

**PENINGKATAN KINERJA PEGAWAI DALAM RANGKA
MENGOPTIMALKAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN
(Studi Kasus Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Menempuh
Ujian Sarjana Pada Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya**

**DWI ANUNG PRIYO.S
NIM. 0510313040**



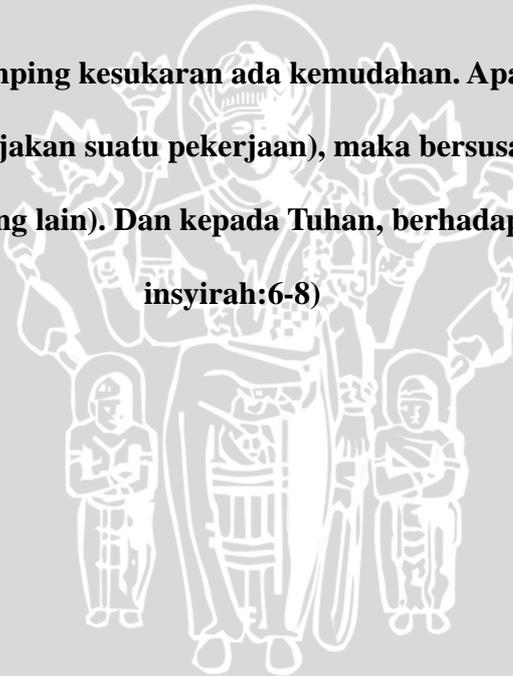
**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
KONSENTRASI ADMINISTRASI PEMBANGUNAN
MALANG
2012**

MOTTO

“Dan Kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada kedua orang Ibu Bapaknya, Ibunya telah mengandung dalam keadaan lemah dan bertaubah, dan menyapihnya selama 2 tahun. Bersyukurlah kepada-Ku dan kepada kedua orang Ibu Bapakmu, hanya kepada-Ku lah kembalimu.”

(Luqman;14)

**“Sesungguhnya disamping kesukaran ada kemudahan. Apabila engkau telah selesai (mengerjakan suatu pekerjaan), maka bersusah payahlah (mengerjakan yang lain). Dan kepada Tuhan, berhadaplah.” (Qs. Al-
insyirah:6-8)**



PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

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

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No. 20 Tahun 2003, pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Malang, Februari 2012



METERAI
TEMPEL
PAJAK PENGALUAN BARANG
20
06RADAAF915206446
PANGALAN KE KUPAH
6000 DJP

Dwi Anung Priyo S

NIM: 0510313040

TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan majelis penguji Skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 24 Januari 2012
Jam : 10.00 – 11.00 WIB
Skripsi Atas Nama : Dwi Anung Priyo Saputro
Judul : Peningkatan Kinerja Pegawai Dalam Rangka Mengoptimalkan Mutu Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)

Dan dinyatakan LULUS

MAJELIS PENGUJI



Dr. Hermawan, S.IP, M.Si
Ketua



Drs. Minto Hadi, M.Si
Anggota



Dr. Ratih Nur Pratiwi, M.Si
Anggota



Drs. Romula Adiono, M.AP
Anggota

RINGKASAN

Priyo Saputro , Dwi Anung . 2012. Peningkatan Kinerja Pegawai Dalam Rangka Mengoptimalkan Mutu Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo), Komisi Pembimbing, Ketua: Dr.Hermawan , S.IP , M.Si , Anggota: Drs. Minto Hadi M.Si. (115 Halaman)

Sudah saatnya bidang ketenagakerjaan menjadi kebijakan publik dalam pembangunan daerahnya, ketika pemerintah dihadapkan dengan kenyataan mengenai penataan sektor tenaga kerja dan diikuti tuntutan masyarakat terhadap ketenagakerjaan maka kemudian pemerintah perlu menyusun kebijakan publik sektor ketenagakerjaan. Sebagai salah satu indikator keberhasilan kinerja sistem ketenagakerjaan adalah terlaksananya pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja secara efektif, bermutu tinggi, efisien, dan akuntabel dalam kerangka satu sistem ketenagakerjaan yang salah satunya ditandai dengan terbentuknya organisasi dan manajemen profesional yang fungsional di tingkat institusi yang mempergunakan tenaga kerja, disamping itu juga terjaminnya pelaksanaan.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan tujuan tersebut Departemen Kesehatan RI telah membuat visi Indonesia Sehat 2010, yang merupakan cerminan masyarakat yang ditandai masyarakat yang hidup dengan perilaku dan lingkungan yang sehat, serta memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata. Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Perlu kiranya dipahami bahwa Puskesmas merupakan *public service* yang padat karya, padat teknologi dan padat modal dengan memiliki sifat non for profit organization. Di Indonesia pembangunan dibidang kesehatan memerlukan peningkatan secara terpadu, terencana dan berkesinambungan. Oleh karena itu manajemen pelayanan Puskesmas perlu mengalami proses perubahan dalam menghadapi persaingan di era globalisasi. Berdasarkan latar belakang masalah tersebut penelitian ini mengambil judul Peningkatan Kinerja Pegawai Dalam Rangka Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan dapat diketahui bahwa upaya pencegahan terhadap penyakit yang dilakukan belum diberikan secara rutin, ada pelayanan yang tidak di jamin oleh dinas kesehatan melalui program jamkesmas, kegiatan di luar gedung yang susah di pantau, kurang pahamnya masyarakat tentang kesehatan dan kurang tepatnya sasaran program-program kesehatan.

Dinas Kesehatan Sidoarjo dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat sekunder alangkah baiknya bila diberikan secara rutin untuk mengangkat angka kesehatan masyarakat, karena bagaimanapun juga mencegah lebih baik

daripada mengobati, Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam akan lebih baik bila tidak dikategorikan dalam pelayanan yang tidak dijamin, mengingat masyarakat korban bencana biasanya mengalami gangguan kesehatan dan perekonomiannya dalam keadaan tidak stabil , Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam akan lebih baik bila tidak dikategorikan dalam pelayanan yang tidak dijamin, mengingat masyarakat korban bencana biasanya mengalami gangguan kesehatan dan perekonomiannya dalam keadaan tidak stabil , Kinerja bagian penyuluhan harus lebih aktif dan berkesinambungan secara rutin agar program-program kesehatan dari pemerintah lebih cepat dipahami, Pemeriksaan prosedur pelayanan yang khusus untuk keluarga yang tidak mampu alangkah baiknya lebih diperketa dan lebih teliti lagi agar tidak salah sasaran kepada masyarakat yang mampu.

Hasil yang di dapat selama penelitian adalah program yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan adalah Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yaitu program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan, bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih optimal , Kualitas kesehatan masyarakat miskin di lingkungan wilayah Dinas Kesehatan Kab.Sidoarjo menjadi lebih baik dengan adanya program Jamkesmas, karena masyarakat miskin dapat dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis dan dengan adanya program Jamkesmas banyak masyarakat miskin merasa sangat terbantu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan

SUMMARY

Priyo Saputro, Dwi Anung. 2012. Employee Performance Improvement in the Context of Optimizing Quality of Health Services (Case Study In Sidoarjo Health Office), the Commission Advisor, Chairman: Dr.Hermawan, S. IP, M. Si, Members: Drs. Minto Hadi M.Si. (115 Pages)

It's time for labor affairs became public policy in the construction area, when the government is faced with the reality of the arrangement of the labor sector and the public demands on employment followed the then government needs to devise public policy sector employment. As one indicator of successful performance workforce system is achieving the implementation of occupational safety and health in an effective, high quality, efficient, and accountable within the framework of an employment system which is marked by the establishment of the organization and professional management at the institutional level the functional use of manpower, besides that it also ensuring the implementation.

Health development aims to increase awareness, willingness, and ability to live a healthy life for everyone in order to materialize a public health degree at the highest. To realize this purpose the Ministry of Health of Indonesia has made the vision of Healthy Indonesia 2010, which is a reflection of society that is characterized by the behavior of people living and a healthy environment, and have the ability to reach out to quality health services in a fair and equitable. Health development goal is to increase awareness, willingness and ability of healthy life for everyone in order to materialize the optimal degree of public health.

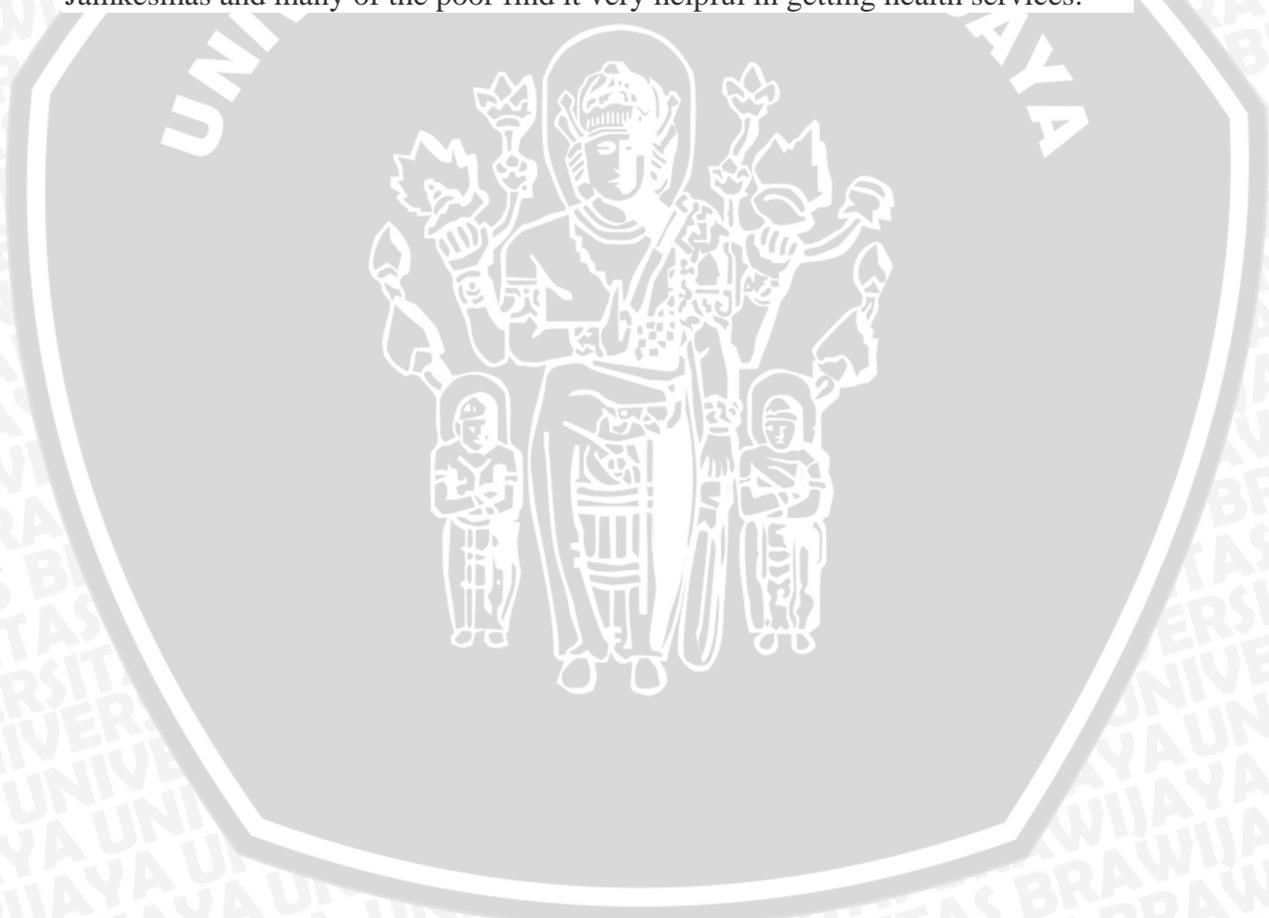
It is important to understand that the Health Center is a public service labor-intensive, technology-intensive and capital intensive to have non for profit organization. In Indonesia the development of health sector require an increase in an integrated, planned and sustainable. Therefore, health center service management needs to undergo a process of change in the face of competition in the era of globalization. Based on the background of the problem of this study take the title of Employee Performance Improvement in the Context of Health Care Quality Improvement In Sidoarjo Health Office. This research uses descriptive study with qualitative approach.

Based on the results of research in the field can be seen that the prevention of diseases that do not routinely given, there are services that are not guaranteed by the health department through Jamkesmas programs, activities outside the building is hard to be monitored, less understanding regarding the health and less precisely targeted health programs

Sidoarjo Health Office in providing health services that are secondary would be nice if given routinely to raise the number of public health, because after all prevention is better than cure, health services during the emergency response to natural disasters will be better when it is not categorized in the service are not guaranteed , given that affected communities generally experience health problems and its economy in an unstable state, health services during the emergency response to natural disasters will be better when it is not categorized in

the service are not guaranteed, given that affected communities generally experience health problems and its economy in an unstable state , Performance of the extension should be more active and continuous on a regular basis so that the health programs of the government more quickly understood, examination procedures specific services for families who can not afford it would be nice more diperketa and more carefully so as not to mis-targeted to the people who can afford.

Results in the can during the study is a program conducted by the Department of Health is Community Health Insurance (Jamkesmas) ie social assistance programs for health services, for the poor and can not afford. The program is organized nationally, cross-subsidies that occur in order to realize a more optimal health care, poor quality of public health in environmental wialayah Kab.Sidoarjo Medical Officer for the better in the presence of Jamkesmas program, because the poor can easily get free health services With the program Jamkesmas and many of the poor find it very helpful in getting health services.



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena hanya rahmat yang telah melimpahkan berkah dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu kewajiban bagi setiap mahasiswa untuk memenuhi tugas-tugas dan syarat-syarat akademis di Perguruan Tinggi Universitas Brawijaya Malang Fakultas Ilmu Administrasi, khususnya jurusan Administrasi Publik. Dalam penelitian ini penulis mengambil judul **“Peningkatan Kinerja Pegawai Dalam Rangka Mengoptimalkan Mutu Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)”**.

Tujuan dari penulisan skripsi ini adalah sebagai salah satu syarat untuk memenuhi Gelar Sarjana Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi, juga dimaksudkan sebagai upaya untuk mengembangkan Ilmu Administrasi Publik khususnya Administrasi Pembangunan.

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. Bapak Prof. Dr. Sumartono, M.S, selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Bapak Dr. MR Khairul Muluk, M.Si selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Publik.

3. Bapak Drs.Minto Hadi,M.Si selaku Sekretaris Jurusan Administrasi Publik.
4. Bapak Dr. Hermawan, S.IP, M.Si, selaku Dosen Pembimbing utama yang telah berkenan membimbing, mengarahkan kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Bapak Drs. Minto Hadi, selaku Dosen Pembimbing kedua yang telah berkenan membimbing, mengarahkan kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
6. Dosen dan Karyawan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya atas ilmu pengetahuan dan pelayanan administrasi selama kuliah.
7. Ibu Dr. Ika Harnasti, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kab.Sidoarjo.
8. Ibu.Nur Fadillah, selaku Kasubbag Umum Dinas Kesehatan Kab.Sidoarjo
9. Bapak Wahyu M, selaku Kasi Mobilitas dan BPKM Dinas Kesehatan Kab.Sidoarjo
10. Ibu Ririk Umiyati, selaku KPU Puskesmas buduran , Kab.Sidoarjo
11. Ibu Suhartini, selaku Kabid Kesehatan Umum Puskesmas Buduran Kab.Sidoarjo.
12. Para Kabid, para Kasubbid dan para staf Dinas Kesehatan dan Puskemas buduran Kab.Sidoarjo.
13. Keluarga, buat Bapak, Ibu, kedua kakakku tercinta dan tersayang, terima kasih atas doanya, kasih sayang, dan motivasi yang telah diberikan. Tanpa mereka apalah arti diriku ini.
14. Teman-teman sepermainanku yang juga selalu memberikan suport dan motivasi dalam menyelesaikan dan menulis skripsi ini.

15. Teman-teman kuliahku yang juga selalu mendukung dan membantu memberikan arahan dalam menyelesaikan skripsiku ini.

16. Almamaterku tercinta, kampus abu-abu, aku bangga bisa kuliah disini.

Dalam penyusunan Skripsi ini penulis menyadari bahwa masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa mendatang. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat diterima Allah SWT, sebagai suatu berkah bagi penulis dan dapat digunakan sebagai referensi tambahan untuk penulisan selanjutnya.

Malang, Februari 2012



Penulis

DAFTAR ISI

MOTTO	
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	
TANDA PENGESAHAN	
RINGKASAN	iv
SUMMARY	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Kontribusi Penelitian.....	9
E. Sistematika Pembahasan.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Administrasi Pembangunan.....	11
B. Pelayanan Publik	12
C. Kualitas Layanan	18
D. Strategi Layanan Jasa	21
1. Strategi Layanan (<i>Service Strategi</i>)	21
2. SDM Yang Memberikan Layanan (<i>Service People</i>)	22
3. Sistem Layanan (<i>Service System</i>)	22
E. Karakteristik Kualitas Layanan	25
1. Tidak Berwujud	25
2. Tidak Dapat Dipisah – pisahkan (<i>Inseparability</i>)	25
3. Berubah-ubah (<i>Variability</i>)	25
4. Tidak Dapat Disimpan (<i>Perishability</i>)	26
F. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Layanan	28
1. Kinerja (<i>performance</i>)	28
2. Keragaman produk (<i>feature</i>)	28
3. Keadaan (<i>realibility</i>)	28
4. Kesesuaian (<i>conformance</i>)	29
5. Ketahanan atau daya tahan (<i>durability</i>)	29
6. Kemampuan pelayanan (<i>serviceability</i>).....	29
7. Estetika (<i>aesthetics</i>)	29
8. Kualitas yang dipersepsikan (<i>perceived quality</i>)	30
G. Strategi Peningkatan Kualitas Layanan	31

H. Kinerja	33
1. Pengertian Kinerja	33
2. Penilaian Kinerja	34
I. Kinerja Pegawai	36

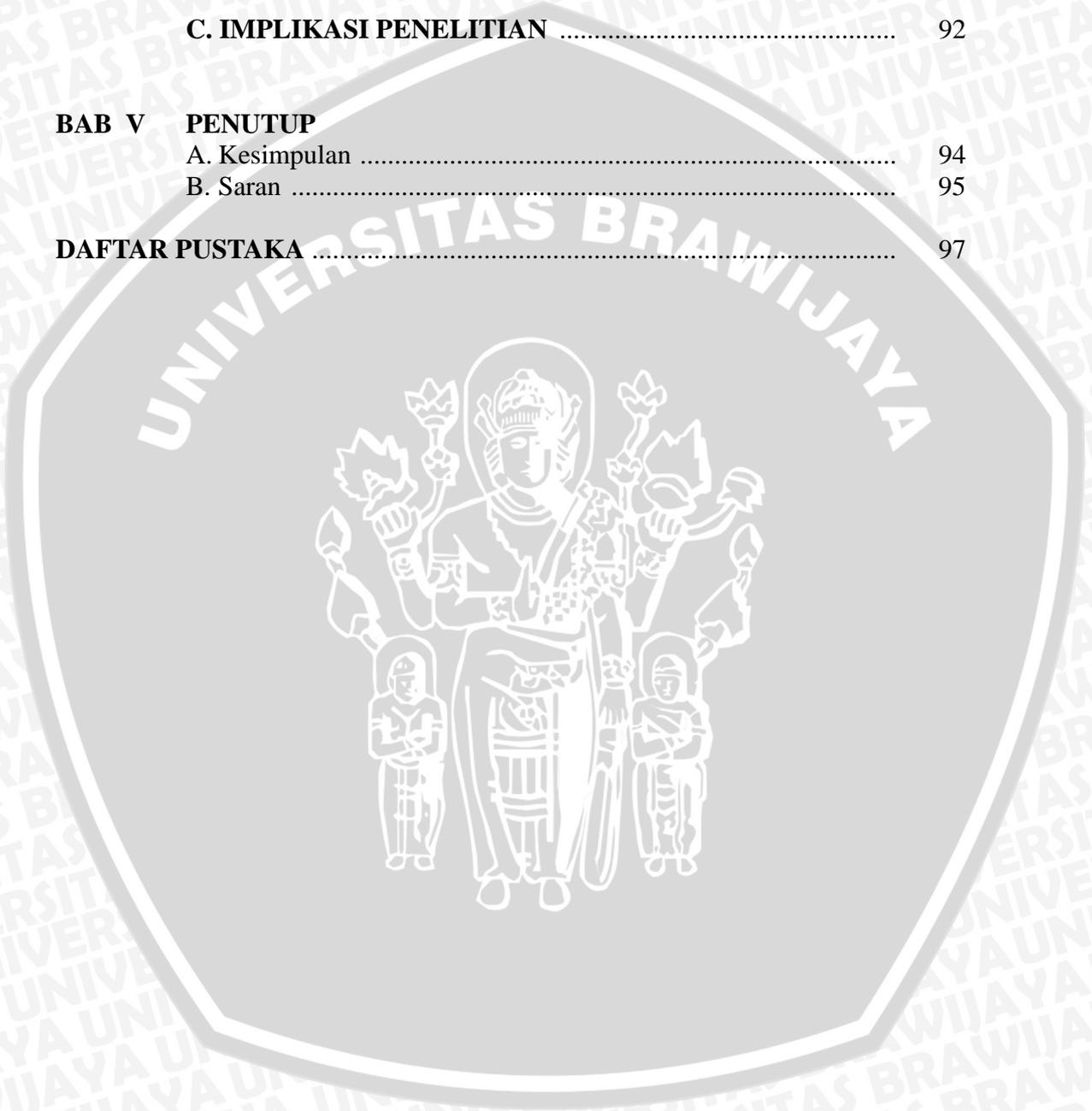
BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	39
B. Fokus Penelitian	40
C. Lokasi Penelitian	41
D. Jenis dan Sumber Data	41
E. Teknik Pengumpulan Data	42
F. Instrumen Penelitian	43
G. Analisis Data	44

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN	48
1. Gambaran Umum Kabupaten Sidoarjo.....	48
a. Geografis	48
b. Penduduk	48
c. Sosial	49
d. Sarana dan Prasarana Pemukiman	50
2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo....	51
3. Jumlah Pegawai	52
4. Struktur Organisasi	55
5. Penyajian Data Fokus	56
A. Pelayanan Kesehatan	56
B. Pelaksanaan Program Jamkesmas	58
C. Pelayanan Medis	64
1. Upaya Pencegahan	65
2. Pelayanan Rujukan di Puskesmas	66
3. Pelayanan yang dibatasi	67
4. Pelayanan tidak dijamin	67
5. Kualitas Kesehatan	68
D. Tanggapan	69
1. Syarat dan Prosedur Jamkesmas	69
2. Pelayanan Jamkesmas	70
E. Kinerja Pelayanan	73
B. PEMBAHASAN	80
1. Pelayanan Kesehatan	80
a. Pelaksanaan Program Jamkesmas	81
b. Pelayanan Medis	83
c. Kualitas Kesehatan Masyarakat	86
2. Tanggapan Masyarakat	87
a. Syarat dan prosedur Jamkesmas	87
b. Pelayanan Jamkesmas.....	89

3. Kinerja Pelayanan.....	90
a. Kinerja Pegawai	90
b. Efisiensi	91
c. Tanggung Jawab	91
C. IMPLIKASI PENELITIAN	92
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	94
B. Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	97

