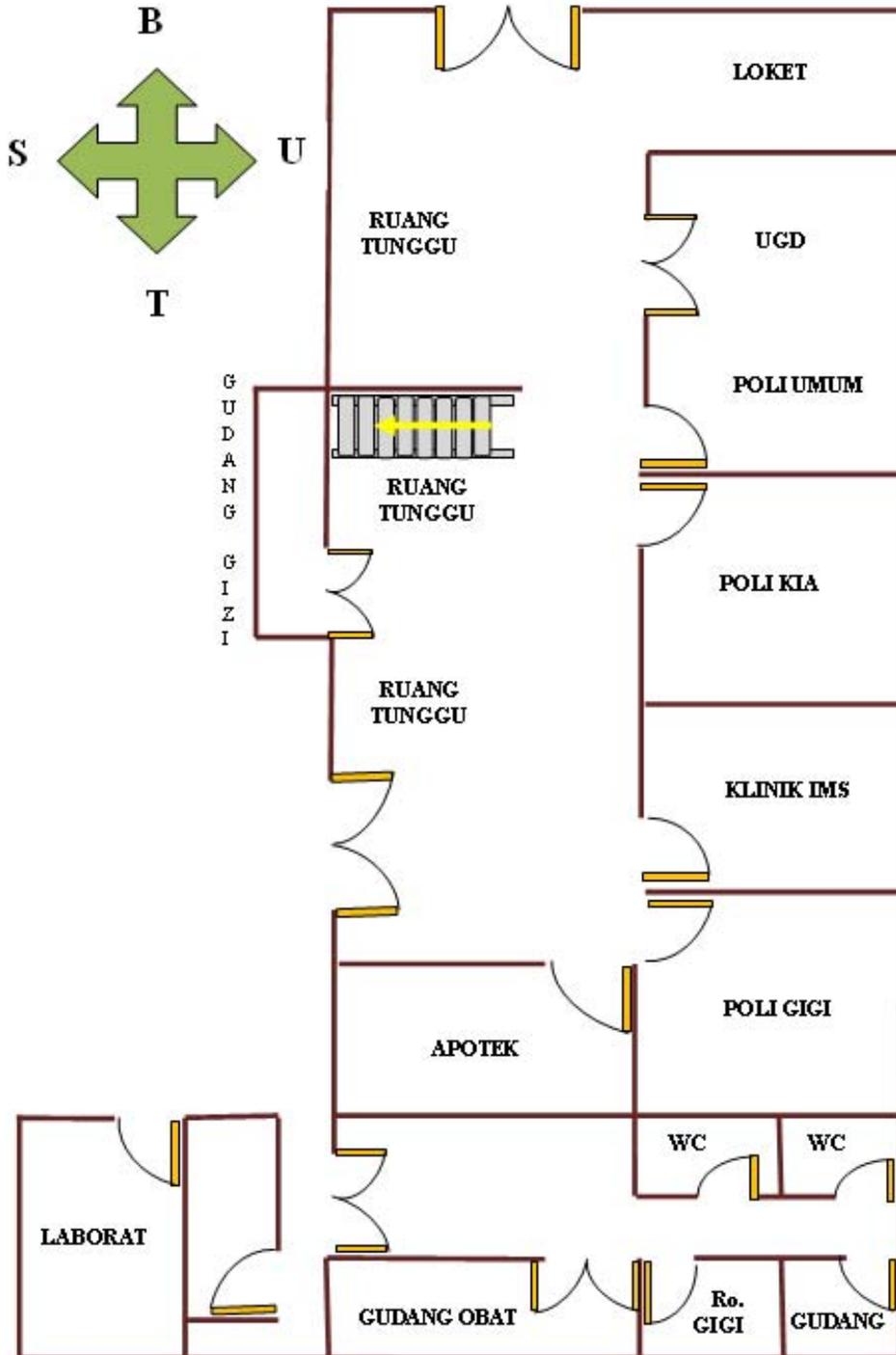


Gambar 6. Pelaksanaan Vaksinasi

Lampiran 8. Denah Ruang Puskesmas Dinoyo tahun 2010

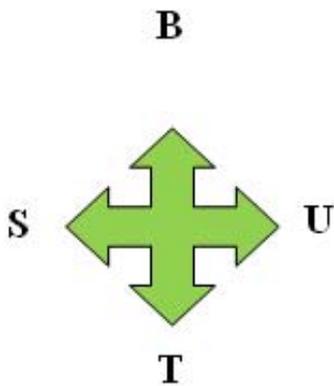


PUSKESMAS DINOYO DENAH LANTAI BAWAH





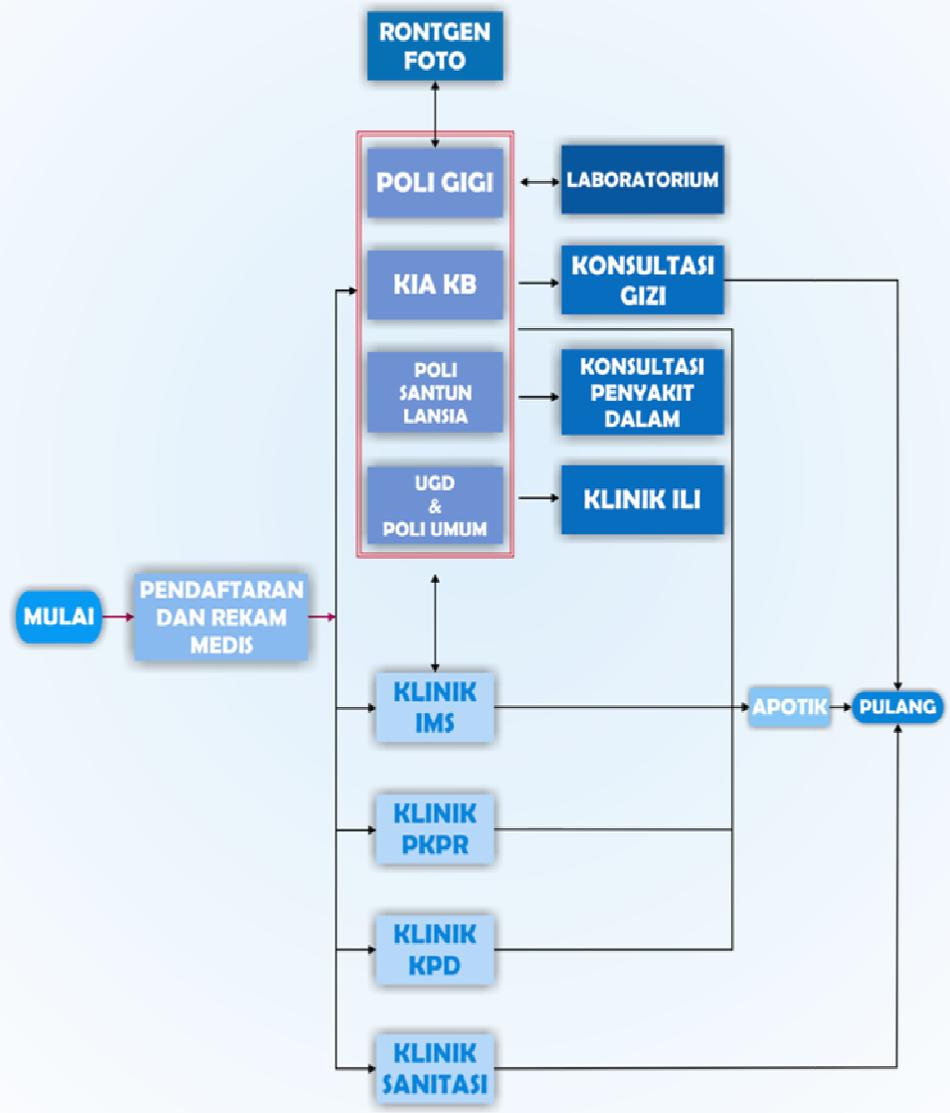
PUSKESMAS DINOYO DENAH LANTAI ATAS



Lampiran 9. Jumlah Kunjungan Pasien Poli Umum Puskesmas Dinoyo th. 2009

Bulan	Jumlah Pasien
Januari	1.099
Februari	1.105
Maret	1.336
April	1.403
Mei	1.149
Juni	1.141
Juli	1.279
Agustus	1.414
September	815
Oktober	1.180
Nopember	966
Desember	1.009
Total	13.896

