

TESIS

**SISTEM PELAYANAN KESEHATAN BERBASIS PROGRAM
KARTU INDONESIA SEHAT DI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH SAYANG RAKYAT MAKASSAR**

Diajukan Oleh

HASRIANI

NIM : 4619103003

UNIVERSITAS

BOSOWA



**PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS BOSOWA MAKASSAR
2020**

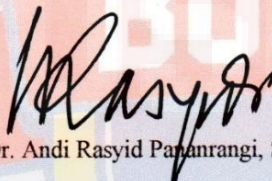
HALAMAN PENGESAHAN

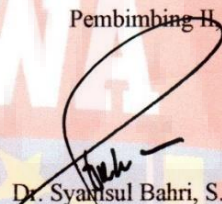
1. Judul : Sistem Pelayanan Kesehatan Berbasis Program
Kartu Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum
Daerah Sayang Rakyat Makassar
2. Nama Mahasiswa : Hasriani
3. Nim : 4619103003
4. Program Studi : Administrasi Publik

Menyetujui
Komisi Pembimbing

Pembimbing I,

Pembimbing II,


Prof. Dr. Andi Rasyid Pananrangi, S.H., M.Pd



Dr. Syamsul Bahri, S.Sos., M.Si

Mengetahui:

Direktur
Program Pascasarjana

Ketua Program Studi


Prof. Dr. Ir. Batara Surya, M.Si
NIDN. 0913017420


Prof. Dr. Andi Rasyid Pananrangi, S.H., M.Pd
NIP. 1956011019831002

HALAMAN PENERIMAAN

Pada Hari / Tanggal : Rabu, 28 April 2021
Tesis Atas Nama : HASRIANI
NIM : 4619103003

Telah Diterima oleh Panitia Ujian Tesis Program Pascasarjana untuk memenuhi salah satu syarat guna memperoleh gelar Magister Pada Program Studi Administrasi Publik.

PANITIA UJIAN TESIS

Ketua : Prof. DR. H. A. Rasyid Pananrangi, S.H.,M.Pd

Sekretaris : DR. Syamsul Bahri, S.Sos.,M.Si

Anggota Penguji :1. Prof. DR. Imran Ismail, M.S

2. DR. Nurkaidah, M.M

Makassar,

Direktur Pascasarjana



Prof. Dr. Batara Surya, S.T., M.Si
NIDN 09 1301 7402

PERNYATAAN KEORISINILAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Hasriani

NIM : 4619103003

Program Studi : Administrasi Publik

Judul Tesis : Sistem Pelayanan Kesehatan Berbasis Program Kartu
Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang
Rakyat Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya serahkan ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

UNIVERSITAS

BOSOWA

Makassar, Desember 2020

nyataan

METERAN
TEMPEL
C22E2AJX154025705
HASRIANI

PRAKATA

Penulis memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga proses penyusunan tesis dengan judul “Sistem Pelayanan Kesehatan Berbasis Program Kartu Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar” dapat diselesaikan dengan baik.

Proses penyelesaian tesis ini, merupakan suatu perjuangan yang panjang bagi penulis. Selama penyusunan proposal tesis ini, tidak sedikit kendala yang dihadapi. Namun demikian, berkat keseriusan pembimbing mengarahkan dan membimbing penulis sehingga proposal penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, penulis patut menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada Prof. DR. Andi Rasyid Pananrangi, S.H., M.Pd dan DR. Syamsul Bahri, S. Sos., M.Si selaku pembimbing.

Terwujudnya tesis ini juga atas do'a, dorongan, dan restu keluarga. Oleh karena itu, penulis menghaturkan terima kasih kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta yang selalu memberikan motivasi dan dukungan dalam pendidikan sampai selesainya penulisan proposal penelitian ini.

Akhirnya, penulis berharap semoga segala bantuan yang telah diberikan oleh berbagai pihak dapat bernilai ibadah dan mendapat pahala dari Allah SWT.

Makassar, Desember 2020

Penulis

ABSTRAK

Hasriani. Pelayanan kesehatan yang berkualitas dan proposional menjadi dambaan bagi setiap rakyat Indonesia, karena hal ini berkaitan erat dengan salah satu aspek pemenuhan kebutuhan hidup dasar bagi manusia, oleh karenanya diperlukan komitmen dari pelaksana pemberi layanan khususnya rumah sakit dalam menunjang pelaksanaan program pemerintah melalui kartu indonesia sehat.

Tujuan dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui dan menganalisis kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar dan untuk mengetahui dan menganalisis implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dimaksudkan dapat menggali informasi sebanyak mungkin dari masalah penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan KIS berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat sudah cukup berjalan dengan baik akan tetapi petugas administrasi dan petugas medis (dokter dan perawat) dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kepada pasien cukup baik, sedangkan implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar secara umum sudah sesuai dengan Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan tentang penyelenggara kesehatan dan tentang kerja sama penyelenggaraan pelayanan kesehatan gratis, dan peraturan presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Hal tersebut tercermin dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan oleh RSUD Sayang Rakyat kepada pasien pengguna kartu indonesia sehat (KIS) (PBI) yang tidak membedakan dengan pasien umum atau pengguna jaminan lainnya, dengan catatan pasien telah memenuhi syarat dan ketentuan sebagai pasien KIS (PBI). Seluruh biaya pengobatan pasien KIS (PBI) yang menjalani rawat jalan maupun rawat inap seluruhnya ditanggung oleh pemerintah.

Kata Kunci: *Sistem Pelayanan, Kartu Indonesia Sehat, Rumah Sakit*

ABSTRACT

Hasriani. *Quality and proportional health services are the dream of every Indonesian, because this is closely related to one of the aspects of fulfilling the basic needs of life for humans, therefore a commitment from service providers, especially hospitals, is needed in supporting the implementation of government programs through the healthy Indonesia card.*

The purpose of this research is to find out and analyze the quality of services based on the Healthy Indonesia Card program at the Regional General Hospital of the Sayang Rakyat Makassar and to find out and analyze the implementation of services based on the Healthy Indonesia Card program at the Regional General Hospital of the Sayang Rakyat Makassar area using qualitative research methods. be able to extract as much information as possible from the research problem.

The results showed that the quality of KIS services based on the Healthy Indonesia Card program at the Regional General Hospital of Sayang Rakyat was quite good, but administrative and medical officers (doctors and nurses) in carrying out their duties to provide services to patients were quite good, while the implementation of service-based services was quite good. The Healthy Indonesia Card program at the Regional Public Hospital of the People of Makassar is generally in accordance with the Regional Regulations of the Province of South Sulawesi regarding health administrators and cooperation in the provision of free health services, and presidential regulation (Perpres) Number 64 of 2020 concerning National Health Insurance. This is reflected in the implementation of services provided by the Sayang Rakyat Hospital to patients using the Indonesian Health Card (KIS) (PBI) who do not differentiate from general patients or other insurance users, provided that the patient has met the terms and conditions as a KIS (PBI) patient. All medical expenses for KIS (PBI) patients who undergo outpatient and inpatient care are entirely borne by the government.

Keywords: Service System, Healthy Indonesian Card, Hospital

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	
	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENERIMAAN	ii
PERNYATAAN KEORISINILAN	
	Error! Bookmark not defined.
PRAKATA	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II KAJIAN TEORI	13
A. Teori Sistem Pelayanan	13
1. Pengertian Sistem	13
2. Pengertian Pelayanan Publik	15
3. Dasar-dasar pelayanan	22
4. Sistem Pelayanan	24
5. Dimensi/Indikator Sistem Pelayanan	28
6. Implementasi Kebijakan Publik	32
B. Teori Kemiskinan	33
1. Pengertian Kemiskinan	33
2. Konsep dan Indikator Kemiskinan Versi Pemerintah Indonesia	37
3. Penyebab Kemiskinan	39
4. Karakteristik atau Ciri-ciri Penduduk Miskin	43
C. Teori Pelayanan Kesehatan	46
1. Pengertian Pelayanan Kesehatan	46
2. Syarat-Syarat Pelayanan Kesehatan	47
3. Prinsip-Prinsip Pelayanan Prima di Bidang Kesehatan	49
4. Pelayanan Kesehatan di Rumah sakit	51
D. Konsep Rumah Sakit	53
1. Definisi Rumah sakit	53
2. Jenis-Jenis Rumah Sakit	54

3. Ciri Khas Rumah Sakit	55
4. Pelayanan Kesehatan	56
E. Konsep Kartu Indonesia Sehat	60
1. Pengertian Kartu Indonesia Sehat	60
2. Tujuan Kartu Indonesia Sehat (KIS)	61
3. Perbedaan BPJS dengan KIS	62
4. Syarat- syarat penerima Kartu Indonesia Sehat	63
5. Kriteria Warga Miskin penerima Kartu Indonesia Sehat	63
6. Kelebihan dan Kekurangan Kartu Indonesia Sehat	64
7. Prosedur Pelayanan Kartu Indonesia Sehat	64
8. Alur Distribusi Kartu Indonesia Sehat (KIS)	65
F. Penelitian Terdahulu	66
G. Kerangka Konsep	68
BAB III METODE PENELITIAN	71
A. Desain Penelitian	71
B. Lokasi dan Jadwal Penelitian	72
C. Deskripsi Fokus	72
D. Instrumen Penelitian	75
E. Sumber Data	77
F. Teknik Pengumpulan Data	79
G. Teknik Analisis Data	81
H. Teknik Pengujian Keabsahan Data	83
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	86
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	86
1. Sejarah RSUD Sayang Rakyat Makassar	86
2. Demografi	87
3. Visi dan Misi Rumah Sakit Sayang Rakyat	88
4. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Sayang Rakyat	88
5. Organisasi Tata Laksana	89
6. Bagian Tata Usaha	92
7. Bidang Pelayanan	94
8. Bidang Penunjang pelayanan	96
9. Bidang Pengembangan dan Pemeliharaan	97
B. Hasil Penelitian	99
1. Kualitas Pelayanan Berbasis Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar	100
2. Implementasi Pelayanan Berbasis Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar	130
C. Pembahasan	140
1. Kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar	140

2. Implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar.	143
BAB V PENUTUP	147
A. Kesimpulan	147
B. Saran	147
DAFTAR PUSTAKA	149



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Distribusi Kartu Indonesia Sehat (KIS)	66
Gambar. 2.2 Kerangka Konsep	70



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan merupakan tugas utama yang hakiki dari sosok aparatur, sebagai abdi negara dan abdi masyarakat. Pelayanan sebagai proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung, merupakan konsep yang senantiasa aktual dalam berbagai aspek kelembagaan. Layanan yang diberikan haruslah sesuai dengan standar pelayanan seperti yang termuat dalam peraturan perundang-undangan yaitu Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan publik. Dalam undang-undang tersebut dijelaskan bahwa standar pelayanan adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur (Rosyadi, 2017).

Pelayanan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan memang menjadi bagian yang perlu dicermati. Saat ini masih sering dirasakan bahwa kualitas pelayanan minimum sekalipun masih jauh dari harapan masyarakat. Yang lebih memprihatinkan lagi, masyarakat hampir sama sekali tidak memahami secara pasti tentang pelayanan yang seharusnya diterima dan sesuai dengan prosedur pelayanan yang baku oleh pemerintah. Masyarakatpun enggan mengadukan apabila menerima pelayanan yang buruk, bahkan hampir pasti mereka pasrah menerima layanan seadanya. Praktek semacam ini menciptakan kondisi yang merendahkan posisi tawar

dari masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan dari pemerintah, sehingga memaksa masyarakat mau tidak mau menerima dan menikmati pelayanan yang kurang memadai tanpa protes. Satu hal yang belakangan ini sering dipermasalahkan adalah dalam bidang Pelayanan Umum (*Publik Service*), terutama dalam hal sistem pelayanan, kualitas atau mutu pelayanan aparatur pemerintah kepada masyarakat (Herdiani, 2015).

Pemerintah sebagai penyedia jasa (*service provider*) bagi masyarakat dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Apalagi pada era otonomi daerah, kualitas dari siste pelayanan aparatur pemerintah akan semakin ditantang untuk optimal dan mampu menjawab tuntutan yang semakin tinggi dari masyarakat, baik dari segi kualitas maupun dari segi sistem pelayanan yang berkualitas (Herdiani, 2015).

Tujuan pelayanan publik di era sekarang memiliki urgensi yang sangat penting bagi pemerintah dan masyarakat diantaranya terciptanya pelayanan yang professional, efektif, efisien, sederhana, transparan, terbuka, tepat waktu, responsif, adaptif, serta terwujudnya suatu pemerintahan yang baik (Taris et al., 2017).

Salah satu pelayanan publik dari pemerintah pusat maupun daerah adalah menyediakan sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengingat kesehatan adalah faktor paling utama dalam kehidupan manusia. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu unsur penunjang penyelenggara pembangunan kesehatan. Bentuk penyelenggara pelayanan kesehatan tersebut merupakan perwujudan pemenuhan kebutuhan masyarakat atas pelayanan kesehatan dan diselenggarakan dalam bentuk instansi seperti rumah sakit, poliklinik,

puskesmas, balai kesehatan, laboratorium, posyandu dan berbagai jenis pelayanan lainya yang tujuanya adalah pencapaian derajat kesehatan seluruh lapisan masyarakat secara optimal (Alamsyah, 2011).

Dalam upaya memenuhi kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal dan berkualitas, sebagaimana fungsi pemerintah untuk mewujudkan serta meningkatkan pelayanan pada warga masyarakat secara maksimal, salah satunya dengan meningkatkan sistem pelayanan publik dibidang kesehatan. Berbicara mengenai pelayanan publik maka tentunya instansi pemerintah memiliki peran dalam hal ini, pelayanan kesehatan adalah salah satu bentuk pelayanan publik. Bentuk ukuran atau standar pelayanan tersebut sangat dibutuhkan untuk mengetahui sejauh mana pemerintah berhasil atau gagal melaksanakan pelayanan publik di bidang kesehatan (Alamsyah, 2011).

Sistem pelayanan publik yang berkualitas khususnya dibidang kesehatan merupakan tolak ukur pemerintah dan masyarakat dalam mewujudkan pembangunan kesehatan di Indonesia. Namun, salah satu tantangan mendesak dalam pembangunan kesehatan dewasa ini adalah bagaimana memastikan ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan yang berkualitas dan berkesinambungan bagi masyarakat. Pembangunan kesehatan pada dasarnya diarahkan untuk mewujudkan tujuan ini. Mengingat tujuan dari pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan secara umum (Alamsyah, 2011).

Pembangunan kesehatan di Indonesia diselenggarakan berdasarkan kepada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang merupakan suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam pembukaan undang-undang dasar 1945 yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap penyelenggaraan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) berdasarkan pada prinsip Hak Asasi Manusia (HAM). Sebagaimana yang tercantum dalam pasal 28 H ayat 1 yang menggariskan bahwa setiap masyarakat berhak atas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan tanpa membedakan suku, golongan, agama, jenis kelamin, status sosial ekonomi, serta pelaku dari pada penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah masyarakat, pemerintah.

Pembangunan kesehatan bagi pemerintah pusat maupun daerah harus saling bahu membahu dalam melaksanakan pembangunan kesehatan yang terencana dan terpadu dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Salah satu instansi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan adalah rumah sakit. Rumah sakit sesuai dengan fungsinya (melaksanakan pelayanan medis, dan pelayanan penunjang medis) berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan bermutu dan memenuhi kebutuhan masyarakat akan sistem pelayanan yang berkualitas. Dalam undang-undang 1945 pasal 28 ayat 1 yang menggariskan bahwa setiap rakyat berhak atas pelayanan kesehatan yang setinggi-tingginya tanpa membedakan suku, golongan, agama, jenis kelamin, dan status sosial,

ekonomi. Namun pada kenyataannya pelayanan yang diberikan oleh beberapa instansi penyedia pelayanan termasuk rumah sakit masih belum sesuai dengan apa yang digariskan oleh undang-undang, salah satunya adalah adanya diskriminasi yang didapatkan masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan.

Sebagaimana dalam undang-undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang pengaturan penyelenggaraan rumah sakit di tegaskan dalam pasal 3 yang bertujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit. meningkatkan mutu dan standar pelayanan rumah sakit. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit. Namun pada kenyataannya masih ada rumah sakit yang memberikan pelayanan yang berbelit-belit, tidak profesional serta lamban dalam melayani pasien.

Kesehatan merupakan salah satu unsur yang sangat penting dalam pembangunan nasional. Rendahnya derajat kesehatan masyarakat dapat pula disebabkan oleh ketidakmampuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena mahalnya biaya pelayanan yang harus dibayar.

Menurut Sekar Komariah (2015) dalam Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan menerangkan bahwa pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional untuk tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dalam tujuan nasional. Pentingnya kesehatan mendorong pemerintah untuk mendirikan pelayanan kesehatan (Koeswadji, 1996).

Pelayanan kesehatan adalah salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Pelayanan yang diselenggarakan secara bersama- sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Pemerintah mendirikan lembaga kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Umum Pusat (Sofiana et al., 2020).

Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu diantaranya dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatnya kesehatan perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat (Sofiana et al., 2020).

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Tidak mengherankan apabila bidang kesehatan perlu untuk selalu dibenahi agar bisa memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk masyarakat. Pelayanan kesehatan yang dimaksud tentunya adalah pelayanan yang cepat, tepat, murah dan ramah (Sofiana et al., 2020).

Mengingat bahwa sebuah negara akan bisa menjalankan pembangunan dengan baik apabila didukung oleh masyarakat yang sehat secara jasmani dan rohani. Maka dari itu, pemerintah mengeluarkan Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengatur bagaimana Pemerintah berkewajiban untuk memberi jaminan sosial kepada seluruh penduduk di Indonesia baik berupa jaminan biaya pelayanan

kesehatan, tunjangan hari tua dan sebagainya. Dalam peraturan tersebut ditegaskan bahwa terdapat 5 (lima) Program Jaminan Sosial diantaranya; Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun dan Jaminan Kematian (Astuti, 2018).

Menuju enam tahun pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di tengah pemerintahan baru, Presiden Jokowi mengeluarkan Kartu Indonesia Sehat yang sekilas terlihat sama dengan program JKN. Menteri Sekretaris Negara, Pratikno (dalam Luqman Hakim 2014) menegaskan peluncuran tiga Kartu Sakti yaitu Kartu Indonesia Pintar (KIP), Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) berlandaskan Undang-Undang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan (APBNP) 2014. KIS merupakan kelanjutan dari program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diluncurkan pada 1 Januari 2014. KIS merupakan penyempurna upaya pemerintah untuk memberi kesejahteraan pada masyarakat di bidang kesehatan. KIS memberikan jaminan bahwa pelayanan fasilitas kesehatan tidak membedakan peserta berdasarkan status sosial (Vandawati et al., 2017).

Untuk mempertahankan pelanggan, pihak Rumah Sakit dituntut selalu menjaga kepercayaan pasien secara cermat dengan memperhatikan kebutuhan pasien sebagai upaya untuk memenuhi keinginan dan harapan atas pelayanan yang diberikan. Pasien dalam hal ini mengharapkan pelayanan medis dan keperawatan yaitu kenyamanan, hubungan baik antara pihak-pihak yang ada di Rumah Sakit dan pasien dengan demikian ada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerja (RI, 2014).

Untuk mencapai derajat kesehatan yang tinggi perlu adanya pelayanan yang baik dan berkualitas. Rumah Sakit Sayang Rakyat selalu berusaha untuk melayani dengan baik dengan segala kebutuhan perawatan yang meliputi pengobatan, pencegahan, peningkatan kesehatan, pemulihan kesehatan dengan harapan pasien memperoleh kepuasan pelayanan kesehatan. Namun dalam aktivitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Sayang Rakyat masih terdapat pelayanan yang belum sesuai dengan harapan pasien. Terlebih mereka yang menggunakan kartu jaminan kesehatan seperti Kartu Indonesia Sehat.

Menurut Rachmat Latief selaku kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulsel dalam websitenya provinsi sulawesi selatan, saat ini pemerintah sedang memantapkan penjaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat sebagai bagian dari pengembangan jaminan kesehatan secara menyeluruh (*Universal Coverage*), dan hal tersebut telah diterjemahkan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan kedalam Program Pelayanan Kesehatan Gratis, Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan berupaya dengan jalan memberikan keringanan kepada penduduk di Sulawesi Selatan dalam hal biaya mengatasi masalah kesehatannya dengan melakukan pembebasan pelayanan kesehatan dasar sampai rawat inap kelas III di semua unit pelayanan kesehatan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Melalui kebijakan ini maka diharapkan tidak

ada lagi masyarakat di Sulawesi Selatan yang tidak dapat mengatasi masalah kesehatannya karena alasan ekonomi atau tidak punya biaya (Latief et al., 2005).

Dan sebagai wujud Program Pelayanan Kesehatan Gratis Masyarakat Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan membangun Rumah Sakit Sayang Rakyat. Dimana masyarakat tidak perlu lagi memikirkan pembiayaan saat membutuhkan pelayanan kesehatan karena seluruh pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah. Hal ini sesuai dengan tagline pembangunan kesehatan yang telah dicanangkan yaitu “Sehat itu Gratis”. Bagian dari kesehatan gratis dijelaskan bahwa pasien dirawat dikelas III RS Pemerintah dengan menggunakan obat generik. Jadi Semua pelayanan yang diberikan RSUD Sayang Rakyat, baik rawat inap, rawat jalan dan biaya obat-obatan semuanya gratis dengan tetap diberikan pelayanan yang standar (Latief et al., 2005).

Rumah Sakit type C untuk pasien kelas III dengan program 1000 tempat tidur ini, merupakan kebijakan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dalam mendukung pemenuhan hak dasar rakyat berupa pelayanan kesehatan sekaligus program kesehatan gratis (Kartu Indonesia Sehat) khususnya untuk masyarakat menengah ke bawah. Bangunan Rumah Sakit Sayang Rakyat ini awalnya adalah gedung Sekolah Guru Pendidikan Luar Biasa yang telah lama tidak difungsikan lagi. Oleh Pemprov Sulsel bangunan tersebut direhabilitasi menjadi rumah sakit yang akan melayani rujukan dari daerah-daerah di Sulsel (Latief et al., 2005).

Dalam situs Sulsel Information Center pada tanggal 27 Februari 2015 pukul 10.21, Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih menyatakan

bahwa Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sayang Rakyat Makassar dijadikan sebagai rumah sakit percontohan di tingkat nasional. Suatu kebanggaan tersendiri bagi Pemprov Sulsel atas pernyataan tersebut.

Namun seiring berjalannya proses pelaksanaan program tersebut, RSUD Sayang Rakyat yang digagas oleh gubernur Syahrul Yasin Limpo ternyata menimbulkan keluhan dari masyarakat. Kekecewaan itu muncul karena kehadiran rumah sakit tersebut justru sulit dijangkau oleh masyarakat yang membutuhkan layanan pengobatan. Karena letaknya yang jauh dari jantung kota.

Adapun sistem pelayanan kartu Indonesia Sehat yang ternyata tidak seluruhnya bebas biaya karena masih terdapat pembayaran pada obat sakit tersebut. Dan menurut penulis terdapat aturan persyaratan pelayanan yang lemah, sehingga memungkinkan masyarakat yang tidak eligible dapat memanfaatkan pelayanan tersebut.

Berdasarkan hasil pengamatan sementara bahwa ketidakpuasan pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Sayang Rakyat yang disebabkan pemberi layanan kesehatan kurang maksimal kepada pasien.

Berdasarkan permasalahan tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Sistem Pelayanan Kesehatan Berbasis Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, adapun yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar?
2. Bagaimana implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka tujuan penelitian ini sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui dan menganalisis kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar.
2. Untuk mengetahui dan menganalisis implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Adapun hasil dari penelitian ini dapat memberikan manfaat dan kegunaan sebagai berikut:

1. Secara teoritis, diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi perkembangan teori Ilmu Administrasi Publik khususnya dalam bidang pelayanan publik.
2. Secara praktis, diharapkan dapat memberikan masukan pemikiran dan manfaat bagi pemerintah khususnya pada bidang pelaksanaan program KIS dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terutama di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar.

3. Secara akademis, diharapkan dapat menjadi bahan konsiderasi bagi peneliti terhadap kesesuaian antara teori-teori yang diperoleh di bangku akademik dan fakta dan praktek didalam masyarakat.



BAB II

KAJIAN TEORI

A. Teori Sistem Pelayanan

1. Pengertian Sistem

Istilah sistem paling sering digunakan untuk menunjuk pengertian metode atau cara dan sesuatu himpunan unsur atau komponen yang saling berhubungan satu sama lain menjadi satu kesatuan yang utuh. Sebenarnya penggunaannya lebih dari itu, tetapi kurang dikenal. Sebagai suatu himpunan, sistem pun didefinisikan bermacam-macam pula. Istilah sistem berasal dari bahasa Yunani “systema” yang mempunyai pengertian demikian:

1. Suatu keseluruhan yang tersusun dari sekian banyak bagian
2. Hubungan yang berlangsung di antara satuan-satuan atau komponen secara teratur (Harahap, 2011).