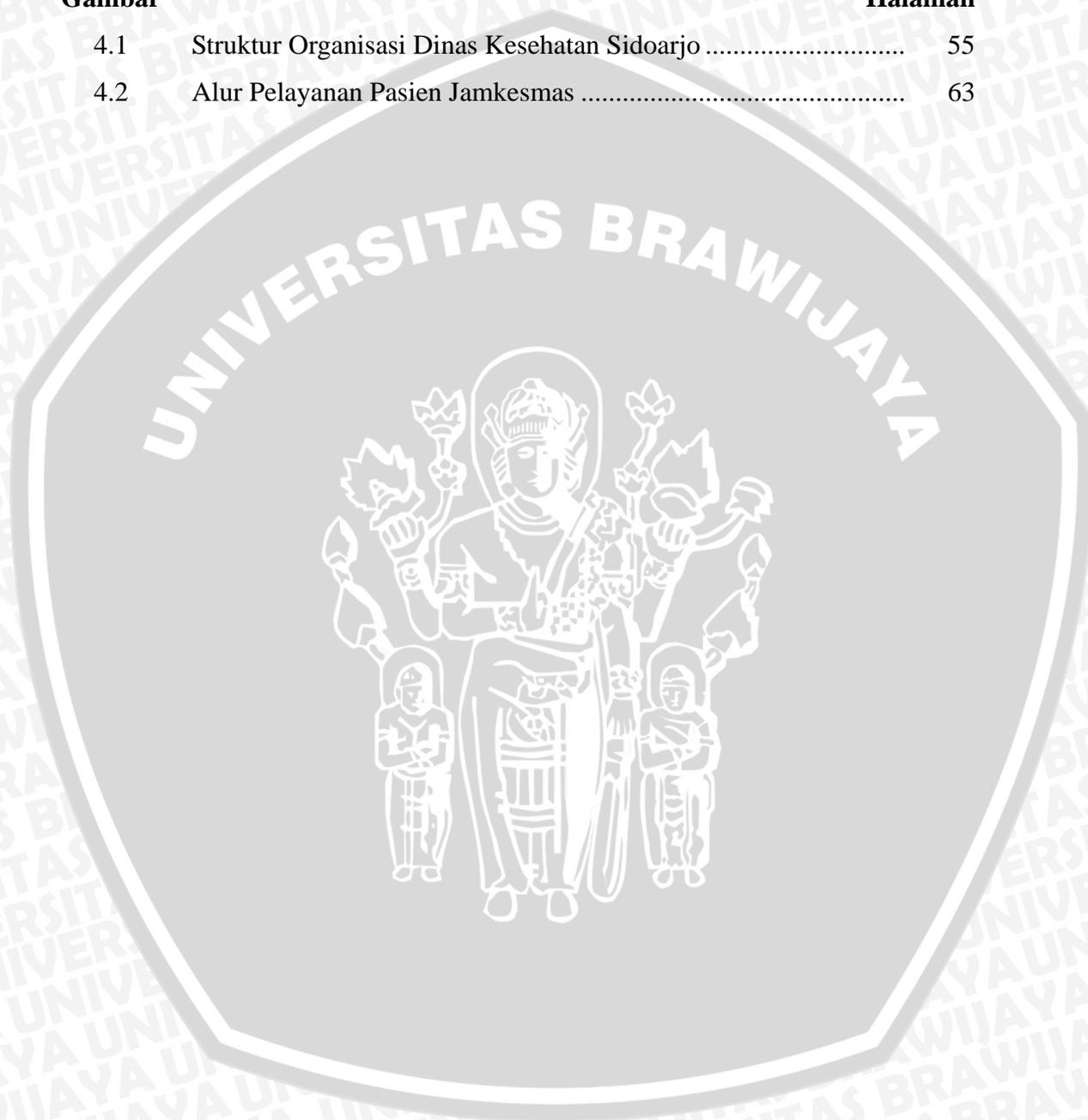


DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
4.1	Jumlah Pegawai Dinas Kesehatan Kab. Sidoarjo Th 2010	53
4.2	Jumlah Pegawai di Puskesmas di seluruh Kab. Sidoarjo Th. 2010	54
4.3	Jumlah Pasien Pengguna Jamkesmas atau SKTM di Lingkungan Dinas Kesehatan Sidoarjo Th. 2010	57
4.4	Kunjungan Rawat Jalan Peserta Jamkesmas Dinas Kesehatan Kab. Sidoarjo Th. 2010	60
4.5	10 Penyakit Terbanyak Kunjungan Rawat Jalan Penderita Jamkesmas Th. 2010	71
4.6	Rekapitulasi Laporan Kepesertaan Pelayanan dan Pendanaan Pelayanan Jamkesmas Th. 2010	75
4.7	Jumlah Kegiatan Penyuluhan, Sosialisasi, Perkesmas di Dinas Kesehatan Kab. Sidoarjo Th. 2010	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
4.1	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Sidoarjo	55
4.2	Alur Pelayanan Pasien Jamkesmas	63



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
1	Daftar Interview Masyarakat.....	99
2	Daftar Interview Dinas Kesehatan.....	102
3	Daftar Interview Petugas Puskesmas.....	104
4	Surat Edaran Program Kesehatan Jamkesmas	105
5	Jumlah Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Propinsi Jawa Timur	106
6	Kartu Jamkesmas.....	107
7	Surat Riset	108
8	Surat Ijin Penelitian	109
9	Surat Rujukan Peserta Jamkesmas	110
10	Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan	111
11	Laporan Kepesertaan, Pelayanan Kesehatan, dan Pendanaan Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat	114
12	Daftar Alokasi Pendanaan	115

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberadaan administrasi pembangunan terutama di negara-negara berkembang sangat penting karena menyangkut upaya-upaya pembangunan sistem administrasi negara yang bersifat memperbaiki dan dinamis agar sistem administrasi negara tersebut bisa menjalankan fungsi umum pemerintahan dan pembangunan secara efisien dan efektif berusaha untuk mengarahkan dan mengorganisasikan tindakan untuk menunjang tercapainya tujuan pembangunan melalui berbagai pengerahan dan alokasi sumber daya untuk kegiatan pembangunan, merumuskan kebijaksanaan-kebijaksanaan dan program-program pembangunan. membangun sistem administrasi tradisional menjadi sistem administrasi modern yang mampu menyelenggarakan pembangunan merupakan salah satu tujuan administrasi pembangunan (Siagian, 2002 : 57-67).

Sudah saatnya bidang ketenagakerjaan menjadi kebijakan publik dalam pembangunan daerahnya, ketika pemerintah dihadapkan dengan kenyataan mengenai penataan sektor tenaga kerja dan diikuti tuntutan masyarakat terhadap ketenagakerjaan maka kemudian pemerintah perlu menyusun kebijakan publik sektor ketenagakerjaan. Sebagai salah satu indikator keberhasilan kinerja sistem ketenagakerjaan adalah terlaksananya pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja secara efektif, bermutu tinggi, efisien, dan akuntabel dalam kerangka satu sistem ketenagakerjaan yang salah satunya ditandai dengan terbentuknya

organisasi dan manajemen profesional yang fungsional di tingkat institusi yang mempergunakan tenaga kerja, disamping itu juga terjaminnya pelaksanaan Kesehatan Kerja yang keberlanjutan dengan dukungan peraturan perundangundangan dan ketetapan yuridis yang kuat untuk melindungi hak dan kepentingan masyarakat pekerja, dunia usaha dan lembaga lainnya, serta pemerintah baik di tingkat pusat maupun di daerah (Iskandar, 2007 : 43).

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan tujuan tersebut Departemen Kesehatan RI telah membuat visi Indonesia Sehat 2010, yang merupakan cerminan masyarakat yang ditandai masyarakat yang hidup dengan perilaku dan lingkungan yang sehat, serta memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata (Trisnantoro, 2008 : 47).

Deaton, (2008) *“showed no relationship between income and life expectancy seems steep for low-income countries, although for low-income countries and low income, health dispersion for countries with similar income levels far higher than the state of middle-income countries.*

Artinya terdapat hubungan antara pendapatan dan harapan hidup tampaknya curam untuk negara-negara berpenghasilan rendah, meskipun untuk negara-negara berpenghasilan rendah dan berpenghasilan rendah, hasil dispersi kesehatan untuk negara-negara dengan tingkat pendapatan yang sama jauh lebih tinggi daripada negara-negara berpenghasilan menengah-atas dan tinggi.

Selanjutnya Deaton menjelaskan bahwa *“so while potential health benefits associated with higher incomes seem to be especially strong in low-income countries, where their impact is also a group of other factors on health outcomes*

is strong, including the (lack of) public health infrastructure inefficiency or in health care facilities, some of which in turn also can withstand the increase in net profit. Rapid economic development is sometimes associated with increased income inequality, which may have implications for access to health services across income group's”.

Jadi manfaat kesehatan potensial yang terkait dengan pendapatan yang lebih tinggi tampaknya paling kuat di negara-negara berpenghasilan rendah, di mana dampaknya juga merupakan kelompok faktor lain pada hasil kesehatan yang kuat, termasuk (kurangnya) infrastruktur kesehatan masyarakat atau inefisiensi dalam sarana pelayanan kesehatan, beberapa di antaranya - pada gilirannya - juga dapat menahan peningkatan laba bersih.

Rapid pembangunan ekonomi kadang-kadang dikaitkan dengan peningkatan ketimpangan pendapatan, yang mungkin memiliki implikasi untuk akses ke layanan kesehatan di seluruh kelompok pendapatan.

Deaton (2008), *“refers to the relationship between poverty and health and found little evidence for the role of inequality perse. Cross-country data on health financing point on the complex interaction between access to care, poverty and development sector and limited access to health insurance in many developing countries. Conversely outer pocket of private health spending is higher, which implies that the health risks associated with a higher risk of material living standards.*

Berdasarkan pendapat di atas dapat diuraikan bahwa hasil hubungan antara kemiskinan dan kesehatan, dan menemukan sedikit bukti untuk peran ketimpangan. *Cross-country* data pada titik pembiayaan kesehatan pada interaksi yang kompleks antara akses ke perawatan kesehatan, kemiskinan, dan ketidaksetaraan. Keuangan sektor pembangunan dan dengan demikian akses ke asuransi kesehatan terbatas di banyak negara berkembang. Sebaliknya, bagian luar saku pengeluaran-pengeluaran kesehatan swasta lebih tinggi, yang menyiratkan

bahwa risiko kesehatan terkait dengan risiko lebih tinggi untuk standar hidup material.

Selanjutnya Deaton (2008) menjelaskan *“for the segment of spending, poor health community to compensate for the lack of health insurance, but the level of spending on public health, efficiency and geographical access is very much different across the country. Correlation between increased income and life expectancy have prompted several studies trying to assess kontribusi each for economic development (in terms of living standards). composite index, such as the UNDP Human Development Index, giving weight to the size of health revenues and possibly other indicators (eg, educational attainment). Some interesting research on micro-economic estimates of mortality risk assessment.”*

Untuk segmen penduduk miskin, pengeluaran kesehatan masyarakat dapat mengkompensasi kurangnya asuransi kesehatan, namun tingkat pengeluaran kesehatan masyarakat, efisiensi, dan akses geografis sangat jauh berbeda di seluruh negara. Korelasi dari peningkatan pendapatan dan harapan hidup telah mendorong beberapa penelitian mencoba untuk menilai kontribusi masing-masing untuk pembangunan ekonomi (dalam arti meningkatkan standar hidup). indeks komposit, seperti UNDP Indeks Pembangunan Manusia, menetapkan bobot untuk ukuran pendapatan, kesehatan dan mungkin indikator lainnya (misalnya, pencapaian pendidikan). Beberapa penelitian menarik tentang perkiraan ekonomi mikro dari penilaian risiko kematian. Dengan menggunakan pendekatan ini, Nordhaus (2006) menunjukkan bahwa kontribusi kesehatan ditingkatkan untuk standar hidup telah besarnya sama seperti perbaikan dalam PDB untuk Amerika Serikat antara tahun 1900 dan 1995, dan Becker dan lain-lain (2005) menunjukkan bahwa ketidaksetaraan di dunia telah menurun sehubungan dengan kesehatan bahkan jika pendapatan tidak konvergen.

Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar

rakyat. Yaitu hak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan memberikan prioritas kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit di samping penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan perhatian khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Prioritas diberikan pula kepada daerah terpencil, pemukiman baru, wilayah perbatasan dan daerah kantong-kantong keluarga miskin. Kesehatan juga merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pembangunan kesehatan di Indonesia menegaskan bahwa pada dasarnya kesehatan menyangkut semua segi kehidupan, baik di masa lalu, sekarang, maupun yang akan datang. Sebagai tujuan pembangunan dinyatakan tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional (Koenjtaraningrat,1985-54).

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan

yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia (<http://www.rssa.ppimk.or.id/paradigma.php>).

Krisis ekonomi yang melanda Indonesia telah membawa dampak yang luar biasa bagi tingkat kemiskinan di Indonesia (Maediasmo, 2004). Keberadaan penduduk miskin yang dianggap sebagai beban bagi pemerintah dalam melaksanakan pembangunan masih belum menunjukkan penurunan yang signifikan. Berdasarkan data BPS, jumlah penduduk miskin di Indonesia telah menurun dari 54,2 juta pada 1976 menjadi sekitar 22,5 juta pada 1996. Namun, terjangan krisis ekonomi mulai pertengahan 1997 telah membalikkan pencapaian tersebut dan bahkan menyebabkan lonjakan angka kemiskinan menjadi 33% pada 1998 dari 15% dari total penduduk pada 1997 (Suryahadi et al. 2003). Tujuh tahun pascakrisis, angka kemiskinan perlahan-lahan menurun kembali hingga mencapai 16% pada 2005 (BPS 2005). Jumlah penduduk miskin (penduduk yang berada dibawah Garis Kemiskinan) di Indonesia pada bulan Maret 2008 sebesar 34,96 juta orang (15,42 persen). Dibandingkan dengan penduduk miskin pada bulan Maret 2007 yang berjumlah 37,17 juta orang (16,58 persen), berarti jumlah penduduk miskin turun sebesar 2,21 juta orang selama periode Maret 2007-Maret 2008. (BPS 2009).

Pelayanan kesehatan yang baik merupakan kebutuhan bagi setiap orang. Semua orang ingin merasa dihargai, ingin dilayani, ingin mendapatkan kedudukan yang sama di mata masyarakat. Kebutuhan ini adalah wujud dari level kedua Teori Maslow. Akan tetapi sering terdapat dikotomi dalam upaya pelayanan kesehatan

di Indonesia. Sudah begitu banyak kasus yang menggambarkan betapa suramnya wajah pelayanan kesehatan di negeri ini. Seolah-olah pelayanan kesehatan yang baik hanya diperuntukkan bagi mereka yang memiliki dompet tebal. Sementara orang-orang kurang mampu tidak mendapatkan perawatan kesehatan yang adil dan proporsional. Orang-orang miskin sepertinya tidak boleh sakit. Tidak dapat dimengerti apa yang membuat adanya jurang pemisah antara si kaya dan si miskin dalam domain pelayanan kesehatan. Dokter yang ada di berbagai Puskesmas sering menunjukkan jati dirinya kepada pasien secara implisit. Bahwa menempuh pendidikan kedokteran itu tidaklah murah. Oleh sebab itu sebagai buah dari mahalnya pendidikan yang harus ditempuh, masyarakat harus membayar arti hidup sehat itu dengan nominal yang luar biasa. Pelayanan kesehatan sepertinya sering tidak sebanding dengan mahalnya biaya yang dikeluarkan. Puskesmas terkadang tidak melayani pasien dengan baik dan ramah. Dokter terkadang melakukan diagnosis yang cenderung asal-asalan. Suramnya wajah pelayanan kesehatan di Indonesia haruslah menjadi pelajaran bagi semua pihak untuk memperbaiki kondisi tersebut. Bukan hanya peranan dokter ataupun Menteri Kesehatan dalam perwujudan hidup sehat melainkan partisipasi semua masyarakat

Perlu kiranya dipahami bahwa Puskesmas merupakan *public service* yang padat karya, padat teknologi dan padat modal dengan memiliki sifat non for profit organization. Hal ini bukan berarti tidak menghasilkan bahkan mencari laba. Laba dan kemampulabaan tetap mutlak diperlukan bagi Puskesmas untuk menjamin kelangsungan hidup dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat. Puskesmas adalah suatu unit usaha yang pada prinsipnya didirikan dan

dioperasikan dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam bentuk perawatan, pemeriksaan, tindakan medis dan tindakan diagnostik lainnya yang dibutuhkan oleh masing-masing pasien dalam batas-batas teknologi dan sarana yang tersedia pada Puskesmas. Di Indonesia pembangunan dibidang kesehatan memerlukan peningkatan secara terpadu, terencana dan berkesinambunga. Oleh karena itu manajemen pelayanan Puskesmas perlu mengalami proses perubahan dalam menghadapi persaingan di era globalisasi. Berdasarkan latar belakang masalah tersebut penelitian ini mengambil judul :
“Peningkatan Kinerja Pegawai Dalam Rangka Mengoptimalkan Mutu Pelayanan Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo”.

B. Rumusan Masalah

Untuk mempermudah langkah yang akan diambil dalam pemecahannya, maka dalam penelitian dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah kualitas layanan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo?
2. Bagaimanakah tanggapan masyarakat atas mutu pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo?
3. Bagaimanakah kinerja pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian dapat diambil manfaatnya bila penelitian yang dilakukan tersebut mengarah pada topik yang ditetapkan serta memiliki tujuan yang jelas dan kongkrit.

1. Untuk mengetahui kualitas layanan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.
2. Untuk mengetahui tanggapan masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.
3. Untuk mengetahui kinerja pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

D. Kontribusi Penelitian

Adapun Kontribusi penelitian ini adalah:

1. Kontribusi Praktis

Sebagai bahan pertimbangan bagi Dinas kesehatan Kabupaten Sidoarjo untuk meningkatkan layanan melalui variabel-variabel kualitas layanan agar dapat memberikan kepuasan pasien yang lebih baik.

2. Kontribusi Teoritis

- a. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat menjadi bahan referensi dan dapat memberikan kontribusi akademis dalam pengembangan manajemen terutama yang mengkaji tentang kualitas layanan dan kepuasan pasien.
- b. Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dan perbandingan dalam melakukan penelitian tentang pengaruh kualitas layanan terhadap kepuasan pasien.

E. SISTEMATIKA PEMBAHASAN

Dalam penyusunan ini, pokok yang dituangkan secara sistematis terdiri atas 5 (lima) bab dimana antara bab yang satu dengan bab yang lainnya saling berhubungan dan peningkatan kinerja pegawai dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan untuk mempermudah dalam pemahaman tulisan ini, maka sistematika penulisannya disusun sebagai berikut:

Bab pertama merupakan pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, kontribusi penelitian, dan sistematika pembahasan. Bab kedua merupakan tinjauan pustaka, berisi tentang beberapa teori yang terkait dengan judul penelitian yaitu mengenai teori – teori administrasi pembangunan untuk meningkatkan kualitas layanan masyarakat yang mencakup: pengertian kualitas layanan, strategi layanan jasa, karakteristik kualitas layanan, strategi peningkatan kualitas layanan, konsep kinerja yang mencakup pengertian, penilaian kinerja. Bab ketiga merupakan metode penelitian, yang berisikan jenis penelitian, fokus penelitian, pemilihan lokasi dan situs penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian, dan metode analisis. Bab keempat merupakan hasil dan pembahasan, dalam bab ini dikemukakan mengenai data-data yang berkaitan dengan masalah yang diteliti, berkaitan dengan tujuan penelitian dan sesuai dengan fokus penelitian. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis dan diinterpretasikan. Dan yang terakhir merupakan bab kesimpulan dan saran, pada bab ini berisikan tentang kesimpulan dari seluruh uraian pada bab-bab sebelumnya dan saran yang mendukung yang nantinya akan menjadi masukan terutama yang peningkatan kinerja pegawai dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Pembangunan

Teori – teori administrasi pembangunan penting untuk dikemukakan dalam kaitannya dengan penulisan skripsi ini karena peningkatan pelayanan merupakan bagian dari reformasi administrasi, sedangkan reformasi administrasi itu sendiri termasuk salah satu aspek yang dikaji dalam ruang lingkup administrasi pembangunan. Administrasi pembangunan banyak diterapkan di Negara – Negara berkembang, bisa juga berperan sebagai agen perubahan, dengan ciri pokok sebagai pendorong proses perubahan ke arah yang dianggap lebih baik. Tjokroamidjodjo dan Mustopadijkaya (2001:38) berpendapat bahwa sebagai agen perubahan atau agen pembangunan, sifat administrasi pembangunan berorientasi pada pelaksanaan dan pemecahan masalah. Selanjutnya Weidner dalam Tjokroamidjodjo dan Mustopadijkaya (2002: 38) mengemukakan pengertian administrasi sebagai proses pengerahan dan pengorganisasian menuju tercapainya tujuan – tujuan pembangunan, dan berorientasi pada tindakan, dan menempatkan administrasi sebagai pusatnya dalam menunjang pencapaian tujuan–tujuan pembangunan.

Dari pengertian–pengertian ini dapat dikatakan administrasi pembangunan mencakup dua hal, yaitu administrasi dan pembangunan. Secara umum administrasi ialah keseluruhan proses pelaksanaan keputusan-keputusan yang telah diambil dan diselenggarakan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai

tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Pembangunan biasanya didefinisikan sebagai-rangkaian usaha mewujudkan pertumbuhan dan perubahan secara terencana dan sadar yang ditempuh oleh suatu negara bangsa menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa.

B. Pelayanan Publik

Dalam tinjauan manajemen pelayanan publik, ciri struktur birokrasi yang terdesentralisir memiliki beberapa tujuan dan manfaat antara lain :

1. Mengurangi (bahkan menghilangkan) kesenjangan peran antara organisasi pusat dengan organisasi-organisasi pelaksana yang ada dilapangan.
2. Melakukan efisiensi dan penghematan alokasi penggunaan keuangan
3. Mengurangi jumlah staf/aparat yang berlebihan terutama pada level atas dan level menengah (prinsip rasionalisasi).
4. Mendekatkan birokrasi dengan masyarakat pelanggan Mencermati pandangan ini, maka dalam kontek pelayanan publik dapat digaris bawahi bahwa keberhasilan proses pelayanan publik sangat tergantung pada dua pihak yaitu birokrasi (pelayan) dan masyarakat (yang dilayani).

Dengan demikian untuk melihat kualitas pelayanan publik perlu diperhatikan dan dikaji dua aspek pokok yakni : Pertama, aspek proses internal organisasi birokrasi (pelayan); Kedua, aspek eksternal organisasi yakni kemanfaatan yang dirasakan oleh masyarakat pelanggan. Dalam hal ini Irfan Islamy (1999) menyebut beberapa prinsip pokok yang harus dipahami oleh aparat birokrasi publik dalam aspek internal organisasi yaitu :

1. Prinsip Aksestabelitas, dimana setiap jenis pelayanan harus dapat dijangkau secara mudah oleh setiap pengguna pelayanan (misal: masalah tempat, jarak dan prosedur pelayanan)
2. Prinsip Kontinuitas, yaitu bahwa setiap jenis pelayanan harus secara terus menerus tersedia bagi masyarakat dengan kepastian dan kejelasan ketentuan yang berlaku bagi proses pelayanan tersebut.
3. Prinsip Teknikalitas, yaitu bahwa setiap jenis pelayanan proses pelayanannya harus ditangani oleh aparat yang benar-benar memahami secara teknis pelayanan tersebut berdasarkan kejelasan, ketepatan dan kemantapan sistem, prosedur dan instrumen pelayanan.
4. Prinsip Profitabilitas, yaitu bahwa proses pelayanan pada akhirnya harus dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien serta memberikan keuntungan ekonomis dan sosial baik bagi pemerintah maupun bagi masyarakat luas.
5. Prinsip Akuntabelitas, yaitu bahwa proses, produk dan mutu pelayanan yang telah diberikan harus dapat dipertanggung jawabkan kepada masyarakat karena aparat pemerintah itu pada hakekatnya mempunyai tugas memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat.

Begitu pentingnya profesionalisasi pelayanan publik ini, pemerintah melalui Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara telah mengeluarkan suatu kebijaksanaan Nomer.81 Tahun 1993 tentang Pedoman Tatalaksana Pelayanan Umum yang perlu dipedomani oleh setiap birokrasi publik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat berdasar prinsip-prinsip pelayanan sebagai berikut :

1. Kesederhanaan, dalam arti bahwa prosedur dan tata cara pelayanan perlu

ditetapkan dan dilaksanakan secara mudah, lancar, cepat, tepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan oleh masyarakat yang meminta pelayanan

2. Kejelasan dan kepastian, dalam arti adanya kejelasan dan kepastian dalam hal prosedur dan tata cara pelayanan, persyaratan pelayanan baik teknis maupun administratif, unit kerja pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan, rincian biaya atau tarif pelayanan dan tata cara pembayaran, dan jangka waktu penyelesaian pelayanan.
3. Keamanan, dalam arti adanya proses dan produk hasil pelayanan yang dapat memberikan keamanan, kenyamanan dan kepastian hukum bagi masyarakat,
4. Keterbukaan, dalam arti bahwa prosedur dan tata cara pelayanan, persyaratan, unit kerja pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian biaya atau 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.
5. Efisiensi, dalam arti bahwa persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan.
6. Ekonomis, dalam arti bahwa pengenaan biaya atau tarif pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan: nilai barang dan jasa pelayanan, kemampuan masyarakat untuk membayar, dan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

7. Keadilan dan Pemerataan, yang dimaksudkan agar jangkauan pelayanan diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan adil bagi seluruh lapisan masyarakat.
8. Ketepatan Waktu, dalam arti bahwa pelaksanaan pelayanan harus dapat diselesaikan tepat pada waktu yang telah ditentukan. Oleh karena itu dalam merespon prinsip-prinsip pelayanan publik yang perlu dipedomani oleh segenap aparat birokrasi pelayanan publik, maka kiranya harus disertai pula oleh sikap dan perilaku yang santun, keramah tamahan dari aparat pelayanan publik baik dalam cara menyampaikan sesuatu yang berkaitan dengan proses pelayanan maupun dalam hal ketepatan waktu pelayanan.