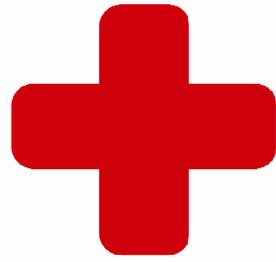
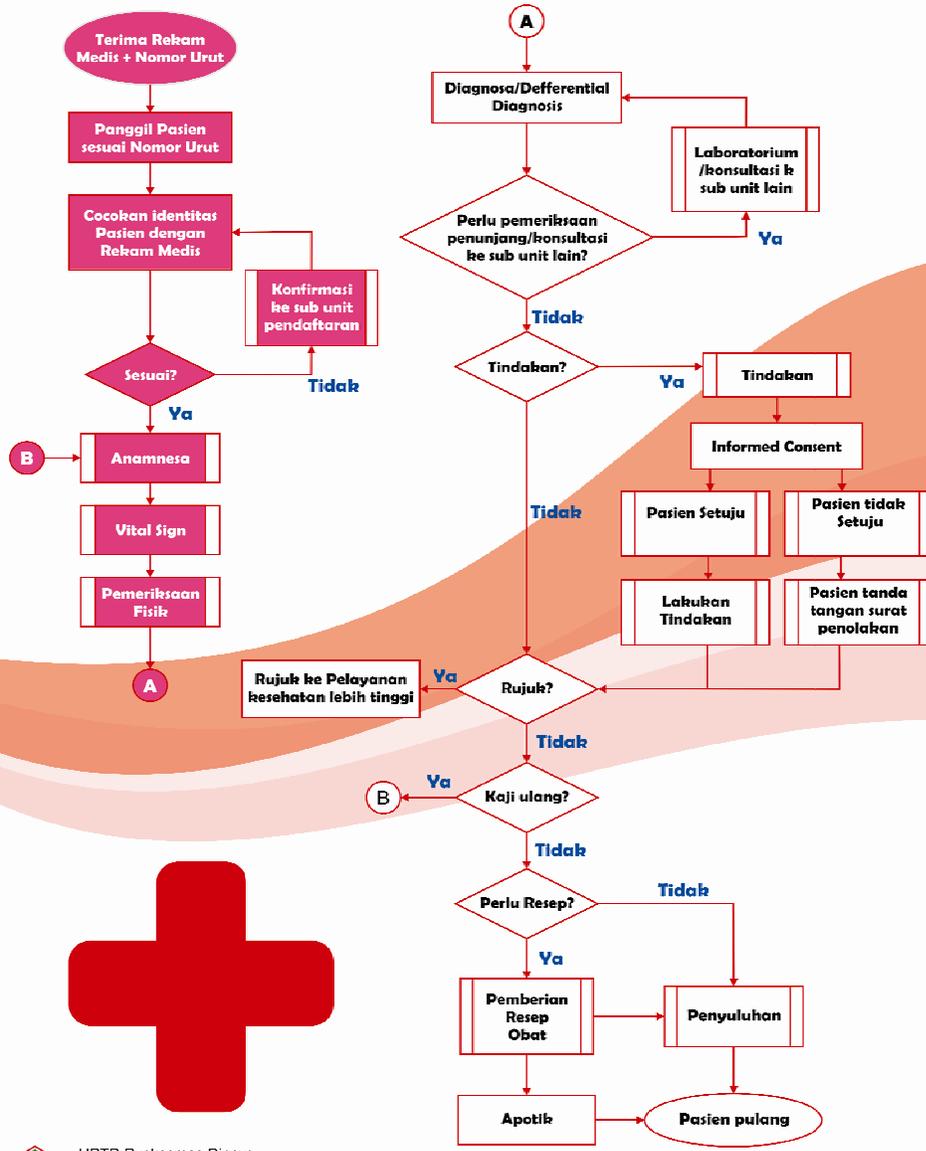
ALUR PELAYANAN PASIEN UPT PUSKESMAS DINOYO