Jadi, dengan kata lain istilah “systema” itu mengandung arti sehimpunan bagian atau komponen yang saling berhubungan secara teratur dan merupakan satu keseluruhan. Pengertian serupa itu pada perkembangannya kemudian hanya merupakan salah satu pengertian saja. Sebab ternyata istilah itu dipergunakan untuk menunjuk banyak hal, misalnya mengatakan bahwa N. Jordan di dalam tulisannya yang berjudul *Some Thinking about System* telah mengemukakan tidak kurang dari 15 macam cara orang mempergunakan istilah sistem tersebut. Optner sendiri mengatakan bahwa tidak semua pengertian atau penggunaan istilah sistem tersebut penting untuk diketahui. Yang dianggap penting mengapa

dikemukakan adalah agar tahu bahwa istilah sistem itu ternyata dipakai untuk menunjukkan bukan cuma satu dua pengertian saja, melainkan banyak sekali (Harahap, 2011).

1. Prosedur Kerja

Prosedur kerja merupakan tahapan dalam tata kerja yang harus dilalui suatu pekerjaan baik mengenai dari mana asalnya dan mau menuju mana, kapan pekerjaan tersebut harus diselesaikan maupun alat apa yang harus digunakan agar pekerjaan tersebut dapat diselesaikan.

2. Metode Kerja

Secara etimologis, metode berasal dari kata *met* dan *hodes* yang berarti melalui. Dalam Bahasa Inggris, yaitu *method*. Dalam Macquarie Dictionary (1982), “*a method is a way of doing something, especially in accordance with a definite plan*”, artinya metode adalah suatu cara melakukan sesuatu, terutama yang berkenaan dengan rencana tertentu. Berikut ini adalah pengertian dan definisi metode menurut para ahli:

1. Rothwell & Kazanas : Metode adalah cara, pendekatan, atau proses untuk menyampaikan informasi.
2. Titus : Metode adalah rangkaian cara dan langkah yang tertib dan terpola untuk menegaskan bidang keilmuan.
3. Macquarie : Metode adalah suatu cara melakukan sesuatu, terutama yang berkenaan dengan rencana tertentu.
4. Wiradi : Metode adalah seperangkat langkah (apa yang harus dikerjakan) yang tersusun secara sistematis (urutannya logis).

5. Drs. Agus M. Hardjana : Metode adalah cara yang sudah dipikirkan masak-masak dan dilakukan dengan mengikuti langkah-langkah tertentu guna mencapai tujuan yang hendak dicapai (Kurniawan, 2005).

Jadi dari beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa metode adalah jalan atau cara yang harus ditempuh untuk mencapai suatu tujuan. Sehingga 2 hal penting yang terdapat dalam sebuah metode adalah : cara melakukan sesuatu dan rencana dalam pelaksanaan.

2. Pengertian Pelayanan Publik

Dalam pelaksanaan pelayanan publik harus berdasarkan standar pelayanan sebagai tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur. Pelayanan publik diatur dalam Undang-Undang No.25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik, peraturan ini dimaksudkan untuk memberikan kepastian hukum dalam hubungan antara masyarakat dan penyelenggara dalam pelayanan publik (Kurniawan, 2005).

Pelayanan pada dasarnya adalah kegiatan yang ditawarkan oleh organisasi atau perorangan kepada konsumen yang dilayani yang bersifat tidak berwujud dan tidak dimiliki. Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Morman (dalam Sutopo dan Suryanto, 2003:8), mengenai karakteristik tentang pelayanan yaitu: pelayanan bersifat tidak dapat diraba, pelayanan itu kenyataannya terdiri dari tindakan dan merupakan pengaruh yang sifatnya adalah tindakan sosial, produksi dan konsumsi dari pelayanan tidak dapat

dipisahkan secara nyata, karena pada umumnya kejadiannya bersamaan dan terjadi di tempat yang sama. Karakteristik tersebut dapat menjadi dasar bagaimana memberikan pelayanan yang terbaik (Barata, 2003).

Pengertian yang lebih luas juga disampaikan oleh Daviddow dan Utal (dalam Sutopo dan Suryanto, 2003:9) bahwa pelayanan merupakan usaha apa saja yang mempertinggi kepuasan pelanggan. Pencapaian kepuasan pelanggan melalui kualitas pelayanan dapat ditingkatkan dengan pendekatan :

- 1) Memperkecil kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara pihak manajemen dan pelanggan. Misalnya melakukan penelitian dengan metode pengamatan bagi para pegawai perusahaan tentang pelaksanaan pelayanan.
- 2) Perusahaan harus mampu membangun komitmen bersama untuk menciptakan visi di dalam perbaikan proses pelayanan yang termasuk di dalamnya memperbaiki cara berpikir, perilaku, kemampuan, pengetahuan dan semua sumber daya manusia yang ada.
- 3) Memberi kesempatan kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan. Pelayanan diartikan sebagai pemberian layanan keperluan orang yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan (Suryanto, 2003).

Pengertian pelayanan menurut American Marketing Association, seperti dikutip oleh (Hardiansyah 2011:10), bahwa: Pelayanan pada dasarnya adalah merupakan kegiatan atau manfaat yang ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain dan pada hakekatnya tidak berwujud serta tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu, proses produksinya juga mungkin tidak dikaitkan dengan suatu produk fisik (Anggraeni, 2013).

Menurut Poerwadarminta, dilihat dari sisi etimologis yang menunjukkan bahwa Pelayanan berasal dari kata layan yang berarti membantu menyiapkan/mengurus apa-apa yang diperlukan seseorang, kemudian pelayanan dapat diartikan sebagai perihal/cara melayani, service/jasa, sehubungan dengan jual beli barang atau jasa” (Anggraeni, 2013).

Moenir (2006, pp. 26–27) berpendapat bahwa pelayanan adalah kegiatan yang dilakukan seseorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor material melalui sistem prosedur dan metode tertentu dalam usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya. Suatu pelayanan akan dapat terlaksana dengan baik dan memuaskan apabila didukung oleh beberapa faktor :

- a. Kesadaran para pejabat dan pimpinan pelaksana.
- b. Adanya aturan yang memadai.
- c. Organisasi dengan mekanisme sistem yang dinamis.
- d. Pendapatan pegawai yang cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum.
- e. Kemampuan dan keterampilan yang sesuai dengan tugas atau pekerjaan yang di pertanggungjawabkan
- f. Tersedianya sarana pelayanan sesuai dengan jenis dan bentuk tugas/pekerjaan pelayanan (Moenir, 2006).

Tjosvold (sebagaimana yang dikutip dari bukunya Sadu Wasistiono (2003:42) mengemukakan bahwa melayani masyarakat baik sebagai kewajiban maupun sebagai kehormatan merupakan dasar bagi terbentuknya masyarakat yang manusiawi yang artinya pemberian pelayanan kepada masyarakat

merupakan kewajiban utama bagi pemerintah. Perannya di dalam pemberi pelayanan adalah bertindak sebagai katalisator yang mempercepat proses pelayanan sesuai dengan apa yang seharusnya (Wasistiono, 2014).

Menurut Rahardjo Adisasmita (2009) Pelayanan Publik adalah segala kegiatan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan, dalam pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peningkatan pelayanan publik yang efisien dan efektif akan mendukung tercapainya efisiensi dan efektif akan mendukung tercapainya efisiensi pembiayaan, artinya ketika pelayanan umum yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pihak yang dilayani berjalan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya atau mekanisme atau prosedurnya tidak berbelit-belit, akan mengurangi biaya atau beban bagi pihak pemberi pelayanan dan juga penerima pelayanan (Zuliah & Pulungan, 2020).

Setiap pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang harus dimiliki dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan penerima pelayanan .

Menurut Rahardjo Adisasmita (2009) Standar pelayanan publik sekurang-kurangnya meliputi:

1. Prosedur Pelayanan.

Prosedur pelayanan merupakan salah satu dari standar pelayanan publik.

Prosedur pelayanan harus dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan publik, termasuk pengaduan sehingga tidak terjadi permasalahan

dikemudian hari. Prosedur pelayanan harus ditetapkan melalui standar pelayanan minimal, sehingga pihak penerima pelayanan dapat memahami mekanismenya.

2. Waktu Penyelesaian.

Waktu penyelesaian merupakan salah satu dari standar pelayanan publik. Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan. Semakin cepat waktu penyelesaian pelayanan, maka akan semakin meningkatkan kepercayaan masyarakat akan pelayanan yang diberikan.

3. Produk Pelayanan.

Produk pelayanan merupakan salah satu dari standar pelayanan publik. Hasil pelayanan akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan harus dipahami secara baik, sehingga memang membutuhkan sosialisasi kepada masyarakat.

4. Biaya Pelayanan.

Biaya pelayanan merupakan salah satu dari standar pelayanan publik. Biaya pelayanan termasuk rinciannya harus ditentukan secara konsisten dan tidak boleh ada diskriminasi, sebab akan menimbulkan ketidakpercayaan penerima pelayanan kepada pemberi pelayanan. Biaya pelayanan ini harus jelas pada setiap jasa pelayanan yang akan diberikan kepada masyarakat, sehingga tidak menimbulkan kecemasan, khususnya kepada pihak atau masyarakat yang kurang mampu.

5. Sarana dan Prasarana.

Sarana dan prasarana merupakan salah satu dari standar pelayanan publik. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan publik sangat menentukan dan menunjang keberhasilan penyelenggaraan pelayanan.

6. Kompetensi Petugas Pemberi Pelayanan.

Kompetensi petugas pemberi pelayanan merupakan salah satu dari standar pelayanan publik. kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan agar pelayanan yang diberikan bermutu (Nurramadani, 2017).

Adapun bentuk dan sifat penyelenggaraan pelayanan umum harus mengandung sendi-sendi: kesederhanaan, kejelasan, kepastian, keamanan, keterbukaan, efisiensi, ekonomis, keadilan, dan ketepatan waktu (Kurniawan, 2005) Uraianya sebagai berikut:

1) Kesederhanaan.

Yang dimaksud dengan kesederhanaan meliputi mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.

2) Kejelasan dan kepastian.

Arti adanya kejelasan dan kepastian di sini adalah hal-hal yang berkaitan dengan :

- a) Prosedur atau tata cara pelayanan umum;
- b) Persyaratan pelayanan umum, baik teknis maupun administratif;
- c) Unit kerja dan atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan umum;

- d) Rincian biaya/tarif pelayanan umum dan tata cara pembayarannya;
- e) Jadwal waktu penyelesaian pelayanan umum;
- f) Hak dan Kewajiban, baik bagi pemberi pelayanan maupun penerima

pelayanan umum berdasarkan bukti-bukti penerimaan permohonan/
kelengkapannya, sebagai alat untuk memastikan pemrosesan pelayanan
umum;

- g) Pejabat yang menerima keluhan masyarakat.

3) Keamanan. Artinya bahwa dalam proses dan hasil pelayanan umum dapat
memberikan kepastian hukum.

4) Keterbukaan.

Hal-hal yang berkaitan dengan proses pelayanan umum wajib
diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh
masyarakat.

5) Efisiensi

a. Persyaratan pelayanan umum hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan
langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap
memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk
pelayanan umum yang diberikan;

b. Dicegah adanya pengulangan pemenuhan kelengkapan, persyaratan
dalam hal proses pelayanannya mempersyaratkan kelengkapan
persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah lain yang terkait.

6) Ekonomis

Dalam arti pengenaan biaya pelayanan umum harus ditetapkan secara wajar
dengan memperhatikan :

- a. Nilai barang dan atau jasa pelayanan umum dan tidak menuntut biaya yang tinggi di luar kewajaran;
- b. Kondisi dan kemampuan masyarakat untuk membayar secara umum;
- c. Ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

7) Keadilan.

Dimaksud dengan sendi keadilan disini adalah keadilan yang merata, dalam arti cakupan / jangkauan pelayanan umum harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diperlakukan secara adil.

8) Ketetapan Waktu

Yang dimaksud dengan ketetapan waktu di sini adalah dalam pelaksanaan pelayanan umum dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan (Kurniawan, 2005).

Dengan adanya tata cara pelayanan yang jelas dan terbuka, maka masyarakat dalam pengurusan kepentingan dapat dengan mudah mengetahui prosedur ataupun tata cara pelayanan yang harus dilalui. Sehingga pelayanan itu sendiri akan dapat memuaskan masyarakat.

3. Dasar-dasar pelayanan

Suatu pelayanan yang diberikan akan berkualitas jika setiap karyawan telah dibekali dasar-dasar pelayanan. Berikut ini akan dijelaskan dasar-dasar pelayanan yang harus dipahami dan dimengerti seorang karyawan, yaitu:

- a) Berpakaian dan berpenampilan yang rapi dan bersih.

Di sini karyawan harus mengenakan busana yang sepadan dengan kombinasi yang menarik dan juga harus berpakaian necis tidak kumal, terkesan pakaian yang digunakan benar-benar memikat konsumen. Gunakan

pakaian seragam jika petugas telah diberikan pakaian seragam sesuai waktu yang telah ditetapkan.

- b) Percaya diri, bersikap akrab dan penuh dengan senyum.

Karyawan harus bersikap akrab seolah-olah sudah kenal lama. Dalam melayani pelanggan karyawan haruslah murah senyum dengan raut wajah yang menarik hati, serta tidak dibuat-buat.

- c) Menyapa dengan lembut dan berusaha menyebutkan nama jika sudah kenal.

Pada saat konsumen atau pelanggan datang karyawan harus segera menyapa dan kalau sudah bertemu sebelumnya usahakan menyapa dengan menyebutkan namanya. Namun jika belum kenal dapat menyapa dengan sebutan Bapak/Ibu, apa yang kami dapat bantu.

- d) Tenang, sopan, serta tekun mendengarkan setiap pembicaraan.

Usahakan pada saat melayani pelanggan dalam keadaan tenang, tidak terburu-buru, sopan santun dalam bersikap. Kemudian tunjukkan sikap menghormati tamu, tekun mendengarkan sekaligus berusaha memahami keinginan pelanggan.

- e) Berbicara dengan bahasa yang baik dan benar.

Dalam berkomunikasi dengan pelanggan gunakan bahasa Indonesia yang benar atau bahasa daerah yang benar pula. Suara yang digunakan harus jelas dalam arti mudah dipahami dan jangan menggunakan istilah-istilah yang sulit dipahami oleh nasabah.

- f) Jangan menyela atau memotong pembicaraan. Pada saat pelanggan sedang berbicara usahakan jangan memotong atau menyela pembicaraan.

Kemudian hindarkan kalimat yang bersifat teguran atau sindiran yang dapat

menyinggung perasaan pelanggan. Seandainya terjadi sesuatu usahakan jangan berdebat.

g) Mampu meyakinkan pelanggan atau nasabah serta memberikan kepuasan.

Setiap pelayanan yang diberikan harus mampu meyakinkan pelanggan dengan argumen-argumen yang masuk akal.

h) Jika tidak sanggup menangani permasalahan yang ada, minta bantuan. Artinya jika ada pertanyaan atau permasalahan yang tidak sanggup dijawab atau diselesaikan oleh karyawan, maka harus meminta bantuan kepada petugas lain yang mampu (Kurniawan, 2005).

Adapun larangan dalam memberikan pelayanan secara umum dilakukan oleh berbagai perusahaan/organisasi antara lain:

- a. Dilarang berpakaian sembarangan.
- b. Dilarang melayani pelanggan atau tamu sambil makan.
- c. Dilarang melayani konsumen atau tamu sambil mengobrol.
- d. Dilarang menampakkan wajah yang tidak menyenangkan.
- e. Dilarang berdebat atau menyanggah.
- f. Dilarang meninggalkan nasabah.
- g. Dilarang berbicara terlalu keras dan lemah.
- h. Dilarang keras meminta imbalan atau janji-janji (Nurramadani, 2017).

4. Sistem Pelayanan

Sistem pelayanan menurut arti kata, sistem adalah cara teratur untuk melakukan sesuatu. Sistem pelayanan umum sebenarnya merupakan satu kesatuan faktor yang dibutuhkan dalam terselenggaranya suatu pelayanan umum. Sistem pelayanan umum ini terdiri atas empat faktor: pertama sistem

prosedur dan metode yaitu dalam pelayanan umum perlu adanya sistem informasi, prosedur dan metode yang mendukung kelancaran dalam memberikan pelayanan. Kedua, personil terutama ditekankan pada perilaku aparatur, dalam pelayanan umum aparatur pemerintah selaku personil pelayanan harus profesional, disiplin dan terbuka terhadap kritik dari pelanggan atau masyarakat. Ketiga, sarana dan prasarana dalam pelayanan umum diperlukan peralatan dan ruangan kerja serta fasilitas pelayanan umum misalnya: ruang tunggu, tempat parkir yang memadai. Keempat, masyarakat sebagai pelanggan dalam pelayanan umum masyarakat umum masyarakat sebagai pelanggan sangatlah heterogen baik tingkat pendidikan maupun perilakunya (Kurniawan, 2005).

Dalam kamus bahasa Indonesia dijelaskan bahwa pelayanan merupakan suatu hal, cara, atau hasil pekerjaan melayani. Sedangkan melayani adalah menyugahi (orang) dengan makanan, minuman, menyediakan keperluan orang, mengiyakan, menerima, dan menggunakan (Yasin & Hapsoyo, 2008).

Sementara Sampara (dalam L.P Sinembela) menyatakan bahwa pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antar seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan. Pelayanan adalah suatu proses kepada orang lain dengan cara tertentu memerlukan kepekaan agar terciptanya kepuasan dan keberhasilan (Sinambela, 2011).

Menurut Philip Kotler “pelayanan atau service adalah setiap kegiatan atau manfaat yang dapat diberikan suatu pihak kepada pihak lainnya yang pada

dasarnya tidak berwujud dan tidak pula berakibat pemilikan sesuatu dan produksinya dapat atau tidak dapat dikaitkan dengan suatu produk fisik” (A. A. Rohman & Arif, 2008).

Pengertian pelayanan adalah usaha melayani kebutuhan orang lain. Pelayanan pada dasarnya adalah kegiatan yang ditawarkan oleh organisasi atau program kepada konsumen, yang bersifat tidak berwujud dan tidak dapat dimiliki (Kurniawan, 2005).

Moenir mengemukakan bahwa pelaksanaan pelayanan dapat diukur, oleh karena itu dapat ditetapkan standar baik dalam hal waktu yang diperlukan maupun hasilnya. Dengan adanya standar manajemen dapat merencanakan, melaksanakan, mengawasi dan mengevaluasi kegiatan pelayanan, agar hasil akhir memuaskan pihak-pihak yang mendapatkan pelayanan (Moenir, 2006).

Berdasarkan beberapa teori di atas, dapat disimpulkan bahwa pelayanan merupakan suatu kegiatan atau proses yang berlangsung secara berkesinambungan atau terus menerus dalam interaksi antara seorang dengan orang lain dan menyediakan kepuasan pelanggan.

Menurut Kasmir, untuk meningkatkan citra perusahaan, wirausahawan perlu menyiapkan sumber daya manusia (karyawan) yang mampu memenuhi keinginan dan kebutuhan pelanggannya. Karyawan yang diharapkan dapat melayani keinginan dan kebutuhan pelanggan disebut *customer service* (CS) atau ada juga yang menyebutnya *service assistance* (SA) (Harahap, 2011).

Berdasarkan pendapat di atas, dapat dijelaskan bahwa pelayanan sangat memegang peranan penting dalam membangun citra positif bagi sebuah perusahaan khususnya yang berkaitan dengan pelayanan jasa. Semakin baik

pelayanan yang diberikan oleh perusahaan maka akan memberikan dampak positif bagi kemajuan perusahaan itu sendiri. Sebagaimana dikemukakan oleh Kotler bahwa ada enam pendekatan untuk meningkatkan pelayanan yakni sebagai berikut:

- a. Mengharuskan para penyedia jasa bekerja lebih keras dengan keahlian yang lebih tinggi. Bekerja lebih keras bukanlah merupakan pemecahan yang tepat, tetapi bekerja dengan keaslian yang tinggi, yang dapat dilakukan melalui prosedur, seleksi dan pelatihan yang baik.
- b. Meningkatkan pelayanan dengan melepaskan beberapa mutu.
- c. Mengindustrialisasikan pelayanan dengan menambahkan peralatan dan melakukan standarisasi produksi.
- d. Mengurangi pelayanan dengan melakukan suatu pemecahan produk.
- e. Mendesain pelayanan yang lebih efektif.
- f. Memberikan konsumen insentif dengan menukarkan pekerjaan yang biasa dilakukan oleh karyawan perusahaan untuk dikerjakan sendiri (Setyaningsih, 2013).

Untuk menarik pelanggan dan mempertahankan pelanggan lama, suatu perusahaan harus mengadakan pelayanan dengan baik dan teratur. Hal tersebut perlu dilakukan oleh suatu perusahaan, karena sikap pelanggan adalah dinamis jika ia menyukai barang atau jasa dari suatu perusahaan dan berhak menentukan pilihan yang cocok bagi mereka. Budaya pelayanan yang harus dikembangkan dalam setiap organisasi harus meliputi dua tingkatan, yaitu:

- a. Pelayanan yang harus diperlihatkan:

Kehandalan (*Reliability*), daya tanggap (*Responsiveness*), jaminan (*Assurance*), empati (*Empathy*), bukti fisik (Tangibles).

b. Nilai-nilai dasar yang harus dimiliki setiap anggota:

- 1) Nilai kejujuran (*Honesty*), hal ini tidak terbatas kebenaran dalam melakukan tugas, tetapi mencakup cara yang terbaik dalam melakukan bisnis.
- 2) Tanggap atau hormat (*Respect*), rasa hormat dibutuhkan dalam interaksi diantara stakeholder (konsumen, karyawan, pemasok, dan dengan mitra bisnis).
- 3) Nilai kegembiraan (*Happiness*), ini harus dimiliki oleh para pegawai dengan harapan kegembiraan yang dimiliki para pegawai tersebut akan menimbulkan pelayanan yang memuaskan.
- 4) Nilai kerjasama (*Teamwork*), merupakan aktivitas yang bertujuan untuk membangun kekuatan-kekuatan atau sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing anggota.
- 5) Nilai kemauan (*Willingness*), disini menunjukkan kepada kemauan dan kerelaan untuk melakukan tugas dan tanggung jawab dalam kerangka pemikiran untuk memuaskan konsumen (Moenir, 2006).

5. Dimensi/Indikator Sistem Pelayanan

Untuk menilai berkualitas sistem pelayanan publik itu sendiri, terdapat sejumlah indikator yang dapat digunakan menurut Lenvine (dalam Dwiyanto 2006 :120) Produk pelayanan publik didalam Negara demokrasi setidaknya harus memenuhi tiga indikator yaitu *responsiveness* ,*responsibility*, dan *accountability* yaitu:

- a) *Responsivness* atau responsivitas adalah daya tanggap penyedia layanan terhadap harapan, keinginan, aspirasi maupaun tuntutan pengguna layanan.
- b) *Responsibility* atau *responsibilitas* adalah suatau ukuran yang menunjukkan seberapa jauh proses pemberian pelayanan publik itu dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip atau ketentuan-ketentuan administarsi dan organisasi yang benar dan telah ditetapkan.
- c) *Accountability* atau akuntabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukan seberapa besar proses penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan kepentingan stakeholders dan norma-norma yang berkembang dalam masyarakat (Setijaningrum, 2009).

Sementara itu, Gibson , Ivancevich dan Donnely (dalam Dwiyanto 2006:64) memasukan dimensi waktu, yaitu menggunakan ukuran jangka pendek, jangka panjang, jangka menengah dalam melihat kinerja organisasi publik. Dalam hal ini, kinerja pelayana publik terdiri dari produksi, mutu, efesiensi, fleksibilitas, dan kepuasan untuk ukuran jangka pendek persaingan dan pengembangan untuk jangka menengah serta kelangsungan hidup.

- 1) Produksi adalah ukuran yang menunjukkan kemampuan organisasi untuk menghasilkan keluaran yang dibutuhkan oleh lingkungannya.
- 2) Mutu adalah kemampuan organisasi untuk memenuhi harapan pelanggan
- 3) Efisiensi adalah perbandingan terbaik antara keluaran dan masukan
- 4) Fleksibilitas adalah ukuran yang menunjukan daya tanggap organisasi terhadap tuntutan perubahan internal dan eksternal.
- 5) Kepuasan menunjukan pada perasaan karyawan terhadap pekerjaan dan peran mereka di dlam organisasi.