Hal ini dimungkinkan agar layanan tersebut dapat memuaskan orang-orang atau kelompok orang yang dilayani. Ada 4 (empat) kemungkinan yang terjadi dalam mengukur kepuasan dan kualitas pelayanan publik ini, yaitu :

1. Bisa jadi pihak aparat birokrasi yang melayani dan pihak masyarakat yang dilayani sama-sama dapat dengan mudah memahami kualitas pelayanan tersebut (mutual knowledge),
2. Bisa jadi pihak aparat birokrasi yang melayani lebih mudah memahami dan mengevaluasi kualitas pelayanan publik daripada masyarakat pelanggan yang dilayani (producer knowledge),
3. Bisa jadi masyarakat pelanggan yang dilayani lebih mudah dan lebih memahami dalam mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh aparat birokrasi pelayanan publik (consumer knowledge), dan Bisa jadi baik aparat birokrasi pelayanan publik maupun masyarakat yang dilayani sama-sama tidak

tahu dan mendapat kesulitan dalam mengevaluasi kualitas pelayanan publik (mutual Ignorance). Dalam hal ini teori analisa yang dapat dipergunakan antara lain teori “*Impression Management*” yaitu bagaimana mengukur tingkat responsif, tingkat responsbelity dan tingkat representatif seseorang atau kelompok orang terhadap fenomena tertentu (Fred Luthans, 1995). Sayangnya, dalam praktek dan tinjauan teoritis untuk menentukan tolok ukur kualitas pelayanan publik tidak semudah membalikkan telapak tangan. Suatu misal Richard M.Steers (1985) menyebutkan beberapa faktor yang berkepentingan dalam upaya mengidentifikasi kualitas pelayanan publik antara lain : variabel karakteristik organisasi, variabel karakteristik lingkungan, variabel karakteristik pekerja/aparat, variabel karakteristik kebijaksanaan, dan variabel parkatek-praktek manajemennya. Untuk melengkapi pendapat ini, maka Sofian Effendi (1995) menyebutkan beberapa faktor lagi yang menyebabkan rendahnya kualitas pelayanan publik (di Indonesia) antara lain adanya:

1. Konteks monopolistik, dalam hal ini karena tidak adanya kompetisi dari penyelenggara pelayanan publik non pemerintah, tidak ada dorongan yang kuat untuk meningkatkan jumlah, kualitas maupun pemerataan pelayanan tersebut oleh pemerintah.
2. Tekanan dari lingkungan, dimana faktor lingkungan amat mempengaruhi kinerja organisasi pelayanan dalam transaksi dan interaksinya antara lingkungan dengan organisasi public.
3. Budaya patrimonial, dimana budaya organisasi penyelenggara pelayanan

publik di Indonesia masih banyak terikat oleh tradisi-tradisi politik dan budaya masyarakat setempat yang seringkali tidak kondusif dan melanggar peraturan-peraturan yang telah ditentukan.

Untuk solusinya dalam menghadapi tantangan dan kendala-kendala pelayanan publik sebagaimana disebutkan diatas, maka diperlukan adanya langkah-langkah strategis antara lain : Pertama: Merubah tekanan-tekanan sistem pemerintahan yang sifatnya sentralistik otoriter menjadi sistem pemerintahan desentralistik demokratis; Kedua : Membentuk asosiasi/perserikatan kerja dalam pelayanan publik; Ketiga : Meningkatkan keterlibatan masyarakat , baik dalam perumusan kebijakan pelayanan publik, proses pelaksanaan pelayanan publik maupun dalam monitoring dan pengawasan pelaksanaan pelayanan publik; Keempat : Adanya kesadaran perubahan sikap dan perilaku dari aparat birokrasi pelayanan publik menuju model birokrasi yang lebih humanis (Post weberian); Kelima : Menyadari adanya pengaruh kuat perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam menunjang efektivitas kualitas pelayanan publik; Keenam: Pentingnya faktor aturan dan perundang-undangan yang menjadi landasan kerja bagi aparat pelayanan publik; Ketujuh: Pentingnya perhatian terhadap faktor pendapatan dan penghasilan (wages and salary) yang dapat memenuhi kebutuhan minimum bagi aparat pelayanan publik; Kedelapan: Pentingnya faktor keterampilan dan keahlian petugas pelayanan publik; Kesembilan: Pentingnya faktor sarana fisik pelayanan publik; Kesepuluh : Adanya saling pengertian dan pemahaman bersama (mutual understanding) antara pihak aparat birokrasi pelayan publik dan masyarakat yang

memerlukan pelayanan untuk mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku khususnya dalam pelayanan publik.

C. Kualitas Layanan

Gibson (2002) mendefinisikan kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atas keunggulan suatu jasa yang ditawarkan. Apabila jasa yang diterima atau yang dirasakan sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa yang dipersepsikan baik dan memuaskan. Tetapi apabila jasa yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah daripada yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan buruk.

Ada beberapa pendapat mengenai service atau layanan, antara lain adalah sebagai berikut Suboroto (2002) : “Layanan merupakan satu bentuk kesatuan kerja daripada peralatan dan perlengkapan atau apa saja dan karyawan untuk penyediaan akomodasi dan kegiatan yang diinginkan oleh orang atau publik atau pelaksanaan setiap tugas atau pekerjaan untuk orang lain”.

Menurut Moekijat (2002) yang dimaksud pelayanan adalah, “Suatu kegiatan atau aktivitas yang sifatnya berwujud atau tidak berwujud yang dilakukan untuk melayani konsumen dengan memberikan barang atau jasa yang disertai atau tanpa pemindahan kepemilikan atas barang atau jasa”.

Sedangkan menurut Parasuraman, et al, (2002) yaitu : “Prosedur atau tata cara untuk memberikan layanan para pelanggan yang melibatkan seluruh fasilitas fisik yang dimiliki dan seluruh sumber daya manusia yang ada. Sistem ini haruslah konsisten dengan paket layanan dan dirancang sesederhana mungkin

sehingga tidak membingungkan para pelanggan. Salah satu indikator dari sistem layanan yang efektif adalah kemudahan untuk memberikan layanan dengan sistem yang nyaris tidak tampak”.

Dengan demikian dapat disimpulkan, bahwa layanan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan perusahaan (yang sifatnya bisa berwujud atau tidak berwujud) untuk konsumen dalam upaya memenuhi kebutuhan atau permintaan dari konsumen. Kualitas layanan secara umum adalah bahwa kualitas harus dihubungkan dengan harapan-harapan konsumen dan memuaskan kebutuhan serta permintaan mereka, namun tidak berarti harus selalu menuruti atau tunduk terhadap keinginan konsumen. Disinilah pentingnya kemampuan profesional para pemberi jasa.

Terdapat lima macam perspektif kualitas layanan yang berkembang. Menurut Tjiptono, (2002), lima macam perspektif inilah yang bisa menjelaskan mengapa kualitas bisa diartikan secara beraneka ragam oleh orang yang berbeda dalam situasi yang berlainan.

Tjiptono menjelaskan kelima macam perspektif tersebut antara lain :

a) *Transcendental approach*

Dalam pendekatan ini, kualitas dipandang sebagai innate excellent, dimana kualitas dapat dirasakan atau diketahui, tetapi sulit didefinisikan dan dioperasionalisasikan.

b) *Product based approach*

Pendekatan ini menganggap bahwa kualitas merupakan karakteristik atas atribut yang dapat dikuantitatifkan dan dapat diukur. Perbedaan dalam kualitas

mencerminkan perbedaan dalam jumlah beberapa unsur atau atribut yang dimiliki produk. Karena pandangan ini sangat obyektif maka tidak dapat menjelaskan dalam selera kebutuhan dan *preferensi individual*.

c) *User based approach*

Pendekatan ini didasarkan pada pemikiran bahwa kualitas tergantung pada orang yang memandangnya, sehingga produk yang paling memuaskan preferensi seseorang merupakan produk yang berkualitas paling tinggi. Perspektif yang subyektif dan *demand oriented* ini juga menyatakan bahwa pelanggan yang berbeda memiliki kebutuhan dan keinginan yang berbeda pula.

d) *Manufacturing based approach*

Perspektif ini bersifat supply-based dan terutama memperhatikan praktik-praktik perkerajaan dan pemanufakturan, serta mendefinisikan kualitas sebagai kekuasaan atau sama dengan persyaratan. Dalam sektor jasa dapat dikatakan bahwa kualitas bersifat operation driver. Pendekatan ini berfokus pada penjelasan spesifikasi yang dikembangkan secara internal, yang seringkali didorong oleh tujuan peningkatan produktivitas dan penekanan biaya. Jadi yang menentukan kualitas adalah standar-standar yang ditetapkan perusahaan, bukan konsumen yang menggunakan.

e) *Value based approach*

Pendekatan ini memandang kualitas dari segi nilai dan harga, dengan mempertimbangkan *trade off* (keseimbangan) antara kinerja dan harga. Kualitas dalam perspektif ini bersifat relatif, sehingga produk yang memiliki kualitas paling tinggi belum tentu produk yang bernilai. Akan tetapi yang paling bernilai adalah barang atau jasa yang paling tepat dibeli.

Dengan melihat beberapa penjabaran di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas layanan adalah suatu aktivitas atau kegiatan yang dilakukan perusahaan dalam upaya memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumennya, serta ketepatan penyampaianya, sehingga layanan (jasa) tersebut sesuai dengan tujuan untuk apa jasa ditujukan dan dimaksudkan.

D. Strategi Layanan Jasa

Ada beberapa pendekatan untuk memberikan layanan yang bermutu kepada pelanggan, diantaranya terdapat 2 pendekatan yang cukup populer dan menarik kalangan dunia usaha. Pendekatan tersebut adalah yang dikemukakan oleh : Albrecht dan Zemke (2002) yang dikutip oleh Soetjipto dalam Usahawan Indonesia mengemukakan pendekatan pertama yang berdasarkan pada *service triangle* (segitiga layanan) dan *Total Quality Service*. Yang dimaksud dengan Service Triangle adalah suatu model interaktif manajemen layanan yang mencerminkan hubungan antara perusahaan dan para pelanggannya. Model ini terdiri dari tiga elemen yaitu :

1) *Service Strategy* (strategi layanan)

yaitu suatu strategi untuk memberikan layanan dengan mutu yang sebaik mungkin kepada pelanggan, dengan didasari oleh konsep atau misi yang dapat dimengerti dengan mudah oleh seluruh individu didalam perusahaan serta diikuti oleh berbagai tindakan nyata yang bermanfaat bagi para pelanggan dan mampu membedakan dengan pesaingnya. Untuk dapat merumuskan dan menerapkan strategi layanan yang efektif, perusahaan perlu memiliki apa yang disebut dengan paket layanan.

2) *Service People* / sumber daya manusia yang memberikan layanan.,

yaitu setiap sumber daya manusia di perusahaan perlu memusatkan perhatian pada para pelanggan dengan cara :

- (1) Mengetahui siapa saja para pelanggan perusahaan.
- (2) Mempelajari apa sajakah kebutuhan para pelanggan.

Untuk itu diperlukan budaya perusahaan yang menitik beratkan pada layanan yang bermutu serta mengadakan program pelatihan yang efektif sehingga sumber daya manusia yang ada mampu memberikan layanan yang baik/ bermutu.

3) *Service System* / sistim layanan

yaitu prosedur atau tata cara untuk memberikan layanan para pelanggan yang melibatkan seluruh fasilitas fisik yang dimiliki dan seluruh sumber daya manusia yang ada. Sistem ini haruslah konsisten dengan paket layanan dan dirancang sesederhana mungkin sehingga tidak membingungkan para pelanggan. Salah satu indikator dari sistem layanan yang efektif adalah kemudahan untuk memberikan layanan dengan sistem yang nyaris tidak tampak.

Menurut Aaker (2002:236) Strategi pemasaran jasa yang pokok adalah meliputi 2 hal, kedua hal tersebut adalah sebagai berikut:

1) Melakukan *differensiasi kompetitif*

Perusahaan jasa dapat mendefinisikan dirinya melalui citra pasien. Hasilnya melalui simbol-simbol dan merek yang digunakan selain itu perusahaan dapat melakukan differensiasi kompetitif didalam

penyampaian jasa (*service delivery*) melalui 3 aspek yang dikenal sebagai 3P dalam pemasaran jasa, yaitu:

a) Orang (*people*)

Perusahaan jasa dapat membedakan dirinya dengan cara merekrut dan melatih karyawan yang lebih mampu dan lebih dapat diandalkan dan berhubungan dengan pasien, dari pada karyawan pesaingnya.

b) Lingkungan fisik (*physical environment*)

Perusahaan jasa dapat mengembangkan lingkungan fisik yang lebih atraktif.

c) Proses (*proces*)

Perusahaan jasa dapat merancang proses penyampaian jasa yang superior, misalnya home banking yang dibentuk oleh bank tertentu.

Cara lain untuk melakukan differensiasi adalah secara konsisten memberikan kualitas jasa yang lebih baik dari pada pesaing. Hal ini dapat tercapai dengan memenuhi atau bahkan melampaui kualitas jasa yang diharapkan oleh pasien. Kualitas jasa sendiri dipengaruhi oleh dua variabel, yaitu jasa yang dirasakan (*perceived service*) dan jasa yang diharapkan (*expected service*). Bila jasa yang dirasakan lebih kecil dari pada yang diharapkan, maka para pasien menjadi tidak tertarik lagi pada penyedia jasa yang bersangkutan sedangkan bila yang terjadi sebaliknya (*perceived expected*), maka ada kemungkinan para pasien akan menggunakan penyedia jasa itu lagi.

1) Mengelola produktivitas

Ada enam pendekatan yang dapat diterapkan untuk meningkatkan produktivitas jasa, yaitu:

- (a) Penyedia jasa bekerja lebih luas atau lebih cekatan dari pada biasanya.
- (b) Meningkatkan kuantitas jasa dengan mengurangi sebagian kualitasnya.
- (c) Mengindustrialisasikan jasa tersebut dengan menambah perlengkapan dan melakukan standarisasi produksi.
- (d) Mengurangi atau menggantikan kebutuhan terhadap suatu jasa tertentu dengan jalan menemukan suatu solusi berupa produk, seperti TV menggantikan hiburan luar rumah.
- (e) Merancang jasa yang lebih efektif.
- (f) Memberikan insentif kepada para pasien untuk melakukan sebagian tugas perusahaan.

Dengan melihat beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa strategi layanan jasa mendasarkan pada segitiga layanan yaitu dengan memberikan layanan dengan mutu yang sebaik mungkin kepada pelanggan, sumber daya manusia yang memberikan layanan, dan sistem layanan yang dirancang sesederhana mungkin sehingga tidak membingungkan para pelanggan.

E. Karakteristik Kualitas Layanan

Dalam penyusunan program pemasaran jasa harus diperhatikan empat karakteristik, yaitu :

1) Tidak berwujud

Jasa mempunyai sifat tidak berwujud karena tidak tampak sebagai produk/barang yang kongkrit ada, sehingga pembeli tidak mencoba terlebih dahulu sebelum ada transaksi pembelian. Dengan sifat ini maka cara memasarkannya sedapat mungkin menanamkan rasa kepercayaan kepada konsumen dengan jalan:

- (a) visualisasi jasa
- (b) memberikan tekanan pada manfaat jasa yang ditawarkan
- (c) menciptakan merk untuk jasa yang dijual

2) Tidak dapat dipisah-pisahkan (*inseparability*)

Suatu bentuk jasa tidak dapat dipisahkan dari sumbernya, tidak dapat dipindahkan karena itu penjualannya tidak mungkin dengan membawa layanan kemana-mana mendekati konsumen, namun konsumenlah yang harus mendekati ke penjual jasa. Oleh karena itu untuk menarik konsumen ada beberapa strategi yang dapat diterapkan:

- (a) Memberikan layanan yang lebih cepat, profesional dan memuaskan
- (b) Membina kepercayaan konsumen dengan meningkatkan kualitas layanan

3) Berubah-ubah (*Variability*)

Bidang jasa sesungguhnya sangatlah mudah berubah, karena jasa ini tergantung pada siapa yang menyajikannya, kapan dan dimana disajikan. Hasil

produk jasa tidak mempunyai standard dan ukuran yang objektif. Karena itu perlu pengendalian kualitas yang dapat dilakukan dengan :

- (a)Menyeleksi dan melatih karyawan dengan tepat
- (b)Mengikuti perkembangan tingkat kepuasan melalui sistem saran dan peluang.

4) Tidak dapat disimpan (*perishability*)

Jasa jelas tidak dapat disimpan. Dalam hal ini tentu saja akan sulit bagi perusahaan untuk merencanakan penjualan secara tepat (Kotler,2002:232).

Jadi dapat dijelaskan bahwa jasa merupakan sesuatu yang tidak berwujud. Tidak seperti produk fisik, jasa tidak dapat dilihat, dirasa, diraba, didengar, atau dicium sebelum jasa itu dibeli. Untuk mengurangi ketidakpastian, pembeli akan mencari tanda bukti dari kualitas jasa. Mereka akan menarik kesimpulan mengenai kualitas jasa dari tempat, orang, peralatan, alat komunikasi, simbol, dan harga yang mereka lihat. Jasa tidak dapat dipisahkan, umumnya jasa dihasilkan dan dikonsumsi secara bersamaan. Tidak seperti barang fisik yang diproduksi, disimpan dalam persediaan, didistribusikan lewat berbagai penjual, dan kemudian baru dikonsumsi. Jika jasa dilakukan oleh orang, maka penyediannya adalah bagian dari jasa. Karena klien juga hadir saat jasa itu dilakukan, interaksi penyedia-klien adalah ciri khusus dari jasa.

Sedangkan layanan jasa dapat dikelompokkan menjadi:

1) *Personalized Service*

Merupakan jasa yang sangat mengutamakan layanan orang dan perlengkapan layanannya harus langsung ditangani sendiri oleh produsennya.

2) *Financial Service*

Merupakan jasa yang bersifat *financial*, yang terdiri dari :

(a) *Banking Service* (Bank)

(b) *Insurance Service* (Asuransi)

3) *Public Utility and transportation service*

Perusahaan *public utility* mempunyai monopoli secara alamiah. Misalnya perusahaan listrik, air minum, dan telekomunikasi. Sedangkan dalam *transportasi service* meliputi: angkutan kereta api.

4) *Entertainment*

Orang yang mempunyai usaha memperoleh pendapatan melalui iklan yang termasuk dalam jasa ini adalah bioskop (Alma, 2002:233).

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa jenis layanan jasa dapat di kelompokkan berdasarkan sifat jasa yaitu jasa mempunyai sifat tidak berwujud karena tidak tampak sebagai produk/barang yang kongkrit tidak dapat dipisahkan dari sumbernya, mudah berubah, sedangkan layanan jasa berdasarkan fungsi dan kebutuhan yaitu yang mengutamakan layanan orang, jasa yang berupa finansial, jasa yang mengutamakan *public utility* dan jasa usaha memperoleh pendapatan melalui iklan.

F. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Layanan

Beberapa pakar pemasaran, seperti Parasuraman, Zeithaml, dan Berry yang melakukan penelitian khusus terhadap beberapa jenis jasa dan berhasil mengidentifikasi sepuluh faktor utama yang menentukan kualitas jasa. Menurut Sviokla dalam Lupiyoadi dan Hamdani (2006:176), kualitas layanan memiliki delapan dimensi pengukuran yang terdiri atas aspek-aspek sebagai berikut:

- 1) Kinerja (*performance*), kinerja di sini merujuk pada karakter produk inti yang meliputi merek, atribut-atribut yang dapat diukur dan aspek-aspek kinerja individu. Kinerja beberapa produk biasanya didasarkan oleh preferensi subyektif pelanggan yang pada dasarnya bersifat umum.
- 2) Keragaman produk (*feature*), dapat berbentuk tambahan dari suatu produk inti yang dapat menambah nilai suatu produk. Keragaman produk biasanya diukur secara subyektif oleh masing-masing individu (dalam hal ini konsumen) yang menunjukkan adanya perbedaan kualitas suatu produk (jasa). Dengan demikian, perkembangan kualitas suatu produk menuntut karakter fleksibilitas agar dapat menyesuaikan diri dengan permintaan pasar.
- 3) Keadaan (*reliability*), Dimensi ini berkaitan dengan timbulnya kemungkinan suatu produk mengalami keadaan tidak berfungsi (*malfunction*) pada suatu periode. Keandalan suatu produk yang menandakan tingkat kualitas sangat berarti bagi konsumen dalam memilih produk. Hal ini menjadi semakin penting mengingat besarnya biaya penggantian dan pemeliharaan yang harus dikeluarkan apabila produk yang dianggap tidak andal mengalami kerusakan.

- 4) Kesesuaian (*conformance*), dimensi lain yang berhubungan dengan kualitas suatu barang adalah kesesuaian produk dengan standar dalam industrinya. Kesesuaian suatu produk dalam industri jasa diukur dari tingkat akurasi dan waktu penyelesaian termasuk juga perhitungan kesalahan yang terjadi, keterlambatan yang tidak dapat diantisipasi, dan beberapa kesalahan lain.
- 5) Ketahanan atau daya tahan (*durability*), ukuran ketahanan suatu produk meliputi segi ekonomis maupun teknis. Secara teknis, ketahanan suatu produk didefinisikan sebagai sejumlah kegunaan yang diperoleh seseorang sebelum mengalami penurunan kualitas. Secara ekonomis, ketahanan diartikan sebagai usia ekonomis suatu produk dilihat dari jumlah kegunaan yang diperoleh sebelum terjadi kerusakan dan keputusan untuk mengganti produk.
- 6) Kemampuan pelayanan (*serviceability*), kemampuan pelayanan bisa juga disebut dengan kecepatan, kompetensi, kegunaan dan kemudahan produk untuk diperbaiki. Dimensi ini menunjukkan bahwa konsumen tidak hanya memerhatikan adanya penurunan kualitas produk tetapi juga waktu sebelum produk disimpan, penjadwalan pelayanan, proses komunikasi dengan staf, frekuensi pelayanan perbaikan akan kerusakan produk dan pelayanan lainnya. Variabel-variabel tersebut dapat merefleksikan adanya perbedaan standar perorangan mengenai pelayanan yang diterima. Dimana kemampuan pelayanan suatu produk tersebut menghasilkan suatu kesimpulan akan kualitas produk yang dinilai secara subyektif oleh konsumen.
- 7) Estetika (*aesthetics*), Estetika merupakan dimensi pengukuran yang paling obyektif. Estetika suatu produk dilihat dari bagaimana suatu produk terdengar

oleh konsumen, bagaimana penampilan luar suatu produk, rasa maupun bau. Dengan demikian, estetika jelas merupakan penilaian dan refleksi yang dirasakan oleh konsumen.

- 8) Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), konsumen tidak selalu memiliki informasi yang lengkap mengenai atribut-atribut produk (jasa). Namun umumnya konsumen memiliki informasi tentang produk secara tidak langsung, misalnya melalui merek, nama dan negara produsen. Ketahanan produk misalnya, dapat menjadi hal yang kritis dalam pengukuran kualitas produk.

Berdasarkan pendapat Tjiptono (2002:26), ada lima dimensi pokok kualitas jasa yaitu

- a. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
- b. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan layanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
- c. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan layanan dengan tanggap.
- d. Jaminan (*Assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf ; bebas dari bahaya, resiko atau keragu – ragan.
- e. Empati (*Emphaty*), meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan mamahami kebutuhan para pelanggan.

Berdasarkan pendapat di atas, dapat diketahui bahwa dimensi kualitas layanan memegang peranan yang penting dalam perkembangan perusahaan dimasa-masa yang akan datang. Karena itu perusahaan jasa perlu memberikan layanan yang berkualitas kepada konsumennya. Selanjutnya kualitas layanan ini pada akhirnya akan menciptakan dan memelihara kepuasan konsumen terhadap perusahaan.

G. Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan

Menurut Stamatis (1996) yang kemudian dikutip oleh Tjiptono mengatakan bahwa kualitas pelayanan dapat pula didefinisikan: “sebagai sistem manajemen strategik dan integratif yang melibatkan semua manajer dan karyawan, serta menggunakan metode-metode kuantitatif dan kualitatif untuk memperbaiki secara berkesinambungan proses-proses organisasi, agar dapat memenuhi dan melebihi kebutuhan, keinginan, dan harapan para pelanggan (dalam Istianto, 2009:)”.