UPTD Puskesmas Dinoyo
Jalan MT. Haryono no.131
Kecamatan Lowokwaru
Kota Malang

PKMM DKV-UM 2009

DIAGRAM ALIR PELAYANAN POLI UMUM




 UPTD Puskesmas Dinoyo
 Jalan MT. Haryono no.131
 Kecamatan Lowokwaru
 Kota Malang

PKMM DKV-UM 2009


 UPTD Puskesmas Dinoyo
 Jalan MT. Haryono no.131
 Kecamatan Lowokwaru
 Kota Malang

PKMM DKV-UM 2009



CURRICULUM VITAE

Nama : Kunit Kurnia Fajri
 Nim : 0510310063
 Tempat/Tanggal Lahir : Malang, 06 Juli 1987
 Agama : Islam
 Alamat : Jl. Tlogosuryo V/29 Malang
 Pendidikan : 1. SDN Tlogomas II Malang (1993-1999)
 2. SLTPN 4 Malang (1999-2002)
 3. MAN I Malang (2002-2005)
 4. Fakultas Ilmu Administrasi Universitas
 Brawijaya Malang (2005-2010)
 Pengalaman Kerja : Magang di Bagian Pemerintahan Umum Sekda
 Kota Batu selama 1 Bulan.



PEDOMAN WAWANCARA

1. Bagaimanakah deskripsi singkat Puskesmas Dinoyo Malang?
2. Hal-hal apa saja yang mempengaruhi kecepatan penanganan terhadap pasien?
3. Apa saja yang menjadi kompetensi dan kemampuan petugas dalam menangani pasien?
4. Apakah setiap petugas memiliki pekerjaan sampingan lainnya selain di Puskesmas Dinoyo Malang?
5. Bagaimana cara mendiagnosa pasien secara lengkap?
6. Apa saja yang menjadi pedoman dalam akurasi penanganan pasien?
7. Organisasi profesi apa saja yang menaungi Puskesmas Dinoyo Malang?
8. Apakah terdapat hubungan profesi dengan bidang-bidang yang lain, dan bagaimana hubungannya?
9. Apakah terdapat kode etik untuk petugas pelayanan di puskesmas? bagaimana penjelasannya.
10. Apa saja jenis pelayanan poli umum di puskesmas Dinoyo? dan penjelasannya
11. Bagaimana prosedur pelayanan kesehatan poli umum di puskesmas Dinoyo?
12. Apakah terdapat perbedaan pemberian pelayanan medis yang diberikan petugas kepada pasien umum dengan pasien Jamkesmas?
13. Bagaimana bentuk penyelesaian administrasi bagi pasien pengguna kartu jamkesmas?
14. Apa saja kelengkapan medis untuk pelayanan kesehatan poli umum di Puskesmas Dinoyo?

PEMERINTAH KOTA MALANG DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS DINOYO
JL. MT. HARYONO Gg. IX/13 Telp. 572640 MALANG

SURAT KETERANGAN

No. /2010

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPT Puskesmas Dinoyo Kota Malang menerangkan bahwa :

Nama : Kunyit Kurnia Fajri
NIM : 0510310063
Jurusan : Administrasi Publik
Asal : Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya Malang

Telah selesai menjalankan penelitian mulai tanggal 26 Mei 2010 sampai 20 Juni 2010 dengan judul **“Kinerja Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Dalam Pelayanan Kesehatan (Studi pada Pelayanan Medis dan Administrasi di Puskesmas Dinoyo Malang).”**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

5 Juli 2010

KEPALA PUSKESMAS DINOYO

Drg. Wuryaningsih
Pembina Tk. I
NIP. 140 100 902