- 6) Persaingan menggambarkan posisi organisasi di dalam berkompetesi dengan organisasi lain yang sejenis.
- 7) Pengembangan adalah ukuran yang mencerminkan kemampuan dan tanggungjawab organisasi dalam memperbesar kapasitas dan potensinya untuk berkembang melalui investasi sumberdaya.
- 8) Kelangsungan hidup adalah kemampuan organisasi untuk tetap eksis di dalam menghadapi segala perubahan (Setijaningrum, 2009).

Sedangkan Zeithaml, parasuraman dan berry (1990:26) menggunakan ukuran *tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy*.

1. *Tangibles*, yaitu fasilitas fisik, peralatan.pegawai, dan fasilitas-fasilitas komunikasi yang dimiliki oleh penyedia layanan.
2. *Realibility* atau realibilitas adalah kemampuan untuk menyelenggarakan pelayanan yang dijanjikan secara akurat.
3. *Responsiviness* atau responsivitas adalah kerelaan untuk menolong pengguna layanan dan menyelenggarakan pelayanan secara ikhlas.
4. *Assurance* atau kepastian adalah pengetahuan, kesopanan, dan kemampuan para petugas penyedia layanan dalam memberikan kepercayaan kepada petugas layanan.
5. *Empathy* adalah kemampuan untuk memberikan perhatian kepada pengguna layanan secara individual (Adrianto, 2015)

Sedangkan menurut menurut Gronroos (dalam Tjiptono 2011:202) dimensi kualitas jasa yang digunakan untuk mengukur berkualitas sistem pelayanan ada tiga kriteria pokok yaitu *outcome-related* (berhubungan dengan hasil), *process-related* (berhubungan dengan proses) dan *image-related*

criteria (berhubungan dengan citra jasa) dan ketiga kriteria tersebut di jabarkan menjadi 6 unsur yaitu :

1. *Professionalism and skill* (Profesionalisme dan keahlian) kriteria ini merupakan *outcome-related* (berhubungan dengan hasil) dimana pelanggan menyadari bahwa penyedia jasa, karyawan, sistem operasional dan sumber daya fisik, memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah pelanggan secara profesional.
2. *Attitudes and behavior* (Sikap dan perilaku) Kriteria ini merupakan *process-related* criteria dimana pelanggan merasa bahwa karyawan menaruh perhatian terhadap mereka dan berusaha membantu dalam memecahkan masalah mereka secara spontan dan senang hati.
3. *Accessibility and flexibility* (Kemudahan pencapaian dan penyesuaian pelayanan) kriteria ini merupakan *process-related* criteria dimana pelanggan merasa bahwa penyedia jasa, lokasi, jam kerja, karyawan dan sistem operasionalnya, dirancang dan dioperasikan sedemikian rupa sehingga pelanggan dapat melakukan akses dengan mudah. Selain itu dirancang juga dengan maksud agar dapat bersifat *fleksibel* dalam menyesuaikan permintaan dan keinginan pelanggan.
4. *Reliability and trustworthiness* (Kehandalan dan kepercayaan) Kriteria ini juga termasuk dalam *process-related* criteria dimana pelanggan memahami bahwa apapun yang terjadi mereka bisa mempercayakan sesuatu kepada penyedia jasa beserta karyawan sistemnya.

5. *Recovery* (Pengendalian situasi dan pemecahan masalah) *Recovery* termasuk dalam proses *process-related criteria*, pelanggan menyadari bahwa bila ada kesalahan atau bila ada terjadi sesuatu yang tidak diharapkan, maka penyedia jasa akan segera mengambil tindakan untuk mengendalikan situasi dan mencari pemecahan yang tepat.

6. *Reputation and credibility* (Nama baik dan dapat dipercaya) Kriteia ini merupakan *image-related criteria*, pelanggan menyakini bahwa operasi dan penyedia jasa dapat dipercaya dan memberikan nilai atau imbalan yang sesuai dengan pengorbananya.

6. Implementasi Kebijakan Publik

Abdul Wahab (2012 h.130-132) menguraikan bahwa implementasi sebagian besar kebijakan publik atau program-program pemerintah pasti akan melibatkan sejumlah pembuat kebijakan, yang masing-masing berusaha keras untuk memengaruhi perilaku birokrat garda depan/pejabat lapangan (*street level bureaucrats*) dalam rangka memberikan pelayanan atau jasa tertentu kepada masyarakat, atau mengatur perilaku dari satu atau lebih kelompok sasaran.

Menurut model Edward III dalam Widodo (2012, h. 96-107) mengajukan empat faktor atau variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan. variabel atau faktor tadi antara lain meliputi variabel atau faktor *communication*, *resources*, dan *bureaucratic structure* yaitu sebagai berikut:

a. Faktor komunikasi (*communication*).

Komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian informasi komunikator kepada komunikan. Komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*policy maker*) kepada pelaksana kebijakan (*policy implementors*).

b. Sumber Daya (*Resources*).

Sumber-sumber dalam implementasi kebijakan memegang peranan penting, karena implementasi kebijakan tidak akan efektif bilamana sumber-sumber pendukungnya tidak tersedia. Sumber daya yang dimaksud adalah sumber daya manusia, sumber daya anggaran, sumber daya peralatan, dan sumber daya informasi dan kewenangan.

c. *Bureaucratic structure* (struktur birokrasi).

Menurut (Edward III, 1980 h.125), implementasi kebijakan bisa jadi masih belum efektif karena adanya ketidakefisienan struktur birokrasi (*deficiencies in bureaucratic structure*). Struktur birokrasi ini mencakup aspek-aspek seperti struktur organisasi, pembagian kewenangan, hubungan antara unit-unit organisasi yang ada dalam organisasi yang bersangkutan, dan hubungan organisasi dengan organisasi luar dan sebagainya.

B. Teori Kemiskinan

1. Pengertian Kemiskinan

Kemiskinan secara umum dapat diartikan sebagai kondisi individu penduduk atau keluarga yang tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup

dasarnya secara layak. Namun beberapa institusi atau pihak telah menetapkan acuan dalam penentuan kriteria penduduk miskin (Ridwan, 2011).

Terjadinya kemiskinan penduduk secara garis besar disebabkan oleh faktor eksternal dan internal penduduk. Kemiskinan dilihat dari penyebabnya dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: Kemiskinan absolut dan Kemiskinan struktural. Kemiskinan absolut yaitu kemiskinan yang disebabkan faktor internal penduduk sendiri. Misalkan disebabkan tingkat pendidikan rendah, ketrampilan rendah, budaya dan sebagainya. Kemiskinan struktural adalah kemiskinan yang disebabkan oleh faktor eksternal sehingga kemampuan akses sumberdaya ekonomi rendah, pada gilirannya pendapatan penduduk menjadi rendah (Suparlan, 1993).

Menurut Kuncoro (2004), pengukuran kriteria garis kemiskinan di Indonesia diukur untuk kemiskinan absolut. Institusi pemerintah yang biasa menetapkan kriteria garis kemiskinan yaitu Badan Pusat Statistik (BPS). Menurut BPS (1994), kriteria batas miskin menggunakan ukuran uang rupiah yang dibelanjakan per kapita sebulan untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum makanan dan bukan makanan. Berarti kriteria garis kemiskinan diukur dari dua komponen, yaitu garis kemiskinan makanan dan garis kemiskinan bukan makanan (Dillon, 1993).

Kemiskinan merupakan refleksi dari ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya sesuai dengan standar yang berlaku. Hendra Esmara (1986) mengukur dari ketidakmampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhan sesuai dengan standar yang berlaku, maka kemiskinan dapat dibagi tiga:

1. Miskin absolut yaitu apabila hasil pendapatannya berada di bawah garis kemiskinan, tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum; pangan, sandang, kesehatan, papan, pendidikan.
2. Miskin relatif yaitu seseorang sebenarnya telah hidup di atas garis kemiskinan namun masih berada di bawah kemampuan masyarakat sekitarnya.
3. Miskin kultural yaitu berkaitan erat dengan sikap seseorang atau sekelompok masyarakat yang tidak mau berusaha memperbaiki tingkat kehidupannya sekalipun ada usaha dari pihak lain yang membantu.

Pengalaman di lapangan menunjukkan bahwa pendekatan permasalahan kemiskinan dari segi pendapatan saja tidak mampu memecahkan permasalahan komunitas. Karena permasalahan kemiskinan komunitas bukan hanya masalah ekonomi namun meliputi berbagai masalah lainnya. Kemiskinan dalam berbagai bidang ini disebut dengan kemiskinan plural. Delina Hutabarat (1994), menyebutkan sekurang-kurangnya ada enam macam kemiskinan yang ditanggung komunitas yaitu:

1. Kemiskinan Subsistensi yaitu penghasilan rendah, jam kerja panjang, perumahan buruk, fasilitas air bersih mahal.
2. Kemiskinan Perlindungan yaitu lingkungan buruk (sanitasi, sarana pembuangan sampah, polusi), kondisi kerja buruk, tidak ada jaminan atas hak pemilikan tanah.
3. Kemiskinan Pemahaman yaitu kualitas pendidikan formal buruk, terbatasnya akses atas informasi yang menyebabkan terbatasnya kesadaran atas hak, kemampuan, dan potensi untuk mengupayakan perubahan.

4. Kemiskinan Partisipasi yaitu tidak ada akses dan control atas proses pengambilan keputusan yang menyangkut nasib diri dan komunitas.
5. Kemiskinan Identitas yaitu terbatasnya pembauran antar kelompok sosial, terfragmentasi.
6. Kemiskinan Kebebasan yaitu stress, rasa tidak berdaya, tidak aman baik ditingkat pribadi maupun komunitas.

Menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia, secara harfiah kata miskin diberi arti tidak berharta benda. Sayogyanya membedakan tiga tipe orang miskin, yakni miskin (*poor*), sangat miskin (*very poor*) dan termiskin (*poorest*). Penggolongan ini berdasarkan pendapatan yang diperoleh setiap tahun. Orang miskin adalah orang yang berpenghasilan kalau diwujudkan dalam bentuk beras yakni 320 kg/orang/tahun. Jumlah tersebut dianggap cukup memenuhi kebutuhan makan minimum (1,900 kalori/orang/hari dan 40 gr protein/orang/hari). Orang yang sangat miskin berpenghasilan antara 240 kg sampai 320 kg beras/orang/tahun, dan orang yang digolongkan sebagai termiskin berpenghasilan berkisar antara 180 kg, 240 kg beras/orang/tahun (Suparlan, 1993).

Menurut BPS, penduduk miskin adalah mereka yang asupan kalorinya di bawah 2,100 kalori berdasarkan kategori food dan nonfood diukur menurut infrastruktur antara lain jalan raya, rumah, serta ukuran sosial berupa kesehatan dan pendidikan. Menurut ketentuan BPS kebutuhan makanan minimum per kapita penduduk yaitu sebanyak 2.100 kalori per hari. Mengingat bahan makanan penduduk berbeda-beda, maka ukuran konsumsinya dilihat dari jumlah rupiahnya (Ridwan, 2011).

Pendekatan garis kemiskinan lainnya yang dikemukakan oleh Sayogo (dalam Kuncoro, 2004), menggunakan dasar harga beras. Menurut Sayogo, definisi kemiskinan adalah tingkat konsumsi per kapita setahun yang sama dengan beras. Berarti jumlah uang rupiah yang dibelanjakan setara dengan nilai beras sebanyak 20 kilogram untuk daerah pedesaan dan 30 kilogram daerah perkotaan (Ridwan, 2011).

2. Konsep dan Indikator Kemiskinan Versi Pemerintah Indonesia

Masalah kemiskinan bisa ditinjau dari lima sudut, yaitu prosentase penduduk miskin, pendidikan (khususnya angka buta huruf), kesehatan (antara lain angka kematian bayi dan anak balita kurang gizi), ketenagakerjaan, dan ekonomi (konsumsi/kapita). Bappenas (2004) mendefinisikan kemiskinan sebagai kondisi seseorang atau sekelompok orang, laki-laki dan perempuan, tidak mampu memenuhi hak dasarnya untuk mempertahankan dan mengembangkan kehidupan yang bermartabat. Hak-hak dasar masyarakat desa antara lain, terpenuhinya kebutuhan pangan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, air bersih, pertanahan, sumber daya alam dan lingkungan hidup, rasa aman dari perlakuan atau ancaman tindak kekerasan, dan hak untuk berpartisipasi dalam kehidupan sosial-politik, baik bagi perempuan maupun laki-laki. Untuk mewujudkan hak dasar masyarakat miskin, Bappenas menggunakan beberapa pendekatan utama, antara lain pendekatan kebutuhan dasar, pendekatan pendapatan, pendekatan kemampuan dasar, dan pendekatan objektif dan subjektif (Suparlan, 1993).

Pendekatan kebutuhan dasar, melihat kemiskinan sebagai suatu ketidakmampuan seseorang, keluarga, dan masyarakat dalam memenuhi

kebutuhan minimum, antara lain pangan, sandang, papan, pelayanan kesehatan, pendidikan, penyediaan air bersih dan sanitasi. Menurut pendekatan pendapatan, kemiskinan disebabkan oleh rendahnya penguasaan aset dan alat produktif seperti tanah dan lahan pertanian atau perkebunan, sehingga secara langsung mempengaruhi pendapatan seseorang dalam masyarakat. Pendekatan ini, menentukan secara kaku standar pendapatan seseorang di dalam masyarakat untuk membedakan kelas sosialnya. Keterbatasan kemampuan ini menyebabkan tertutupnya kemungkinan bagi orang miskin terlibat dalam pengambilan keputusan. Pendekatan obyektif atau sering juga disebut sebagai pendekatan kesejahteraan menekankan pada penilaian normatif dan syarat yang harus dipenuhi agar keluar dari kemiskinan. Pendekatan subyektif menilai kemiskinan berdasarkan pendapat atau pandangan orang miskin sendiri (Suparlan, 1993).

Indikator-indikator utama kemiskinan berdasarkan pendekatan di atas yang di kutip dari Badan Pusat Statistik, antara lain sebagai berikut:

1. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (sandang, pangan dan papan).
2. Tidak adanya akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi).
3. Tidak adanya jaminan masa depan (karena tiadanya investasi untuk pendidikan dan keluarga).
4. Kerentanan terhadap guncangan yang bersifat individual maupun massa.
5. Rendahnya kualitas sumber daya manusia dan terbatasnya sumber daya alam.

6. Kurangnya apresiasi dalam kegiatan sosial masyarakat.
7. Tidak adanya akses dalam lapangan kerja dan mata pencaharian yang berkesinambungan.
8. Ketidakmampuan untuk berusaha karena cacat fisik maupun mental.
9. Ketidakmampuan dan ketidaktergantungan sosial (anak-anak terlantar, wanita korban kekerasan rumah tangga, janda miskin, kelompok marginal dan terpencil) (Suparlan, 1993).

Indikator kemiskinan menurut Bappenas (2006) adalah terbatasnya kecukupan dan mutu pangan, terbatasnya akses dan rendahnya mutu layanan kesehatan, terbatasnya akses dan rendahnya mutu layanan pendidikan, terbatasnya akses terhadap air bersih, lemahnya kepastian kepemilikan dan penguasaan tanah, memburuknya kondisi lingkungan hidup dan sumber daya alam, lemahnya jaminan rasa aman, lemahnya partisipasi, dan besarnya beban kependudukan yang disebabkan oleh besarnya tanggungan keluarga dan adanya tekanan hidup yang mendorong terjadinya migrasi (Ridwan, 2011).

3. Penyebab Kemiskinan

Kemiskinan merupakan salah satu problem sosial yang amat serius. Langkah awal yang perlu dilakukan dalam membahas masalah ini adalah mengidentifikasi apa sebenarnya yang dimaksud dengan miskin atau kemiskinan dan bagaimana mengukurnya. Konsep yang berbeda akan melahirkan cara pengukuran yang berbeda pula. Setelah itu, dicari faktor-faktor dominan (baik yang bersifat kultural maupun struktural) yang menyebabkan kemiskinan. Langkah berikutnya adalah mencari solusi yang relevan untuk

memecahkan problem dengan cara merumuskan strategi mengentaskan kelompok miskin atau masyarakat miskin (Suparlan, 1993).

Kemiskinan menurut Sharp (1996), dari sisi ekonomi penyebabnya dibagi menjadi tiga yaitu: Pertama, secara mikro, kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumber daya yang menimbulkan distribusi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumberdaya alam jumlah terbatas dan kualitasnya rendah. Kedua, kemiskinan muncul akibat perbedaan kualitas sumberdaya manusia. Kualitas sumberdaya manusia yang rendah berarti produktivitasnya rendah, yang pada gilirannya upahnya rendah. Rendahnya kualitas sumberdaya manusia ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, atau karena keturunan. Ketiga, kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam akses modal (Suparlan, 1993).

Sedangkan Nasikun menyoroti beberapa sumber dan proses penyebab terjadinya kemiskinan, yaitu:

1. *Policy induces processes*, yaitu proses kemiskinan yang dilestarikan, direproduksi melalui pelaksanaan suatu kebijakan (induced of policy) diantaranya adalah kebijakan anti kemiskinan, tetapi realitanya justru melestarikan.
2. *Socio-economic Dualism*, yaitu negara ekskoloni yang mengalami kemiskinan karena pola produksi kolonial, yaitu petani menjadi marginal karena tanah yang paling subur dikuasai petani skala besar dan berorientasi ekspor.

3. *Population Growth*, yaitu perspektif yang didasari pada teori Malthus bahwa penambahan penduduk seperti deret ukur sedangkan penambahan pangan seperti deret hitung.
4. *Resources management and The Environment*, yaitu adanya unsur misalnya manajemen sumber daya alam dan lingkungan, seperti manajemen pertanian yang asal tebang akan menurunkan produktivitas.
5. *Natural Cycles and Processes*, yaitu kemiskinan yang terjadi karena siklus alam. Misalnya tinggal di lahan kritis, dimana lahan ini jika turun hujan akan terjadi banjir tetapi jika musim kemarau akan kekurangan air, sehingga tidak memungkinkan produktivitas yang maksimal terus-menerus.
6. *The Marginalization of Woman*, yaitu peminggiran kaum perempuan karena perempuan masih dianggap sebagai golongan kelas kedua, sehingga akses dan penghargaan hasil kerja yang diberikan lebih rendah dari laki-laki.
7. *Cultural and Ethnic Factors*, yaitu bekerjanya faktor budaya dan etnik yang memelihara kemiskinan. Misalnya, pola hidup konsumtif pada petani dan nelayan ketika panen raya, serta adat-istiadat yang konsumtif saat upacara adat-istiadat keagamaan.
8. *Exploitative Intermediation*, yaitu keberadaan penolong yang menjadi penodong, seperti rentenir (lintah darat).
9. *Internal Political Fragmentation and Civil stratfe*, yaitu suatu kebijakan yang diterapkan pada suatu daerah yang fragmentasi politiknya yang kuat, dapat menjadi penyebab kemiskinan.

10. *International Processes*, yaitu bekerjanya sistem-sistem internasional (kolonialisme dan kapitalisme) membuat banyak negara menjadi semakin miskin (Suparlan, 1993).

Selain beberapa faktor di atas, penyebab kemiskinan di masyarakat khususnya di pedesaan disebabkan oleh keterbatasan asset yang dimiliki, yaitu:

1. *Natural Assets*; seperti tanah dan air, karena sebagian besar masyarakat desa hanya menguasai lahan yang kurang memadai untuk mata pencahariannya.
2. *Human Assets*; menyangkut kualitas sumber daya manusia yang relatif masih rendah dibandingkan masyarakat perkotaan (tingkat pendidikan, pengetahuan, keterampilan maupun tingkat kesehatan dan penguasaan teknologi).
3. *Physical Assets*; minimnya akses ke infrastruktur dan fasilitas umum seperti jaringan jalan, listrik dan komunikasi.
4. *Financial Assets*; berupa tabungan (saving), serta akses untuk memperoleh modal usaha.
5. *Sosial Assets*; berupa jaringan, kontak dan pengaruh politik, dalam hal ini kekuatan bargaining position dalam pengambilan keputusan-keputusan politik (Suparlan, 1993).

Hubungan antara pertumbuhan ekonomi, kemiskinan, dan ketimpangan telah banyak dilakukan di Indonesia, salah satunya dilakukan oleh Sumarto (2002) dari SMERU Research Institute. Penelitian ini melakukan studi pada 100 desa selama periode Agustus 1998 hingga Oktober 1999. Berdasarkan hasil studi tersebut ada beberapa hal yang menjadi temuan berkaitan dengan penanggulangan kemiskinan antara lain:

- a) Terdapat hubungan negatif yang sangat kuat antara pertumbuhan dan kemiskinan. Artinya ketika perekonomian tumbuh, kemiskinan berkurang; namun ketika perekonomian mengalami kontraksi pertumbuhan, kemiskinan meningkat lagi.
- b) Pertumbuhan tidak mengurangi kemiskinan secara permanen. Walaupun terjadi pertumbuhan dalam jangka panjang selama periode sebelum krisis, banyak masyarakat yang tetap rentan terhadap kemiskinan. Oleh karena itu, manajemen kejutan (management of shocks) dan jaring pengaman harus diterapkan.
- c) Pertumbuhan secara kontemporer dapat mengurangi kemiskinan. Sehingga pertumbuhan yang berkelanjutan penting untuk mengurangi kemiskinan.
- d) Pengurangan ketimpangan mengurangi kemiskinan secara signifikan. Sehingga sangat tepat untuk mencegah pertumbuhan yang meningkatkan ketimpangan.
- e) Memberikan hak atas properti dan memberikan akses terhadap kapital untuk golongan masyarakat miskin dapat mengurangi kesenjangan, merangsang pertumbuhan, dan mengurangi kemiskinan (Ridwan, 2011).

4. Karakteristik atau Ciri-ciri Penduduk Miskin

Emil Salim (1976) mengemukakan lima karakteristik kemiskinan, kelima karakteristik kemiskinan tersebut adalah:

1. Penduduk miskin pada umumnya tidak memiliki faktor produksi sendiri.
2. Tidak mempunyai kemungkinan untuk memperoleh aset produksi dengan kekuatan sendiri.

3. Tingkat pendidikan pada umumnya sendiri.
4. Banyak diantara mereka tidak mempunyai fasilitas.
5. Diantara mereka berusaha relatif muda dan tidak mempunyai keterampilan atau pendidikan yang memadai.

Ciri-ciri kelompok (penduduk) miskin, yaitu :

1. Rata-rata tidak mempunyai faktor produksi sendiri seperti tanah, modal, peralatan kerja dan keterampilan.
2. Mempunyai tingkat pendidikan yang rendah.
3. Kebanyakan bekerja atau berusaha sendiri dan bersifat usaha kecil (sektor informal), setengah menganggur atau menganggur (tidak bekerja).
4. Kebanyakan berada di pedesaan atau daerah tertentu perkotaan (slum area).
5. Kurangnya kesempatan untuk memperoleh (dalam jumlah yang cukup), bahan kebutuhan pokok, pakaian, perumahan, fasilitas kesehatan sosial lainnya.

Kelompok penduduk miskin yang berada pada masyarakat pedesaan dan perkotaan, pada umumnya dapat digolongkan pada buruh tani, petani gurem, pedagang kecil, nelayan, pengrajin kecil, buruh, pedagang kaki lima, pedagang asongan, pemulung, gelandangan, pengemis, dan pengangguran (Suparlan, 1993).

Untuk mengukur kemiskinan, Indonesia melalui BPS menggunakan pendekatan kebutuhan dasar (basic needs) yang dapat diukur dengan angka atau hitungan Indeks Perkepala (Head Count Index), yakni jumlah dan

prosentase penduduk miskin yang berada di bawah garis kemiskinan. Garis kemiskinan ditetapkan pada tingkat yang selalu konstan secara riil sehingga kita dapat mengurangi angka kemiskinan dengan menelusuri kemajuan yang diperoleh dalam mengentaskan kemiskinan di sepanjang waktu. Salah satu cara mengukur kemiskinan yang diterapkan di Indonesia yakni mengukur derajat ketimpangan pendapatan di antara masyarakat miskin, seperti koefisien Gini antar masyarakat miskin (GP) atau koefisien variasi pendapatan (CV) antar masyarakat miskin (CVP). Koefisien gini atau CV antar masyarakat miskin tersebut penting diketahui karena dampak guncangan perekonomian pada kemiskinan dapat sangat berbeda tergantung pada tingkat dan distribusi sumber daya di antara masyarakat miskin. Prinsip-prinsip untuk mengukur kemiskinan, yakni :

1. Anonimitas independensi, yaitu ukuran cakupan kemiskinan tidak boleh tergantung pada siapa yang miskin atau pada apakah negara tersebut mempunyai jumlah penduduk yang banyak atau sedikit.
2. Monotonisitas, yakni bahwa jika kita memberi sejumlah uang kepada seseorang yang berada di bawah garis kemiskinan, jika diasumsikan semua pendapatan yang lain tetap maka kemiskinan yang terjadi tidak mungkin lebih tinggi dari pada sebelumnya.
3. Sensitivitas distribusional, yaitu menyatakan bahwa dengan semua hal lain konstan, jika mentransfer pendapatan dari orang miskin ke orang kaya, maka akibatnya perekonomian akan menjadi lebih miskin (Suparlan, 1993).