Berdasarkan penjelasan teoritik di atas, dapat diartikan bahwa peningkatan pelayanan sangat penting dan dibutuhkan bagi setiap organisasi dan atau instansi pemerintahan terkait, dikarenakan dalam peningkatan pelayanan yang berpihak kepada kepuasan konsumen (masyarakat) senantiasa ditingkatkan, guna menghindari krisis kepercayaan terhadap pelaku pelayanan, yang berdampak kerugian bagi suatu manajemen tersebut. Program peningkatan pelayanan merupakan salah satu upaya perusahaan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik kepada konsumen (Kirom, 2009). Program peningkatan pelayanan tersebut menjadi sangat penting, mengingat perusahaan atau instansi pemerintahan yang hakekatnya melayani kebutuhan masyarakat luas (public service), maka tuntutan

pelayanan yang diberikan secara baik dan sebagaimana mestinya menjadi suatu keharusan.

Perbaikan kualitas pelayanan dimaksudkan sebagai upaya memuaskan pelanggan yang pada dasarnya berkembang dari waktu ke waktu, sehingga upaya perbaikan harus pula dilakukan secara berkesinambungan. Dikemukakan oleh Surjadi dalam bukunya Pengembangan Kinerja Pelayanan Publik, mengatakan bahwa untuk meningkatkan perbaikan kualitas pelayanan publik senantiasa didasarkan kepada tiga hal yaitu: “pertama, hasil pengukuran indeks kepuasan pelanggan melalui proses penelitian yang cermat, akurat dan akuntabel serta berkelanjutan. Kedua, dari hasil evaluasi kinerja atau hasil pengkajian kinerja yaitu bagaimana kinerja, apa faktor penyebab dan bagaimana mengatasinya, dengan memprioritaskan pada unsur pelayanan yang mendapatkan skor rendah dari pengukuran indeks kepuasan pelanggan. Ketiga, didasarkan kepada perkembangan lingkungan administrasi publik, termasuk di dalamnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, sehingga kualitas pelayanan bersifat dinamis, berkembang dari waktu ke waktu (Surjadi, 2009)”.

Berdasarkan pengertian di atas, dapat diartikan bahwa dalam meningkatkan kualitas pelayanan strategi yang dikeluarkan organisasi atau instansi pemerintahan harus merupakan inisiatif dan komitmen dari manajemen puncak. Artinya semua personilnya, baik dari manajemen puncak sampai pada karyawan operasionalnya harus memperoleh pendidikan mengenai kualitas, sehingga dalam merencanakan suatu kualitas pelayanan senantiasa memperhatikan kualitas pelayanan yang mengarah kepada kepentingan atau kepuasan masyarakat.

H. Kinerja

Konsep kinerja akhir-akhir ini telah menjadi suatu terminologi atau konsep yang sering dipakai organisasi atau individu, khususnya dalam kerangka mendorong keberhasilan organisasi atau SDM. Kinerja SDM merupakan istilah yang berasal dari kata Job Performance atau Actual Performance (prestasi kinerja atau prestasi yang sesungguhnya dicapai oleh seseorang). Kinerja akan selalu menjadi isu aktual dalam organisasi, karena apapun bentuk organisasinya kinerja merupakan pernyataan kunci terhadap efektivitas atau keberhasilan suatu organisasi.

1. Pengertian kinerja

Pengertian kinerja menurut Mangkunegara (2001) adalah "hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya." Kinerja merupakan hal yang paling penting dijadikan landasan untuk mengetahui tentang performance dari karyawan tersebut. Soeprihantono (2004); mengatakan bahwa kinerja merupakan hasil pekerjaan seorang karyawan selama periode tertentu dibandingkan dengan berbagai kemungkinan, misalnya standard, target/sasaran/criteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama. Dengan melakukan penilaian demikian, seorang pimpinan akan menggunakan uraian pekerjaan sebagai tolok ukur, bila pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan atau melebihi uraian pekerjaan, berarti pekerjaan itu berhasil dilaksanakan dengan baik. Akan tetapi, kalau

pelaksanaan pekerjaan berada dibawah uraian pekerjaan, maka pelaksanaan tersebut kurang berhasil.

Berdasarkan pengertian tersebut di atas, dapat diartikan bahwa kinerja merupakan tanggung jawab para pegawai dalam melaksanakan tugasnya, yang disesuaikan dengan tugas dan fungsinya guna menghasilkan output yang berkualitas baik dalam tataran organisasi swasta maupun organisasi publik. Konsep kinerja disatu sisi ada yang lebih terfokus pada konteks individual atau SDM, bahkan sampai pencampuran pemahaman tentang konsep kinerja itu sendiri.

2. Penilaian kinerja

Ukuran atau standar kinerja terkait dengan parameter-parameter tertentu atau dimensi yang dijadikan dasar atau acuan oleh organisasi untuk mengukur suatu kinerja. Produktivitas kinerja diharapkan pekerjaan akan terlaksana secara efisien dan efektif, sehingga pada akhirnya sangat diperlukan dalam pencapaian tujuan yang sudah ditetapkan. Menurut Sutrisno dalam bukunya Manajemen Sumber Daya Manusia, mengatakan bahwa: “untuk mengukur sebuah produktivitas kinerja, diperlukan suatu indikator, yaitu kemampuan, meningkatkan hasil yang dicapai, semangat kerja, pengembangan diri, mutu dan efisiensi (Sutrisno, 2009)”.

Menurut Amstrong (2002: 175) "penilaian kinerja merupakan suatu proses yang berkesinambungan untuk melaporkan prestasi kerja dan kemampuan dalam suatu periode waktu yang lebih menyeluruh, yang dapat

digunakan untuk membentuk dasar pertimbangan suatu tindakan." Menurut Mangkunegara (2001) bahwa pengukuran kinerja dapat dilakukan melalui :

- 1) Ketepatan waktu dalam menyelesaikan tugas yaitu kesanggupan karyawan menyelesaikan pekerjaan tepat waktu.
- 2) Penyelesaian pekerjaan melebihi target yaitu apabila karyawan menyelesaikan pekerjaan melebihi target yang ditentukan oleh organisasi
- 3) Bekerja tanpa kesalahan yaitu tidak melakukan kesalahan terhadap pekerjaan merupakan tuntutan bagi setiap karyawan.

Terkait dengan konsep kinerja tersebut, Rummmler dan Brace (1995) yang kemudian dikutip oleh Sudarmanto dalam bukunya Kinerja dan Pengembangan Kompetensi SDM Teori, Dimensi Pengukuran dan Implementasi dalam Organisasi mengemukakan bahwa: "Ada tiga (3) level kinerja, yaitu:

- 1) Kinerja Organisasi; merupakan pencapaian hasil (out come) pada level atau unit analisis organisasi. Kinerja pada level organisasi ini terkait pada tujuan organisasi, rancangan organisasi dan manajemen organisasi.
- 2) Kinerja proses; merupakan kinerja pada proses tahapan dalam menghasilkan produk atau pelayanan. Kinerja pada level proses ini dipengaruhi oleh tujuan proses, rancangan proses dan manajemen proses.
- 3) Kinerja individu/pekerjaan; merupakan pencapaian atau aktivitas pada tingkat pegawai atau pekerjaan. Kinerja pada level ini dipengaruhi oleh tujuan pekerjaan, proses pekerjaan dan manajemen pekerjaan serta karakteristik individu. (dalam Sudarmanto, 2009)".

Berdasarkan penjelasan teoritik di atas tentang konsep kinerja, dapat

diartikan bahwa konsep kinerja yang terbagi menjadi tiga level tersebut berkaitan dengan aktivitas-aktivitas individu atau kelompok, dengan sejumlah tujuan, proses dan manajemen yang telah disepakati bersama. Meningkatkan produktivitas kinerja yang tinggi serta meningkatkan profesionalisme dalam bekerja, akan selalu terkait dengan ukuran-ukuran atau standar kinerja.

I. Kinerja Pegawai

Kinerja memiliki berbagai macam makna, dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002) kinerja diartikan sebagai sesuatu yang dicapai, prestasi yang diperlihatkan, kemampuan kerja. Sejalan dengan pengertian tersebut, Efendi (dalam Amaludin.2005) juga mengartikan kinerja sebagai prestasi kerja, pelaksanaan kerja, pencapaian kerja, hasil kerja, unjuk kerja dan penampilan kerja. Selain itu kinerja merupakan kemampuan dan keterampilan intelektual yang dapat diamati, seperti pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang dibutuhkan dalam mendukung kesuksesan bekerja.

Dengan demikian, kinerja pegawai ditunjukkan pada tingkat kemampuan pegawai mengaplikasikan keterampilan dalam melaksanakan pekerjaan tertentu dengan hasil yang nyata. Dengan kata lain, kinerja pegawai adalah kadar kuantitas dan kualitas kontribusi tugas berdasarkan kemampuan pegawai mengaplikasikan ketrampilan secara nyata dalam melaksanakan pekerjaan. Kuantitas pelaksanaan tugas pegawai meliputi frekuensi kehadiran, keseringan menyusun satuan pelajaran dan rencana pelajaran, banyaknya buku sumber, buku penunjang dan bahan lainnya yang diusahakan sebagai pendukung kerjanya, banyaknya melakukan evaluasi, koreksi, umpan balik dan sekaligus memanfaatkannya dalam

kegiatan tugasnya, sedangkan kualitas pelaksanaan tugas pegawai meliputi kedisiplinan, ketepatan waktu pelaksanaan tugas, keseringan melaksanakan tugas, kesabaran dan ketekunan menangani siswa, keseriusan memelihara dan mengatur sarana yang digunakan dalam melaksanakan tugas mengajar serta kesungguhan melaksanakan evaluasi hasil belajar siswa.

Dari berbagai pendapat mengenai kinerja pegawai di atas dan dipadukan dengan pengertian kinerja secara umum dapat disimpulkan bahwa kinerja pegawai adalah perwujudan kemampuan dan keterampilan berdasarkan kewenangan yang dimiliki dan diwarnai oleh karakteristik personal serta sikap-sikap profesional. Kinerja pegawai tersebut berfokus pada pencapaian tujuan organisasi sekolah.

Steers (2005) mengemukakan bahwa kinerja pegawai dipengaruhi oleh tiga faktor yang saling berhubungan yaitu sebagai berikut:

1. Kemampuan dan minat seseorang untuk bekerja; kemampuan dan minat pekerja merupakan ciri-ciri individu yang sangat menentukan kemampuan pekerja dan dapat mempengaruhi kinerja pada suatu organisasi. Sifat ini dapat dianggap relatif mantap sepanjang waktu walaupun mungkin akan timbul beberapa perubahan akibat interaksi dari luar.
2. Kejelasan dan penerimaan atas peranan; pengertian dan penerimaan seorang individu atas tugas yang dibebankan kepadanya semakin jelas pengertian pekerjaan mengenai persyaratan dan sasaran pekerjaan maka makin banyak energi yang dapat dikerahkan bagi kegiatan-kegiatan kearah tugas organisasi.
3. Motivasi dan kinerja; proses yang dapat mendorong pekerja untuk dapat meningkatkan kinerja organisasi. Kinerja dimulai dari pengakuan yang jelas dan faktor-faktor yang mendukung motivasi dan kinerja dari individu maupun

organisasi. Faktor individu dapat meliputi kemauan, kepribadian, minat dan persepsi peranan. Sedangkan faktor organisasi dapat meliputi pembentukan struktur tugas, iklim, gaya kepemimpinan, sistem imbalan dan sebagainya.

Pandji (1998) mengatakan bahwa kinerja seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal: (1) motivasi seseorang dalam melakukan pekerjaan, (2) cara pandang seseorang terhadap pekerjaan, (3) lingkungan pekerjaan, (4) fasilitas dalam bekerja. (5) ketenangan dan semangat kerja, (6) tugas dan jabatan sesuai dengan kemampuan dan minatnya, (7) kesempatan untuk berkarir, (8) keamanan dan kenyamanan dalam bekerja, (9) rekan kerja, (10) kompensasi gaji atau imbalan, (11) kepribadian dan kehidupan emosional seseorang.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian diskriptif dengan pendekatan kualitatif (Arikunto, 1995) Di dalam penelitian deskriptif tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis tertentu, tetapi hanya untuk menggambarkan apa adanya tentang suatu variabel gejala/keadaan. memang adakalanya dalam penelitian ingin juga membuktikan dugaan, tetapi tidak terlalu lazim, yang umum adalah bahwa penelitian deskriptif tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis.

Menurut Bungin (2003) Pendekatan kualitatif dalam penelitian sosial satu pendekatan utama yang pada dasarnya adalah sebuah label atau nama yang bersifat umum saja dari sebuah rumpun besar metodologi penelitian, tapi aspek-aspek yang bersifat kemetodean, dalam arti yang dapat dipratikkan dalam kegiatan penelitian kualitatif.

Untuk melaksanakan penelitian dengan pendekatan kualitatif, seorang peneliti harus memperhatikan ciri-ciri yang mencakup: manusia sebagai alat atau instrumen, metode kualitatif, analisa deskriptif lebih mementingkan proses daripada hasil, adanya kriteria khusus untuk keabsahan data, desain yang bersifat sementara serta hasil penelitian yang dirundingkan dan disepakati bersama.

Sedangkan data yang dikumpulkan berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka, hal ini dijabarkan oleh adanya penerapan metode kualitatif. Selain itu semua yang dikumpulkan berkemungkinan menjadi kunci terhadap apa yang

sudah diteliti. Dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan untuk memberikan gambaran penyajian laporan tersebut (Moeleong, 2002).

Dengan demikian dalam penelitian ini metode deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan fenomena-fenomena yang berkaitan dengan peningkatan kinerja pegawai dalam rangka mengoptimalkan mutu pelayanan kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

B. Fokus Penelitian

Penetapan fokus penelitian sebagai pusat perhatian penelitian bertujuan memberi batas untuk mencegah terjadinya pembiasan dalam mempersepsikan dan membahas masalah yang sedang diteliti. Penentuan fokus penelitian berperan penting dalam menentukan batas penelitian. Dengan bimbingan dan arahan suatu fokus, seorang peneliti akan tahu data mana yang relevan atau tidak. Berdasarkan permasalahan yang telah dirumuskan maka fokus penelitian yang dapat ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

1. Kualitas pelayanan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, meliputi:
 - a. Pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat
 - b. Pelayanan medis yang diberikan Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo
 - c. Kualitas kesehatan masyarakat miskin penerima pelayanan Jamkesmas

2. Tanggapan masyarakat atas mutu pelayanan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, meliputi:
 - a. Tanggapan masyarakat terhadap syarat dan prosedur administrasi menjadi anggota Jamkesmas.
 - b. Tanggapan masyarakat terhadap pelayanan medis melalui Jamkesmas.
3. Kinerja pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, meliputi:
 - a. Kinerja pegawai dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin.
 - b. Efisiensi waktu pegawai dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat
 - c. Tanggung jawab pegawai dalam memberikan pelayanan kepada anggota Jamkesmas.

C. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah ruang atau tempat dimana peneliti akan mengungkapkan keadaan yang sebenarnya dari obyek yang akan diteliti. Lokasi penelitian yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah lokasi dimana penelitian ini dilakukan. Pemilihan lokasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah pada Dinas Kesehatan Sidoarjo yang beralamatkan di jalan Mayjen Sungkono No. 46 Sidoarjo Jawa Timur. Alasan penelitian dilakukan di lokasi tersebut adalah karena Dinas Kesehatan Sidoarjo adalah salah satu penyelenggara proses pembangunan dalam bidang kesehatan Masyarakat, selain itu Dinas Kesehatan Sidoarjo adalah salah satu Dinas Kesehatan yang memiliki pelayanan serta sarana dan prasarana yang lengkap.

D. Jenis Dan Sumber Data

Jenis data yang diperoleh dalam penelitian ini dibandingkan atas data kualitatif yaitu data berupa kata-kata atau tindakan orang-orang yang diamati atau di wawancarai yang merupakan sumber data utama (primer) dan data kuantitatif yaitu data yang merupakan angka-angka, grafik atau data statistik lainnya sebagai data tambahan (sekunder). Data primer sebagai sumber data untuk diperoleh langsung dari penelitian lapangan melalui wawancara kepada informan yang mengetahui permasalahan dan observasi ketempat terjadinya peristiwa. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui catatan atau dokumen-dokumen serta laporan resmi lainnya yang ada kaitannya dengan fokus dari penelitian yang ada.

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian terdiri dari:

1. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung pada waktu berada di lapangan dengan tujuan untuk mengetahui segala hal yang berkaitan dengan penelitian. Data primer yang dapat diperoleh dengan cara mengamati atau melakukan wawancara dengan informan berada dalam organisasi yang diteliti dengan substansi penelitian. Dalam penelitian ini yang menjadi sumber data primer adalah informan

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh secara tidak langsung melalui dokumen yang berbentuk arsip-arsip, catatan-catatan resmi ataupun peraturan tertulis. Selain itu juga dilakukan studi pustaka untuk memperoleh kerangka pemikiran dan landasan teori yang menunjang penelitian di lapangan.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi (*Field Research*)

Yaitu suatu kegiatan yang berupa peninjauan langsung pada obyek di lapangan, sehingga peneliti secara nyata mengetahui keadaan yang sebenarnya dari obyek tersebut melalui panca indera yang dilakukan secara sistematis.

2. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Dimana percakapan tersebut melibatkan dua pihak, yaitu pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (interviewee) yang memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut. Dengan kata lain pihak pewawancara mengajukan sejumlah pertanyaan tertentu yang berkaitan dengan topik penelitian kepada pihak yang diwawancarai sebagai salah satu teknik pengumpulan data penelitian. Dengan demikian pelaksanaan kegiatan wawancara sangat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu pewawancara, pihak yang diwawancarai, topik penelitian dan situasi pada saat wawancara tersebut dilakukan. Adapun jenis wawancara yang dipilih dalam penelitian ini berupa wawancara terbuka dengan pertimbangan bahwa peneliti dapat secara langsung bertemu dengan subyek penelitian. Sehingga dapat memperoleh informasi-informasi yang diperlukan secara mudah dan jelas. Selain itu kemudahan memperoleh informasi dalam wawancara terbuka ini juga didukung oleh subyek penelitian yang telah mengetahui memahami maksud peneliti sebelum dilakukan wawancara.

3. Dokumentasi

Pengumpulan data dengan memperoleh dokumen/inventarisasi arsip dari instansi yang menjadi obyek penelitian yang berhubungan dengan kebutuhan penelitian.

F. Instrumen penelitian

Yang dimaksud dengan instrumen penelitian adalah alat untuk mengumpulkan data dan informasi yang diperoleh atau diperlukan dalam penelitian. Dengan kata lain instrumen penelitian merupakan perangkat yang membantu peneliti untuk memperoleh data dalam seluruh rangkaian proses kerja penelitian.

Instrumen penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Peneliti sendiri, yang dengan menggunakan panca indera untuk melihat, mengamati dan merasakan kejadian yang ada di lapangan terutama yang berhubungan dengan fokus penelitian.
2. Pedoman wawancara (*interview guide*), sebagai panduan dalam wawancara.
3. Catatan lapangan (*field note*), dipergunakan untuk mencatat apa yang didengar, dilihat, dialami dan dipikirkan dalam rangkai pengumpulan data di lapangan.

G. Analisis Data

Analisa data kualitatif menurut Bagdan dan Biklen (2004) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data mengorganisasikan data.memilah-milah yang menjadi satuan yang dapat dikelola mensitesiskannya,mencari dan menemukan pola.menemukan apa yang penting

dan apa yang dipelajari dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Analisa data dan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data kedalam pola, kategori dan satuan uraian sehingga dapat dikemukakan tema dan dapat diruskan hipotesis kerja yang di sarankan oleh data.

Pengumpulan data yang terkait dengan topik penelitian ditelusuri melalui dokumentasi maupun wawancara yang menggambarkan fakta-fakta yang terkait dengan topik. Oleh karena itu analisis data dimulai dengan cara mempelajari dan menelaah data yang dikumpulkan. Selanjutnya diadakan pengolahan dan interpretasi data yaitu dengan cara memakai model before dan after. Dengan model ini maka analisis data dilakukan dengan cara membandingkan antara kondisi sebelum dan sesudah proyek dilaksanakan dan kemudian diadakan evaluasi terhadap kondisi yang terjadi.

Analisis data adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola kategori dan satu uraian data. Dilihat dari jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yang digunakan dalam penelitian maka analisa data dilakukan dengan cara melukiskan hasil penelitian dalam bentuk kata-kata atau kalimat.

Dari pengertian di atas, jelas bahwa data yang diperoleh dari lapangan tidak dibuktikan dengan angka-angka tetapi berisikan uraian-uraian. Sehingga akan menggambarkan hasil sesuai data yang dianalisa, kemudian diinterpretasikan dimana masalah yang dihadapi atau diuraikan berpatokan pada teori-teori yang disajikan dalam bab kerjaan pustaka, kemudian ditarik kesimpulan. Dalam penelitian ini data yang diperoleh akan dianalisis dan diinterpretasikan dimana

data yang digunakan adalah analisa kualitatif (Miles and Huberman, 1992:16-9).

bahwa analisis data terdiri dari 3 alur kegiatan .Yaitu:

1. Reduksi Data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa hingga kesimpulan-kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi. Reduksi data berlangsung secara terus menerus selama penelitian berlangsung.

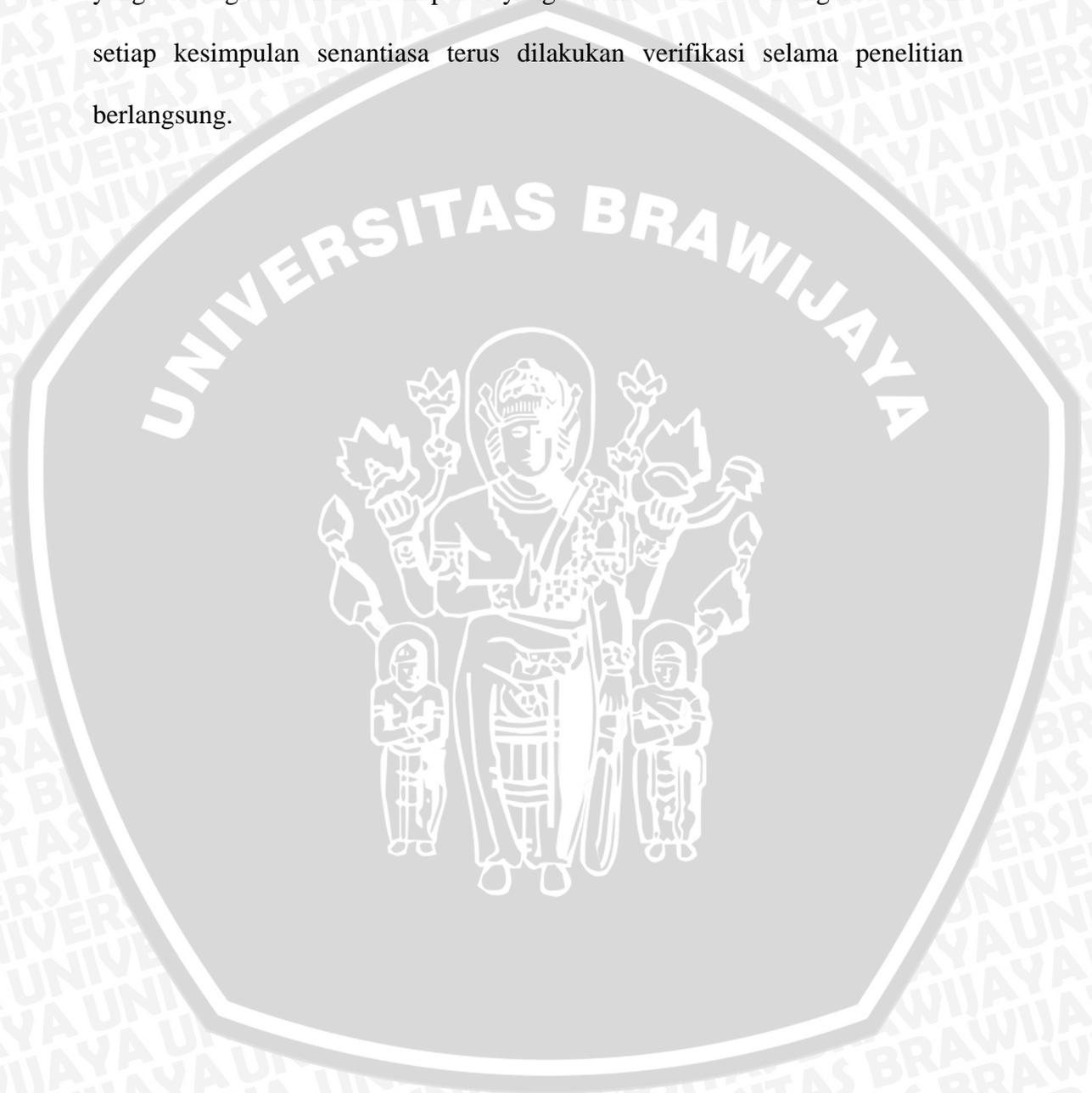
2. Penyajian Data

Penyajian data dimaksudkan sebagai sekumpulan informasi tersusun yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan melihat penyajian-penyajian, kita dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan, lebih jauh menganalisis atukah mengambil tindakan, berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian data tersebut. Penyajian data ini untuk memudahkan peneliti untuk melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari penelitian.