C. Teori Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan kegiatan dinamis berupa membantumenyiapkan, menyediakan dan memproses serta membantu keperluan orang lain. Menurut Lovely dan Loomba (dalam Muriany 2016: 40) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun, masyarakat. Selaian itu dapat juga diartikan sebagai pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat berupa tindakan penyembuhan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan fungsi organ tubuh seperti sedai kala (Sofiana, 2020).

Kesehatan menurut WHO (1997) adalah suatu keadaan sejahtera sempurna yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, bukan semata-mata bebas darai penyakit atau kelamahan. Sedangkan untuk sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagi faktor yang kompleks dan saling berhubungan, yang terdapat dalam suatu Negara yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat pada setia saat yang dibutuhkan (Rosyadi, 2017).

Di Negara Indonesia, pengertian Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yaitu merupakan suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsanya untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum (Mubarak 2005:70). Pelayanan merupakan

kegiatan dinamis berupa membantu, menyiapkan, menyediakan, dan memproses serta membantu keperluan orang lain (Anggara, 2012).

Berdasarkan rumusan pengertian diatas, dapat dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tergantung dari beberapa faktor yakni :

- 1) Pengorganisasian pelayanan: pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara sendiri atau bersama-sama sebagai anggota dalam suatu organisasi.
- 2) Tujuan atau ruang lingkup kegiatan : pencegahan penyakit , memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, penyembuhan atau pengobatan dan pemulihan kesehatan.
- 3) Sasaran pelayanan : adapun sasaran pelayan terdiri dari perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Adrianto, 2015).

2. Syarat-Syarat Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dirumah sakit adalah kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan administrasi, pelayanan gawat darurat yang mencakup pelayanan medik dan penunjang medik. Dan untuk itu dapat disebut sebagai bentuk pelayanan kesehatan, baik dari jenis pelayanan kesehatan kedokteran maupun dari jenis pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki berbagai syarat pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah:

- a. Tersedia dan berkesinambungan yaitu syarat yang pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat serta bersifat berkesinambungan.

- b. Dapat diterima dan wajar yaitu syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah dapat diterima oleh masyarakat serata bersifat wajar. Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.
- c. Mudah dicapai yaitu syarat pokok yang ketiga. Pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dicapai oleh masyarakat (dari sudut lokasi).
- d. Mudah dijangkau. Pelayanan kesehatan yang baik adalah mudah dijangkau oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini termasuk dari segi biaya untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.
- e. Bermutu. Syarat pokok kesehatan yang baik adalah bermutu. Pengertian yang dimaksud disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang distu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan ,dan dipihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan yang telah ditetapkan (Lijan, 2006).

Konsep pelayanan kesehatan dasar mencakup istilah nilai-nilai dasar tertentu yang berlaku umum terhadap proses pengembangan secara menyeluruh, tetapi dengan pelaksanaan penerapan dibidang kesehatan seperti berikut (Mubarak,2005:61):

- 1) Kesehatan secara mendasar berhubungan dengan tersedianya dan penyebaran sumber daya,bukan hanya sumber daya kesehatan seperti

dokter, perawat, klinik, obat, melainkan juga sumber daya sosial, ekonomi, yang lain seperti pendidikan, air, dan persediaan makanan.

- 2) Pelayanan kesehatan dasar dengan demikian memustakan perhatian kepada adanya kepastian bahwa sumber daya kesehatan dan sumber daya sosial yang ada telah tersebar merata dengan lebih memperhatikan mereka yang paling membutuhkan.
- 3) Kesehatan adalah suatu bagian penting dari pengembangan secara menyeluruh. Faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah faktor sosial, budaya, dan ekonomi disamping faktor biologi dan lingkungan.
- 4) Pencapaian taraf kesehatan yang lebih baik memerlukan keterlibatan yang lebih banyak dari penduduk, seperti perorangan, keluarga, dan masyarakat dalam pengambilan tindakan demi kegiatan mereka sendiri dengan cara menerapkan perilaku sehat dan mewujudkan lingkungan yang sehat.

3. Prinsip-Prinsip Pelayanan Prima di Bidang Kesehatan

Pelayanan prima merupakan atau biasa disebut dengan *excellent service* adalah pelayanan yang sangat baik atau pelayanan yang sangat terbaik, sesuai dengan standar yang berlaku, dengan kata lain pelayanan prima adalah kepedulian kepada pelanggan dengan memberikan layanan terbaik untuk memfasilitasi kemudahan kebutuhan dan mewujudkan kepuasan masyarakat (Adya Brata 2004:24). Pelayanan prima di bidang kesehatan adalah pelayanan terbaik yang diberikan oleh karyawan RS untuk memenuhi/bahkan melampaui harapan pengguna jasa rumah sakit namun harus sesuai dengan prinsip-prinsip pelayanan prima yang baik. Adapun prinsip-prinsip pelayanan prima di bidang kesehatan adalah sebagai berikut (Mubarak,2005:61):

- 1) Mengutamakan pelanggan, prosuder pelayanan disusun demi kemudahan dan kenyamanan pelanggan, bukan untuk memperlancar pekerjaan kita sendiri. Jika pelayanan kita memiliki pelanggan eksternal dan internal maka harus ada prosuder yang berbeda dan terpisah untuk keduanya. Jika pelayanan kita juga memiliki pelanggan tak langsung maka harus dipisahkan jenis-jenis layanan yang sesuai untuk keduanya dan utamakan pelanggan tak langsung.
- 2) Sistem yang efektif, proses pelayanan perlu dilihat sebagai sebuah sistem nyata (*hard system*), yaitu tatanan yang memadukan hasil-hasil kerja dari berbagai unit dalam organisasi. Perpaduan tersebut harus terlihat sebagai sebuah proses pelayanan yang berlangsung dengan tertib dan lancar di mata pelanggan.
- 3) Melayani dengan hati nurani (*soft system*), dalam transaksi tatap muka dengan pelanggan, yang diutamakan keaslian sikap dan perilaku sesuai dengan hati nurani, perilaku yang di buat-buat sangat mudah dikenali pelanggan dan memperburuk citra pribadi pelayanan.
- 4) Perbaikan berkelanjutan, Pelanggan pada dasarnya juga belajar mengenali kebutuhan dirinya dari proses pelayanan. Semakin baik mutu pelayanan maka akan menghasilkan pelanggan yang semakin sulit untuk dipuaskan, karena tuntutan juga semakin tinggi, kebutuhan juga semakin meluas, dan beragam, maka sebagai pemberi jasa harus mengadakan perbaikan terus-menerus.

- 5) Memberdayakan pelanggan, menawarkan jenis-jenis layanan yang dapat digunakan sebagai sumber daya atau perangkat tambahan oleh pelanggan untuk menyelesaikan persoalan hidupnya sehari-hari.

Mengacu pada tingkat baik tidaknya atau berharga tidaknya sebuah pelayanan, disebabkan ukuran baik tidaknya sebuah pelayanan tidak mudah dipahami. karena setiap pelayanan memiliki ciri khas masing-masing, dan digunakan dalam lingkungan pelayanan yang saling berbeda. Ukuran mutu pelayanan sering dijumpai di berbagai bidang kajian yaitu:

1. Proses pelayanan dilaksanakan sesuai dengan prosuder pelayanan yang berstandar.
2. Petugas pelayanan memiliki kompetensi yang diperlukan.
3. Pelaksanaan pelayanan didukung teknologi, sarana dan prsarana yang memadai.
4. Pelayanan dilaksanakan tidak bertentangan dengan kode etik.
5. Pelaksanaan layanan dapat memuaskan pelanggan.
6. Pelaksanaan layanan dapat memuaskan petugas pelayanan (Mubarak, 2005).

4. Pelayanan Kesehatan di Rumah sakit

Rumah sakit merupakan suatu lembaga yang berfungsi mewujudkan pranata upaya pelayanan kesehatan terbesar pada masyarakat di jaman modern. Rumah sakit didirikan sebagai suatu tempat untuk memenuhi berbagai permintaan pasien dan dokter, agar penyelesaian masalah kesehatan dapat dilaksanakan dengan baik. Menurut Wolper dan Pena “Rumah sakit adalah tempat dimana pendidikan klinis untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dan

berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.” (Setijaningrum, 2009)

Tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit telah menjadi masalah mendasar yang dihadapi sebagian besar rumah sakit di berbagai Negara. Tuntutan ini menjadi dasar pengembangan organisasi kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan di berbagai Negara melalui pelaksanaan desentralisasi. Kompleksitas masalah kualitas pelayanan rumah sakit tidak saja terkait dengan keterbatasan sumber daya dan lingkungan, tetapi juga bersumber dari perbedaan persepsi diantara pemakai jasa pelayanan, petugas kesehatan, dan pemerintah atau penyandang dana terhadap ukuran kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit (Prakoso, 2015).

Kualitas sistem pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari beberapa aspek yang berpengaruh, baik yang berpengaruh langsung maupun tidak langsung. Menurut Jacobslias (dalam Muriany 2017:47) beberapa aspek yang berpengaruh tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Klinis, yaitu menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis.
- 2) Efisiensi dan efektifitas, yaitu pelayanan yang murah, tepat guna, *diagnose* dan terapi berlebihan.
- 3) Keamanan pasien, yaitu upaya perlindungan terhadap pasien, misalnya perlindungan jatuh dari tempat tidur.
- 4) Kepuasan pasien, yaitu berhubungan dengan kenyamanan, keramahan dan kecepatan pelayanan.

Sistem pelayanan rumah sakit yang berkualitas juga ditentukan oleh lingkungan rumah sakit. Persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit adalah :

- a) Lokasi atau lingkungan rumah sakit haruslah nyaman, aman, terhindar dari pencemaran, selalu dalam keadaan bersih.
- b) Ruangan haruslah berlantai dan berdinding bersih, penerangan cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap, bebas dari gangguan serangga, tikus dan binatang pengganggu lainnya, lubang penghawaan yang cukup, menjamin pergantian udara dengan syarat yang telah ditentukan.
- c) Atap atau langit-langit, pintu haruslah sesuai dengan syarat yang telah ditentukan.

D. Konsep Rumah Sakit

1. Definisi Rumah sakit

Rumah sakit (Association of hospital care, 1974), adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan, serta penelitian kedokteran diselenggarakan, rumah sakit (American Hospital Association, 1974) adalah suatu organisasi melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien, rumah sakit (Wolperdan pena, 1978), adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat. dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat

dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan. (Alamsyah, 2011:100)

2. Jenis-Jenis Rumah Sakit

Menurut UU No. 4 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dibagi berdasarkan sebagai berikut :

1) Berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit digolongkan menjadi 2 yaitu:

a) Rumah Sakit Umum.

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik, dan sub spesialisik. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis 36 penyakit, memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medik, seperti penyakit dalam, bedah, pediatrik, psikiatrik, ibu hamil, dan sebagainya.

b) Rumah Sakit Khusus.

Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberikan diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai kondisi medik khusus, baik bedah atau non bedah, misalnya : Rumah Sakit Ginjal, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Bersalin dan Anak, dan lain-lain (Indonesia, 2009).

2) Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dibagi atas :

a) Rumah Sakit Publik.

Rumah Sakit Publik adalah rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum pemerintah dapat

dibedakan berdasarkan unsur pelayanan ketenagaan, fisik dan peralatan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum Kelas A, B, C, dan D.

b) Rumah sakit Swasta, terdiri atas :

- a. Rumah Sakit Umum Swasta Pratama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D.
- b. Rumah Sakit Umum Swasta Madya, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialistik dalam empat cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C.
- c. Rumah Sakit Umum Swasta Utama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialistik dan sub spesialistik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

3) Berdasarkan fasilitas pelayanan dan kapasitas tempat tidur dibedakan menjadi 4 yaitu:

- a) Rumah Sakit Kelas A.
- b) Rumah Sakit Kelas B.
- c) Rumah Sakit Kelas C.
- d) Rumah Sakit Kelas D (Indonesia, 2009)

3. Ciri Khas Rumah Sakit

Rachael Massie dalam buku *Essential of Management* (1987) mengemukakan tiga ciri khas rumah sakit yang membedakannya dengan industri lainnya seperti dalam bahan baku, customer atau pelanggan, dan peran pihak profesional yaitu sebagai berikut:

- 1) Kenyataan bahwa bahan baku dari industri jasa kesehatan adalah manusia. Dalam industri rumah sakit seyogianya tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya yang seefisien mungkin. Unsur manusia perlu mendapat perhatian dan tanggung jawab utama sebagai pengelola rumah sakit. Perbedaan ini mempunyai dampak penting dalam manajemen, khususnya menyangkut pertimbangan etika dan nilai kehidupan manusia.
- 2) Kenyataan bahwa dalam industri rumah sakit yang disebut sebagai pelanggan (customer) tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien adalah mereka yang diobati dirumah sakit akan tetapi kadang-kadang bukan mereka sendiri yang menentukan rumah sakit mana mereka harus dirawat.
- 3) Kenyataan yang menunjukkan pentingnya peran para profesional, termasuk dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, radiografer, ahli gizi, dll. Para profesional ini banyak sekali dirumah sakit, lebih banyak dibandingkan organisasi lainnya (Alamsyah, 2011).

4. Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan hal yang paling penting bagi manusia. Dengan adanya kesehatan, manusia dapat menjalankan segala aktivitas. Menjaga kesehatan diri dapat dilakukan dengan tetap menjaga kebersihan lingkungan agar tidak timbul penyakit yang dapat menyerang. Selain itu, pemerintah telah memberikan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ini sangat dibutuhkan oleh masyarakat yang terserang penyakit (Alamsyah, 2011).

Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, kesehatan diartikan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang

memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Azwar, 1994:11). Menurut Levey Loomba, pelayanan kesehatan adalah upaya yang dilakukan oleh suatu organisasi baik secara sendiri atau bersama-sama untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, kelompok dan ataupun masyarakat (Koeswadji, 1996).

Hodgetts dan Casio (Azwar, 1994: 43) menyatakan bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut terbagi menjadi dua yaitu:

1. Pelayanan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat berdiri sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (institution). Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dan sasaran utamanya adalah untuk kelompok dan masyarakat.

Sekalipun pelayanan kedokteran berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun untuk dapat disebut sebagai pelayanan kesehatan yang

baik, keduanya harus memenuhi beberapa persyaratan pokok sebagai berikut
(Azwar, 1994:45):

a) Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan tersebut harus tersedia di masyarakat (available) dan bersifat berkesinambungan (continous) artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat ada pada setiap saat yang dibutuhkan.

b) Dapat diterima dan wajar (acceptable & appropriate)

Pelayanan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat serta bersifat wajar.

c) Mudah dicapai (accessible)

Pengertian tercapai disini terutama dari sudut lokasi. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja dan tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

d) Mudah dijangkau (affordable)

Pengertian keterjangkauan ini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

e) Bermutu (quality)

Pengertian bermutu disini adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara

penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan. Sedangkan mengenai stratifikasi pelayanan kesehatan, secara umum dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu (Azwar, 1994: 48-49).

- d) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (Primary Health Service) Adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (Basic Health Service) yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan ini bersifat rawat jalan (Ambulatory/out patient service).
- e) Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua (Secondary Health Service) Adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (in patient service) dan dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan ini.
- f) Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga (Tertiary Health Service) Adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan dibutuhkan tenaga-tenaga subspecialis untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat ketiga ini.

Dapat disimpulkan pelayanan kesehatan merupakan pelayanan baik dilakukan oleh perseorangan maupun secara bersama-sama dengan tujuan memulihkan dan menyembuhkan penyakit, meningkatkan kesehatan seseorang dan atau masyarakat. Dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan mempunyai syarat pokok yang harus dipenuhi agar pelayanan kesehatan tersebut bisa dikatakan baik. Adapun syarat tersebut yaitu tersedia dan berkesinambungan, dapat diterima dan wajar, mudah dicapai, mudah dijangkau dan bermutu.

E. Konsep Kartu Indonesia Sehat

1. Pengertian Kartu Indonesia Sehat

Pengertian Kartu Indonesia Sehat (KIS) Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Penggunaannya sendiri dapat menggunakan fungsi KIS ini di setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut. Kartu ini sendiri merupakan program yang bertujuan untuk melakukan perluasan dari program kesehatan yang sebelumnya yaitu BPJS (Maliangga et al., 2019).

Seperti disebutkan sebelumnya, KIS adalah program yang dikeluarkan oleh presiden Joko Widodo dan wakil presiden Jusuf Kalla untuk membuat rakyat lebih sejahtera. Berselang 14 hari setelah dilantik sebagai presiden RI ke-7, Joko Widodo resmi meluncurkan KIS bersamaan juga dengan KIP (Kartu Indonesia Pintar) dan KKS (Kartu Keluarga Sejahtera). Saat itu, kehadiran KIS ini memang banyak membuat orang kebingungan. Pasalnya saat KIS diluncurkan, sudah ada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) (Pratiwi, 2019).

Kartu Indonesia Sehat (KIS) sendiri adalah kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Penggunaannya sendiri dapat menggunakan fungsi KIS ini di setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut. Kartu ini sendiri merupakan program yang bertujuan untuk melakukan perluasan dari program kesehatan yang sebelumnya yaitu BPJS Kesehatan

yang telah diluncurkan oleh mantan presiden SBY pada tanggal 1 Maret 2014 kemarin (Vandawati et al., 2017).

Sama-sama sebagai program fasilitas kesehatan dari negara, ternyata KIS dan BPJS Kesehatan memang memiliki perbedaan. Perbedaan utama sebenarnya nampak dengan jelas pada sasaran atau orang yang menerimanya. Jika BPJS merupakan sebuah program yang anggotanya harus mendaftar dan membayar iuran, maka KIS anggotanya diambil dari masyarakat yang tidak mampu dan pemberian kartunya ditetapkan oleh pemerintah.

Kepesertaan KIS terbagi atas dua kelompok:

1. Kelompok masyarakat yang wajib mendaftar dan membayar iuran, baik membayar sendiri atau berkontribusi bersama pemberi kerjanya.
2. Kelompok masyarakat miskin dan tidak mampu yang didaftarkan oleh pemerintah dan iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Nah dari pembagian dua kelompok tersebut masyarakat yang mendapatkan KIS termasuk kepada kelompok yang no 2. Masyarakat hanya menerima secara gratis namun masalah iurannya pemerintah yang membayarnya (R. Rohman, 2018).

2. Tujuan Kartu Indonesia Sehat (KIS)

- 1) Untuk menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan.
- 2) Perluasan cangkupan PBI termasuk Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan bayi baru lahir dari peserta penerimaan PBI.

- 3) Mmemberikan tambahan manfaat berupa layanan preventif,promotif dan deteksi dini dilaksanakan lebih intensif dan terintegrasi (R. Rohman, 2018).

3. Perbedaan BPJS dengan KIS

Adapun perbedaan dari BPJS dan KIS

- a) KIS merupakan jaminan kesehatan yang diperuntukan bagi masyarakat yang tidak mampu, sedangkan BPJS yaitu sebuah badan atau lembaga yang menyelenggarakan dan mengelola jaminan kesehatan tersebut.
- b) KIS hanya diperuntukan bagi seseorang yang dimana kondisi ekonominya sangat lemah, sedangkan BPJS merupakan jaminan kesehatan yang diwajibkan bagi setiap warga negara Indonesia baik yang mampu ataupun tidak mampu. Bagi rakyat yang tidak mampu, iurannya ditanggung oleh pemerintah.
- c) Pemakaian KIS dapat dilakukan dimana saja, baik di klinik, puskesmas atau di rumah sakit manapun yang ada di Indonesia. Sedangkan pemakaian BPJS hanya berlaku di klinik atau puskesmas yang telah didaftarkan saja.
- d) KIS dapat digunakan tidak hanya untuk pengobatan saja, tetapi juga dapat digunakan untuk melakukan pencegahan. Sedangkan penggunaan BPJS hanya dapat digunakan jika kondisi kesehatan peserta sudah benar-benar sakit atau harus dirawat.
- e) KIS merupakan jenis jaminan kesehatan yang mendapatkan subsidi dari pemerintah, sedangkan BPJS diwajibkan untuk membayar iuran setiap bulannyadengan jumlah yang telah ditentukan (p et al., 2019).

4. Syarat- syarat penerima Kartu Indonesia Sehat

- 1) Memiliki surat keterangan tidak mampu dari RT,RW, sampai kelurahan.
- 2) Rekomendasi dari kelurahan layak atau tidak untuk mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS).

- 3) Kemudian dinas sosial kota pekanbaru yang merekomendasi ke kementerian sosial.

5. Kriteria Warga Miskin penerima Kartu Indonesia Sehat

- a. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang
- b. Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan
- c. Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester.
- d. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/ bersama-sama dengan rumah tangga lain.
- e. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
- f. Sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindung/sungai/ air hujan.
- g. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/ arang/minyak tanah.
- h. Hanya mengkonsumsi daging/ susu/ ayam dalam satu kali seminggu.
- i. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
- j. Hanya sanggup makan sebanyak satu/ dua kali dalam sehari.
- k. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik.
- l. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 500m², buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan

dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,- per bulan.

m. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/tidak tamat SD/
tamat SD.

n. Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan minimal Rp. 500.000,- seperti sepeda motor kredit/non kredit, emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya (Simbolon et al., 2019).

6. Kelebihan dan Kekurangan Kartu Indonesia Sehat

1) Kelebihan dari Kartu Indonesia Sehat (KIS) yaitu:

- a) Peserta KIS merupakan masyarakat kurang mampu, penyandang masalah kesejahteraan sosial dan bayi baru lahir dari anggota PBI.
- b) KIS memberikan tambahan pelayanan preventif, promotif dan deteksi dini sehingga diharapkan pelayanan kesehatan menjadi lebih intensif.
- c) KIS dapat digunakan dimana saja dan kapan saja

2) Kekurangan dari Kartu Indonesia Sehat (KIS):

- a) Pelaksanaan kartu KIS di lapangan masih banyak kendala, salah satunya peserta KIS masih tidak dapat menggunakan kartunya untuk menerima pelayanan kesehatan.
- b) KIS hanya bisa digunakan untuk pelayanan kesehatan (Eprillia Dhamayanti & Wahyudi, 2018).

7. Prosedur Pelayanan Kartu Indonesia Sehat

Dalam prosedur pelayanannya, KIS memiliki prinsip yang sama dengan jaminan kesehatan lainnya seperti BPJS. Prosedurnya, anda sebagai pemilik KIS harus terlebih dahulu mendatangi puskesmas sebagai pelayanan

kesehatan tingkat pertama untuk melakukan pemeriksaan tahap awal. Jika memang kondisi penyakitnya memang harus mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, maka puskesmas akan memberikan surat rujukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lanjutan yaitu rumah sakit daerah. Namun peraturan ini tidak berlaku jika pemilik KIS sedang dalam keadaan darurat. Jika hal ini terjadi maka peserta bisa langsung mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (Risty, 2017).

Lalu bagaimana jika penerima KIS sudah memiliki kartu jaminan kesehatan seperti kartus AKSES, Jamkesmas, BPJS, KJS dan e-ID BPJS? Hal ini tidak ada masalah, karena fasilitas dari ASKES atau BPJS sendiri masih bisa dipergunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Risty, 2017).

Jadi, Kartu Indonesia Sehat (KIS) menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (Risty, 2017).

8. Alur Distribusi Kartu Indonesia Sehat (KIS)



1. Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan. Ketersediaan informasi yang lengkap dan akurat dalam pelayanan administrasi KIS kepada pasien pengguna layanan KIS di RSUD Noongan masih kurang disosialisasikan dengan baik, dimana masih banyaknya peserta KIS yang belum mengetahui tentang mekanisme penggunaan layanan KIS, termasuk tentang tanggungan biaya rawat inap maupun pembelian obat-obatan yang tidak keseluruhan ditanggung oleh KIS. Sikap petugas KIS dalam memberikan pelayanan yang meliputi daya tanggap, tanggung jawab dan keramahan petugas, sesuai dengan hasil penelitian terungkap bahwa sudah cukup baik, namun ada beberapa hal yang dirasa kurang yaitu mengenai tanggung jawab dan keramahan petugas, dalam hal-hal tertentu ada beberapa oknum petugas KIS yang ada di RSUD Noongan kurang bertanggung jawab dalam melaksanakan tugasnya dan tidak ramah dalam memberikan pelayanan kepada pasien KIS yang ada di RSUD Noongan.

2. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) Di Rumah Sakit. Ketidaksesuaian antara regulasi dengan pelaksanaan di lapangannya. Dengan adanya peraturan yang ada, seharusnya apapun bentuknya dapat diterima. Rumah Sakit sebagai penerima regulasi tidak dapat berbuat apa-apa, rumah sakit melakukan dari apa yang akan tetapi ada beberapa yang terkendala dibawah. Selain itu masyarakat beranggapan bahwa peserta dalam melakukan pemeriksaan dilakukan secara gratis. Pihak KIS akan membentuk unit pengendalian mutu pelayanan yang akan menyelesaikan sengketa yang terjadi antara rumah sakit dengan KIS.

Dengan cara musyawarah atau mediasi kedua belah pihak menyelesaikan sengketa tersebut. KIS wajib membayarkan klaim yang dikeluarkan rumah sakit sesuai peraturan yang ada. Bila klaim tidak dibayar penuh maka rumah sakit berhak tidak memberikan pelayanan kepada peserta. Dengan kata lain rumah sakit mau dicicil kekurangan akan dibayar kemudian.

G. Kerangka Konsep

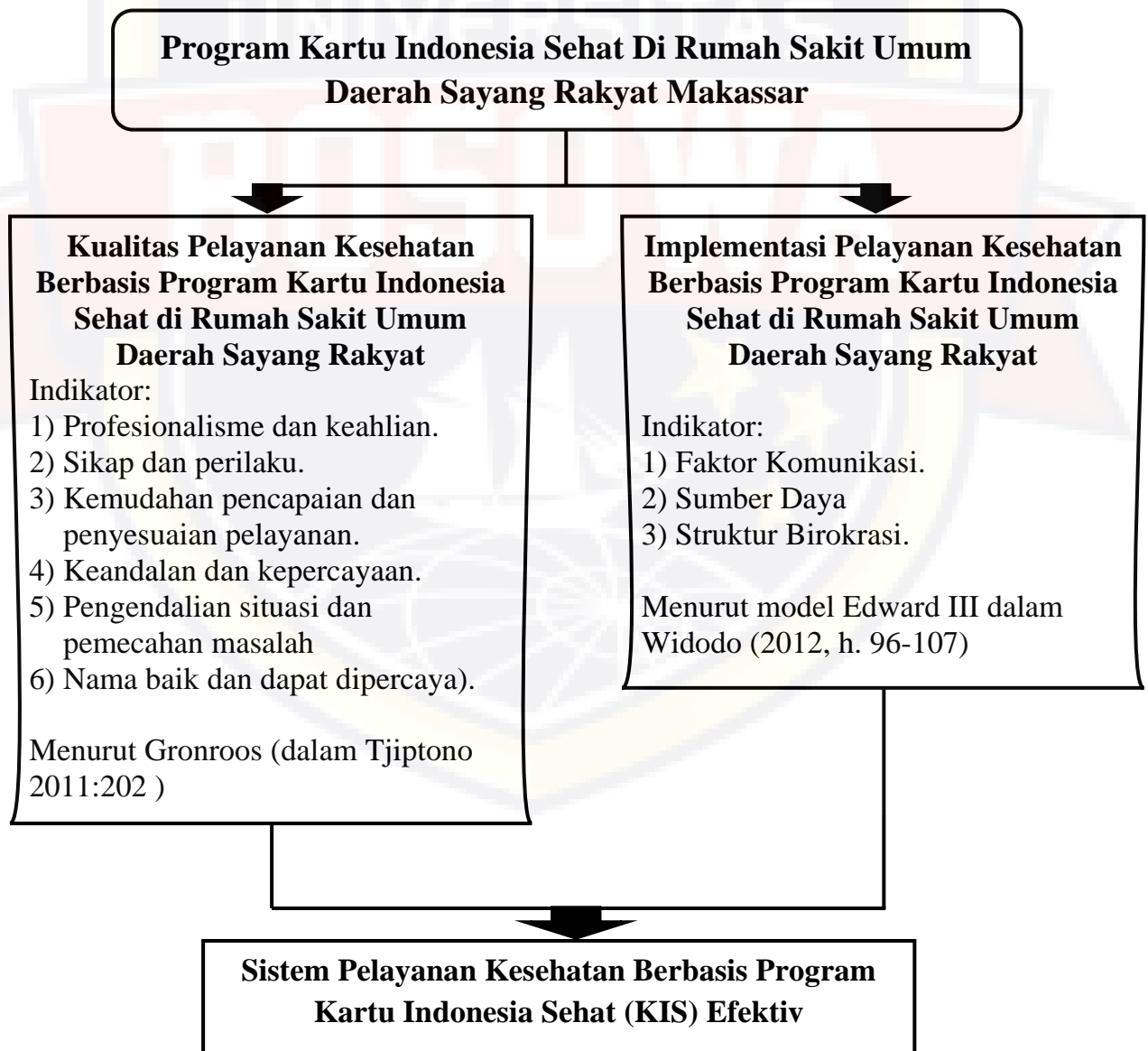
Kerangka konsep adalah model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah penting (Sugiono, 2010:65). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teori dari Gronroos (dalam Tjiptono 2011:202) yang menyatakan bahwa ada 3 kriteria pokok dalam menilai sistem pelayanan jasa yang berkualitas, yaitu outcome-related (berhubungan dengan hasil), process-related (berhubungan dengan proses), dan image related criteria (berhubungan dengan citra jasa). Kriteria tersebut masih dijabarkan menjadi enam unsur, adapun indikator-indikator mengukur kualitas pelayanan kesehatan berbasis program Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar sebagai berikut: 1) *Professionalism and skill* (Profesionalisme dan keahlian), 2) *Attitudes and behavior* (Sikap dan perilaku), 3) *Accessibility and Flexibility* (Kemudahan pencapaian dan penyesuaian pelayanan), 4) *Reliability and trustworthiness* (Keandalan dan kepercayaan), 5) *Recovery* (Pengendalian situasi dan pemecahan masalah), 6) *Reputation and credibility* (Nama baik dan dapat dipercaya).

Sedangkan Menurut model Edward III dalam Widodo (2012, h. 96-107) mengajukan empat faktor atau variabel yang berpengaruh terhadap

keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan. Empat variabel atau faktor tadi antara lain meliputi variabel atau faktor *communication*, *resources*, dan *bureaucratic structure*. adapun indikator-indikator mengukur implementasi pelayanan kesehatan berbasis program Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar sebagai berikut:

- 1) Faktor komunikasi (*communication*),
- 2) Sumber Daya (*Resources*),
- 3) *Bureaucratic structure* (struktur birokrasi).

Berdasarkan uraian diatas, maka skema kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut:



Gambar. 2.2 Kerangka Konsep



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif karena dilakukan pada kondisi yang alamiah. Sugiyono, (2014) mengemukakan bahwa metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan daripada generalisasi.

Obyek alamiah yang dimaksud oleh Sugiyono, (2014) adalah obyek yang apa adanya, tidak dimanipulasi oleh peneliti sehingga kondisi pada saat peneliti memasuki obyek, setelah berada di obyek dan setelah keluar dari obyek relatif tidak berubah. Jadi selama melakukan penelitian mengenai kebermaknaan hidup penyandang disabilitas yang berwirausaha ini peneliti sama sekali tidak mengatur kondisi tempat penelitian berlangsung maupun melakukan manipulasi terhadap variabel.

Metode kualitatif menurut Creswell (1998) adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Peneliti membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terinci dari pandangan responden dan melakukan studi pada situasi yang alami (Pasolong, 2012). Bogdan dan Taylor (dalam Maleong, 2007) menyebutkan metode kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-

kata tertulis maupun lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati (Maleong, 2007).

Karakteristik pokok yang menjadi perhatian dalam penelitian kualitatif adalah terhadap makna. Dalam hal ini penelitian naturalistik tidak peduli terhadap persamaan dari obyek penelitian melainkan sebaliknya mengungkap tentang pandangan tentang kehidupan dari orang yang berbeda-beda. Pemikiran ini didasari pula oleh kenyataan bahwa makna yang ada dalam setiap orang berbeda-beda. Oleh karena itu, tidak mungkin untuk mengungkap kenyataan yang ada dalam diri orang yang unik itu menggunakan alat lain kecuali manusia sebagai instrumen.

B. Lokasi dan Jadwal Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober-Desember 2020. Lokasi penelitian dilakukan Di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar.

C. Deskripsi Fokus

Fokus penelitian merupakan pemusatan konsentrasi terhadap tujuan penelitian yang sedang dilakukan, fokus penelitian digunakan sebagai dasar pengumpulan data sehingga tidak terjadi bias terhadap data yang diambil. Untuk menyamakan pemahaman dengan cara pandang penelitian ini, maka penulis akan memberikan penjelasan mengenai maksud dan fokus penelitian ini.

Fokus penelitian ini merupakan penjelasan dari kerangka pikir, indikator yang dapat digunakan untuk mengukur berkualitas atau tidaknya suatu. pelayanan publik maka peneliti menggunakan teori dari Gronroos (dalam Tjiptono 2011;202) yang menyatakan bahwa ada 3 kriteria pokok

dalam menilai sistem pelayanan jasa yang berkualitas yaitu *outcome-related* (berhubungan dengan hasil), *process-related* (berhubungan dengan proses), dan *image related criteria* (berhubungan dengan citra jasa). Kriteria tersebut dijabarkan menjadi enam unsur yaitu:

1. *Professionalism and skill* (Profesionalisme dan keahlian).

Hal ini mencakup penilaian pasien terkait pelayanan yang dirasakan, apakah penyedia layanan khususnya pegawai bagian pelayanan KIS, dokter, perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien memiliki pengetahuan yang baik dan keterampilan yang sesuai.

2. *Attitudes and behavior* (Sikap dan perilaku).

Pada kriteria ini pasien menilai bahwa petugas administrasi bagian pelayanan KIS, dokter, perawat menaruh perhatian kepada pasien dan berusaha membantu mereka dalam memperoleh pelayanan yang diinginkan. Hal ini mencakup sikap baik, sopan, atau ramahnya petugas dalam memberikan pelayanan.

3. *Accessibility and Flexibility* (Kemudahan pencapaian dan penyesuaian pelayanan).

Pada kriteria ini mencakup hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kriteria, artinya bahwa penyedia pelayanan (petugas medis dan non medis) memudahkan pasien untuk memperoleh pelayanan, sesuai dengan permintaan dan keinginan pasien dalam artian mudah diakses, baik akses dari segi waktu dalam yaitu kecepatan waktu petugas bagian pelayanan administrasi, dokter, dan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

4. *Realibility and trustworthiness* (Keandalan dan kepercayaan).

Pada kriteria ini pasien menilai bahwa apapun yang terjadi, mereka bisa mempercayakan segala sesuatunya kepada penyedia pelayanan yaitu (petugas medis dan non medis. Hal ini mencakup kepercayaan penuh pasien terhadap petugas bagian pelayanan administrasi, dokter, dan perawat.

5. *Recovery* (Pengendalian situasi dan pemecahan masalah).

Hal ini mencakup tindakan dari petugas administrasi maupun petugas medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sayang Rakyat Makassar dalam menghadapi situasi darurat dan bagaimana pihak kepala rumah sakit untuk memperbaiki kesalahan yang terjadi.

6. *Reputation and credibility* (Nama baik dan dapat dipercaya).

Pada kriteria ini pasien menyakini bahwa RSUD Sayang Rakyat Makassar dapat dipercaya dan memberikan pelayanan yang sesuai dengan tanggung jawab pada pasien. Hal ini mencakup tanggung jawab petugas medis dan non medis kepada pasien (Fandy, 2011).

Sedangkan Menurut model Edward III dalam Widodo (2012, h. 96-107) mengajukan empat faktor atau variabel yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan. Empat variabel atau faktor tadi antara lain meliputi variabel atau faktor communication, resources, dan bureaucratic structure. adapun indikator-indikator mengukur implementasi pelayanan kesehatan berbasis program Kartu Indonesia Sehat (KIS) di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar yaitu: Faktor komunikasi (communication), Sumber Daya (Resources), Bureaucratic structure (struktur birokrasi) dapat di jebarkan sebagai berikut:

1) Faktor komunikasi (*communication*).

Komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian informasi komunikator kepada komunikan. Komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan (*policy maker*) kepada pelaksana kebijakan (*policy implementors*).

2) Sumber Daya (*Resources*).

Sumber-sumber dalam implementasi kebijakan memegang peranan penting, karena implementasi kebijakan tidak akan efektif bilamana sumber-sumber pendukungnya tidak tersedia. Sumber daya yang dimaksud adalah sumber daya manusia, sumber daya anggaran, sumber daya peralatan, dan sumber daya informasi dan kewenangan.

3) *Bureaucratic structure* (struktur birokrasi).

Menurut (Edward III, 1980 h.125), implementasi kebijakan bisa jadi masih belum efektif karena adanya ketidakefisienan struktur birokrasi (*deficiencies in bureaucratic structure*). Struktur birokrasi ini mencakup aspek-aspek seperti struktur organisasi, pembagian kewenangan, hubungan antara unit-unit organisasi yang ada dalam organisasi yang bersangkutan, dan hubungan organisasi dengan organisasi luar dan sebagainya..

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti menjadi *human instrument* yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber daya, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan. Peneliti sebagai instrumen perlu “divalidasi”

seberapa jauh kesiapannya dalam melakukan penelitian yang selanjutnya terjun ke lapangan (Sugiono, 2007).

Proses validasi ini dilakukan melalui evaluasi diri sejauh mana pemahaman terhadap metode kualitatif, penguasaan teori dan wawasan terhadap bidang yang akan diteliti, serta kesiapan dan bekal memasuki lapangan. Moleong (2007) juga menegaskan peran peneliti dalam metode penelitian kualitatif cukup rumit, yaitu sebagai instrumen dalam metode penelitian kualitatif yang merupakan perencanaan, pelaksana pengumpulan data, analisis penafsiran data, dan pada akhirnya menjadi pelapor hasil penelitian. Jadi dalam penelitian ini, peneliti akan terjun ke lapangan sendiri, dari pengumpulan data, analisis, hingga membuat kesimpulan (Maleong, 2007).

Instrumen penelitian merupakan alat bantu bagi peneliti dalam mengumpulkan data. Adapun instrumen dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

1) Instrumen Utama (Peneliti)

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri yang bertujuan untuk mencari dan mengumpulkan data langsung dari sumber data. Karena peneliti sebagai instrumen, maka peneliti harus sanggup menyesuaikan diri dan berinteraksi secara langsung dan tuntas dengan fenomena yang sedang dipelajari.

2) Instrumen Bantu (Pedoman Wawancara)

Instrumen bantu kedua ini berupa pedoman wawancara yang dibuat oleh peneliti sebagai alat bantu dalam pengambilan data secara langsung di lapangan

E. Sumber Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif terhadap fenomena sosial yang sedang terjadi. Menurut Maykut dan Morehouse (1994), bahwa tujuan penelitian kualitatif dilakukan adalah untuk menemukan pola yang muncul setelah dilakukan pengamatan terdekat, dokumentasi yang cermat dan analisis yang teliti. Hasil yang diharapkan dari penelitian ini bukanlah generalisasi hasil, melainkan pemahaman mendalam tentang objek penelitian berdasarkan pengamatan dan perspektif informan (Pasolong, 2012).

Sementara itu menurut Moleong (2007) penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian, misalnya, perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dll. Secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Maleong, 2007).

Penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Dalam pandangan Koentjaraningrat (1993) bahwa metode deskriptif kualitatif merupakan penelitian yang memberi gambaran secara cermat mengenai individu atau kelompok tertentu tentang keadaan dan gejala yang terjadi (Maleong, 2007).

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- 1) Data Primer

Data ini langsung diperoleh dari penelitian lapangan yaitu pengamatan langsung pada objek yang akan diteliti melalui teknik pengumpulan data berupa kuesioner dan observasi. Menurut Arikunto (2010), data primer adalah data dalam bentuk verbal atau kata-kata yang diucapkan secara lisan, gerak-gerik atau perilaku yang dilakukan oleh subjek yang dapat dipercaya, yakni subjek penelitian atau informan yang berkenaan dengan variabel yang diteliti atau data yang diperoleh dari responden secara langsung (Arikunto, 2010).

Sumber data primer terdiri dari:

- | | |
|---|----------|
| a) Direktur RSUD Sayang Rakyat | 1 Orang |
| b) Kabid Pelayanan Medis | 1 Orang |
| c) Staf Administrasi Medis | 1 Orang |
| d) Staf Rekam Medik | 1 Orang |
| e) Staf Penanggung Jawab Poliklinik | 1 Orang |
| f) Pasien yang telah berobat menggunakan KIS | 11 Orang |
| g) Keluarga pasien yang berobat menggunakan KIS | 6 Orang |

2) Data Sekunder

Data ini diperoleh dari studi kepustakaan dengan cara mempelajari literatur-literatur serta sumber lain yang berhubungan dan relevan dengan masalah dan topik yang sedang diteliti. Menurut Arikunto (2010), data sekunder dalam sebuah penelitian diperoleh dari hasil observasi yang dilakukan oleh penulis serta dari studi pustaka. Data sekunder dapat berasal dari dokumen-dokumen grafis seperti tabel, catatan, chat, foto dan lain-lain. Sumber data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari :

b. Peraturan Perundang-Undangan

c. Buku

d. Penelusuran Data Online

e. Jurnal Ilmiah

f. Dokumentasi

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan bahan-bahan yang berhubungan dengan penelitian yang dapat berupa data, fakta, gejala, maupun informasi yang sifatnya valid (sebenarnya), realible (dapat dipercaya) dan objektif (sesuai dengan kenyataan). Hal tersebut dijelaskan oleh Sugiyono (2007) bahwa pengumpulan data dapat diperoleh dari hasil observasi, wawancara, dokumentasi, dan gabungan atau triangulasi. Pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, studi kepustakaan, penelusuran data online, dan dokumentasi.

1. Observasi

Observasi diartikan sebagai pengamatan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada objek penelitian. Observasi dibagi menjadi dua yaitu observasi langsung dan observasi tidak langsung.

Observasi langsung adalah pengamatan dan pencatatan yang dilakukan terhadap objek di tempat terjadi atau berlangsungnya peristiwa, sehingga observer berada bersama objek yang diselidiki. Sedangkan observasi tidak langsung adalah pengamatan yang dilakukan tidak pada saat berlangsungnya suatu yang akan diselidiki (Maman Rahman, 1999).

Menurut Kusuma (1987) observasi adalah pengamatan yang dilakukan dengan sengaja dan sistematis terhadap aktivitas individu atau obyek lain yang diselidiki. Adapun jenis-jenis observasi tersebut diantaranya yaitu observasi terstruktur, observasi tak terstruktur, observasi partisipan, dan observasi nonpartisipan. Dalam penelitian ini, sesuai dengan objek penelitian maka, peneliti memilih observasi partisipan. Observasi partisipan yaitu suatu teknik pengamatan dimana peneliti ikut ambil bagian dalam kegiatan yang dilakukan terhadap objek yang diselidiki.

2. Wawancara

Menurut Sulistyono Basuki (2006) bahwa wawancara dibagi menjadi tiga kelompok yaitu wawancara terstruktur, wawancara semi-terstruktur, dan wawancara mendalam (*in-depth interview*). Pada penelitian ini, peneliti memilih wawancara mendalam, yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang kompleks, yang sebagian besar berisi pendapat, sikap, dan pengalaman pribadi.

Pada teknik wawancara mendalam peneliti melakukan percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan ini dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara (yang mengajukan pertanyaan) dan yang diwawancarai (yang memberikan jawaban atas pertanyaan).

Wawancara mendalam dimaksudkan untuk menggali pendapat informan secara mendalam tentang tradisi perkawinan adat Mamasa dan upaya penguatan kedudukannya. Klarifikasi data dari informan dilakukan dengan kembali mengamati kebenaran data dengan model observasi untuk kepentingan verifikasi.

3. Dokumentasi

Menurut Sugiyono (2009) dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumentasi yang akan digunakan peneliti disini berupa foto, video, rekaman dan semua data-data mengenai tradisi perkawinan adat Mamasa dan upaya atau konsep penguatannya dalam kehidupan bermasyarakat. Teknik ini bertujuan melengkapi teknik observasi dan teknik wawancara.

G. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data pada penelitian ini dilakukan secara cermat sesuai dengan metode penelitian ilmiah berdasarkan konsep analisis data yang digunakan pada metode penelitian kualitatif. Analisis data kualitatif menurut Bogdan dan Biklen dalam Moleong (2007) adalah suatu upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceriterakan kepada orang lain.

Didalam penelitian ini data yang telah dikumpulkan dan diseleksi menggunakan teknik analisis data deskriptif yaitu data-data yang telah dihimpun dan dikumpulkan baik primer maupun sekunder, kemudian diambil kesimpulan sebagai jawaban masalah yang diteliti. Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa langkah awal dari analisis data adalah mengumpulkan data yang ada, menyusun secara sistematis, kemudian mempresentasikan hasil penelitiannya kepada orang lain.

Selanjutnya teknik analisis data yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman dalam Jaman Satori dan Aan Komariah (2010) dapat diterapkan melalui tiga alur penerapan sebagai berikut:

1. Reduksi Data

Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan, pemerhatian dan penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang diperoleh dari catatan lapangan. Dengan cara mereduksi, meringkas, memberi kode, menelusuri tema, memberi gugus-gugus dan menulis memo. Lebih lanjut Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2007) mengatakan bahwa mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polahnya serta membuang yang tidak perlu.

Reduksi data yang akan dilakukan dalam penelitian ini akan dilakukan secara selektif baik terhadap informan maupun data yang disampaikan oleh informan yang bersangkutan. Jika suatu pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dan telah mendapat jawaban yang sama dari dua orang informan maka jawaban itu dianggap valid untuk dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Sehingga dengan metode demikian dalam proses mereduksi data penulis akan terbantu yaitu tidak perlu mengungkapkan pertanyaan yang sama kepada semua informan.

2. Penyajian Data

Penyajian data merupakan proses menuangkan data baik dalam bentuk naratif, matriks, grafik, jaringan dan bagan melalui penggabungan informasi dari hasil yang ditemukan selama proses penelitian sehingga mudah ditelaah atau dipahami. Menurut Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2007)

bahwa yang paling sering digunakan untuk penyajian data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks bersifat naratif.

Jadi dalam sebuah penelitian, data-data yang dihimpun seperti data dalam bentuk kuesioner, tabel dan grafik selanjutnya akan dinarasikan oleh peneliti dalam bentuk deskriptif sehingga akan lebih mudah untuk ditelaah. Apalagi dalam penelitian ini akan banyak menggunakan istilah-istilah bahasa daerah Mamasa yang perlu diterjemahkan kedalam bahasa yang bisa dimengerti oleh masyarakat umum.

3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi Data

Penarikan kesimpulan merupakan kegiatan mencari arti, mencatat keteraturan, pola-pola, penjelasan, konfigurasi-konfigurasi yang mungkin sesuai dengan alur sebab akibat dari penelitian ini. Kesimpulan juga diverifikasi, yaitu pemikiran kembali yang melintas dalam pikiran penganalisis selama penyimpulan, tinjauan ulang pada catatan lapangan atau meminta respon atau komentar responden yang telah dijarung datanya untuk membaca kesimpulan yang telah disimpulkan peneliti, untuk mendapatkan kekokohan data dan kecocokannya dilapangan.

H. Teknik Pengujian Keabsahan Data

Setiap penelitian harus memiliki keabsahan data sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Keabsahan penelitian kualitatif adalah ketika mampu menggambarkan situasi dilapangan melalui narasi kalimat yang tepat tanpa mengurangi atau menambahkan realitas yang sesungguhnya. Dalam pandangan Sugiyono (2007) ada beberapa upaya yang bisa dilakukan dalam rangka

mendukung kredibilitas suatu penelitian ilmiah. Upaya tersebut antara lain sebagai berikut:

a. Perpanjangan Pengamatan.

Ketika penelitian sudah dilakukan namun ada data yang dianggap perlu untuk dikonfirmasi kembali maka peneliti melakukan perpanjangan penelitian dengan cara kembali ke lokasi dimana penelitian itu dilakukan. Peneliti kembali lagi ke lapangan untuk melakukan pengamatan dalam rangka memverifikasi data agar menjadi suatu kebenaran yang valid terhadap data yang telah diperoleh maupun untuk data-data yang baru yang mungkin saja akan ditemukan.

b. Meningkatkan Ketekunan.