3. Penarikan Kesimpulan/Verifikasi

Verifikasi data dalam penelitian kualitatif dilakukan secara terus menerus sepanjang proses penelitian berlangsung. Sejak awal memasuki lapangan dan selama proses pengumpulan data, peneliti berusaha untuk menganalisis dan

mencari makna dari data yang dikumpulkan, yaitu mencari pola, tema, hubungan, persamaan, hal-hal yang sering timbul, hipotesis dan sebagainya yang dituangkan dalam kesimpulan yang bersifat tentative. Dengan kata lain setiap kesimpulan senantiasa terus dilakukan verifikasi selama penelitian berlangsung.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Kabupaten Sidoarjo

a. Geografis

Kabupaten Sidoarjo merupakan Ibukota Kecamatan Sidoarjo yang terletak di tepi Selat Madura dan termasuk dalam wilayah administratif Kabupaten Sidoarjo, Propinsi Jawa Timur. Batas-batas administrasi dari kota Sidoarjo ini adalah:

- Sebelah utara : Kecamatan Waru
- Sebelah selatan : Kecamatan Porong
- Sebelah Timur : Selat Madura
- Sebelah Barat : Kecamatan Krian

Secara geografis wilayah Kabupaten Sidoarjo memiliki luas wilayah 6.256 Ha.

Ditinjau dari Topografi keadaan medan Kabupaten Sidoarjo berada pada ketinggian antara 23 - 32 diatas permukaan laut.

b. Penduduk

Penduduk merupakan aset daerah, karena merupakan subyek sekaligus obyek dari pembangunan. Oleh karenanya faktor penduduk berkompetensi untuk ditinjau sehubungan dengan pembangunan suatu daerah, demi terwujudnya pembangunannya. Penduduk Kabupaten

Sidoarjo tahun 2011 berjumlah 130.389 jiwa. Perbandingan jumlah penduduk menurut jenis kelamin hampir berimbang yaitu 63.966 jiwa (49,06%) laki-laki dan 66.423 jiwa (50,94%) perempuan.

Dari data kependudukan di atas maka Kabupaten Sidoarjo dapat digolongkan kepada kelas kota sedang, dimana berdasar kriteria BPS mengenai kelas kota, kota sedang adalah kota dengan jumlah penduduk antara 100.000 sampai 500.000 jiwa.

c. Sosial

1) Fasilitas Pendidikan

Kualitas sumberdaya manusia (SDM) adalah salah satu faktor yang sangat menentukan dalam pembangunan. Efektifitas, efisiensi dan produktifitas kinerja pembangunan diharapkan menjadi optimal jika dilaksanakan oleh kumpulan SDM berkualitas. Indikator kualitas SDM yang paling umum digunakan karena lebih mudah untuk mendapatkan informasi atau datanya adalah pendidikan formal. Prosentase penduduk yang berpendidikan adalah 40.854 siswa (31 % dari jumlah penduduk). Rendahnya jumlah penduduk yang berpendidikan ini dikarenakan masih kurangnya sarana dan prasarana pendidikan, misalnya gedung sekolah dan kurang meratanya penyebaran tenaga pengajar. Disisi lain masyarakat masih menganggap bahwa pendidikan adalah barang mewah yang susah dibeli padahal wajib dimiliki, karena

pendapatan per kapita yang masih rendah, yaitu 817 Dollar AS/tahun.

(*Sumber Indeks Pembangunan Manusia, KOMPAS 4 September 2011*).

2) Fasilitas Kesehatan

Pembangunan sarana dan prasarana kesehatan di Kabupaten Sidoarjo ditujukan agar semua lapisan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mudah, merata, murah, dan terjangkau sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Melalui peningkatan mutu pelayanan kesehatan, peningkatan mutu lingkungan permukiman dan perbaikan status gizi masyarakat diharapkan dapat tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang semakin membaik. Dalam hal fasilitas kesehatan di Kabupaten Sidoarjo terdapat 3 Rumah Sakit, 3 Puskesmas dan 2 Puskesmas Pembantu, 3 Puskesmas Keliling, 8 Nalai Pengobatan, 7 Rumah Bersalin, 60 Apotik dan 5 Laboratorium.

d. Sarana dan Prasarana Pemukiman

1) Komponen Air Bersih

Pengelolaan sumber air bersih di Kabupaten Sidoarjo dilakukan oleh PDAM Kab. Sidoarjo. Kini, jumlah sambungan rumah di kota ini sebanyak 7.192 buah. Di Kota Sidoarjo terjadi pencemaran pada sungai akibat kegiatan industri, rumah tangga

maupun pertanian di daerah hulu, serta terjadi penurunan kapasitas sumur bor terutama di musim kemarau.

2) Komponen Jalan

Pengelolaan jalan di Kab Sidoarjo dilakukan oleh Sub Dinas Bina Marga Kab. Sidoarjo. Total panjang jalan yang dikelola adalah 163 km, dengan perincian panjang permukaan jalan yang diaspal 140,50 km, permukaan berupa kerikil 5,9 km dan permukaan yang masih berupa tanah 16,60 km. Jika dilihat perkembangannya dari tahun 2002 juga terdapat 163 km, sehingga tidak ada peningkatan dalam hal panjang jalan.

2. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Sidoarjo

Dinas kesehatan kabupaten Sidoarjo sebagai kepanjangan tangan pemerintah untuk menangani masalah kesehatan masyarakat, tentu tak pernah berhenti berbenah. Meningkatkan pelayanan kepada public sudah merupakan kewajiban abdi Negara. Apalagi dengan adanya undang-undang nomer 25 tahun 2009 tentang pelayanan public, pemerintah diwajibkan mengutamakan standar layanan. Artinya ada tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban serta janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur.

Dengan demikian, Dinas Kesehatan dan seluruh jaringan Puskesmas yang ada di Sidoarjo wajib memberikan pelayanan secara optimal kepada

masyarakat. Bila mengacu undang-undang nomer 25 tahun 2009, kualitas layanan itu harus berpijak pada azas kepentingan umum; kepastian hukum; kesamaan hak; keseimbangan hak dan kewajiban; keprofesionalan; partisipatif; persamaan perlakuan tidak diskriminatif; keterbukaan; akuntabilitas; fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan; ketepatan waktu; dan kecepatan, kemudahan dan keterjangkauan.

Berangkat dari pemahaman ini, seluruh jajaran di jalur kesehatan dapat menjadikan hal tersebut sebagai acuan dalam melaksanakan tugas sehari-hari. Dengan adanya pedoman pelayanan tersebut, tentu akan mempermudah menyatukan pemikiran tentang kualitas dan layanan standar bagi masyarakat. Dengan demikian, seluruh proses kinerja dimungkinkan bias berjalan sesuai harapan. Bila dalam perjalanan peningkatan pelayanan public ada kendala atau perbedaan persepsi, tentu bias diselesaikan secara musyawarah dengan pijakan yang telah digariskan pemerintah atau undang-undang yang ada. Termasuk saat Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Sidoarjo melakukan monitoring atau evaluasi kinerja.

3. Jumlah Pegawai

Pegawai merupakan salah satu factor yang penting untuk menjamin kelancaran. Maka kebutuhan pegawai atau karyawan perlu direncanakan dan disesuaikan dengan kebutuhan pendidikan dan keahliannya. Adapun jumlah pegawai pada Dinas Kesehatan Kab Sidoarjo, sebagai berikut:

Tabel 4.1

Jumlah Pegawai Dinas Kesehatan Kab. Sidoarjo Th 2010

Pegawai	Tingkat Pendidikan					Jumlah
	S2	S1	SMA	SMP	SD	
Dokter	1	2				3
Dokter Gigi		1				1
Apoteker			3			3
Akademi Farmasi			1			1
SKM			14			14
Tenaga Kesling			7			7
Perawat (Akper, SPK)		4				4
Bidan (AKBID, P2B)		7				7
SMAK			1			1
Gizi (AKSI, SPAG)		5				5
Pekarya Kesehatan			3			3
Tenaga Non Kesehatan			40	5		45
Jumlah	1	19	68	5		94

Sumber data : Data Sekunder Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo Tahun 2010

Berdasarkan tabel 4.1 bahwa jumlah pegawai tenaga non kesehatan lebih besar dari pada dokter dikarenakan tingkat pendidikan SMA lebih besar dari pada tingkat Sarjana sehingga jumlah peminat untuk menjadi pegawai pada dinas kesehatan Kabupaten Sidoarjo adalah tenaga non kesehatan.

Tabel 4.2
Jumlah Pegawai di Puskesmas di seluruh Kab. Sidoarjo Tahun 2010

Pegawai	Tingkat Pendidikan					Jumlah
	S2	S1	SMA	SMP	SD	
Dokter	10	64				74
Dokter Spesialis	1					
Dokter Gigi	5	30				35
Akademi Farmasi		11				11
D3 Ref S1		1	1			2
Asisten Apoteker			24			24
SKM			5			5
Tenaga Kesling		10	13			23
Perawat (AKPER, SPK)		273				273
D3 GI		7				7
SPRG		29				29
Bidan (AKBID, P2B)		362				362
Analisis Kesehatan		21				21
SMAK			17			17
Gizi (AKZI, SPAG)		37				37
Pekarya Kesehatan			93			93
Tenaga Non Kesehatan			175	50		225
PTT Pusat		50	14			74
Jumlah	16	895	342	50		1.312

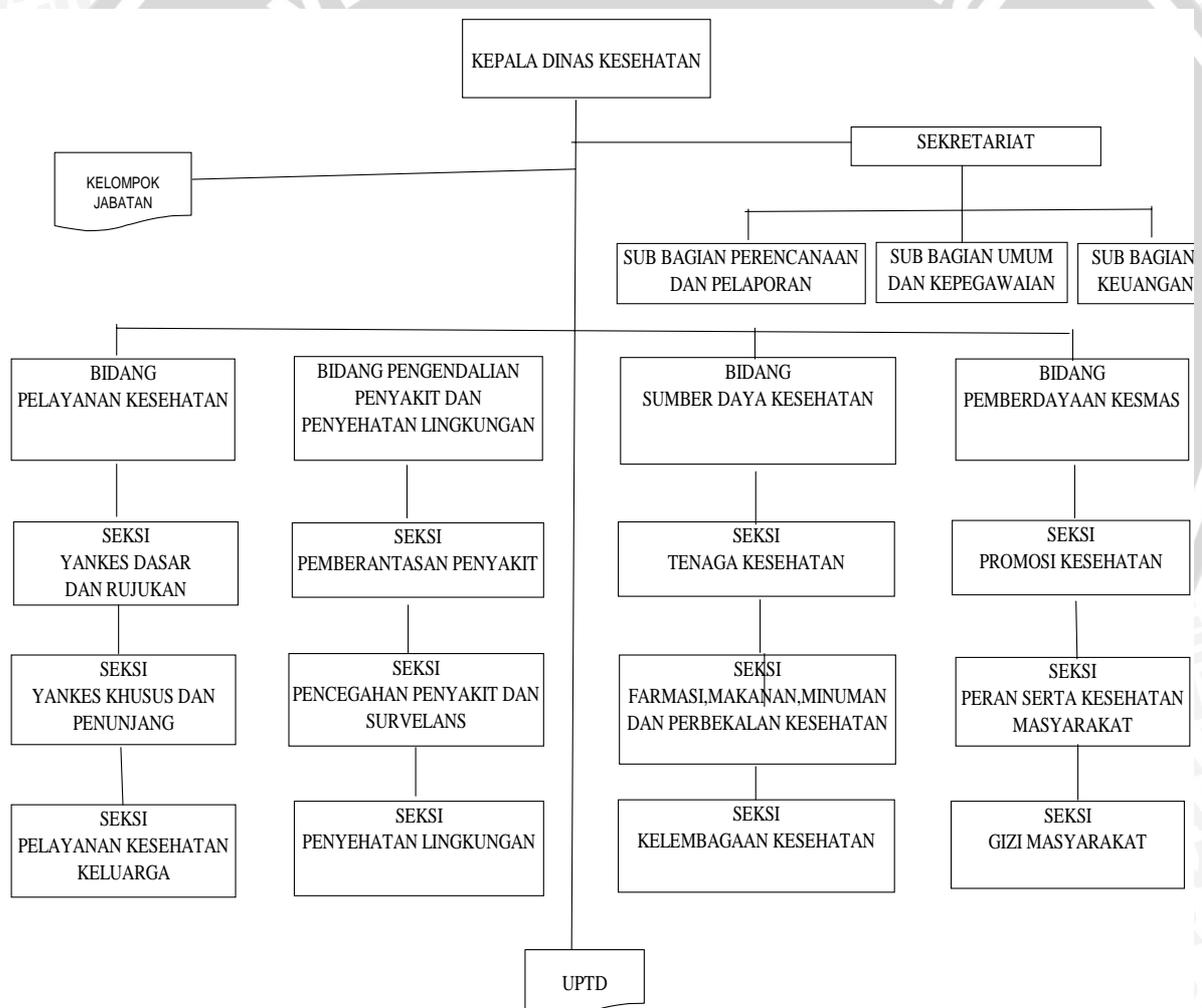
Sumber : Data Sekunder, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo Th 2010

Berdasarkan data pegawai di atas dapat diketahui bahwa tenaga dokter masih minim jika dibandingkan dengan kebutuhan ideal di Kabupaten Sidoarjo yang mempunyai jumlah penduduk 130.389 jiwa. Dengan jumlah penduduk yang begitu besar dan jangkauan wilayah yang luas, Dinas Kesehatan Sidoarjo berusaha untuk memberikan pelayanan yang terbaik meskipun jumlah SDM yang ada belum merata dan jumlahnya bisa dikatakan ideal dengan luas wilayah dan jumlah masyarakat yang ditangani.

4. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Sidoarjo

Struktur organisasi Dinas Kesehatan Sidoarjo bersifat lini, yaitu tugas mengalir dari atasan ke bawahan dan tanggung jawab mengalir dari bawahan ke atasan. Bentuk struktur organisasi Dinas Kesehatan Sidoarjo dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Gambar 4.1
Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Sidoarjo



Sumber : Dinas Kesehatan Sidoarjo

5. Penyajian Data Focus

A. Pelayanan Kesehatan

Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Pemerintah telah menggariskan hal ini dalam undang-undang Kesehatan no 36 tahun 2009. Untuk itu, Dinas Kesehatan Sidoarjo sebagai bagian dari pelaksana program-program pemerintah perlu melaksanakan semua itu. Wujud teknisnya bisa beragam hal, namun muaranya masyarakat bisa terlayani secara maksimal dan merasa aman berada dalam pelayanan unit-unit di jajaran Dinas Kesehatan.

Puskesmas, merupakan unit pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi andalan pemerintah yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan. Dengan tiga fungsi yang dimiliki; yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan; pusat pemberdayaan masyarakat dan sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab atas wilayah kerja yang ditetapkan. Puskesmas telah memiliki peran teramat penting dan strategis yang diharapkan dalam jangka panjang menjadi motor utama pembangunan kesehatan di Indonesia.

Realitas ini tentu membutuhkan berbagai upaya untuk tiada henti menata puskesmas dalam koridor revitalisasi. Paling tidak dalam upaya menyelenggarakan upaya pembangunan kesehatan, puskesmas perlu ditunjang manajemen yang baik, efektif dan efisien. Artinya

rangkaiannya kegiatan sistematis yang dilaksanakan oleh puskesmas tidak bias lepas dari fungsi-fungsi manajemen. Misalnya, perencanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban. Semua fungsi manajemen tersebut harus dilaksanakan secara terkait dan berkesinambungan. Penilaian kinerja Puskesmas merupakan suatu upaya untuk melakukan penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas.

Berdasarkan data yang diperoleh oleh peneliti dari Dinas Kesehatan Sidoarjo diketahui bahwa masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan kartu Jamkesmas atau SKTM di Puskesmas yang berada di lingkungan Dinas Kesehatan Sidoarjo sebagai berikut:

Tabel 4.3

Jumlah Pasien Pengguna Jamkesmas atau SKTM Di Lingkungan Dinas Kesehatan Sidoarjo Tahun 2010

Jenis Penanganan	Jenis Pelayanan Kesehatan	
	Perbaikan Gizi	Pencegahan dan Penyembuhan
Balita	6694 balita	
Balita Ditimbang	5600 balita	
Bayi dengan ASI eksklusif	4515 balita	
Diare		5525 orang
Tersangka DBD		6 orang
Kusta terdaftar		5 orang
Kusta terobati		5 orang
Prevelansi kusta		-
Penyakit ringan (Flu, batuk dll)		9350 orang

Sumber : Data Sekunder, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo Th 2010

Dari data dapat diketahui bahwa sudah begitu banyak masyarakat yang mendapat pelayanan kesehatan dari dinas kesehatan yang memanfaatkan kartu Jamkesmas ataupun SKTM. Pencegahan untuk penyakit-penyakit yang mewabah seperti DBD, Dinas Kesehatan begitu sigap menangani sehingga jumlah pencegahan hanya sedikit sehingga tidak sampai menimbulkan wabah di daerah Sidoarjo.

B. Pelaksanaan Program Jamkesmas

Adapun pelaksana Jamkesmas adalah instansi pemerintah melalui dinas kesehatan secara berjenjang dari bawah, mulai Puskesmas, rumah sakit berbagai tipe. Adapun rumah sakit swasta bisa ikut serta sebagai pelaksana Jamkesmas, asalkan sudah ada kesepakatan dengan pemerintah daerah setempat dan PT.Askes.

Agar perangkat desa mudah dalam menentukan RTM (Rumah Tangga miskin) maka BPS (Badan Pusat Statistik) mengeluarkan 14 kriteria yang masuk kategori RTM seperti dibawah ini :

- (a) Luas rumah kurang dari 8 m²/orang
- (b) Lantai rumah dari tanah
- (c) Dinding rumah bamboo
- (d) tak punya MCK
- (e) Tak punya listrik
- (f) Air minum dari sumur/sungai

- (g) Memasak dengan kayu baker
- (h) Makan satu/dua kali sehari
- (i) Tak mampu bayar berobat di Puskesmas
- (j) Pendapatan kurang dari Rp 600.000/bulan
- (k) Pendidikan hanya SD
- (l) Tidak punya barang yang dijual diatas Rp. 500.000

Sumber : Dinas Kesehatan Sidoarjo

Pemerintah melalui Dinas Kesehatan telah menentukan bahwa penerima bantuan tidak harus memenuhi 14 kriteria tersebut, tetapi minimal penerima bantuan harus memenuhi 9 kriteria. Karena apabila masyarakat sudah memenuhi 9 kriteria, mereka sudah dianggap RTM.

Berdasarkan kuota kabupaten/kota yang ada, bupati/walikota menetapkan peserta Jamkesmas kabupaten/kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk keputusan bupati/walikota. Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan bupati/walikota, melebihi dari jumlah kuota yang telah ditentukan, maka menjadi tanggung jawab Pemda setempat. Untuk sementara sampai saat ini penerima Jamkesmas masih mengacu pada data 2010. Data keluarga miskin yang berhak mendapatkan kartu keanggotaan Jamkesmas di seluruh wilayah kerja Dinas Kesehatan ini pun berbeda-beda menurut sumbernya. Seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4

**KUNJUNGAN RAWAT JALAN PESERTA JAMKESMAS
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SIDOARJO
TAHUN 2010**

NO	DESA	JUMLAH KUNJUNGAN / BULAN												JUMLAH
		JAN	PEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEPT	OKT	NOV*	DES	
1	Buduran	4	10	7	8	9	8	6	6	3	2	6	4	73
2	Sidomulyo	4	5	3	4	2	3	4	3	3	4	4	3	42
3	Siwalanpanji	42	52	63	50	63	46	53	30	31	47	43	42	562
4	Wadungasih	353	343	454	365	425	430	343	314	265	314	327	299	4232
5	Bj. Kemantren	2	3*	3	4	1	1	1	2	3	4	3		27
6	Sidokeprung	51	50	78	64	47	58	55	41	56	47	72	55	674
7	Sidokerto	8	10	11	17	11	13	20	18		12	14	8	142
8	Sukorejo	9	11	4	8	9	14	7	9	8	10	5	8	102
9	Pagerwojo	23	26	32	15	13	10	13	13	1	14	4		164
10	Entalsewu	20	22	20	24	18	18	17	11	28	15	17	12	222
11	Damarsi	43	44	33	31	17	15	17	19	24	24	26	19	312
12	Banjarsari	15	12	15	10	9	14	18	16	10	16	11	5	151
13	Dukuh Tengah	3	10	15	18	10	9	8	8	10	8	9	5	113
14	Prasung	12	12	10	22	9	12	12	13	15	17	17	24	175
15	Sawohan	5	4	4	8	10	7	7	5	6	10	12	6	84
JUMLAH		594	614	752	648	653	658	581	508	463	544	570	490	7075
JUMLAH RUJUKAN		72	78	121	101	83	87	85	58	46	54	60	56	901

Sumber : Data Sekunder Dinas Kesehatan Kab Sidoarjo

Dari data tabel dapat diketahui bahwa kasus yang berhubungan dengan kesehatan di tiap daerah berbeda beda. Jumlah masyarakat yang menggunakan kartu jamkesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan meningkat di seluruh wilayah kerja Dinas Kesehatan Sidoarjo.

Bila didapati masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu kepersertaan jamkesmas maka yang bersangkutan dapat menggunakan SKTM. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) adalah surat yang dikeluarkan oleh pihak Kelurahan dan Kecamatan untuk menyatakan bahwa yang bersangkutan tergolong masyarakat tidak mampu (maskin). SKTM dapat digunakan selama 3 (tiga) bulan berjalan. Apabila ada masyarakat miskin yang membutuhkan pelayan kesehatan tetapi belum memiliki SKTM, maka yang bersangkutan tetap dilayani terlebih dahulu dan diberi kesempatan untuk mengurus surat keterangan tidak mampu dalam kurun waktu 2×24 jam.

Menurut pernyataan Bu Nur Fadillah sebagai petugas di dinas kesehatan Sidoarjo:

“ Kami tegaskan SKTM tidak dapat digunakan untuk pelayanan di Puskesmas, SKTM hanya berguna bagi Gakin untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan gratis di Rumah Sakit yang memang melayani SKTM/Gakin. SKTM tidak sama dengan kartu jamkesmas, karena SKTM hanyalah keterangan yang menyatakan bahwa yang bersangkutan merupakan golongan orang yang tidak mampu guna mendapatkan perawatan gratis di rumah sakit yang sudah di tunjuk pemerintah, antara lain di RS Daerah Sidoarjo”
(Wawancara tgl 25 Juni 2011, pukul 10.30 WIB)

Berdasarkan keterangan dari petugas Dinas Kesehatan, dapat diketahui bahwa untuk masyarakat miskin yang tidak terdaftar sebagai peserta jamkesmas dapat menggunakan SKTM guna mendapatkan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan bagi Gakin yang menggunakan SKTM hanya bisa dilayani oleh rumah sakit yang ditunjuk oleh pemerintah tetapi Dinas Kesehatan juga memberikan kebebasan kepada setiap kepala Puskesmas dengan kebijakannya masing-masing guna memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin yang bukan peserta jamkesmas tetapi mempunyai SKTM.

Bagi masyarakat sekitar yang tidak mampu dan tidak memiliki kartu jamkesmas bisa mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis berdasarkan kebijakan dari kepala puskesmas masing-masing daerah. Untuk menetapkan apakah orang tersebut layak atau tidak mendapat bantuan pelayanan maka pihak staff Dinas Kesehatan dan Puskesmas mengutus perwakilan melakukan survey langsung ke tempat tinggal yang bersangkutan. Sebagaimana penuturan Bpk.Wahyu M Sebagai Kasi Mobilitas dan BPKM di Dinas Kesehatan.