Ketekunan dalam suatu penelitian adalah proses untuk melakukan pencermatan mendalam terhadap suatu data yang diperoleh dalam suatu penelitian. Dengan meningkatkan ketekunan tersebut, maka peneliti akan melakukan pengecekan kembali apakah data yang telah ditemukan sudah sesuai dengan yang sebenarnya atau tidak.

c. Triangulasi

Pada tahap triangulasi data yang diperoleh dilakukan pengecekan data dengan cara mengkonfirmasi data kepada berbagai sumber dan berbagai waktu. Hal tersebut dianggap penting dilakukan untuk meng-update data informasi dan ilmu pengetahuan yang begitu sangat cepat berkembang dan berubah.

d. Analisis Kasus Negatif.

Analisis kasus negatif prinsip dasarnya adalah melakukan perbandingan suatu data yang dapat berupa perbedaan atau pertentangan dengan data sebelumnya. Dalam tahap ini jika data yang ada dan ketika dilakukan pencocokan dan tidak lagi ditemukan perbedaan maka data tersebut sudah dapat dipercaya keberadaannya.

e. Menggunakan Bahan Referensi

Penggunaan bahan referensi dimaksudkan untuk mendukung kevalidan suatu data yang diperoleh dilapangan dengan cara mencocokkan dengan referensi yang berkaitan dengan penelitian yang dilakukan. Referensi penelitian dapat berupa pernyataan para informan yang satu dengan informan lainnya.

f. Mengadakan Member Chek

Member check merupakan proses pengecekan atau pengkonfirmasi data dari satu informan kepada informan lainnya. Apabila suatu data yang disampaikan oleh salah satu informan dan dikonfirmasi ketika mendapatkan informan lainnya dan terdapat kesesuaian maka data tersebut dianggap valid dan dapat dipercaya. Apalagi kalau pernyataan tersebut sudah dibenarkan oleh lebih dari satu informan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pembahasan dan analisis hasil penelitian merupakan pemaparan data dan informasi yang peneliti dapatakan dari lapangan yang kemudian di sesuaikan dengan *Grand Theory* yang peneliti gunakan dalam penelitian. Dalam konteks pelayanan publik dan berdasarkan cita-cita mewujudkan birokrasi yang bersih berdasarkan prinsip *good governance* maka sistem pelayanan kesehatan berbasis program kartu indonesia sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar adalah hal utama kualitas pelayanan dan implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat.

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Sejarah RSUD Sayang Rakyat Makassar

Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat adalah salah satu rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan yang terletak di jalan Jl. Pahlawan No. 1000 Kec. Biringkanaya didirikan pada tahun 2009 dan beroperasi pada tahun 2010 yang merupakan wujud nyata dari harapan pemerintah provinsi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Sulawesi Selatan, terutama bagi pasien kurang mampu yang mendapatkan pelayanan kelas III. Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat beroperasi berdasarkan Izin penyelenggaraan Dinas Kesehatan Kota Makassar Nomor 440/07.II/RSU/PSDK-DKK/VI/2012, Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK 03.05/I/2467/II tentang Penetapan Kelas C serta terakreditasi 5 Standar Pelayanan oleh KARS Nomor KARS- SERT/858/VI/012 dan

berdasarkan Perda Nomor 6 Tahun 2013 telah meningkatkan statusnya dari Unit Pelayanan Teknis Dinas (UPTD) menjadi Lembaga Teknis Daerah (LTD).

Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat telah menyiapkan fasilitas 133 Tempat Tidur. Tahun 2012 Rumah Sakit Umum Sayang Rakyat mengembangkan gedung perawatan untuk pelayanan Rawat Inap yaitu gedung perawatan lantai 3 (Melati) dengan kapasitas 144 Tempat Tidur (TT).

Selain melayani pasien Jamkesda, RSUD Sayang Rakyat Makassar mengembangkan kerjasamanya dengan Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tertanggal Januari 2014 dan melayani program Kartu Indonesia Sehat yang diselenggarakan oleh pemerintah dengan menyediakan fasilitas pelayanan kelas I & II Sebanyak 12 Tempat Tidur (TT). Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat dalam rangka meningkatkan sistem pelayanan kesehatan khususnya di wilayah kerjanya.

2. Demografi

Dibangun dengan luas lahan \pm 46.000 m² yang merupakan bekas bangunan kompleks Pendidikan Guru Sekolah Luar Biasa yang terletak di wilayah Kelurahan Bulurokeng Kecamatan Biringkanaya Makassar yang berbatasan:

- Sebelah Barat : Selat Makassar
- Sebelah Timur : Kecamatan Mandai, Kabupaten Maros
- Sebelah Utara : Kecamatan Maros
- Sebelah Selatan : Kecamatan Tamalanrea

Kecamatan Biringkanaya terdiri dari 7 Kelurahan, yaitu :

1. Daya
2. Paccerrakkang
3. Sudiang
4. Sudiang Raya

5. Bulurokeng
6. Pai

3. Visi dan Misi Rumah Sakit Sayang Rakyat

a. Visi:

“Terwujudnya Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Unggul dan berbudaya dalam memberikan pelayanan kesehatan di Sulawesi Selatan Tahun 2020”.

b. Misi

- 1) Meningkatkan sarana dan prasarana yang memadai dalam menunjang pelayanan kesehatan terpadu.
- 2) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) hhyang professional.
- 3) Menciptakan tata kelola yang berbudaya
- 4) Meningkatkan kesejahteraan karyawan rumah sakit.

4. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Sayang Rakyat

Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat sebagaimana tertuang dalam Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 6 Tahun 2013, mempunyai tugas menyelenggarakan urusan di bidang penyelenggaraan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan

pencegahan, serta melaksanakan upaya rujukan dan fasilitasi penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, dan penelitian berdasarkan asas desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan

Untuk penyelenggaraan tugas, Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat mempunyai fungsi :

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan, penunjang pelayanan, dan pengembangan dan pemeliharaan;
- b. Penyelenggaraan urusan pelayanan, penunjang pelayanan, dan pengembangan dan pemeliharaan.
- c. Pembinaan dan penyelenggaraan di bidang pelayanan, penunjang pelayanan, dan pengembangan dan pemeliharaan; dan
- d. Penyelenggaraan tugas lain yang diberikan Gubernur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Sasaran strategis wilayah kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat berasal dari :

- 1) Puskesmas Bonto Bira
- 2) Puskesmas Ujung Pandang Baru
- 3) Puskesmas Sudiang
- 4) Pemukiman Kompleks Villa Mutiara
- 5) Perusahaan-perusahaan PT Kima yang berada dalam wilayah kerja RSUD Sayang Rakyat.

5. Organisasi Tata Laksana

Berdasarkan peraturan daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 6 Tahun 2013 Tentang perubahan ketiga atas peraturan daerah Provinsi Sulawesi

Selatan Nomor 9 Tahun 2008 Tentang organisasi dan tata kerja Inspektorat, Badan perencanaan pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah dan Lembaga Lain Provinsi Sulawesi Selatan.

Berikut ini uraian tugas pokok dan fungsi jabatan struktur organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar:

a. Direktur

Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat dipimpin oleh Direktur yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan urusan dibidang penyelenggaraan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan pelayanan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan fasilitas penyelenggaraan pendidikan, pelatihan dan penelitian berdasarkan asas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan. Adapun tugas pokok dan fungsi Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar, dirinci sebagai berikut:

- 1) Menyusun rencana kegiatan Rumah Sakit Umum Daerah sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas.
- 2) Mendistribusikan dan member petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar.
- 3) Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan.
- 4) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf, dan/atau menandatangani naskah dinas.
- 5) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang dan tugasnya.

- 6) Merumuskan kebijakan teknis operasional kegiatan Rumah Sakit Umum Daerah dibidang pelayanan, penunjang pelayanan, pengembangan dan pemeliharaan, serta ketatausahaan.
- 7) Menyelenggarakan koordinasi dengan instansi terkait dalam rangka penyelenggaraan pelayanan administrasi, medic, keperawatan, pendidikan, pelatihan dan penelitian.
- 8) Menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan kepada masyarakat khususnya di bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative di bidang kesehatan
- 9) Menyelenggarakan pembinaan dan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah.
- 10) Menyelenggarakan urusan pelayanan administrasi, medic, keperawatan, pendidikan, pelatihan dan penelitian Rumah Sakit Umum Daerah.
- 11) Menyelenggarakan koordinasi dengan instansi terkait dalam rangka pembinaan kepada masyarakat berkaitan dengan pengelolaan dan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah.
- 12) Menyelenggarakan koordinasi dengan instansi terkait dalam rangka pengembangan pelayanan, sumber daya manusia dan sarana dan prasarana.
- 13) Menyelenggarakan pembinaan pelaksanaan tugas dalam bidang pelayanan, penunjang pelayanan dan pengembangan dan pemeliharaan.
- 14) Menyelenggarakan upaya rujukan di sector kesehatan serta pelayanan kesehatan penunjang lainnya.
- 15) Menyelenggarakan kebijakan umum dan kepegawaian, keuangan, dan keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah.

- 16) Menyelenggarakan urusan pelayanan administrasi, medic, dan keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah.
- 17) Menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kepada masyarakat khususnya di bidang promotif, pencegahan, pemulihan, rehabilitasi di bidang kesehatan.
- 18) Menyelenggarakan pembinaan komite-komite, Satuan Medis Fungsional (SMF-SMF), Satuan Pengawasan Internal (SPI). Komite Medik (KM), Komite Keperawatan (KP), Komite Farmasi (KF) dan jabatan fungsional lainnya.
- 19) Menyelenggarakan pembinaan terhadap penanggungjawab instalasi-instalasi dan ruang/bangsas.
- 20) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas Rumah Sakit Umum Daerah.
- 21) Memberikan saran pertimbangan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan.
- 22) Menyelenggarakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas.

6. Bagian Tata Usaha

Bagian tata usaha terdiri atas:

- a) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian.
- b) Sub Bagian Keuangan
- c) Sub Bagian Program

Bagian Tata Usaha dipimpin oleh Kepala Bagian yang mempunyai tugas pokok mengoordinasikan kegiatan, memberikan pelayanan teknis dan administrasi urusan umum dan kepegawaian, keuangan serta penyusunan

program dalam lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah. Adapun Tugas dan Fungsi sebagaimana dimaksud, dirinci sebagai berikut:

- 1) Menyusun rencana kegiatan Bagian Tata Usaha sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas.
- 2) Mendistribusikan dan member petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar.
- 3) Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah, sedang dan akan dilaksanakan.
- 4) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf dan/atau menandatangani naskah dinas.
- 5) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang dan tugasnya.
- 6) Melaksanakan koordinasi kepada seluruh bidang serta menyiapkan bahan penyusunan program Rumah Sakit Umum Daerah.
- 7) Melaksanakan koordinasi perencanaan dan perumusan kebijakan teknis di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah.
- 8) Melaksanakan koordinasi pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Umum Daerah.
- 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan pengolahan dan penyajian data dan informasi.
- 10) Melaksanakan dan mengoordinasikan pelayanan ketatausahaan.
- 11) Melaksanakan dan mengoordinasikan pelayanan administrasi umum dan kepegawaian.
- 12) Melaksanakan dan mengoordinasikan pelayanan administrasi keuangan.

- 13) Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan organisasi dan tatalaksana dalam lingkup Rumah Sakit Umum Daerah.
- 14) Melaksanakan dan mengoordinasikan kegiatan kehumasan.
- 15) Melaksanakan dan mengoordinasikan administrasi pengadaan barang/jasa serta administrasi penghapusan barang.
- 16) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas bagian tata usaha dan memberikan saran pertimbangan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan.
- 17) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran tugas

7. Bidang Pelayanan

Bidang pelayanan terdiri atas:

- a) Seksi pelayanan medic.
- b) Seksi pelayanan keperawatan

Bidang pelayanan dipimpin oleh Kepala Bidang yang mempunyai tugas pokok melaksanakan perencanaan, pengelolaan, dan pengembangan, serta monitoring dan evaluasi di bidang pelayanan medic, dan pelayanan keperawatan dan kebidanan. Tugas pokok dan Fungsi sebagaimana dimaksud, dirinci sebagai berikut:

- 1) Menyusun rencana kegiatan Bidang Pelayanan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas.
- 2) Mendistribusikan dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar.

- 3) Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan dan mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan.
- 4) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf, dan/atau menandatangani naskah dinas.
- 5) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang tugasnya.
- 6) Melaksanakan pelayanan medic dan keperawatan serta kebidanan.
- 7) Mengoordinasikan, melaksanakan dan mengendalikan perumusan kebijakan dan pengelolaan pelayanan medic.
- 8) Mengoordinasikan, melaksanakan dan mengendalikan perumusan kebijakan dan pengelolaan pelayanan keperawatan serta kebidanan.
- 9) Mengoordinasikan, melaksanakan dan mengendalikan penyusunan rencana kebutuhan dalam rangka pengelolaan pelayanan medic dan pelayanan keperawatan serta kebidanan.
- 10) Melaksanakan koordinasi dengan unit terkait dalam rangka pelaksanaan pelayanan medic dan pelayanan keperawatan serta kebidanan.
- 11) Mengoordinasikan dan melaksanakan pengelolaan dan penyajian data pelayanan medic dan pelayanan keperawatan serta kebidanan.
- 12) Mengoordinasikan dan melaksanakan monitoring dan evaluasi.
- 13) pelaksanaan kegiatan pelayanan medic dan pelayanan keperawatan serta kebidanan.
- 14) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan dan memberikan saran pertimbangan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan.

- 15) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas.

8. Bidang Penunjang pelayanan

Bidang penunjang pelayanan terdiri atas:

- a. Seksi penunjang medic dan non medic.
- b. Seksi logistic medic dan non medic.

Bidang penunjang pelayanan dipimpin oleh kepala bidang yang mempunyai tugas pokok melaksanakan perencanaan, pengelolaan, dan pengembangan, serta monitoring dan evaluasi di bidang penunjang medic dan non-medic serta logistic medic dan non medic. Tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud, dirinci sebagai berikut:

- 1) Menyusun rencana kegiatan bidang penunjang pelayanan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas.
- 2) Mendistribusikan dan member petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan lancar Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas kepada bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan.
- 3) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf dan/atau menandatangani naskah dinas.
- 4) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang dan tugasnya.
- 5) Melaksanakan pelayanan penunjang medic dan non medic serta logistic medic dan non medic.
- 6) Mengoordinasikan, melaksanakan dan mengendalikan perumusan kebijakan dan pengelolaan pelayanan logistic medic dan non medic.

- 7) Mengoordinasikan, melaksanakan, dan mengendalikan penyusunan rencana kebutuhan dalam rangka pengelolaan pelayanan penunjang medic dan non medic, logistic medic dan non medic.
- 8) Melaksanakan kordinasi dengan unit terkait dalam rangka pelaksanaan pelayanan penunjang medic dan non medic, logistic medic dan non medic.
- 9) Mengoordinasikan dan melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang medic dan non medic, logistic medic dan non-medic.
- 10) Menyusun laporan hasil pelaksanaan tugas bidang penunjang pelayanan kepada atasan sebagai bahan perumusan kebijakan.
- 11) Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan oleh atasan sesuai bidang tugasnya untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas.

9. Bidang Pengembangan dan Pemeliharaan

Bidang pengembangan dan pemeliharaan terdiri atas:

- 1) Seksi pengembangan sumber daya manusia dan pendidikan dan pelatihan.
- 2) Seksi pemeliharaan sarana dan prasarana

Bidang pengembangan dan pemeliharaan dipimpin oleh kepala bidang yang mempunyai tugas pokok melaksanakan perencanaan dan mengoordinasikan pelayanan serta monitoring dan evaluasi pelayanan kegiatan pengembangan sumber daya manusia dan pendidikan dan pelatihan, serta pemeliharaan sarana dan prasarana.

Tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud, dirinci sebagai berikut:

- a) Menyusun rencana kegiatan bidang pengembangan sumber daya manusia dan pendidikan dan pelatihan dan pemeliharaan sarana dan prasarana sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas.
- b) Mendistribusikan dan memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sehingga pelaksanaan tugas berjalan dengan lancar.
- c) Memantau, mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan untuk mengetahui tugas-tugas yang telah dan belum dilaksanakan.
- d) Membuat konsep, mengoreksi, memaraf dan/atau menandatangani naskah dinas.
- e) Mengikuti rapat-rapat sesuai dengan bidang dan tugasnya.
- f) Mengoordinasikan, melaksanakan dan mengendalikan penyusunan rencana kebutuhan dalam rangka pelaksanaan pengembangan sumber daya manusia dan pendidikan dan pelatihan dan pemeliharaan sarana dan prasarana.
- g) Melaksanakan koordinasi dengan instansi terkait dalam pelaksanaan pengembangan sumber daya manusia dan pendidikan dan pemeliharaan sarana dan prasarana.
- h) Melaksanakan pengelolaan pengembangan sumber daya manusia dan pendidikan dan pelatihan.

- i) Mengoordinasikan dan melaksanakan evaluasi pelaksanaan pengembangan sumber daya manusia dan pendidikan dan pelatihan dan pemeliharaan sarana dan prasarana

B. Hasil Penelitian

Hasil penelitian berkaitan dengan pelayanan kesehatan berbasis program kartu Indonesia sehat pada Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Kota Makassar. Dalam mencapai tujuan serta sasaran terhadap program kartu Indonesia sehat yang direncanakan pemerintah provinsi Sulawesi Selatan, maka diperlukan adanya penilaian terhadap sistem pelayanan kesehatan berbasis program kartu Indonesia sehat di Rumah Sakit Sayang Rakyat Makassar.

Sistem Pelayanan yang berkualitas dimaksud dalam hal ini adalah bagaimana Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar Rumah dalam melayani pasien pengguna program Kartu Indonesia Sehat (KIS) mampu memberikan pelayanan yang profesional, memiliki sikap dan perilaku yang baik terhadap pasien, memberikan kemudahan dan kesesuaian pelayanan kepada pasien, memiliki kehandalan yang dapat dipercaya, mampu mengendalikan situasi darurat, serta memiliki reputasi yang baik di mata masyarakat sehingga dapat menciptakan sistem pelayanan yang berkualitas dan memuaskan pasien.

Berdasarkan tujuan penelitian ini yaitu mengetahui dan mendeskripsikan kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar dan implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum

Daerah Sayang Rakyat Makassar, maka penulis menggunakan teknik wawancara, observasi, serta studi dokumen (pustaka) dalam mengumpulkan data terhadap informan dan narasumber yang dianggap berkompeten dan mampu memberikan informasi serta pemahaman kepada penulis terkait fokus penelitian yang digunakan sebagai dasar dalam pengumpulan data. Adapun tujuan penelitian dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Kualitas Pelayanan Berbasis Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar

Sejumlah informan dan atau narasumber yang dimaksud dalam penelitian ini adalah direktur RSUD Sayang Rakyat, kabid pelayanan medis RSUD Sayang Rakyat, staf administrasi, keluarga pasien dan pasien yang telah berobat menggunakan KIS.

Adapun indikator yang kemudian digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar terhadap pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat, maka penulis menggunakan dimensi kualitas pelayanan menurut menurut Gronroos (dalam Tjiptono 2011:202) dimensi sistem pelayanan yang berkualitas pada jasa yang digunakan untuk mengukur kualitas pelayanan ada tiga kriteria pokok yaitu *outcome related* (berhubungan dengan hasil), *process-related* (berhubungan dengan proses) dan *image related criteria* (berhubungan dengan citra jasa) dan ketiga kriteria tersebut di jabarkan menjadi 6 unsur yaitu 1. *Professionalisme and skill* (Profesionalisme dan keahlian) 2. *Attitudes and behavior* (Sikap dan Perilaku) 3. *Accessibility and flexibility* (Kemudahan pencapaian dan penyesuaian pelayanan) 4. *Reliability and trustworthiness*

(Kehandalan dan kepercayaan) 5. *Recovery* (Pengendalian situasi dan pemecahan masalah) 6. *Reputation and credibility* (Nama baik dan dapat dipercaya). Indikator-indikator inilah yang menentukan berkualitas atau tidaknya sistem pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Sayang Rakyat terhadap pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat baik pasien rawat jalan maupun rawat inap.

1) *Profesionalisme and Skill* (Profesionalisme dan Keahlian)

Indikator ini mencakup bagaimana penilaian pasien terkait pelayanan yang dirasakan, apakah penyedia layanan khususnya pegawai bagian pelayanan KIS, dokter, perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien memiliki pengetahuan yang baik dan keterampilan yang sesuai.

Pelayanan di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh para profesional dan kemampuan penyedia jasa yang didalamnya, rumah sakit harus memiliki sumberdaya manusia yang professional, baik tenaga medis (perawat dan dokter) maupun non medis (kabid pelayanan rekam medis dan pegawai bagian pelayanan KIS Kesehatan) dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada pasien.

Rumah sakit umum daerah (RSUD) Sayang Rakyat Makassar merupakan instansi yang memberikan jasa pelayanan terhadap masyarakat di Provinsi Sulawesi Selatan, serta salah satu instansi yang menjadi sarana dan prasarana pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dalam mengimplementasikan program Kartu Indonesia Sehat dengan fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi pasien. Sebagaimana fungsi dari rumah sakit yaitu sebagai unit pelaksana teknis

kesehatan, oleh karena itu Rumah sakit umum daerah (RSUD) Sayang Rakyat sebagai instansi pemberi pelayanan dituntut harus bekerja secara professional.

Adapun indikator yang kemudian digunakan untuk mengukur apakah penyedia layanan dalam memberikan pelayanan kepada pasien dapat dikatakan profesional dan memiliki keahlian apabila sumber daya manusia yang ada didalamnya (dokter, perawat, pegawai bagian pelayanan Kartu Indonesia Sehat (KIS)) memiliki pengetahuan yang baik dan keterampilan yang sesuai.

Pengetahuan yang baik merupakan faktor yang penting dan sangat diperlukan oleh penyedia jasa dalam memberikan pelayanan serta salah satu syarat yang harus dipenuhi oleh penyedia jasa atau pemberi pelayanan untuk menjalankan tanggung jawabnya sesuai dengan tugas dan fungsinya dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Dalam menjalankan tugas dan fungsi tersebut, maka pemberi pelayanan (dokter, perawat, pegawai bagian pelayanan KIS) seharusnya mengetahui dan memahami dengan baik tujuan pemberian pelayanan kesehatan agar dapat menciptakan pelayanan yang berkualitas dan memuaskan pasien.

Adapun untuk mengetahui bahwa (dokter, perawat, pegawai bagian pelayanan KIS) memiliki pengetahuan atau pemahaman yang baik dalam memberikan pelayanan kepada pasien dapat dilihat dari sejauh mana tingkat pendidikan yang pernah mereka tempuh, dan bagaimana penilaian pasien terhadap pelayanan yang telah mereka berikan. Untuk mengetahui aspek tersebut maka dapat dilihat dari data tingkat jenjang pendidikan pegawai.

Sumber daya manusia RSUD Sayang Rakyat meliputi tenaga medis dan non medis, dengan kualifikasi tingkat pendidikan meliputi pasca sarjana,

sarjana. Tingkat pendidikan pegawai pada bagian pelayanan Kartu Indonesia Sehat (KIS) rata-rata di isi oleh pegawai dengan jenjang tingkat pendidikan S1. Hal ini menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang dimiliki Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat memiliki non medis yang cukup berpendidikan, hal ini menandakan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat mempekerjakan orang-orang yang cukup berkompeten dan memiliki pengetahuan yang baik terkait bidangnya masing-masing.

Hal tersebut di perkuat dari hasil wawancara dari salah satu informan berinisial ibu Fr, selaku Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat, beliau menyatakan:

Untuk tingkat pendidikan pegawai administrasi kami disini semuanya minimal S1, dan untuk pegawai medis bagi bidan ada yang D3, tetapi perawat dan dokter semuanya sarjana dan memiliki profesi kesehatan dibidang masing-masing.

(wawancara tanggal 9 november 2020)

Dari pernyataan ibu kabid pelayanan yang mengatakan bahwa semua pegawai di RSUD memiliki tingkat pendidikan minimal sarjana dan untuk pegawai medis selain memiliki tingkat pendidikan minimal sarjana tetapi memiliki juga profesi kesehatan masing-masing. Hal yang sama pula dari hasil wawancara dengan salah satu informan berinisial AN (25 tahun) selaku staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau mengatakan:

“Kalau tingkat pendidikan pegawai administrasi disini semuanya minimal sarjana, untuk mudah dalam menjalankan SOP dalam pelayanan”.

(wawancara tanggal 9 november 2020)

Hal tersebut sejalan dengan pihak yang merasakan pelayanan terkait penilainya terhadap dokter, perawat, pegawai administrasi dalam memberikan pelayanan terhadap pengguna KIS (PBI).

Berikut hasil wawancara dengan salah satu informan berinisial SIR (26 tahun) selaku pasien rawat jalan penggunaan KIS RSUD Sayang Rakyat Makassar, terkait pengetahuan yang dimiliki oleh petugas administrasi dalam melayani kepengurusan berkas pasien. Beliau mengatakan:

“Kalau menurut saya, pegawai disini dalam menjalankan tugas sudah cukup bagus, dari cara memberikan penjelasan dan pengarahan tentang berkas saya yang kurang saya mengerti”.

(wawancara tanggal 9 november 2020)

Dari pernyataan pasien yang mengatakan bahwa pelayanan yang diberikan oleh petugas administrasi dibagian pelayanan KIS sudah bagus karena dilihat dari bagaimana pemahaman mereka mengenai SOP yang seharusnya, dan bagaimana cara mereka mengarahkan kepada pasien terkait berkas yang tidak lengkap. Adapun menggunakan Kartu Indonesia Sehat, yaitu cukup datang ke Faskes I untuk mendapat layanan kesehatan secara gratis. Selain itu, bisa menggunakan Kartu Indonesia Sehat di semua puskesmas, klinik, dokter umum, maupun rumah sakit mana pun yang ada di seluruh penjuru tanah air.

Terkait pernyataan pasien yang mengatakan bahwa cara petugas mengarahkan ketika ada berkas yang kurang biasanya terjadi pada saat pemeriksaan berkas pasien, ketika berkas tidak lengkap maka petugas bagian pelayanan administrasi akan memberikan arahan untuk melengkapi terlebih dahulu dan cara mereka menyampaikan kepada pasien/keluarga pasien disampaikan dengan nada yang sopan dan menggunakan bahasa yang

komunikatif sehingga mudah dipahami oleh pasien maupun keluarga pasien. Adapun kelengkapan berkas yang diperlukan saat ingin mendaftar untuk mendapatkan pelayanan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah:

Untuk pasien baru maka berkas yang disiapkan yaitu:

1. Siapkan KTP asli dan KIS

Untuk mendapatkan layanan gratis, pasien harus membawa Kartu Indonesia Sehat dan KTP ketika datang ke Faskes I. Apabila kartu pasien hilang, segeralah minta surat kehilangan ke kantor polisi supaya bisa mendapatkan kartu baru.

2. Mendatangi petugas di Faskes.

Sesampainya di RSUD Sayang Rakyat Makassar datangi petugas atau tempat khusus yang menangani pasien dengan KIS. Lakukan pendaftaran rawat jalan atau rawat nginap dengan menyerahkan Kartu Indonesia Sehat dan KTP.

3. Menunggu giliran untuk diperiksa.

Setelah melakukan pendaftaran rawat jalan, pasien tinggal menunggu giliran untuk diperiksa. Jika diperlukan pemeriksaan lanjutan oleh dokter spesialis, pasien akan diberikan surat rujukan untuk berobat ke rumah sakit.

4. Bisa dipakai di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan saat kondisi darurat.

Dalam kondisi darurat, pasien dapat langsung melakukan pemeriksaan ke rumah sakit dengan membawa KIS tanpa harus memberikan surat rujukan. Namun, pasien diharuskan untuk melakukan pemeriksaan di Faskes I terlebih dulu apabila kondisinya tidak darurat.

Kalau mengenai tingkat pendidikan pegawai medis di RSUD Sayang Rakyat, berdasarkan hasil wawancara dari salah satu informan berinisial NA (45 tahun) selaku staf penanggung jawab poliklinik, beliau menyampaikan bahwa;

Untuk pegawai medis bidan ada yang masih D3 sedangkan perawat dan dokter disini memiliki tingkat pendidikan minimal sarjana dan memiliki profesi kesehatan masing-masing, untuk menunjang pelayanan kesehatan yang baik.

(wawancara tanggal 9 november 2020)

Berikut hasil wawancara dari salah satu informan berinisial AN (43 tahun) selaku pasien rawat jalan penggunaan KIS (PBI) di RSUD Sayang Rakyat yang mengutarakan penilainya tentang profesionalitas (pengetahuan) dokter dan perawat yang menangani keluhanya selama rawat jalan di RSUD Sayang Rakyat Makassar.

“Dari beberapa kali saya berobat rawat jalan di rumah sakit ini, dokter serta perawat dalam melaksanakan tugasnya menurutku sudah baik, dari caranya menjelaskan tentang penyakit yang saya keluhkan cukup bisa saya pahami karena dokter memberikan penjelasan dengan rinci dan jelas, jadi mudah saya pahami.”

(wawancara tanggal 9 november 2020)

Dari pendapat pasien yang mengatakan bahwa dokter serta perawat dalam melaksanakan tugas sudah baik dalam artian bahwa dokter dan perawat dalam menangani pasien telah sesuai dengan SOP . Adapun SOP dari dokter yaitu 1. Melakukan wawancara atau anamnese kepada pasien pada tahap ini dokter akan menanyakan kepada pasien terkait keluhan apa yang dirasakan oleh pasien, sudah berapa lama pasien mengalami gejala tersebut, riwayat penyakit apa saja yang pernah diderita oleh pasien, dan hal tersebut dokter menanyakan dengan bahasa yang komunikatif sehingga mudah untuk

dimengerti oleh pasien. 2. Melakukan pemeriksaan terhadap pasien, pada tahap ini pasien akan menjalani pemeriksaan fisik, seperti tes tekanan darah, diukur detak jantung dan pengambilan sampel darah yang dilakukan oleh perawat 3. Menegakkan diagnosa penyakit, setelah di periksa oleh dokter dan di cek bagaimana kondisi kesehatan pasien, dokter kemudian menyampaikan perihal penyakit yang diderita oleh pasien dan disampaikan dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien 4. Merencanakan dan memberikan terapi/pengobatan, pada tahap ini jika penyakitnya parah maka dokter akan menyarankan untuk di rawat inap, tetapi jika tidak maka pasien akan diberikan suplemen dan obat antibiotic serta disarankan untuk menjalani pengobatan rawat jalan.

Berdasarkan wawancara diatas bahwa para petugas medis maupun petugas administrasi dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kepada pasien cukup memiliki pengetahuan yang baik, hal itu ditandai dengan tingkat pendidikan yang tinggi, kemampuan mereka dalam memberikan penjelasan kepada pasien yang mudah untuk dipahami oleh pasien dan mereka menjalankan tugas sesuai dengan SOP masing-masing serta tidak ditemukannya keluhan-keluhan pada saat wawancara dan mereka menilai pelayanan yang diberikan sudah bagus. Hal tersebut membuktikan bahwa mereka sudah mengetahui dan memahami dengan baik tujuan pemberian pelayanan kesehatan agar dapat menciptakan pelayanan yang berkualitas dan memuaskan bagi pasien. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang telah penulis lakukan, pada indikator pengetahuan yang baik, petugas medis maupun administrasi dapat dikatakan telah sesuai indikator.

Organisasi yang baik, diperlukan staf bagian penerimaan pasien yang mempunyai keterampilan tertentu yaitu, pewawancara, pencatat, dapat melakukan koordinasi dengan baik, menguasai pekerjaannya, dan yang lebih penting adalah petugas telah dibekali pelatihan oleh rumah sakit untuk meningkatkan keterampilan yang mereka miliki. Untuk menilai keterampilan petugas administrasi atau petugas medis penulis dapat menilai dari berapa banyak tingkat pelatihan, workshop dan seminar yang di ikuti selama bekerja di RSUD Sayang Rakyat Makassar dan penulis mencoba mencari tahu bagaimana penilaian pasien mengenai prosuder kerja petugas administrasi dan prosuder kerja petugas medis, apakah dalam menjalankan tugas mereka menguasai pekerjaannya dan dapat melakukan koordinasi dengan baik. Selain memperhatikan kuantitas SDM yang ada, manajemen RSUD Sayang Rakyat secara aktif mengembangkan kualitas SDM rumah sakit dengan cara mengirim pegawai untuk mengikuti pertemuan/seminar/ workshop/ pelatihan, yang diselenggarakan di Propinsi maupun di Pusat.

Hasil wawancara dari salah satu pasien sebagai pihak yang merasakan pelayanan dari petugas medis maupun petugas administrasi. Informan berinisial FW (35 tahun) selaku pasien yang menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) di RSUD Sayang Rakyat Makassar, mengatakan bahwa

“Saat di perikasa, dokter terlihat sangat terampil, mereka bersikap ramah pada saya, memulai dengan menanyakan kondisi, apa-apa keluhan saya selama ini, setelah itu baru diperikasa. Pemeriksaan berupa pemeriksaan fisik, palpasi. Setelah di periksa, dokter memberikann informasi tentang penyakit saya, dan kata-kata yang menghibur bahwa penyakitnya saya akan cepat sembuh, terakhir dokter akan memberikan resep obat sesuai dengan diagnosa penyakit yang saya derita”.

(wawancara 9 November 2020)

Dari hasil wawancara pasien yang mengatakan bahwa dokter yang memeriksa cukup terampil dalam artian bahwa dokter tersebut telah terlatih dan berpengalaman dalam melayani pasien, mulai dari pemeriksaan fisik seperti cek detak jantung, tekanan darah dan pemeriksaan denyut nadi pasien, untuk menemukan tanda klinis penyakit, hasil pemeriksaan akan dicatat oleh perawat dalam catatan rekam medis. Rekam medis akan membantu mendiagnosa dan merencanakan perawatan pasien.

Hal yang sama disampaikan pula oleh informan berinisial AC (27 tahun) selaku pasien penggunaan Kartu Indonesia Sehat di RSUD Sayang Rakyat terkait, beliau mengatakan bahwa:

“Perawat bersikap ramah dan sopan saat melakukan pemeriksaan, memberikan obat dan makanan sesuai waktunya, menanyakan kondisi saya. Sehingga saya puas atas pelayanan perawat”.

(wawancara 9 november 2020)

Begitu pula dengan petugas administrasi dalam melayani kepengurusan berkas pasien mereka menjalankan sesuai dengan prosuder/SOP. Berikut hasil wawancara dari informan HE (34 tahun) selaku pasien penggunaan Kartu Indonesia Sehat (PBI) yang mengatakan bahwa:

“Petugas dalam memberikan pelayanan memiliki keterampilan yang baik, dan prosuder kerjanya saya rasa cukup jelas. Seperti pada saat kepengurusan berkas pendaftaran, staf disana pertama-tama menanyakan asal rujukan dari puskesmas mana?, sudah pernah berkunjung sebelumnya atau ini pertama kalinya,? kalau mislanya pasien baru, harus di daftar terlebih dahulu dan mereka akan mengarahkan ke loket ke dua, khusus untuk pasien yang masih baru, disana staf meminta kelengkapan berkas seperti rujukan dari Faskes 1, kartu KIS, kartu keluarga, dan KTP”.

(wawancara tanggal 9 november 2020)

Dari hasil wawancara pasien yang mengatakan bahwa petugas administrasi bagian pelayanan KIS memiliki keterampilan yang baik dalam artian bahwa petugas administrasi mampu menyampaikan dan mengarahkan dengan baik alur dari kepengurusan berkas pasien, mereka mampu menyampaikan dengan komunikatif terkait hal-hal yang perlu disiapkan untuk memperoleh pelayanan dan kebagian loket mana saja jika status kepesertaan KIS pasien masih baru.

Berdasarkan data, observasi dan hasil wawancara dengan beberapa pasien pengguna KIS di RSUD Sayang Rakyat Makassar penulis dapat menilai bahwa petugas administrasi maupun petugas medis memiliki keterampilan yang sesuai. Hal tersebut membuktikan bahwa petugas medis maupun non medis dalam hal ini perawat, dokter dan staf bagian administrasi telah terlatih secara profesional dan dari hasil wawancara menunjukkan bahwa pasien menilai petugas medis dan non medis memiliki keterampilan yang baik dalam melayani pasien.

Dari indikator yang digunakan untuk menilai apakah petugas administrasi dan petugas medis dalam melayani pasien dapat dikatakan profesional dan memiliki keahlian telah tercapai, dan terbukti bahwa dalam menjalankan tugas mereka telah memenuhi dimensi profesionalisme and skill.

2) *Attitudes and Behavior* (Sikap dan Perilaku)

Pada kriteria ini pasien menilai bahwa petugas administrasi bagian pelayanan KIS, dokter, perawat menaruh perhatian kepada pasien dan berusaha membantu mereka dalam memperoleh pelayanan yang di inginkan.

Dengan kata lain *Attitudes and Behavior* berkaitan dengan sikap dan kebiasaan pegawai bagian pelayanan KIS, dokter, perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien, petugas selalu memperhatikan, berusaha membantu menyelesaikan masalah pasien secara cepat dan senang hati, bersikap ramah, menjaga sopan santun serta peduli terhadap keluhan pasien.

Adapun indikator yang kemudian digunakan untuk mengukur apakah penyedia layanan (staf administrasi dan petugas medis) dalam memberikan pelayanan kepada pasien bersikap dan berperilaku baik adalah sebagai berikut:

Pelayanan kesehatan pada dasarnya memusatkan perhatian kepada adanya kepastian bahwa sumber daya kesehatan dan sumber daya sosial yang ada, telah tersebar merata dengan lebih memperhatikan mereka yang paling membutuhkan (pasien). Dalam hal ini pemberi pelayanan (staf pelayanan administrasi dan petugas medis) seharusnya lebih tahu apa yang diinginkan dan dibutuhkan oleh pasien. Dalam konteks pelayanan publik, sikap ramah dan perilaku sopan dan baik, dan sikap penuh perhatian dari petugas pelayanan (staf pelayanan administrasi dan petugas medis) sangat menunjang dalam hal kepuasan yang diterima oleh penerima layanan (pasien). Sebagai pelayanan publik, hendaknya staf administrasi maupun petugas medis di RSUD Sayang Rakyat Makassar memomorsatukan sikap dan perilaku yang ramah, sopan serta penuh perhatian agar pasien merasa dilayani dengan sepenuh hati.

Berikut hasil wawancara dengan pasien, terkait sikap petugas administrasi dalam melayani kepengurusan berkas pasien. Informan berinisial SM (29 tahun) selaku keluarga pasien rawat inap penggunaan KIS (PBI) di RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau mengatakan:

“Kalau ketemu yang ramah yah ramah, kalau ketemu yang kurang peduli, biar senyum juga tidak jadi sabar-sabar saja. Karena petugas disini, ada yang ramah ada juga tidak”.

(wawancara tanggal 10 november 2020)

Dari hasil wawancara pasien yang mengatakan bahwa petugas bagian pelayanan administrasi ada yang ramah dan ada yang tidak artinya masih ada beberapa petugas pada bagian pelayanan tersebut yang belum memperhatikan dan mencerminkan sikap dan perilaku yang baik terhadap pasien. Namun dari hasil observasi penulis menemukan bahwa ketidakramahan petugas pada bagian pelayanan administrasi dilakukan oleh petugas yang masih baru atau petugas muda yang masih belum berpengalaman. Terkait ketidakramahan petugas bagian pelayanan administrasi, hal yang sama terjadi juga pada petugas medis khususnya perawat, hal tersebut di ungkapkan oleh salah satu informan berinisial SA (23 tahun) selaku pasien rawat inap penggunaan KIS di RSUD Sayang Rakyat yang mengatakan bahwa :

“Waktu dirawat disini, ketidak ramahan paling sering saya temukan pada perawat yang mudah-muda, sama yang biasa mengurus masalah administrasi, biasanya kalau ada keluhan mereka kurang respon terkadang kami harus menunggu dulu baru dilayani”.

(wawancara tanggal 11 november 2020)

Dari pernyataan pasien yang mengatakan bahwa perawat dan petugas bagian pelayanan administrasi kurang ramah dalam artian mereka kurang senyum, sopan dan perhatian kepada pasien dan pendapat pasien yang mengatakan bahwa mereka kurang respon artinya petugas tersebut belum melayani pasien dengan sepenuh hati, mereka belum bisa menyelesaikan masalah pasien secara cepat dan senang hati.

Dari kedua pernyataan yang diutarakan oleh pasien penulis dapat menilai bahwa ketidakramahan dan perilaku yang kurang memuaskan dilakukan oleh petugas medis dan petugas administrasi yang tergolong muda dan masih baru. Sementara ketika peneliti mewawancarai informan berinisial Fa selaku Staf Administrasi Medis, hal ini diakui terjadi pada beberapa petugas yang masih baru, karena minimnya pengalaman dan masih kaku ketika berhadapan dengan pasien. Berikut hasil wawancara dengan beliau :

“Saya sering mendengar laporan tersebut, tapi biasanya hal tersebut dilakukan oleh staf yang masih baru, hal seperti ini terjadi karena staf belum berpengalaman, cenderung kaku dan masih belajar.”

(wawancara tanggal 11 november 2020)

Dari hasil wawancara tersebut, Staf Administrasi Medis selaku yang mengetahui semua proses pelayanan baik pada loket pelayanan kepengurusan berkas pasien KIS mengakui hal tersebut biasa terjadi, beliau mengatakan bahwa hal tersebut dilakukan oleh petugas yang masih mudah dan belum banyak pengalaman, dan dinilai masih belajar, sehingga jika berhadapan dengan pasien masih cenderung kaku. Namun hal berbeda justru diutarakan oleh salah satu pasien lain yang menilai bahwa dokter dalam memberikan pelayanan justru lebih menunjukkan sikap yang baik dan penuh perhatian. Peneliti mewawancarai dengan salah satu informan berinisial IK (30 thun) selaku pasien rawat jalan penggunaan KIS RSUD Sayang Rakyat Makassar, pasien menyatakan bahwa sebagai berikut :

“Kalau dokter disini ramah semua, baik dan perhatian kepada pasien.”

(wawancara tanggal 11 november 2020)

Dari pernyataan pasien yang mengatakan bahwa dokter bersikap ramah dan penuh perhatian kepada pasien artinya dokter dalam memberikan

pelayanan telah mencerminkan sikap dan perilaku yang baik kepada pasien, ramah artinya mereka senang tiasa senyum dan berperilaku sopan kepada pasien, mereka mampu merespon keluhan pasien dengan cepat dan senang hati.

Sedangkan hasil wawancara yang di sampaikan oleh salah satu informan berinisial ibu Fr, selaku Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat, beliau menyatakan:

Kalau mengenai pegawai administrasi yang tidak ramah kepada pasien, berarti pegawai yang baru sehingga belum menguasai prosedur/SOP dan belum memiliki pengalaman. Kalau pegawai medis yang baru mendampingi pegawai senior yang sudah berpengalaman, sehingga tidak ada kesalahan disini.

(wawancara tanggal 11 november 2020)

Dari pernyataan dari kabid pelayanan menyatakan bahwa pegawai administrasi yang tidak ramah atau sikap kepada pasien tidak ramah berarti petugas yang baru di tugaskan di RSUD Sayang Rakyat sehingga masih kaku atau belum menguasai prosedur, sedangkan kalau petugas medis yang baru selalu mereka mendampingi petugas medis yang senior atau yang sudah berpengalaman. Hal yang sama disampaikan oleh salah satu informan berinisial NA (45 tahun) selaku staf penanggung jawab poliklinik, beliau menyampikn bahwa:

Disini mengenai sikap petugas administrasi dan petugas medis, bagi saya semuanya rama, mungkin pasien merasa tidak ramah karena pasien sedang sakit mau dilayani dengan cepat, sehingga pasien menyatakan petugas disini sikap tidak ramah terhadap mereka.

(wawancara tanggal 11 november 2020)

Hal yang sama juga disampaikan oleh informan berinisial AN (25 tahun) selaku staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau menyatakan bahwa:

Kami disini selalu menjaga sikap kepada siapa saja, apalagi kepada pasien, kalau memang ada pasien yang menyatakan bahwa sikap kami disini tidak ramah bererti berpengaruh terhadap penyakit pasien yang di derita.

(wawancara tanggal 11 november 2020)

Dari wawancara tersebut, peneliti melihat bahwa petugas medis dan petugas administrasi memiliki sikap dan berperilaku yang ramah terhadap pasien dalam memberikan pelayanan, meskipun ada pasien yang menyatakan bahwa ada petugas administrasi yang memiliki sikap yang tidak ramah, karena berpengaruh terhadap panyakit yang diderita oleh pasien. Akan tetapi hal ini harus jadi perhatian jajaran pimpinan rumah sakit untuk segera dilakukan perbaikan dalam pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM) yang terdapat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sayang Rakyat Makassar, karena sebuah pelayanan publik yang baik harus disertai sikap dan perilaku yang baik dan penuh perhatian dari pemberi layanan itu sendiri agar mencerminkan pelayanan yang maksimal dan memuaskan untuk setiap pasien (rawat jalan dan rawat inap) yang menggunakan KIS maupun pasien umum di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makaassar.

Berdasarkan hasil wawancara yang ditemukan oleh penulis dapat dikatakan bahwa untuk indikator menaruh perhatian sudah terpenuhi dan dapat dikatakan baik, meskipun masih ada perbedaan pendapat akan tetapi kesalahan yang harus diperbaiki seperti keramahan dari petugas di bagian administrasi masih kurang dan perlu untuk ditingkatkan lagi agar tercipta pelayanan yang memuaskan dan berkualitas serta perawat yang masih muda masih perlu untuk dilatih dan diarahkan lagi dan mahasiswa yang PKL masih harus di bimbing dan diberi arahan untuk lebih memperlihatkan kesan yang baik serta penuh perhatian kepada pasien. Dari indikator yang digunakan untuk menilai apakah

petugas administrasi dan petugas medis dalam melayani pasien menaruh perhatian telah tercapai, dan dapat dikatakan bahwa dalam menjalankan tugas mereka memiliki sikap dan perilaku yang cukup baik, namun masih perlu untuk ditingkatkan lagi. Hal ini membuktikan bahwa dalam memberikan pelayanan petugas medis dan non medis telah memenuhi dimensi *Attitudes and Behavior* (Sikap dan Perilaku).

3) *Accessibility and flexibility* (Kemudahan pencapaian dan penyesuaian pelayanan)

Pada kriteria ini mencakup hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kriteria artinya bahwa penyedia pelayanan (petugas medis dan non medis) memudahkan pasien untuk memperoleh pelayanan, sesuai dengan permintaan dan keinginan pasien. Adapun indikator yang kemudian digunakan untuk mengukur apakah penyedia layanan (staf administrasi dan petugas medis) dalam memberikan pelayanan kepada pasien sudah memenuhi dimensi *Accessibility and flexibility*.

Pada dasarnya pelayanan publik dapat dikatakan berkualitas apabila mempermudah akses kepada seluruh masyarakat/pelanggan. Unit-unit pelayanan yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan harus benar-benar mudah diakses oleh masyarakat/pasien, baik akses dari segi waktu dalam hal ini kecepatan waktu petugas pelayanan administrasi, dokter, dan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Rumah sakit umum daerah (RSUD) Sayang Rakyat merupakan salah satu instansi yang memberikan jasa pelayanan terhadap masyarakat Provinsi Sulawesi Selatan, serta salah satu instansi yang menjadi sarana dan prasarana pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dalam

mengimplementasikan program jaminan kesehatan dengan fungsi utama menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi pasien, namun pada pelayanannya masih ada beberapa hal yang perlu diperbaiki terutama dari segi waktu, kecepatan dan respon pelayanan yang diberikan oleh staf bagian administrasi dan petugas medis itu sendiri. Hal tersebut peneliti dapatkan dari hasil wawancara oleh beberapa pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) dan pada saat observasi peneliti juga mendapati salah satu informan berinisial AG (29 tahun) selaku keluarga pasien pengguna KIS di RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan bahwa:

“sudah memuaskan, petugas cepat dan tanggap dalam pelayanan, anak saya sudah di periksa oleh dokter, surat jaminan untuk ambil obat cepat di keluarkan juga.”

(wawancara 12 november 2020)

Dari pernyataan pasien yang menyatakan bahwa cepat dan tanggap petugas administrasi saat memproses surat jaminan untuk menebus obat menandakan bahwa petugas administrasi pada bagian kepengurusan berkas pasien pengguna KIS (PBI) memudahkan pasien untuk memperoleh pelayanan sesuai dengan permintaan dan keinginan pasien, hal tersebut dibuktikan dengan pernyataan yang di ungkapkan pasien bahwa mereka melayani dengan cepat dan tepat waktu, seperti terlalu banyaknya antrian, tetapi semuanya dilayani dengan cepat.

Dari hasil wawancara diatas peneliti melihat bahwa ketepatan waktu, serta kecepatan respon dari petugas administrasi tidak ada dikeluhkan oleh pasien, hal tersebut menandakan bahwa akses pasien untuk memperoleh pelayanan dengan mudah tidak sulit, untuk lebih meningkatkan lagi pelayanan

yang seharusnya didapatkan oleh pasien agar tercipta pelayanan yang mudah dan dapat memuaskan pasien.