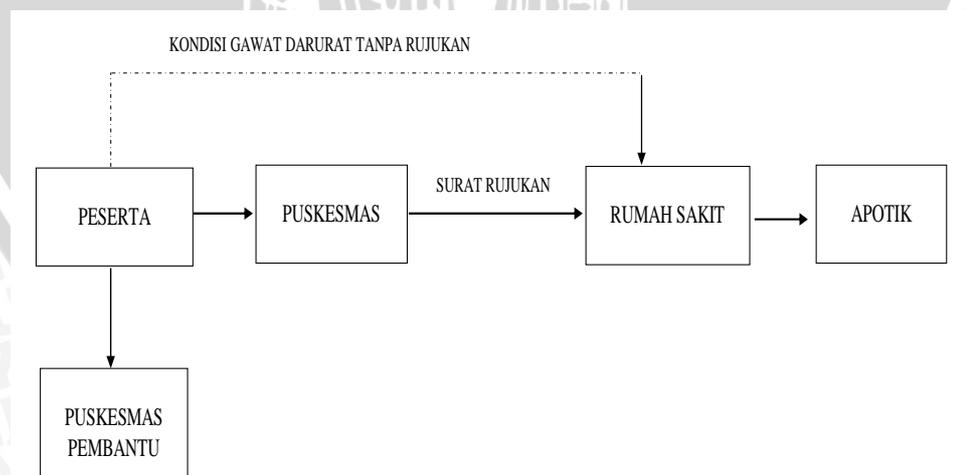
“menyatakan dengan langsung di datangi begini kita jadi benar-benar tahu kondisi dia (pasien) yang sebenarnya, kita bisa lihat dari rumahnya dan bertanya kondisi orang tersebut kepada tetangga dekatnya. Jumlah masyarakat miskin yang datang ke puskesmas dan tidak punya kartu jamkesmas ini juga tidak banyak kok mas, satu bulannya kurang lebih sekitar 10 (sepuluh) orang saja, yang biasanya berasal dari anggota pasukan kuning dan orang jompo.” (Wawancara tgl 25 Juni 2011, pukul 11.00 WIB)

Bagi masyarakat miskin yang tidak mempunyai kartu identitas seperti gelandangan, pengemis, anak terlantar, yang karena sesuatu hal tidak terdaftar dalam surat keputusan bupati/walikota, akan dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan dengan Dinas Sosial setempat, untuk diupayakan menjadi peserta Jamkesmas. Bayi-bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas langsung menjadi peserta baru, sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia langsung hilang kepesertaannya.

Setiap peserta Jamkesmas, mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar Meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Gambar 4.2

Alur Pelayanan Pasien Jamkesmas



SUMBER : DINAS KESEHATAN



C. Pelayanan Medis

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas di lingkungan kerja Dinas Kesehatan ada beberapa macam dan untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan. Berdasarkan ketentuan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan pasien harus mengikuti prosedur sebagai berikut :

1. Pasien mendaftarkan diri ke loket, pada loket ini Pasien menunjukkan kartu berobat
2. Pasien mendapatkan kartu berobat sekaligus sekaligus sebagai antrian
3. Pasien menuju ruangan yang telah ditunjukkan oleh petugas loket
4. Pasien mengantri untuk mendapatkan tindakan medis
5. Setelah mendapatkan tindakan medis, pasien mendapatkan obat sesuai dengan petunjuk dokter

Untuk pemberian obat, bagi pasien Jamkesmas akan mendapatkan obat generik, dan bagi pasien umum minimal pemberian obat generik sebesar 30 %, apabila pasien umum tersebut menghendaki maka obat generik bisa diberikan sebanyak 100% dari keseluruhan obat yang dibutuhkan.

Apabila puskesmas tidak memiliki kemampuan perawatan lanjutan harus dilakukan rujukan ke rumah sakit yang memberikan pelayanan program Jamkesmas/ rumah sakit yang sudah

melakukan kerjasama dengan Dinas Kesehatan untuk melakukan pelayanan program Jamkesmas.

1) Upaya Pencegahan

Upaya kesehatan yang bersifat pencegah sekunder yang dimaksud dalam program jamkesmas adalah mendukung operasional kegiatan yang mencakup:

(1) Diagnosis awal kemungkinan berkembangnya suatu penyakit. Upaya kesehatan yang termasuk dalam kegiatan ini bersifat selektif antara lain:

- a) Surveilans penyakit menular dan tidak menular
- b) Surveilans gizi pada balita dan ibu hamil
- c) Surveilans kesehatan ibu dan anak
- d) Deteksi dini penyakit

Pelayanan kesehatan yang bersifat pencegahan ini dilakukan tanpa ada jadwal rutin per hari:

(2) Tindakan yang tepat untuk mengurangi resiko ancaman suatu penyakit tertentu terhadap masyarakat. Upaya kesehatan yang termasuk dalam kegiatan ini bersifat selektif, antara lain:

- a) Penyemprotan/fogging
- b) Abatesasi
- c) Tindakan Kaporitisasi
- d) Pemantauan ibu hamil resiko tinggi

2) Pelayanan Rujukan di Rumah Sakit

(1) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, Meliputi:

- a) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum
- b) Rehabilitasi medik
- c) Penunjang dianogsis:
- d) Tindakan medis kecil dan sedang
- e) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
- f) Pelayanan KB
- g) Pemberian obat yang mengacu pada formularium rumah sakit
- h) Pelayanan darah
- i) Pemeriksaan kehamilan

(2) Rawat Inap Tingkat Lanjutan

- a) Akomodasi rawat inap pada kelas III
- b) Konsultasi medis
- c) Penunjang diagnosis
- d) Tindakan medis
- e) Operasi sedang dan besar
- f) Pelayanan rehabilitasi medis
- g) Perawatan intensif (ICU, ICCU)
- h) Pemberian obat
- i) Pelayanan darah
- j) Persalinan dengan resiko tinggi

3) Pelayanan yang Dibatasi

Untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, ada beberapa program pelayanan kesehatan terhadap masyarakat oleh Dinas Kesehatan Sidoarjo yang dibatasi, yaitu:

- a) Pemberian kacamata dengan lensa koreksi minimal $+1/-1$ dengan nilai maksimal 150.000 berdasarkan resep dokter
- b) Pemberian alat bantu dengar diberi penggantian sesuai dengan resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah
- c) Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui oleh direktur rumah sakit beserta pejabat di Dinas Kesehatan. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut di daerah

4) Pelayanan Tidak Dijamin

Pelayanan program peningkatan kesehatan di masyarakat yang tidak dijamin oleh Dinas Kesehatan Sidoarjo adalah:

- a) Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan
- b) General Check up
- c) Pengobatan alternative
- d) Protesis gigi tiruan
- e) Rangkaian pengobatan yang tidak terbukti secara ilmiah

- f) Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam
- g) Pelayanan kesehatan pada bakti social

5) Kualitas Kesehatan Masyarakat

Dalam wawancara yang telah dilakukan peneliti, banyak pasien anggota Jamkesmas yang merasa terbantu dengan layanan kesehatan gratis, hal ini tentu saja dapat meningkatkan kualitas kesehatan khususnya untuk masyarakat miskin yang bilamana program Jamkesmas dari Dinas Kesehatan ini tidak tersedia maka masyarakat miskin ini tidak mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan baik, hal tersebut tentu saja dapat mengakibatkan menurunnya kualitas kesehatan masyarakat miskin.

Banyak penyakit yang diderita oleh pasien anggota Jamkesmas yang berasal dari masyarakat miskin dapat tertangani. Ada penyakit kategori ringan dan bisa sembuh dengan cepat tapi ada juga penyakit yang susah disembuhkan dikarenakan penyakit usia tua yang disebabkan kesalahan masa-masa sebelumnya seperti kesalahan pola makan dan gaya hidup, tetapi dengan pelayanan kesehatan yang baik dan perilaku sehat oleh penderita, maka penyakit ini akan dapat berangsur membaik.

Dari pihak Dinas Kesehatan sendiri sudah melakukan berbagai macam usaha agar masyarakat memiliki kualitas kesehatan yang baik, diantaranya program imunisasi, pengarahan

dan penjelasan tentang pencegahan serta pengobatan suatu penyakit.

D. Tanggapan Masyarakat

1) Syarat dan Prosedur Jamkesmas

Diantara berbagai bentuk jaminan sosial yang ada, jaminan kesehatan merupakan sistem yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi..

Sesuai UUD NO 23 thn 92 Pasal 4 yang berbunyi “ Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal “, dan Pasal 9 “ Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat .” Maka setiap warga Negara tidak terkecuali masyarakat miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Untuk mendapatkan kartu kepersertaan jamkesmas dengan cara di data dari tingkat terendah pemerintahan adalah cara yang cukup baik, kerena dengan demikian data yang di dapat lebih akurat. Dalam data keluarga miskin yang tersaji terdapat selisih yang cukup banyak antara data yang diperoleh BPS dengan kenyataan yang ada yaitu keluarga miskin yang memperoleh kartu jamkesmas, tentu saja hal ini harus ditindak lanjuti secara serius agar program ini kedepannya bias berjalan dengan lebih baik lagi.

Berikut adalah hasil wawancara Peneliti dengan Ibu Warsih, ibu rumah tangga berusia 38 tahun, bertempat tinggal di Buduran Gg 2 no 17 yang sehari-harinya sibuk sebagai rumah tangga ini menderita tekanan rendah dan berkunjung ke Puskesmas apabila penyakitnya kambuh. Ibu Warsih mengatakan bahwa dia mendapatkan kartu keanggotaan Jamkesmas setelah mendapatkan pengarahannya dari petugas Dinas Kesehatan kemudian di data dari tingkat RT.

“ Jadi saya di data oleh Dinas Kesehatan melalui Pak RT, saya tidak pernah sama sekali mengajukan dan mendaftarkan diri, tiba-tiba kartunya sudah diantar kerumah. Selama ini tidak ada kesulitan dalam mendapatkan pelayanan dan saya tidak pernah bayar sama sekali, dokter sama pegawainya juga baik kok mas, saya tidak dibeda-bedakan. yang jelas dengan adanya jamkesmas ini saya sangat terbantu sekali. ” Demikian kata Ibu Warsih.(Wawancara tgl 30 Juni 2011, Pukul 13.00 WIB)

2) Pelayanan Jamkesmas

Setiap peserta Jamkesmas, mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Berbagai macam penyakit dari yang ringan hingga yang membutuhkan penanganan serius telah dilayani oleh puskesmas-puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. Berikut tabel penyakit terbanyak yang di layani oleh puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo.

Tabel 4.5

**10 PENYAKIT TERBANYAK
KUNJUNGAN RAWAT JALAN PENDERITA JAMKESMAS
TAHUN 2010**

NO	KODE PENYAKIT	NAMA PENYAKIT	BULAN												JUMLAH
			JAN	PEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEPT	OKT	NOV	DES	
1	1302	Infeksi Akut Lain Pada Saluran Pernapasan bagian atas	126	148	201	180	125	131	132	120	103	139	134	123	1662
2	2101	Radang Sendi Serupa rematik	66	55	64	69	78	85	76	63	56	72	66	65	815
3	1503	Radang Pulpa dan Penyakit Periodental	52	51	45	36	46	55	33	38	31	35	41	22	485
4	1201	Penyakit Tekanan Darah Tinggi	48	44	56	40	42	35	32	21	29	40	49	39	475
5	2206	Tukak Lambung dan Usus Halus Dua Belas Jari	48	36	52	31	38	24	55	46	23	32	32	46	463
6	0102	Diare	23	34	32	18	18	22	21	10	20	16	19	21	254
7	0201	Tuberkulosis Paru	8	16	12	16	27	35	18	13	16	12	24	15	212
8	2002	Penyakit Kulit Alergi	11	17	25	15	23	15	21	16	21	15	22	8	209
9	2202	Kencing Manis	24	20	27	36	22	9	14	14	8	14	7	9	204
10	2001	Penyakit Kulit Infeksi	12	22	21	22	36	5	7	15	11	11	8	4	174
JUMLAH			418	443	535	463	455	416	409	356	318	386	402	352	4953
		Penyakit Lain	176	171	217	185	198	242	172	152	145	158	168	138	2122
TOTAL			594	614	752	648	653	658	581	508	463	544	570	490	7075

Sumber : Data Sekunder Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Dari data tabel diatas dapat diketahui bahwa Puskesmas-puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Sidoarjo membeikan pelayanan dari jenis penyakit apapun dan memberikan rawat jalan kepada peserta jamkesmas.

Untuk mengetahui lebih lanjut, maka peneliti melakukan wawancara dengan pasien Jamkesmas yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sidoarjo yaitu di Puskesmas Sedati. Pasien bernama Ibu Tuti, berusia 51 tahun yang sedang kontrol penyakit *osteoporosis* yang sedang dideritanya, berikut wawancaranya:

“ Saya ini sering sakit di daerah kaki jadi gak bisa ditekuk lama-lama, kata dokter penyakitnya namanya *osteoporosis*, katanya saya kurang kalsium *mbak*. Tapi Alhamdulillah saya punya kartu jamkesmas jadi bisa diperiksa gratis, kalo bayar bisa-bisa saya *gak* pernah datang ke puskesmas soalnya *gak* mampu bayar nya *mbak*. Ya sekarang enak bisa dapat obat gratis *trus* dokternya juga *nyuruh* supaya saya rajin olah raga sama makan yang *bener* jadi saya *gak* tertalu *ngrasakno sakit’e*. “
(Wawancara tgl 2 Juli 2011, Pukul 11.00 WIB)

Peneliti juga sempat melakukam wawancara dengan pasien jamkesmas lainnya:

“ Semenjak saya tahu kalau hamil, saya selalu memeriksakan kehamilan saya di sini (Puskesmas Sedati), saya kan punya jamkesmas jadi saya *gak* bayar. Saya rutin kontrol dan minum vitamin, semuanya gratis *kok*.”
(Wawancara tgl 2 Juli 2011, pukul 11.30 WIB)

Diatas adalah permyataan dari ibu Diah, peserta Jamkesmas yang sedang hamil 3 bulan. Selain itu juga ada pernyataan dari Saudara Irwan yang sedang memeriksakan kondisi kesehatannya:

“ Sakitnya kurang lebih 4 hari yang lalu, sepertinya gara-gara minum air galon isi ulang itu *lhoh mas*, kata dokter airnya kurang bersih dan badan saya lagi kurang *fit* jadinya langsung ambruk sakit semua, ya panas dingin, batuk, pilek, pusing. 3 hari yang lalu saya sudah periksa disini (Puskesmas Sedati) sekarang obatnya sudah habis tapi disuruh kembali lagi hari ini buat lihat perkembangannya sama dikasih obat buat lanjutannya, hari ini badan sudah enakan, cuma tenggorokan saja yang masih *gak* enak dan batuk-batuk, kalo dulu pertama saya kesini berdiri saja *gak* kuat tapi sekarang sudah bawa motor sendiri *mas*. Waktu pertama kali saya datang kesini selain dikasih obat, sama dokternya saya juga *gak* boleh makan sembarangan dulu. Kemarin ponakan saya juga sakit sama seperti saya gini, dia juga punya jamkesmas, alhamdulillah sekarang sudah sembuh “. (Wawancara tgl 2 Juli 2011, pukul 12.30 WIB)

E. Kinerja Pelayanan

Usaha peningkatan pelayanan kesehatan dititik beratkan pada pelayanan kesehatan secara lebih merata dengan memberikan perhatian khusus kepada masyarakat pedesaan dan daerah perkotaan yang berpenghasilan rendah. Dalam usaha ini seluruh sarana pelayanan kesehatan diusahakan untuk berada dalam suatu sistim jaringan hubungan yang serasi. Puskesmas sebagai sarana pelayanan yang terdekat dengan masyarakat ditingkatkan fungsi maupun jumlahnya.

Dalam rangka program Bantuan Pembangunan Kesehatan, Dinas Kesehatan Sidoarjo telah menyediakan bantuan untuk Puskesmas dilingkungan Dinas Kesehatan Sidoarjo berupa peralatan non medis, alat medis sederhana, rumah dokter dan 2 buah rumah staf, tenaga dokter dan tenaga para-medis, biaya operasional dan paket obat-obatan bagi masyarakat.

Di samping pembangunan baru, Puskesmas yang telah ada ditingkatkan baik mutu maupun fungsinya. Dalam hubungan ini telah disediakan bantuan untuk perbaikan dan peningkatan Puskesmas. Dalam usaha peningkatan pelayanan melalui Balai Pengobatan (BP), juga dilakukan pengintegrasian BP ke dalam Puskesmas sehingga dapat menjadi Puskesmas Pembantu. Dengan bertambahnya segala macam fasilitas diharapkan kepersertaan jamkesmas pada masyarakat sidoarjo semakin meningkat, Berikut tabel rakapitulasi kepersertaan masyarakat terhadap program jamkesmas.



Tabel 4.6

**REKAPITULASI LAPORAN KEPESERTAAN, PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDANAAN
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN 2010**

No	KEGIATAN	SAT UAN	BULAN												JUMLAH
			JAN	PEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEP	OKT	NOP	DES	
I	Kepesertaan Jamkesmas														
	a. Jml peserta terdaftar sesuai data BPS (kuota)	Jiwa	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876
	b. Jml peserta yang memiliki Jamkesmas	Jiwa	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876	8876
	c. Jml Ibu hamil peserta Jamkesmas	Org	16	8	11	4	5	3	7	3	3	1	5	2	68
	d. Jml Bayi Baru Lahir (KN2)	Org		3	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	17
II	Pelayanan Kesehatan														
	a. Jml kunj Rawat jalan bulan ini:	Kunj	594	614	752	648	653	658	581	508	463	544	570	490	7075
	b. Jml kunj Rawat jalan sampai dengan bulan ini	Kunj		1.208	1.960	2.608	3.261	3.919	4.500	5.008	5.471	6.015	6.585	7.075	
	c. Jml kunj rawat inap bulan ini	Kunj													
	d. Jml kunj rawat inap sampai dengan bulan ini	Kunj													
	e. Jml kasus yang dirujuk	Kasus	72	78	121	101	83	87	85	58	46	54	60	56	901
	f. Jml kunj pemeriksaan kehamilan (K4)	kunj	7	7	9	9	6	7	6	6	5	11	9	7	89
	g. Jml kunj pemeriksaan bayi baru lahir (KN2)	kunj		3	3	3	3	1	5	4	2	1	3	1	29
	h. Jml persalinan oleh tenaga kesehatan	Org		3	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	17
	i. Jml Ibu Hamil yang dirujuk	Org	4	3	8	3	2	3	8	2	2	2	3	3	43
	j. Jml Maskin yg menggunakan Jamkesmas	Org	550	560	689	569	589	616	549	484	448	534	555	469	6612
	k. Jml Maskin yg menggunakan kartu lainnya	Org	44	54	63	79	64	42	32	24	15	10	15	21	463
III	Pendanaan Pelayanan Kesehatan Maskin														
	a. Jml sisa dana tahun lalu yg masih ada di Pkm	Rp	169.585.234												169.585.234
	b. Jml ttl dana yanke maskin yg diterima thn ini	Rp									10.293.500				10.293.500
	c. Jml ttl biaya yanke yg dikeluarkan bulan ini	Rp	36.433.300	9.746.500	5.862.500	5.342.100	2.659.100	5.440.800	6.292.500	4.461.700	7.111.600	4.143.500	4.522.500	2.514.200	94.530.300
	d. Jml ttl biaya yanke yg th dikeluarkan sampai dgn bln ini	Rp	36.433.300	46.179.800	52.042.300	57.384.400	60.043.500	65.484.300	71.776.800	76.238.500	83.350.100	87.493.600	92.016.100	94.530.300	
	e. Jml sisa dana s/d akhir Desember 2010	Rp													85.348.434

Sumber : Data Sekluder Dinas Kesehatan

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa seiring peningkatan usaha-usaha yang dilakukan Dinas Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, maka jumlah masyarakat yang menjadi peserta jamkesmas juga meningkat.

Dalam upaya meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan pada Program Jamkesmas, maka Dinas Kesehatan dapat melakukan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung, seperti di Posyandu, Puskesmas keliling, rawat kunjungan/ Perkesmas, Sweeping pelayanan kesehatan dan upaya pelayanan kesehatan untuk pencegahan sekunder sehingga dana yang tersedia dapat dimanfaatkan untuk keperluan:

- (1) Transportasi petugas pemberi pelayanan ke lokasi pelayanan
- (2) Akomodasi petugas pemberi pelayanan bila diperlukan

Biaya transportasi dan akomodasi hanya diberikan untuk pelayanan luar gedung dan tidak boleh duplikasi pembiayaan dan sumber pembiayaan yang lain.

1) Kinerja Pegawai

Dalam upaya meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan pada masyarakat, maka Petugas Dinas Kesehatan dapat melakukan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung, seperti penyuluhan kesehatan masyarakat, sosialisasi program kesehatan dan perawatan kesehatan Masyarakat (Perkesmas).

Dengan dilakukannya pelayanan kesehatan di luar gedung diharapkan semua program program kesehatan yang ada dapat diketahui oleh masyarakat dan program program tersebut bisa berjalan dengan baik., jumlah kegiatan luar yang dilakukan Dinas Kesehatan di seluruh daerah yang ada di Sidoarjo dapat dilihat pada tabel 5 berikut :

Tabel 4.7

Jumlah Kegiatan Penyuluhan, Sosialisasi, Perkesmas di Dinas Kesehatan Sidoarjo Tahun 2010

Daerah	Jenis Kegiatan		
	Penyuluhan	Sosialisasi	Perkesmas
Sidoarjo	6	10	20
Buduran	6	10	20
Urangagung	6	10	20
Sekardangan	6	10	20
Candi	6	9	19
Porong	5	10	20
Kedungsolo	5	15	20
Jabon	5	15	20
Kerembung	6	15	20
Tanggulangir	6	15	19
Tulangan	6	10	18
Kepadangan	5	10	20
Taman	5	10	20
Trosobo	6	15	20
Sukodono	6	15	20
Sedati	6	15	20
Waru	6	10	19
Medaeng	6	10	19
Gedangan	6	10	20
Ganting	5	10	20
Krian	5	10	19
Barengkrajan	6	10	19
Tarik	6	15	20
Balongsendo	6	15	20
Wonoayu	6	15	20
Prambon	6	10	20

Sumber : Data Primer, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2010

Dari tabel diatas diketahui bahwa jumlah kegiatan luar yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Sidoarjo begitu banyak cakupan daerahnya tapi belum merata jumlah kegiatan di setiap daerahnya. Belum meratanya kegiatan di tiap daerah di akibatkan jumlah tenaga yang masih kurang untuk menjangkau wilayah Sidoarjo yang begitu luas.

Sementara itu usaha-usaha lain terus ditingkatkan seperti penugasan staf Dinas Kesehatan guna penyempurnaan organisasi, manajemen tata kerja, pelaksanaan jaringan pelayanan kesehatan, pemantauan tarip rumah sakit, klasifikasi rumah sakit serta standarisasi peralatan dan obat-obatan di rumah sakit.

2) Efisiensi Waktu

Untuk lebih meningkatkan efektifitas pelaksanaan pembangunan kesehatan, perhatian saksama ditujukan terhadap usaha peningkatan efisiensi dan ketatalaksanaan di bidang kesehatan. Kegiatan ini meliputi usaha peningkatan perencanaan sehingga rencana dapat lebih terarah dan terkoordinir yang didasarkan pada analisa yang lebih mantap. Untuk itu dilakukan pelaksanaan proses perencanaan yang menyeluruh dengan meningkatkan organisasi, koordinasi dan kemampuan staf serta didirikannya laboratorium.

Laboratorium kesehatan merupakan salah satu penunjang utama yang memungkinkan pelayanan kesehatan berjalan secara

efektif, efisien dan dengan mutu yang baik. Guna meningkatkan mutu petugas laboratorium, Dinas Kesehatan telah melakukan lokakarya yang diikuti oleh para Staff Laboratorium, di samping itu telah diadakan penataran petugas pelaksana.

3) Tanggung jawab

Pelaksanaan program Jamkesmas agar pelayanan terhadap masyarakat lebih berdaya guna dan berhasil guna, staf pegawai pada jajaran Dinas Kesehatan selalu melakukan pembinaan. Pembinaan tersebut bertujuan agar pelaksanaan program berjalan sesuai dengan ketentuan yang ada. Pembinaan yang dilakukan, meliputi :

- (a) Melakukan pembinaan dalam penyusunan POA (*Plant of Action*) puskesmas agar target-target kinerja jamkesmas dapat tercapai dan pemanfaatan anggaran dapat optimal, transparan dan akuntabel.
- (b) Pembinaan dilakukan melalui pengecekan oleh tim pengelola jamkesmas dari Dinkes terhadap pelaksanaan program jamkesmas di puskesmas dan jaringannya yang mencakup pencapaian hasil kegiatan.
- (c) Dilakukakannya mini lokakarya
- (d) Dilakukannya pertemuan koordinasi seluruh jajaran

B. PEMBAHASAN

1. Pelayanan Kesehatan

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 kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok. Pembentukan Puskesmas termasuk dalam Program Kesehatan Nasional, dengan maksud memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan sebaik-baiknya sehingga dapat mencapai derajat kesejahteraan yang setinggi-tingginya.

Dinas Kesehatan melalui Puskesmas sebagai garda terdepan telah berperan aktif dalam proses kegiatan kesehatan masyarakat, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan. Tentu saja bagi masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan tersebut harus mengikuti aturan dan prosedur yang ada.

Pelayanan rawat jalan yang tersedia di Puskesmas-puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Sidoarjo sudah cukup lengkap dan

memadai, terlebih di dukung dengan pelayanan UGD 24 jam yang sangat membantu masyarakat dalam pemberian pertolongan.

Tentu saja pelayanan rawat jalan akan berjalan dengan baik dan maksimal jika tenaga medis yang dibutuhkan seperti perawat dan dokter khususnya selalu siaga di tempat, sehingga pada waktu ada pasien yang membutuhkan penanganan bisa langsung dilayani tanpa harus menunggu dokter yang belum datang dan sebagainya.

a) **Pelaksanaan Program Jamkesmas**

Diantara berbagai bentuk jaminan sosial yang ada, jaminan kesehatan merupakan sistem yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi..

Sesuai UUD NO 23 thn 92 Pasal 4 yang berbunyi “ Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal “, dan Pasal 9 “ Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat .” Maka setiap warga Negara tidak terkecuali masyarakat miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Untuk mendapatkan kartu kepersertaan jamkesmas dengan cara di data dari tingkat terendah pemerintahan adalah cara yang cukup baik, karena dengan demikian data yang di dapat lebih akurat. Dalam data keluarga miskin yang tersaji terdapat selisih yang cukup banyak antara data yang diperoleh BPS dengan kenyataan yang ada yaitu

keluarga miskin yang memperoleh kartu jamkesmas, tentu saja hal ini harus ditindak lanjuti secara serius agar program ini kedepannya bias berjalan dengan lebih baik lagi.

Kartu jamkesmas baru sekali terbit, menurut teori/ aturan yang ada kartu jamkesmas ini diterima masyarakat miskin pada bulan Januari 2010 tetapi kenyataan yang ada di lapangan kartu jamkesmas baru diterima pada bulan juni dan agustus. Jadi, pada bulan januari sampai agustus masyarakat miskin yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan masih memakai kartu sebelumnya yaitu askes gakin, sedangkan bagi masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu askeskin dan sudah terdaftar sebagai anggota gakin bisa menggunakan SKTM. Penggunaan kartu jamkesmas seharusnya hanya sampai pada bulan desember 2010, tetapi sampai sekarang masih tetap digunakan karena belum ada kebijakan baru yang menggantikan. Disini terlihat bahwa pemerintah kurang bergerak cepat dalam menagani program Jamkesmas.

Surat keterangan tidak mampu atau yang biasa disingkat degan SKTM memiliki fungsi yang sangat penting. Dimana semua masyarakat termasuk keluarga miskin sekalipun memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tetapi tidak semua keluarga miskin memiliki kartu kepersertaan jamkesmas, maka dari itu SKTM ini di buat sebagai pemecahan masalah tersebut, sehingga keluarga miskin yang tidak memiliki kartu jamkesmas tetap bisa tetap

mendapatkan pelayanan kesehatan sebanding dengan peserta jamkesmas.

b) Pelayanan Medis

(1) Upaya Yang Bersifat Pencegahan

Tiga tingkatan pencegahan di bidang pelayanan kedokteran sesuai dengan tingkat perkembangan patologi penyakit, yaitu:

(a) Pencegahan Primer

Kegiatan utama dari pencegahan primer terdiri dari promosi kesehatan dan perlindungan spesifik untuk perorangan dan lingkungan. Masalah kesehatan yang perlu dicegah tidak hanya penyakit infeksi, tetapi juga penyakit non infeksi seperti keelakaan, kesehatan jiwa, kesehatan kerja.

(b) Pencegahan Sekunder

Langkah-langkah tingkatan pencegahan sekunder terdiri dari penemuan kasus secara dini dan pengobatan yang tepat. Pencegahan sekunder dilakukan dari fase pathogenesis (masa inkubasi penyakit) yaitu mulai penyebab penyakit masuk ke dalam tubuh manusia atau pada saat *stress* dimulai khusus untuk penyakit non-infeksi sampai dengan timbulnya gejala penyakit atau gangguan kesehatan.

(c) Pencegahan Tertier

Dilaksanakan melalui program rehabilitas untuk mengurangi ketidakmampuan seorang penderita dan meningkatkan efisiensi

hidupnya. Kegiatan rehabilitasi meliputi aspek medis dan social. Pencegahan tertier dilaksanakan pada fase lanjut proses *pathogenesis* suatu penyakit atau gangguan kesehatan.

Ada tiga tingkatan pencegahan di bidang pelayanan kedokteran tetapi hanya pencegahan sekunder saja yang masih dilakukan. Upaya kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder merupakan hal penting tetapi banyak diremehkan oleh sebagian orang. Padahal upaya pencegahan ini memiliki manfaat yang sangat besar di resiko yang kecil bila dibandingkan pengobatan. Upaya kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder harus benar-benar di *realisasikan* dengan serius serta mengadakan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya pencegahan tersebut, agar tumbuh rasa kesadaran dari dalam diri masyarakat sendiri.

Upaya Dinas Kesehatan Sidoarjo dalam pemberian pelayanan kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder belum dilakukan secara rutin per periodik, alangkah lebih baik bila pelayanan kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder diberikan secara rutin untuk mengangkat angka kesehatan masyarakat, karena bagaimanapun juga mencegah lebih baik dari pada mengobati.

(2) Pelayanan Rujukan di Rumah Sakit

Apabila pelayanan kesehatan yang harus diberikan kepada pasien sudah tidak dapat lagi diatasi oleh puskesmas, maka Dinas Kesehatan menghimbau kepada puskesmas untuk melakukan

rujukan ke rumah sakit agar pasien dapat mendapatkan pelayanan yang maksimal. Untuk merujuk pasien jamkesmas hanya dibutuhkan surat rujukan dan kartu keanggotaan jamkesmas saja, untuk rawat inap rujukan hanya berlaku untuk 1 (satu) kali rawat inap, sedangkan untuk rawat jalan berlaku untuk 1 (satu) bulan berjalan. 1 (satu) rujukan hanya boleh digunakan untuk 1 (satu) penyakit dan dalam 1 (satu) hari Puskesmas hanya boleh mengeluarkan 1 (satu) surat rujukan saja.

Sedangkan bagi pasien dari keluarga miskin yang tidak memiliki kartu jamkesmas dan perlu di rujuk maka selain membutuhkan surat rujukan dari Puskesmas juga harus memiliki SKTM. Bila pasien yang bersangkutan belum memiliki SKTM dan segera membutuhkan pelayanan kesehatan maka akan tetap dilayani terlebih dahulu dengan catatan membuat surat pernyataan sanggup membuat surat keterangan tidak mampu (SKTM) dalam waktu 2 x 24 jam. SKTM berlaku atau dapat digunakan selama 3 (tiga) bulan berjalan.

(3) Pelayanan yang Dibatasi

Masih ada batasan dalam pemberian layanan terhadap pasien Jamkesmas, apabila pasien Jamkesmas membutuhkan layanan yang melebihi batas yang telah ditetapkan, maka biaya kekurangan yang ada akan dibebankan kepada pasien.

(4) Pelayanan yang Tidak Dijamin

Ada beberapa pelayanan yang tidak dijamin oleh Dinas Kesehatan melalui program Jamkesmas. Setelah diamati lebih dalam pelayanan yang tidak dijamin tersebut sebagian besar bukan pelayanan yang bersifat primer. Tetapi pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam akan lebih baik lagi bila tidak di kategorikan dalam pelayanan yang tidak dijamin, mengingat masyarakat korban bencana biasanya mengalami gangguan kesehatan dan perekonomiannya dalam keadaan yang tidak stabil.

c) Kualitas Kesehatan Masyarakat

Dalam wawancara yang telah dilakukan peneliti, banyak pasien anggota jamkesmas yang merasa terbantu dengan layanan kesehatan gratis, hal ini tentu saja dapat meningkatkan kualitas kesehatan khususnya untuk masyarakat miskin yang bilamana program jamkesmas dari Dinas Kesehatan ini tidak tersedia maka masyarakat miskin ini tidak mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan baik, hal tersebut tentu saja dapat mengakibatkan menurunnya kualitas kesehatan masyarakat miskin.

Banyak penyakit yang diderita oleh pasien anggota Jamkesmas yang berasal dari masyarakat miskin dapat tertangani. Ada penyakit kategori ringan dan bisa sembuh dengan cepat tapi ada juga penyakit yang susah disembuhkan dikarenakan penyakit usia tua yang disebabkan kesalahan masa-masa sebelumnya seperti kesalahan pola

makan dan gaya hidup , tetapi dengan pelayanan kesehatan yang baik dan perilaku sehat oleh penderita, maka penyakit ini akan dapat berangsur membaik.

2. Tanggapan Masyarakat

a) Syarat dan Prosedur Jamkesmas

Syarat dan prosedur untuk menjadi anggota jamkesmas di rasakan oleh masyarakat sangat mudah, karena masyarakat tidak perlu mendaftar dengan proses yang sangat panjang. Masyarakat yang termasuk keluarga tidak mampu sudah di data oleh kelurahan dan di daftarkan oleh kelurahan sebagai peserta jamkesmas.

Diantara berbagai bentuk jaminan sosial yang ada, jaminan kesehatan merupakan sistem yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi..

Sesuai UUD NO 23 thn 92 Pasal 4 yang berbunyi “ Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal “, dan Pasal 9 “ Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat .” Maka setiap warga Negara tidak terkecuali masyarakat miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Untuk mendapatkan kartu kepesertaan jamkesmas dengan cara di data dari tingkat terendah pemerintahan adalah cara yang cukup baik, karena dengan demikian data yang di dapat lebih akurat. Dalam

data keluarga miskin yang tersaji terdapat selisih yang cukup banyak antara data yang diperoleh BPS dengan kenyataan yang ada yaitu keluarga miskin yang memperoleh kartu jamkesmas, tentu saja hal ini harus ditindak lanjuti secara serius agar program ini kedepannya bias berjalan dengan lebih baik lagi.

Kartu jamkesmas baru sekali terbit, menurut teori/ aturan yang ada kartu jamkesmas ini diterima masyarakat miskin pada bulan Januari 2010 tetapi kenyataan yang ada di lapangan kartu jamkesmas baru diterima pada bulan juni dan agustus. Jadi, pada bulan januari sampai agustus masyarakat miskin yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan masih memakai kartu sebelumnya yaitu askes gakin, sedangkan bagi masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu askeskin dan sudah terdaftar sebagai anggota gakin bisa menggunakan SKTM. Penggunaan kartu jamkesmas seharusnya hanya sampai pada bulan desember 2010, tetapi sampai sekarang masih tetap digunakan karena belum ada kebijakan baru yang menggantikan. Disini terlihat bahwa pemerintah kurang bergerak cepat dalam menagani program Jamkesmas.

Surat keterangan tidak mampu atau yang biasa disingkat dengan SKTM memiliki fungsi yang sangat penting. Dimana semua masyarakat termasuk keluarga miskin sekalipun memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tetapi tidak semua keluarga miskin memiliki kartu kepersertaan jamkesmas, maka dari itu SKTM

ini di buat sebagai pemecahan masalah tersebut, sehingga keluarga miskin yang tidak memiliki kartu jamkesmas tetap bisa tetap mendapatkan pelayanan kesehatan sebanding dengan peserta jamkesmas.

Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) adalah surat yang dikeluarkan oleh pihak Kelurahan dan Kecamatan untuk menyatakan bahwa yang bersangkutan tergolong masyarakat tidak mampu (miskin). SKTM dapat digunakan selama 3 (tiga) bulan berjalan. Apabila ada masyarakat miskin yang membutuhkan pelayan kesehatan tetapi belum memiliki SKTM, maka yang bersangkutan tetap dilayani terlebih dahulu dan diberi kesempatan untuk mengurus surat keterangan tidak mampu dalam kurun waktu 2×24 jam.

b) Pelayanan Jamkesmas

Setiap peserta Jamkesmas, mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar Meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Banyak penyakit yang diderita oleh pasien anggota Jamkesmas yang berasal dari masyarakat miskin dapat tertangani. Ada penyakit kategori ringan dan bisa sembuh dengan cepat tapi ada juga penyakit yang susah disembuhkan dikarenakan penyakit usia tua yang disebabkan kesalahan masa-masa sebelumnya seperti kesalahan pola

makan dan gaya hidup , tetapi dengan pelayanan kesehatan yang baik dan perilaku sehat oleh penderita, maka penyakit ini akan dapat berangsur membaik.

3. Kinerja Pelayanan

a) Kinerja Pegawai

Dalam rangka peningkatan pemerataan kesehatan bagi masyarakat peningkatan pelayanan sudah tertata rapi dan tenaga sudah mencukupi kebutuhan tetapi disamping pembangunan puskesmas baru, puskesmas yang telah ada ditingkatkan baik mutu maupun fungsinya. dalam usaha peningkatan pelayanan sebaiknya program penyuluhan kesehatan terhadap masyarakat lebih ditingkatkan dengan cara pembuatan program-program yang lebih terarah dan efektif sehingga kinerja secara organisasi atau kinerja secara individu dapat menghasilkan suatu pelayanan kesehatan yang lebih optimal.

Sumberdaya manusia pada bidang kesehatan seperti perawat dan staf lainnya lebih ditingkatkan agar kinerja pelayanan terhadap masyarakat lebih maksimal karena sumberdaya yang ada masih belum merata kemampuannya.

Dengan meratanya kemampuan SDM diharapkan ketepatan dan kecepatan waktu dalam menyelesaikan suatu permasalahan yang berhubungan dengan kesehatan dapat lebih tepat dan singkat sehingga penyelesaian suatu permasalahan tidak berlarut larut karena sesuai target rencana yang telah ditetapkan.

b) Efisiensi

Agar lebih efektif dan efisien telah didirikan laboratorium sehingga untuk pendeteksian suatu penyakit tertentu masyarakat tidak menunggu terlalu lama. Kurangnya tenaga ahli di bidang laboratorium untuk mendiagnosis suatu penyakit masih kurang sehingga efektifitas dan efisiensi yang dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan kurang berjalan lancar.

Sumber daya manusia di bidang diagnosis penyakit pada laboratorium perlu ditambah dan ditingkatkan agar masyarakat tidak terlalu lama menunggu hasil tes kesehatannya.

c). Tanggung Jawab

Pada program yang ada per tiga bulan sekali selalu diadakan mini lokakarya guna meningkatkan kualitas pelayanan sehingga tanggung jawab pemberian pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dapat berjalan dengan baik dan berhasil guna.

Pada kenyataannya mini lokakarya untuk peningkatan SDM dilakukan 6 bulan sekali, hal ini akan mengakibatkan pelayanan terhadap kesehatan menjadi berkurang karena SDM kurang menguasai keadaan dan perkembangan dunia kesehatan. Untuk itu monitoring terhadap SDM dan peningkatan SDM perlu ditingkatkan agar tanggung jawab pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dapat lebih meningkat pula.

C. IMPLIKASI PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada Dinas Kesehatan Sidoarjo yang merupakan bagian dari pelaksana program-program pemerintah Pemerintah yang telah digariskan dalam undang-undang Kesehatan no 36 tahun 2009. Dinas Kesehatan Sidoarjo sebagai bagian dari pelaksana program-program pemerintah melaksanakan semua itu melalui puskesmas sebagai garda terdepan pelaksanaan program kesehatan terhadap masyarakat. Puskesmas, merupakan unit pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi andalan pemerintah yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan. Diharapkan kinerja dan pelayanan yang terbaik dapat diberikan kepada masyarakat oleh setiap puskesmas yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Sidoarjo.

Dari hasil observasi peneliti terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas yang berada di bawah naungan Dinas Kesehatan Sidoarjo masih ditemukan beberapa masalah, yakni :

1. Upaya pencegahan terhadap penyakit yang dilakukan belum diberikan secara rutin
2. Ada pelayanan yang tidak dijamin oleh Dinas Kesehatan melalui program jamkesmas yaitu pelayanan kesehatan terhadap korban bencana
3. Kegiatan di luar gedung yang dilakukan Dinas Kesehatan lebih susah dipantau
4. Kurang pahamnya masyarakat tentang kesehatan
5. Kurang tepatnya sasaran program-program kesehatan

Kondisi tersebut menjadikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat menjadi kurang maksimal. Berdasarkan beberapa masalah tersebut diatas, maka peneliti memberikan beberapa usulan, seperti :

1. Upaya Dinas Kesehatan Sidoarjo dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat sekunder alangkah baiknya bila diberikan secara rutin untuk mengangkat angka kesehatan masyarakat, karena bagaimanapun juga mencegah lebih baik daripada mengobati.
2. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam akan lebih baik bila tidak dikategorikan dalam pelayanan yang tidak dijamin, mengingat masyarakat korban bencana biasanya mengalami gangguan kesehatan dan perekonomiannya dalam keadaan tidak stabil.
3. Untuk mengurangi pembekakan biaya yang dikarenakan kegiatan-kegiatan di luar gedung, maka bukan kegiatannya yang dikurangi tetapi pemantauan terhadap kegiatan tersebut harus lebih ditekankan agar dana yang dikeluarkan lebih efisien dan kegiatan yang dijalankan lebih efektif.
4. Kinerja bagian penyuluhan harus lebih aktif dan berkesinambungan secara rutin agar program-program kesehatan dari pemerintah lebih cepat dipahami
5. Pemeriksaan prosedur pelayanan yang khusus untuk keluarga yang tidak mampu alangkah baiknya lebih diperketat dan lebih teliti lagi agar tidak salah sasaran kepada masyarakat yang mampu.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Salah satu program yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan adalah Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yaitu program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan, bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih optimal
2. Kartu kepersertaan jamkesmas diperoleh dengan cara pendataan per kelompok kemiskinan di tingkat RT (Rukun tetangga), lalu diusulkan ke tingkat RW (Rukun warga), data yang diperoleh dilaporkan ke tingkat Kelurahan, selanjutnya secara berurutan diteruskan ke Kecamatan, Puskesmas, Dinas kesehatan kota atau kabupaten, Pemerintah kota atau kabupaten, dan hasil data yang ada terakhir sampai ke Dinas Kesehatan pusat.
3. Agar perangkat desa mudah dalam menentukan RTM (Rumah Tangga miskin) maka Dinas Kesehatan mengeluarkan 14 kriteria masuk kategori RTM.
4. Kualitas kesehatan masyarakat miskin di lingkungan wilayah Dinas Kesehatan Kab.Sidoarjo menjadi lebih baik dengan adanya program Jamkesmas, karena masyarakat miskin dapat dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis.

5. Hambatan Dinas Kesehatan dalam mendukung program dari pemerintah di bidang kesehatan adalah: (a) Kurangnya kepaahaman masyarakat tentang program-program kesehatan jamkesmas, (b) masih kurang tepatnya sasaran.
6. Upaya Dinas Kesehatan Kab. Sidoarjo mengatasi hambatan dengan cara memberikan pengertian kepada masyarakat tentang program kesehatan dengan melakukan sosialisasi, memasang gambar alur prosedur pelayanan di dinding, serta menggunakan pengeras suara untuk memberitahukan tentang program kesehatan.
7. Dengan adanya program Jamkesmas banyak masyarakat miskin merasa sangat terbantu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.
8. Program kesehatan dari Dinas Kesehatan ada yang masih kurang tepat mengenai sasaran, terlihat masih adanya masyarakat mampu yang terdaftar menjadi anggota Jamkesmas.
9. Kinerja Pelayanan kesehatan terhadap masyarakat masih kurang optimal, karena masih banyak penduduk yang kurang memahami dan tidak mengerti tentang program-program kesehatan dari Pemerintah.
10. Sumber daya manusia yang memadai akan mempengaruhi terhadap hasil kerja yang dicapai.
11. Adanya fasilitas yang mencukupi akan menambah motivasi pegawai untuk melakukan suatu tugas secara lebih optimal.
12. Mini lokakarya yang diadakan per tiga bulan sekali oleh Dinas Kesehatan kepada para pegawai puskesmas diharapkan dapat memberikan peningkatan pelayanan terhadap masyarakat

B. Saran

1. Sosialisasi harus dilakukan terus menerus dan berkelanjutan, serta dibutuhkan koordinasi antara semua yang terlibat dalam pelaksanaan program-program kesehatan.
2. Dengan adanya bantuan Pemerintah dalam bidang kesehatan yang ditujukan bagi masyarakat miskin ini perlu dipertahankan, mengingat jumlah masyarakat miskin di Indonesia masih cukup banyak dan mereka tidak mampu untuk membiayai pemeriksaan dan pengobatan kesehatannya.
3. Sumberdaya manusia dibidang kesehatan perlu ditingkatkan agar pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dapat lebih optimal
4. Perlu adanya penyeleksian yang lebih ketat untuk persyaratan pasien yang tidak mampu/miskin agar tidak mudah untuk dimanfaatkan oleh orang-orang yang mampu sehingga program kesehatan yang ditujukan untuk masyarakat miskin seperti Jamkesmas dapat benar-benar tepat sasaran
5. Perlunya peran serta masyarakat dalam mengawasi setiap program-program kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 1995. *Manajemen penelitian*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Alma, Buchori, (2000), *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*, penerbit CV. Alfa Beta, Bandung.
- Aaker, Dutka, (2000), *Consumer Behavior*, Penerbit Erlangga, Jakarta.
- Amstrong, Michael, (2002). *A Hand Book Of Human Resource Management. Seri Pedoman Manajemen MSDM*. PT. Transito Asri Media Oleh PT. Alex Media Computindo, Gramedia. Jakarta.
- Badjuri. H. Abdulkahar, Yuwono. Teguh, Admin, M.Pol, (2002),. *Kebijakan Publik: Konsep dan Strategi*. Fisip Universitas Diponegoro, Semarang
- Bungin Miles, Mattew dan A Michael Huberman. 1992. *Analisis Data Kualitatif (Buku Sumber tentang metode-metode baru)*. Jakarta. Universitas Indonesia.
- Dinas kesehatan. 2008. *Petunjuk teknis jakmesmas di puskesmas dan jaringannya*. Diakses pada tanggal 19 April 2009 dari http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89.
- Gibson, Donnely, Ivancevich (2000), *Manajemen*, Edisi 9, Jilid I, Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Iskandar, J, (2007), *Manajemen Publik*, Pustaka Program Pascasarjana Bandung.
- Irianto, Jusuf, (2001), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Cetakan Pertama, Insan Cendekia, Anggota IKAPI, Cabang Jatim
- Koentjoroningrat dan AA. Loedin. 1985. *Ilmu-ilmu Sosial Dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta. Gramedia.
- Kotler, Philip, dkk, (2002), *Manajemen Pemasaran Perspektif*, Asia Buku I, Terjemahan: Tjiptono, Fandy, Cetakan Pertama, Edisi Pertama, Andi Offset, Yogyakarta
- Lupiyoadi, Rambat, dan Hamdani (2006), *Manajemen Pemasaran Jasa Teori dan Praktek*, Edisi Pertama., Penerbit Salemba Empat, Jakarta.
- Moekijad, (2000), *Kamus Marketing*, Inggris-Indonesia, Penerbit Sumur, Bandung
- Mardiasmo. 2004. *Otonomi Manajemen Keuangan Daerah*. Andi. Yogyakarta

- Mangkunegara, Anwar Prabu, (2001), *Manajemen Sumber Daya Manusia, Perusahaan*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Moleong, Lexy. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung. Remaja Rosdakarya.
- Nugroho, R., (2003), *Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*, Penerbit PT. Elex Media Komputindo.
- Olson, Jerry C dan Peter J. Paul (2002), *Consumer Behaviour, Perilaku Konsumen Dan Strategi Pemasaran*, Penerbit Erlangga, Jakarta
- Parasuraman, et.al, (2002), *Manajemen Pemasaran (Dasar, Konsep dan Strategi)*, Cetakan Keempat, CV. Rajawali, Jakarta.
- RSUD.DR.Saiful Anwar Malang. 2008. *Paradigma Sehat*. Diakses pada tanggal 28 Januari 2009 dari <http://www.rssa.ppimk.or.id/paradigma.php>.
- Simamora, Henry, (2002), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi kedua, Penerbit Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN, Yogyakarta
- Suboroto, (1997), *Dasar-dasar Pemasaran*, Edisi V, Jilid 2, Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia, Jakarta.
- Soetjipto, Budi W. 2000, *Service Quality : Alternatif Pendekatan dan Berbagai Persoalan di Indonesia*, Usahawan, Tahun XXVI.
- Soeprihantono, (2004), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi, Cetakan Kelima Bumi Aksara, Jakarta
- Tjiptono, Fandi (2001), *Strategi Pemasaran*, Edisi Kedua, Vetakan Peertama, Andy Yogyakarta.
- Trisnantoro, (2008), *Hubungan Kompensasi dengan Kinerja Bidan dalam Upaya Pencapaian Program KIA di Kota Tanjung Pinang*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan
- Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Daftar Interview Masyarakat

Nama Pasien/Masyarakat : Ibu Warsih

Alamat : Buduran Gg 2 no 17

1. Bagaimanakah anda mengetahui adanya berobat gratis di Puskesmas di lingkungan anda ?

Jawaban : Dari petugas yang berkeliling di daerah saya

2. Apakah anda masih harus membayar untuk pelayanan medis dan fasilitas obat di Puskesmas ?

Jawaban : Saya tidak membayar mas, sama sekali tidak

3. Apa keluhan sakit yang di derita ketika berobat ke Puskesmas ?

Jawaban : saya sakit tekanan darah rendah mas, kalo lagi kambuh saya berobat kesini

4. Apakah anda merasakan manfaat dengan menjadi anggota Jamkesmas? Bila ada, manfaat apa yang sudah anda peroleh?

Jawaban : Manfaat yang saya peroleh banyak sekali, selain mengetahui keadaan kesehatan saya, juga karena berobatnya gratis

5. Bagaimana prosedur menjadi anggota Jamkesmas?

Jawaban : Saya di data oleh Dinas kesehatan melalui pak RT, saya tidak pernah sama sekali mengajukan untuk mendaftar, tiba-tiba kartunya sudah diantar kerumah.

6. Apa selama menjadi anggota berobat di puskesmas anda pernah menemui kesulitan mendapat pelayanan kesehatan?

Jawaban : Selama ini tidak ada kesulitan kok dalam memperoleh pelayanan karena pegawainya ramah dan baik.

Nama Pasien/Masyarakat : Ibu Tuti

Alamat : Banjar Kemantren

1. Bagaimanakah anda mengetahui adanya berobat gratis di Puskesmas di lingkungan anda ?

Jawaban : Edaran dari pemerintah

2. Apakah anda masih harus membayar untuk pelayanan medis dan fasilitas obat di Puskesmas ?

Jawaban : Gratis

3. Apa keluhan sakit yang di derita ketika berobat ke Puskesmas ?

Jawaban : sakit di daerah kaki gak bisa ditekuk lama-lama, kata dokter osteoporosis

4. Apakah anda merasakan manfaat dengan menjadi anggota Jamkesmas? Bila ada, manfaat apa yang sudah anda peroleh?

Jawaban : periksa gratis

5. Bagaimana prosedur menjadi anggota Jamkesmas?

Jawaban : di data oleh petugas

6. Apa selama menjadi anggota berobat di puskesmas anda pernah menemui kesulitan mendapat pelayanan kesehatan?

Jawaban : tidak ada

Nama Pasien/Masyarakat : Irwan

Alamat : Sedati Rt.02

1. Bagaimanakah anda mengetahui adanya berobat gratis di Puskesmas di lingkungan anda ?

Jawaban : Dari edaran yang diberikan oleh perangkat desa

2. Apakah anda masih harus membayar untuk pelayanan medis dan fasilitas obat di Puskesmas ?

Jawaban : tidak membayar mas, sama sekali tidak

3. Apa keluhan sakit yang di derita ketika berobat ke Puskesmas ?

Jawaban : Sakitnya kurang lebih 4 hari yang lalu, sepertinya gara-gara minum air galon isi ulang mas, kata dokter airnya kurang bersih dan badan saya lagi kurang fit jadinya langsung ambruk sakit semua, ya panas dingin, batuk, pilek, pusing.

4. Apakah anda merasakan manfaat dengan menjadi anggota Jamkesmas? Bila ada, manfaat apa yang sudah anda peroleh?

Jawaban : Manfaat selain penyakit bisa sembuh juga berobatnya gratis

5. Bagaimana prosedur menjadi anggota Jamkesmas?

Jawaban : Ada petugas yang datang ke rumah untuk mendata

6. Apa selama menjadi anggota berobat di puskesmas anda pernah menemui kesulitan mendapat pelayanan kesehatan?

Jawaban : Selama ini belum ada mas.

Lampiran 2 : Daftar Interview Dinas Kesehatan

Nama : Ibu Nur Fadillah, Skm

Jabatan : Kasubbag Umum Dinas Kesehatan

1. Sejak kapan Dinas Kesehatan bersosialisasi tentang program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas)?

Jawaban : Sejak adanya program jamkesmas dari pemerintah tahun 2010

2. Bagaimana mekanisme pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin?

Jawaban : Pegawai dinas kesehatan mendata keluarga miskin melalui aparat desa setempat

3. Syarat apa yang harus dipenuhi keluarga miskin agar dapat mendapatkan pelayanan kesehatan gratis?

Jawaban : tidak punya listrik, tidak punya MCK, memasak dengan kayu bakar

4. Bagaimana mekanisme penetapan keluarga miskin pada tingkat pemerintahan kelurahan / desa?

Jawaban : Tiap desa / kelurahan sudah mempunyai data warganya yang masuk kategori keluarga miskin, berdasarkan itulah kami mendata

5. Darimana sumber dana pelaksanaan program di Dinas Kesehatan seperti jamkesmas?

Jawaban : APBD

6. Apa saja masalah / kesulitan yang dihadapi dalam menjalankan program Kesehatan ?

Jawaban : Masyarakat belum pro aktif tentang pentingnya kesehatan

Nama : Bpk. Wahyu Diono SE

Jabatan : Kasi Mobilitasi dan BPKM Dinas kesehatan

1. Sejak kapan Dinas Kesehatan bersosialisasi tentang program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas)?

Jawaban : Sejak adanya edaran dari departemen kesehatan pusat, tahun 2010

2. Bagaimana mekanisme pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin?

Jawaban : Pegawai dinas kesehatan lebih pro aktif untuk mendatangi desa-desa/kelurahan-kelurahan

3. Syarat apa yang harus dipenuhi keluarga miskin agar dapat mendapatkan pelayanan kesehatan gratis?

Jawaban : tidak punya listrik, tidak punya MCK, memasak dengan kayu bakar, luas rumah kurang dari 8 m²/orang, lebih lengkapnya ada di buku pedoman

4. Bagaimana mekanisme penetapan keluarga miskin pada tingkat pemerintahan kelurahan / desa?

Jawaban : Tiap desa / kelurahan sudah mempunyai data warganya yang masuk kategori keluarga miskin dan biasanya mereka bekerja sama dengan badan statistik

5. Darimana sumber dana pelaksanaan program di Dinas Kesehatan seperti jamkesmas?

Jawaban : APBD

6. Apa saja masalah / kesulitan yang dihadapi dalam menjalankan program Kesehatan ?

Jawaban : Masyarakat belum pro aktif tentang pentingnya kesehatan

Lampiran 3 : Daftar Interview Petugas Puskesmas

Nama : Ibu hartini Skm

Jabatan : Pegawai Puskesmas

1. Sejak kapan Puskesmas bersosialisasi tentang program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas)?

Jawaban ; Sejak ada edaran surat dari dinas kesehatan

2. Bagaimana mekanisme pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin?

Jawaban : Setiap penduduk di data per keluarga yang termasuk keluarga miskin

3. Syarat apa yang harus dipenuhi keluarga miskin agar dapat mendapatkan pelayanan kesehatan gratis?

Jawaban : pokoknya yang keluarga tidak bisa memenuhi kebutuhan sehari-hari

4. Bagaimana mekanisme penetapan keluarga miskin pada tingkat pemerintahan kelurahan / desa?

Jawaban : Tiap desa / kelurahan sudah mempunyai data warganya yang masuk kategori keluarga miskin dan biasanya mereka bekerja sama dengan badan statistik

5. Darimana sumber dana pelaksanaan program kesehatan seperti jamkesmas?

Jawaban : APBD

6. Apa saja masalah / kesulitan yang dihadapi dalam menjalankan program Kesehatan ?

Jawaban : Masyarakat belum pro aktif tentang pentingnya kesehatan

Lampiran 4 : Surat Edaran Program Kesehatan Jamkesmas



DEPARTEMEN KESEHATAN RI SEKRETARIAT JENDERAL



Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kapling No. 4 - 9
Jakarta 12950

Telp. 5201590 (Hunting)

Nomor : JP.01.01/X/0420/09
Lampiran : --
Perihal : Surat Edaran Kepesertaan Jamkesmas

Jakarta, 27 April 2009

Kepada Yth.

1. Gubernur Seluruh Indonesia
2. Bupati/Walikota Seluruh Indonesia
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Seluruh Indonesia

Sehubungan dengan Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2009 khususnya dalam aspek kepesertaan, kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

1. Dengan adanya dinamika kepesertaan Jamkesmas di lapangan, maka disarankan Pemerintah Kabupaten/Kota melakukan updating terhadap data masyarakat miskin peserta Jamkesmas yang telah ditetapkan sebelumnya karena ada mutasi kepesertaan seperti : meninggal dunia, bayi baru lahir, pindah alamat, duplikasi kartu, status ekonomi yang meningkat atau status ekonomi menurun, untuk selanjutnya data hasil updating tersebut digunakan sebagai peserta Jamkesmas tahun 2009. Terkait dengan diterbitkan data BPS tahun 2008 (by name, address) agar terjadi sinkronisasi data, dimohon agar pada saat updating data kepesertaan memperhatikan dan di sinkronkan dengan data BPS.
2. Updating yang dimaksud dituangkan dalam addendum atas SK Bupati/Walikota tentang peserta Jamkesmas tahun 2008 dengan jumlah peserta Jamkesmas sama dengan kuota Jamkesmas tahun 2008.
3. Khusus untuk Kabupaten/Kota yang pada tahun 2008 menetapkan peserta Jamkesmas di bawah kuota dapat meningkatkan jumlah peserta Jamkesmas pada tahun 2009 sampai dengan jumlah kuota terpenuhi.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Saudara, diucapkan terima kasih.

Sekretaris Jenderal,

Dr. Sja'fii Ahmad, MPH
NIP 194909291977121001

Tembusan :

1. Departemen Dalam Negeri (Depdagri)
2. Badan Pusat Statistik (BPS)
3. Direktur Utama PT. Askes (Persero)

Sumber : Dinas Kesehatan

Lampiran 5 : Jumlah Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Propinsi Jawa Timur

JUMLAH MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU PER PROPINSI/ KABUPATEN/KOTA
UNTUK JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN 2008

NO.	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH RUMAH TANGGA MISKIN	JUMLAH ANGGOTA RUMAH TANGGA MISKIN
(1)	(2)	(3)	(4)
16. JAWA TIMUR			
1	Kota Surabaya	121,145	458,622
2	Kota Kediri	10,375	37,216
3	Kota Blitar	4,689	16,633
4	Kota Malang	24,272	94,655
5	Kota Probolinggo	8,921	28,986
6	Kota Pasuruan	7,749	27,892
7	Kota Mojokerto	4,984	17,912
8	Kota Madiun	6,318	20,861
9	Kota Batu	6,005	19,797
10	Kab. Pacitan	54,252	187,192
11	Kab. Ponorogo	98,102	340,056
12	Kab. Trenggalek	73,009	252,706
13	Kab. Tulungagung	70,157	217,655
14	Kab. Blitar	78,181	253,118
15	Kab. Kediri	106,572	357,829
16	Kab. Malang	163,910	568,587
17	Kab. Lumajang	85,825	277,807
18	Kab. Jember	239,596	695,360
19	Kab. Banyuwangi	157,353	463,211
20	Kab. Bondowoso	159,798	426,247
21	Kab. Situbondo	105,581	266,379
22	Kab. Probolinggo	138,382	421,795
23	Kab. Pasuruan	127,745	411,061
24	Kab. Sidoarjo	53,043	185,430
25	Kab. Mojokerto	62,763	210,949
26	Kab. Jombang	78,044	255,130
27	Kab. Nganjuk	91,175	310,239
28	Kab. Madiun	61,771	186,934
29	Kab. Magetan	39,737	123,728
30	Kab. Ngawi	90,897	275,284
31	Kab. Lamongan	111,809	434,383
32	Kab. Gresik	58,057	223,551
33	Kab. Bangkalan	93,356	365,953
34	Kab. Sampang	153,733	632,280
35	Kab. Pamekasan	95,105	364,408
36	Kab. Sumenep	128,794	358,359
37	Kab. Bojonegoro	163,469	576,927
38	Kab. Tuban	102,206	344,919
	TOTAL	3,236,880	10,710,051

Sumber : Dinas Kesehatan

Lampiran 6 : Kartu Jamkesmas



Lampiran 7 : Surat Riset



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
(FACULTY OF ADMINISTRATIVE SCIENCE)

Jl. Mayjen Haryono No.163 Malang 65145, Telp. (0341) 553737, 568914, 556703 dan 551611 pes. 205
Fax. (0341) 553737, E-mail: fia@ub.ac.id

Program Studi: •S1 Adm. Publik •S1 Adm. Bisnis •Magister Ilmu Administrasi Publik & Bisnis, dan •S3 Ilmu Administrasi

Nomor : 7314 /UN10. 3/ PG/ 2011
Lampiran : -
Hal : Riset
Kepada : Yth Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sidoarjo

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

Nama : Dwi Anung Priyo S
Alamat : Jl. Candi Renggo no 9
NIM : 0710313040
Jurusan : Ilmu Administrasi Publik.
Tema : Peningkatan Kinerja Pegawai Dalam Rangka Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus Pada Dinas Kesehatan Kota Sidoarjo)
Lamanya : 1 Bulan
Peserta : 1 Orang

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

Malang, 22 Juni 2011

a.n. Dekan

Ketua Jurusan Administrasi Publik



Dr. M.R. Khairul Muluk S.Sos, M.Si

NIP: 197105101998031004



Lampiran 8 : Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO
DINAS KESEHATAN

Jalan Mayor Jendral Sungkono No. 46 Telp. 8941051,8968736,
 Fax. 8947911 e.mail : dinkes@sidoarjokab.go.id.

SIDOARJO

Kode Pos 61219

Sidoarjo, 12 Agustus 2011

Kepada

Nomor	: 890/ 3438 /404.3.2/2011	Yth. Sdr. Dekan Fakultas
Sifat	: Segera	Ilmu Administrasi
Lampiran	: -	Universitas Brawijaya
Perihal	: Ijin Penelitian	di
		MALANG

Menunjuk surat Saudara tanggal 22 Juni 2011 Nomor : 7314/UN10.3/PG/2011, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini di beritahukan bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan dan setuju atas permohonan izin melaksanakan penelitian di Dinas Kesehatan

Kabupaten Sidoarjo bagi mahasiswa :

Nama : Dwi Anung Priyo S

NIM : 0710313040

Fakultas/Jurusan : Ilmu Administrasi/Ilmu Administasi Publik

Waktu : 1 (satu) bulan setelah surat ini dikeluarkan

Judul/Tema : "Peningkatan Kinerja Pegawai dalam Rangka Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo)"

Demikian untuk menjadikan maklum.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN

KABUPATEN SIDOARJO

Sekretaris

Drg. INDRATI

Pembina Tk. I

NIP. 19590223 198612 2 001



Lampiran 10 : Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan



PEMERINTAH KABUPATEN SIDOARJO

DINAS KESEHATAN

Jalan Mayor Jendral Sungkono No. 46 Telp. 8941051,8968736, Fax. 8947911

SIDOARJO

Kode Pos 61219

**SURAT KEPUTUSAN
KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN SIDOARJO
NOMOR : 440/204 /404.3.2/2010**

TENTANG

**PENERIMA DANA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT TAHUN ANGGARAN 2010 DI PUSKESMAS DAN
JARINGANNYA DI KABUPATEN SIDOARJO**

- Menimbang :
- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin, ditetapkan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas dan Jaringannya.
 - b. Bahwa agar pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas di Puskesmas dan Jaringannya dapat berjalan dengan efektif, efisien, dan akuntabel perlu didukung dengan ketersediaan dana untuk pelayanan kesehatan dan dukungan manajemen ;
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu ditetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo tentang Alokasi Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya .
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. ;
 2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437
 3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438) ;
 4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456) ;
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintah ,Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten /Kota . ;

6. Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 40 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas Fungsi dan tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. ;
7. Keputusan Menteri Kesehatan No :1241/Menkes/SK/IX/2004 tentang Penugasan PT ASKES (Persero) dalam pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat ;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI No : 316/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan masyarakat Tahun 2009,
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI No;490/Menkes/SK/IV/2010 tentang Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2010 di Puskesmas dan Jaringannya pada tiap Kabupaten/ kota.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN TENTANG ALOKASI PENERIMA DANA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN ANGGARAN 2010 DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA PADA KABUPATEN SIDOARJO.
- Pertama : Masyarakat miskin' sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Kabupaten Sidoarjo Tahun Anggaran 2010 berjumlah 212.883 (dua ratus dua belas ribu delapan ratus delapan puluh tiga) jiwa.
- Kedua : Berdasarkan Alokasi dana Program jamkesmas Kesehatan Masyarakat di puskesmas dan Jaringannya Tahun 2010 dengan mempertimbangkan jumlah masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati Sidoarjo, tingkat pemanfaatan pelayanan, sisa dan akan disalurkan melalui PT Pos Indonesia.
- Ketiga : Dana Program Jaminan Kesehatan masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya digunakan untuk keperluan:
1. Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP).
 2. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP).
 3. Pelayanan Persalinan.
 4. Pelayanan Kesehatan Luar Gadung.
 5. Pelayanan Gawat Darurat.
 6. Pelayanan Rujukan Gawat darurat, dan
 7. Dukungan Manajemen Puskesmas.
- Keempat : Dalam Keadaan darurat untuk menjaga keseimbangan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dapat melakukan realokasi dana antara Puskesmas.

- Kelima : Penerima dana Program Jamkesmas Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringan nya Tahun Anggaran 2010 sebagaimana terlampir dalam keputusan ini.
- Keenam : Pengelolaan dan pertanggung jawaban keuangan sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk teknis Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringan nya.
- Ketujuh : Penerima dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan jaringan nya Tahun Anggaran 2010 dibebankan kepada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran 2010, Sekretariat Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat Nomor : 0020/024-03.1/-/2010 Tanggal 31 Desember 2009.
- Kedelapan : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : S I D O A R J O
Pada tanggal : 20 Juli 2010

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN SIDOARJO



Dr. dr.Hj. TRI RAYH AGUSTINA, MARS
Pembina Utama Muda
Nip.19540808 198612 2 001

Lampiran 11 : Laporan Kepesertaan, Pelayanan Kesehatan dan Pendanaan Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat

Tambah

Nama pengisi : _____

Tanggal Pengisian (dd/mml/yyyy) [] [] [] [] [] []

LAPORAN PUSKESMAS LAPORAN KEPESERTAAN, PELAYANAN KESEHATAN DAN PENDANAAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

A. Pelayanan Kesehatan Maskin dan Penjualan

Nama Puskesmas : *Buduran*
Kode Puskesmas : *P.3515012201*

Propinsi : JAWA TIMUR
Kab/Kota : SIDOARJO
Kecamatan : *Buduran*

Bulan : [] Tahun : []

No	Kegiatan	Satuan	
1	2	3	4
I.	Kepesertaan Jamkesmas		
a.	Jumlah peserta terdaftar sesuai data BPS (Kuota) <i>(KUOTA)</i>	Jiwa	<i>2.873</i>
b.	Jumlah peserta yang memiliki Jamkesmas	Jiwa	
c.	Jumlah Ibu hamil Peserta Jamkesmas	Orang	
d.	Jumlah Bayi Baru Lahir (KN2)	Orang	
II.	Pelayanan Kesehatan		
a.	Jumlah kunjungan rawat jalan bulan ini	Kunjungan	
b.	Jumlah kunjungan rawat jalan sampai dengan bulan ini	Kunjungan	
c.	Jumlah kunjungan rawat inap bulan ini	Kunjungan	
d.	Jumlah kunjungan Rawat inap sampai dengan bulan ini	Kunjungan	
e.	Jumlah kasus yang dirujuk	Kasus	
f.	Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan (K4)	Kunjungan	
g.	Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (KN2)	Kunjungan	
h.	Jumlah Persalinan oleh Tenaga Kesehatan	Orang	
i.	Jumlah Bumil yang dirujuk	Orang	
j.	Jumlah Maskin yang menggunakan Jamkesmas	Orang	
k.	Jumlah Maskin yang menggunakan kartu lainnya (SKTM, SLT, DLL)	Orang	
III.	Pendanaan Pelayanan Kesehatan		
a.	Jumlah Sisa Dana Tahun Lalu yang masih ada di Puskesmas	Rp	<i>10.000.000</i>
b.	Jumlah Total Dana Yanikes Makin yang diterima tahun ini	Rp	
c.	Jumlah total biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan bulan ini	Rp	
d.	Jumlah Total biaya pelayanan kesehatan yang telah dikeluarkan sampai dengan bulan ini	Rp	

Sumber Data : Dinas Kesehatan



Lampiran 12

**DAFTAR NAMA PENERIMA DAN ALOKASI DANA
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) TAHUN 2010
DI DINAS KESEHATAN DAN JARINGANNYA PADA KABUPATEN SIDOARJO**

No.	PUSKESMAS	SISA DANA S/D MEI 2010	JUMLAH KK MISKIN	ALOKASI JAMKESMAS 2010	NAMA KEPALA PUSKESMAS	Rekening
1	Sidoarjo	Rp 588,066	3,928	Rp 52,444,000	dr. Widodo Tjahjono	6,120,000,051
2	Urangagung	Rp 7,527,228	1,917	Rp 18,354,000	dr. Aminah Nasution	6,120,000,039
3	Sekardangan	Rp 11,909,867	2,341	Rp 27,797,000	dr. H. Don Sofyan	6,120,000,164
4	Buduran	Rp 109,541,734	8,876	Rp 10,293,500	dr. Athyah Marzuki	6,120,000,084
5	Candi	Rp 127,396,809	11,784	Rp 31,699,500	dr. Esti Handayani	6,120,000,221
6	Porong	Rp 147,074,583	9,637	Rp -	dr. Agustiningasih	6,120,000,120
7	Kedungsolo	Rp 154,817,536	9,383	Rp -	dr. Danny Nugroho	6,120,000,197
8	Jabon	Rp 191,887,173	13,942	Rp -	dr. Idong Djuanda	6,120,000,095
9	Krembung	Rp 115,478,914	10,794	Rp 30,251,000	dr. Hinu Tri S.	6,120,000,119
10	Tanggulangin	Rp 183,982,242	11,370	Rp -	drg. Diah Nuraini W.	6,120,000,108
11	Tulangan	Rp 62,532,174	7,007	Rp 32,070,000	dr. Diana Mariana Manik	6,120,000,062
12	Kepadangan	Rp 37,614,066	3,838	Rp 14,203,000	dr. Zuaidah	6,120,000,266
13	Taman	Rp 193,791,760	13,620	Rp -	dr. Loeki Rahayu	6,120,003,298
14	Trosobo	Rp 130,160,502	6,643	Rp -	dr. Siti Murtafiah	6,120,000,186
15	Sukodono	Rp 213,627,654	14,613	Rp -	dr. Lilik Sri Hartini	6,120,000,175
16	Sedati	Rp 31,383,115	4,215	Rp 25,524,000	dr. Tamat Edi Susanto	6,120,000,142
17	Waru	Rp 237,767,398	17,210	Rp -	dr. Dewi Tjandrawati	6,120,000,200
18	Medaeng	Rp 96,259,126	5,566	Rp -	dr. H. Soetjipto	6,120,000,277
19	Gedangan	Rp 73,972,846	3,138	Rp -	dr. Diah Laksmisari	6,120,000,040
20	Krian	Rp 84,358,197	10,977	Rp 63,843,000	dr. Alfiah Zumruda	6,120,000,255
21	Barengkrajan	Rp 65,258,590	5,124	Rp 3,921,000	drg. Supartini Silaningsih	6,120,000,244
22	Tarik	Rp 17,698,950	6,776	Rp 73,784,000	dr. Bambang Edi W	6,120,000,288
23	Balongbendo	Rp 21,717,535	8,525	Rp 93,379,000	dr. Maulana Fatir	6,120,000,153
24	Wonoayu	Rp 5,574,714	8,669	Rp 111,466,000	dr. Nani Katili	6,120,000,222
25	Prambon	Rp 94,753,038	9,724	Rp 36,531,000	drg. Fauzi Basalamah	6,120,000,131
26	Ganting	Rp 50,546,400	2,666	Rp -	dr. Sugeng Muallif	6,120,003,312
JUMLAH		Rp 2,467,220,217	212,883	Rp 625,560,000		

Sumber Data : Dinas Kesehatan

Sidoarjo, 20 Juli 2010
 KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN SIDOARJO

 DR. DR. HJ. TRI RATIH AGUSTINA, MARS
 PEMBINA UTAMA MUDA
 1955108 198801 1 001