Sementara ketika peneliti mewawancarai Kabid Pelayanan Medis terkait kemudahan pencapaian dan penyesuaian pelayanan yang di utarakan oleh informan berinisial ibu Fr, selaku Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat beliau mengatakan bahwa :

Kami disini siap melayani pasien semaksimal mungkin, yang jadi masalah terkadang banyak keluarga pasien yang ingin cepat dilayani tetapi berkas mereka ada yang kurang.

(wawancara 12 november 2020)

Dari pernyataan Kabid Pelayanan Medis yang mengatakan bahwa apa yang dikeluhkan oleh pasien adalah hal yang keliru, bahkan mereka mengaku telah melayani dengan maksimal, yang jadi kendala sehingga pasien lambat dilayani karena kesalahan pasien atau keluarga pasien sendiri yang terkadang berkas mereka kurang lengkap namun tetap ingin dilayani cepat. Hal tersebut diperjelas oleh satu staf administrasi yang melayani kepengurusan berkas pasien pengguna KIS, hal hampir sama ia katakan dengan yang disampaikan oleh informan berinisial Mr selaku staf adminisrasi pelayanan KIS RSUD, beliau mengatakan bahwa :

“Kami tidak bermaksud untuk mempersulit mereka, kami selalu berusaha memberikan pelayanan semaksimal mungkin.”

(wawancara 12 november 2020)

Dari hasil wawancara dengan Kabid Pelayanan Medis serta salah satu staf dibagian Admnistrasi peneliti menemukan yang disampaikan petugas dengan apa yang disampaikan oleh pasien tidak ada perbedaan, dari hasil wawancara dengan petugas dan kabid pelayanan bahwa kalau ada pasien

menilai apa yang dikeluhkan oleh pasien adalah hal yang keliru, mereka merasa telah melaksanakan tugas semaksimal mungkin, hanya saja terkadang ada beberapa pasien yang ingin cepat dilayani.

Sedangkan untuk ketepatan waktu petugas medis dalam hal ini dokter dan perawat dalam menangani pasien dapat dikatakan sudah tepat waktu. Hal tersebut disampaikan oleh informan berinisial RS (28 tahun) selaku keluarga pasien rawat inap pengguna KIS yang mengatakan bahwa :

“Selama ibu saya dirawat disini, dokter selalu datang untuk memeriksa ibu saya sesuai dengan jadwal yang ditentukan dan selalu dokter memberikan motivasi agar ibu saya tidak memikirkan penyakitnya.”

(wawancara 12 noember 2020)

Dari pernyataan pasien yang mengatakan bahwa dokter selalu datang tepat waktu untuk memeriksa pasien menandakan bahwa akses pasien untuk memperoleh pelayanan dari petugas medis dapat dikatakan mudah dan sesuai dengan keinginan keluarga pasien. Hal yang sama disampaikan pula oleh informan berinisial AB (32 tahun) selaku keluarga pasien rawat jalan penggunaan KIS RSUD Sayang Rakyat mengatakan bahwa:

“Perawat dalam menangani pasien tepat waktu, sudah sesuai jadwal, begitupun dengan perawat yang datang menanyakan kondisi serta mengganti”.

(wawancara 12 november 2020)

Dari hasil wawancara penulis dapat menilai bahwa dalam kecepatan pelayanan dan kemudahan dalam pemberian layanan oleh dokter dan perawat sudah tepat waktu dalam memberikan pelayanan. Dari hasil tersebut peneliti dapat menyimpulkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh dokter dan perawat sudah cukup baik dan memuskan pasien.

Berdasarkan wawancara diatas bahwa para petugas medis maupun petugas administrasi dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kepada pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) cukup baik.

Dari indikator yang digunakan untuk menilai apakah petugas administrasi dan petugas medis dalam melayani pasien dapat diakses dengan mudah sudah tercapai, karena pada pelayanan bagian administrasi KIS yang dinilai tepat, cepat merespon pasien.

4) Reliability and trustworthiness (Kehandalan dan Kepercayaan)

Pada kriteria ini pasien menilai bahwa apapun yang terjadi, mereka bisa mempercayakan segala sesuatunya kepada penyedia pelayanan yaitu petugas pelayanan administrasi, dokter, dan perawat.

Adapun indikator yang kemudian digunakan untuk mengukur apakah penyedia layanan (staf administrasi dan petugas medis) dalam memberikan pelayanan kepada pasien sudah memenuhi indikator *Reliability and trustworthiness*.

Dalam konteks pelayanan publik, trust (kepercayaan) publik merupakan modal penting sehingga menjadikan penyedia layanan sebagai penyedia layanan yang memiliki kredibilitas, baik pelayanan di sektor publik maupun privat merupakan suatu keharusan untuk dipercaya oleh pelanggan dengan dasar kehandalan yang dimiliki.

Dari penelitian yang dilakukan, penulis menemukan bahwa pasien pengguna KIS sebagian memilih rumah sakit umum daerah (RSUD) Sayang Rakyat bukan karena kehandalannya dalam menangani pasien, juga bukan karena kepercayaan yang tinggi dari pasien terhadap petugas administrasi

maupun medis disana, tapi lebih pada sebuah keharusan bahwa pengguna KIS di haruskan berobat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang sudah di tentukan. Dari hasil wawancara dari salah satu informan berinisial ibu Fr, selaku Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat beliau mengatakan bahwa:

Petugas administrasi dan petugas medis kami disini dalam melayani pasien mengikuti prosedur dan SOP yang sudah di tetapkan.

(wawancara 13 november 2020)

Dari hasil pernyataan dari kabid pelayanan bahwa petugas administrasi dan petugas medis dalam melayani pasien mengikuti prosedur dan SOP yang sudah di tetapkan oleh RSUD Sayang Rakyat. hal yang sama pula dari hasil wawancara dari informan berinisial AN (25 tahun) selaku staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan:

Kami kerja dalam melayani pasien, selalu mengikuti prosedur dan SOP yang sudah di tetapkan oleh pimpinan.

(wawancara 13 november 2020)

Dari pernyataan staf rekam medik menunjukkan bahwa mereka melayani pasien mengikuti prosedur dan SOP yang sudah di tetapkan oleh pimpinan. Hal tersebut sama pula yang di sampaikan oleh salah satu informan berinisial SRT (35 tahun) selaku keluarga pasien rawat jalan penggunaan KIS di RSUD Sayang Rakyat, menyatakan bahwa:

“Menurut saya untuk dibilang sudah handal karena semua fasilitasi sudah lengkap, antrian yang tidak lama karena, keramahan petugas, ketepatan waktu mereka saat melayani saya rasa puas dalam melayani karena bukan hanya melayani tetapi sekaligus mereka mengarahkannya.”

(wawancara 13 november 2020)

Dari pernyataan pasien yang mengatakan bahwa kehandalan petugas sudah baik artinya bahwa mereka sepenuhnya percaya kepada petugas non

medis maupun medis terkait pelayanan yang mereka berikan kepada pasien, hal itu dibuktikan dari hasil observasi penulis, pada saat observasi penulis melihat bahwa salah satu tidak ada kekurangan dari pelayanan rumah sakit milik pemerintah ini adalah fasilitas ruang tunggu sudah memadai, sedangkan jumlah pasien dan keluarga pasien yang antri puluhan, selalu dilayani tepat waktu. petugas administrasi yang lengkap sehingga pasien ataupun keluarga pasien menilai pelayanan yang diberikan memuaskan. Hal tersebut diperkuat oleh informan berinisial SD (28) selaku pasien rawat jalan penggunaan KIS RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan bahwa:

“Kalau berbicara mengenai kehandalan petugas administrasi dalam melayani saya rasa cukup baik, saya sudah 3 kali berturut-turut berobat di rumah sakit ini dan 3 kali pula saya harus mengantri tetapi tidak lama.”

(wawancara 13 november 2020)

Pernyataan yang disampaikan pasien bahwa hampir sama dengan yang disampaikan oleh keluarga pasien berinisial SRT keduanya sama-sama mengenai kehandalan petugas administrasi dan antrian yang panjang tetapi dilayani dengan baik dan tepat tidak memakan waktu yang begitu lama. Pernyataan yang sama penulis dapatkan dari salah satu pasien rawat jalan yang mengatakan bahwa:

“Kehandalan standar buat kelas Rumah Sakit Umum, kalau untuk mengharapkan kesembuhan kita selaku pasien harus percaya sama yang mengobati, sejauh ini saya masih percaya dengan kehandalan rumah sakit RSUD Sayang Rakyat karena biar bagaimanapun kita datang disini karena dari rujukan puskesmas, disini bagi saya pelayanan administrasi bagus, karena antrian itu tergantung kita sendiri, apabila belum lengkap berkas mereka selalu mengarahkan agar berkasnya lengkap, dan apabila yang belum lengkap tetapi tinggalnya jauh, selalu mereka melayani saja nanti pada saat sudah sehat baru mereka meminta berkas yang belum lengkap.”

(wawancara 13 november 2020)

Dari pernyataan tersebut penulis dapat melihat bahwa semua pasien tidak mengeluh kehandalan dari petugas rumah sakit, pasien percaya akan kehandalan petugas rumah sakit. Dari hasil wawancara peneliti dapat menyimpulkan bahwa tingkat kepercayaan dan kehandalan petugas di RSUD Sayang Rakyat sudah maksimal hal tersebut ditandai dengan tidak adanya keluhan-keluhan pasien yang seolah-olah mengatakan bahwa tidak ada pilihan lain selain berobat di RSUD Sayang Rakyat sebab statusnya yang merupakan pasien rujukan dari puskesmas daerah. Jika melihat hal tersebut sangat berkualitas pelayanan dari pihak manajemen rumah sakit umum daerah (RSUD) Sayang Rakyat sehingga kepercayaan dari masyarakat akan pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Pentingnya memberikan pengarahan kepada semua petugas dibagian administrasi maupun petugas medis agar memiliki kehandalan yang benar-benar di pertahankan dan kalau bisa di tingkatkan lagi diharapkan oleh setiap pasien pengguna KIS di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sayang Rakyat, karena bagaimanapun dalam hal pelayanan harus mengutamakan kepuasan dari pemakai layanan sehingga menimbulkan kepercayaan untuk kembali berobat.

5) *Recovery* (pengendalian situasi dan pemecahan masalah)

Pada kriteria ini pasien menilai bahwa jika ada kesalahan atau terjadi sesuatu yang tidak diharapkan, maka penyedia layanan akan segera mengambil tindakan untuk mengendalikan situasi dan mencari pemecahan yang tepat. Adapun indikator yang kemudian digunakan untuk mengukur apakah penyedia layanan (staf administrasi dan petugas medis) dalam memberikan pelayanan kepada pasien sudah memenuhi indikator *Recovery*.

Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan mutlak yang harus diberikan pemerintah kepada masyarakat dan dijamin dalam undang-undang Dasar 1945. Oleh karena itu , kiranya setiap rumah sakit apalagi rumah sakit milik pemerintah harus bisa cepat tanggap dalam mengatasi kebutuhan darurat masyarakat akan pelayanan kesehatan dan ketika menemui sesuatu yang tidak sesuai dengan prosuder maka bagaimana peran penting penyedia layanan dalam mengatasi dan memperbaiki kesalahan tersebut. Dari hasil penelitian penulis dapat mengetahui seperti apa tindakan dari petugas administrasi maupun petugas medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sayang rakyat dalam menghadapi situasi darurat dan bagaimana ketenangan petugas serta bagaimana pihak kepala rumah sakit untuk memperbaiki kesalahan yang terjadi. Berikut hasil wawancara dari salah satu informan berinisial MD (38) selaku keluarga pasien rawat inap penggunaan KIS RSUD dengan beberapa pasien terkait bagaimana tindakan petugas medis jika terjadi situasi darurat.

“Saya pernah ketika itu istri saya mengalami pendarahan pasca melahirkan dan harus dilarikan kerumah sakit RSUD Sayanag Rakyat, pada saat itu di ruang IGD istri saya sangat membutuhkan penanganan darurat, dan Alhamdulillah petugas medis memberikan tindakan dengan cepat”.

(wawancara 13 november 2020)

Dari pernyataan pasien yang mengatakan bahwa petugas medis yaitu dokter maupun perawat pada saat situasi darurat memberikan tindakan dengan cepat menandakan bahwa mereka mampu mengatasi dan merespon dengan cepat masalah pasien. Hal yang sama disampaikan oleh informan FW (24 tahun) selaku pasien rawat jalan penggunaan KIS di RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan:

“sudah cukup baik, responya cepat saat dibutuhkan.”

(wawancara 13 november 2020)

Hal yang sama di utarakan oleh pasien ke tiga saat diwawancarai berinisial ZR (27 tahun) selaku keluarga pasien rawat inap penggunaan KIS RSUD, beliau mengatakan bahwa:

“ibu rasa sudah cukup bagus, responya juga lumayan cepat, ini anak saya kemarin kecelakaan masuk ruang UGD dan sangat membutuhkan penanganan dokter secepatnya, dan pada jam itu juga langsung di tangani.”

(wawancara 14 november 2020)

Dari wawancara tersebut dapat dilihat bahwa dalam situasi darurat petugas medis cepat tanggap dan bisa diandalkan dalam melayani pasien. Hal yang sama juga penulis temukan ketika mewawancarai oleh informan berinisial WM (26 tahun) selaku pasien rawat jalan penggunaan KIS di RSUD beliau menyampaika bahwa:

“pada saat saya di rujuk dari puskesmas untuk berobat di rumah sakit ini, saya diharuskan untuk dirawat inap oleh dokter yang menangani saya. Ketika itu saya tidak menunggu lama untuk mengurus administrai. Alasanya sebagai pengguna KIS harus ada persyaratan yang perlu dilengkapi.”

(wawancara 14 november 2020)

Dari wawancara tersebut penulis dapat melihat bahwa tidak ada keluhan dari pasien pada bagian kepengurusan administrasi,

Dari jawaban diatas menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa pernyataan yang menunjukkan bahwa petugas medis yang merspon dengan baik dalam situasi darurat serta pernyataan yang menunjukkan bahwa cepatnya petugas administrasi dalam merespon situasi darurat. Pernyataan diatas seakan mengarah kepada pihak Rumah Sakit Umum (RSUD) Sayang Rakyat sudah mengoptimalkan dalam pengendalian situasi dan pemecahan masalah

Penulis mencoba mencari tahu bagaimana tindakan dari kepala rumah sakit dalam memperbaiki kesalahan-kesalahan yang terjadi. Berikut hasil wawancara oleh informan berinisial ibu Fr, selaku Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat yang mewakili Direktur RSUD Sayang Rakyat. Beliau mengatakan bahwa:

“Tidak bisa kami pungkiri bahwa dalam memberikan pelayanan biasa terjadi kesalahan yang tanpa disengaja, bukan hanya dirumah sakit, tetapi seluruh instansi yang ada di Indonesia pastilah ada kesalahan-kesalahan teknis, karna kita hanya manusia biasa yang memang terkadang salah. Kalaupun ada kesalahan kami akan bicarakan kepada pihak Komite Kode Etik dan staf yang melakukan kesalahan pastinya kami sebagai atasan akan memberikan sanksi berupa teguran.”

(wawancara 16 november 2020)

Dari hasil wawancara diatas peneliti menemukan pernyataan dari Kabid Pelayanan Medis yang menyatakan bahwa tidak bisa kami pungkiri bahwa dalam memberikan pelayanan biasa terjadi kesalahan yang tanpa disengaja, bukan hanya dirumah sakit, tetapi seluruh instansi yang ada di Indonesia pastilah ada kesalahan-kesalahan teknis, karna kita hanya manusia biasa yang memang terkadang salah, kami disini tidak membedakan pasien yang satu dengan pasien yang lain, petugas administrasi dan petugas medis telah melaksanakan tugas dengan baik dan apabila ada kesalahan-kesalahan mereka akan membicarakan pada pihak Komite Kode Etik dan memberikan sanksi berupa teguran kepada petugas yang berbuat kesalahan.

Dari indikator memperbaiki kesalahan sudah berjalan dengan baik ,namum masih ada beberapa hal yang mesti diperbaiki terutama pada bagian pelayanan admistrasi yang masih dikeluhkan oleh pasien sedangkan petugas medis cepat respon pada saat situasi darurat, dan ketika peneliti mewawancarai

Kabid pelayanan medis ia memberikan respon yang cukup baik, menjelaskan bagaimana tindakan mereka jika terjadi kesalahan. Dari hasil yang peneliti temukan dapat dikatakan bahwa dalam menjalankan tugas mereka telah memenuhi dimensi *Recovery* (pengendalian situasi dan pemecahan masalah pelayanan).

6) *Reputation and Credibility* (Nama baik dan dapat di percaya)

Pada kriteria ini pasien menyakini bahwa RSUD Sayang Rakyat dapat dipercaya dan memberikan pelayanan yang sesuai dengan tanggung jawab pada pasien. artinya Sebuah penyedia jasa dapat dikatakan terpercaya apabila mampu bertanggung jawab terhadap pelanggan. Rumah sakit umum daerah (RSUD) Sayang Rakyat merupakan salah satu instansi milik pemerintah daerah yang di beri tanggung jawab penuh untuk melayani kesehatan masyarakat di Provinsi Sulawesi Selatan, tidak hanya wilayah Provinsi Sulawesi Selatan saja, tetapi hingga wilayah Nusantara. Rumah sakit ini telah mendapatkan pengakuan dari KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) sebagai rumah sakit yang terakreditasi penuh tingkat dasar untuk 5 (lima) jenis pelayanan. Jenis pelayanan tersebut meliputi pelayanan administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan dan pelayanan rekam medis.

Untuk mengetahui apakah rumah sakit ini selama melayani masyarakat memiliki reputasi yang baik dimata pasien dan sehingga dipercaya masyarakat dapat di lihat dari tanggung jawab seluruh petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien atau masyarakat. Untuk mencerminkan kepercayaan kepada pasien maka hal yang perlu diperhatikan oleh pemberi pelayanan

adalah tanggung jawab. Sebab tanggung jawab merupakan kewajiban utama untuk melayani kepentingan publik, dan bagaimanapun harus mengedepankan kepentingan dan keselamatan pasien diatas diri pribadi. Untuk memunculkan kepercayaan masyarakat atau pasien terhadap penyedia jasa maka petugas administrasi maupun petugas medis dalam melaksanakan tugas harus mampu bertanggung jawab kepada pasien yang dilayani agar pasien merasa puas akan pelayanan yang diberikan.

Dari hasil wawancara dari salah satu informan berinisial AN (25 tahun) selaku staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau menyatakan bahwa:

Kami disini dalam melayani pasien mengikuti prosedur,SOP dan kode etik, sehingga kami menjaga nama baik institut dan diri kami.

(wawancara 16 november 2020)

Dari pernyataan tersebut bahwa petuga administrasi dan petugas medis dalam melayani pasien mengikuti prosedur, SOP dan kode etik sehingga selalu menjaga nama baik dan dapat di percaya oleh pasien. Hal tersebut juga di dapat dalam penelitian ini, peneliti menemukan bahwa petugas medis maupun petugas administrasi dapat dikatakan sangat bertanggung jawab kepada pasien, Rumah Sakit Sayang Rakyat masih di percaya oleh masyarakat pada umumnya untuk memberikan pelayanan. Dari hasil wawancara dari informan berinisial JR (29 tahun) selaku pasien yang pernah berobat di rumah sakit Umum daerah Sayang Rakyat dan merupakan pasien pengguna KIS, beliau mengatakan bahwa:

“kami masih percaya dan yakin bahwa semua petugas disini bertanggung jawab kepada pasien yang dilayani. Seperti pada saat saya dirawat 1 minggu

yang lalu, dokter selalu datang tepat waktu untuk memeriksa saya, perawat setiap pagi, siang, sore dan malam datang untuk mengecek keadaan saya.”

(wawancara 16 november 2020)

Dari pernyataan pasien percaya dengan rumah sakit milik pemerintah bahwa petugas tetap bertanggung jawab kepada pasien, menandakan bahwa rumah sakit umum daerah Sayang Rakyat memiliki reputasi yang baik dimata masyarakat. Hal yang hampir sama dikatakan pula oleh pasien yang lain, hasil wawancara dari informan berinisial SWE (34 tahun) selaku pasien rawat jalan penggunaan KIS di RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan bahwa :

“Semua petugas menurut saya sangat bertanggung jawab terhadap tugas dan kewajibannya masing-masing, saat keadaan darurat mereka cepat tanggap dalam menangani”.

(wawancara 16 november 2020)

Hal senada peneliti temukan dengan informan lain yang berinisial WR (23 tahun) selaku keluarga pasien rawat jalan penggunaan KIS di RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan bahwa

“tidak kekurangan yang dimiliki oleh rumah sakit, karena keramahan petugas disini baik dalam menghadapi pasien dan mereka bertanggung jawab pada tugas yang telah diberikan. Menurut saya pribadi mereka sudah melaksanakan tanggung jawabnya masing-masing, jika tidak bertanggung jawab kan, pasti kami tidak dilayani, tetapi nyatanya kami masih diberi pelayanan.”

(wawancara 16 november 2020)

Dari hasil wawancara diatas penulis dapat mengetahui bahwa petugas medis maupun petugas administrasi bertanggung jawab pada pasien, hal tersebut dibuktikan dengan tanggapan dari pasien saat wawancara, mereka menilai bahwa di Rumah Sakit Umum Daerah RSUD Sayang Rakyat tidak ada kekurangan, para petugas tidak pernah melalaikan tanggung jawabnya dalam melayani pasien, hal tersebut membuktikan bahwa dimata masyarakat Rumah

Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat ini masih memiliki reputasi dan masih dipercaya oleh masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan.

Hal tersebut diperkuat oleh hasil observasi peneliti, pada saat observasi peneliti melihat banyaknya pasien yang antri untuk berobat di RSUD Sayang Rakyat, dan kebanyakan mereka merupakan pasien pengguna KIS.

2. Implementasi Pelayanan Berbasis Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar

Hasil penelitian yang diperoleh melalui wawancara, observasi dan dokumentasi menunjukkan bahwa implementasi Pelayanan Berbasis Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar sudah dilaksanakan dengan baik dan benar, serta sudah memenuhi kriteria yang efektif dan efisien, rasional sesuai kebutuhan atau keluhan dari pasien tersebut. Ini dapat memberi petunjuk bahwa penerapan Program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar sudah dilakukan secara tepat, maka dalam mengelola pelayanan atau menerapkan implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar terhadap pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat, maka penulis menggunakan indikator implementasi pelayanan menurut model Edward III dalam Widodo (2012:96-107) megajukan faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan yaitu sebagai berikut: 1) Faktor komunikasi (*communication*), 2) Sumber Daya (*Resources*), 3) *Bureaucratic structure* (struktur birokrasi). Indikator-indikator inilah yang menentukan implementasi

pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Sayang Rakyat terhadap pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat baik pasien rawat jalan maupun rawat inap.

1) Faktor Komunikasi (*Communication*)

Komunikasi merupakan sarana untuk menjadikan pelaksana kebijakan memahami apa yang seharusnya mereka lakukan. Setiap kebijakan yang akan di implementasikan dapat disalurkan kepada orang-orang yang tepat melalui komunikasi yang harus dinyatakan dengan jelas, tepat, dan konsisten. Komunikasi yang jelas, tepat dan konsisten diharapkan dapat efektif dalam menyampaikan informasi yang dapat diterima dengan jelas pula oleh implementor, target group, dan pihak lain yang berkepentingan, terutama berkaitan dengan maksud, tujuan dan sasaran pelayanan publik yang akan diimplementasikan.

Dari hasil wawancara dengan salah satu informan berinisial AN (25 tahun) selaku staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat Makassar, terkait komunikasi dalam melayani kepengurusan berkas pasien, beliau mengatakan bahwa:

Menyangkut sosialisasi tentang KIS kepada pasien, menurut saya bahwa biasanya pasien yang baru berobat disini selalu kami sampaikan tentang penggunaan KIS, dengan berjalannya waktu pasien secara sendiri sudah mengetahui tentang penggunaan KIS. Karena KIS ada tiga macam yaitu bayar sendiri (pekerja Mandiri), tanggung negara (PBI), BPJS (ASN).

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan staf rekam medik yang mengatakan bahwa pasien sudah mengetahui tentang penggunaan kartu KIS. Hal yang sama disampaikan pula oleh salah satu informan berinisial NA (45 tahun) selaku staf penanggung jawab poliklinik, beliau menyampikn bahwa:

Semua pasien yang berobat di sini menggunakan KIS sudah mengetahui persyaratan, dan kami melayani pasien disini tidak membedakan satu sama lain, semua memiliki hak yang sama.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan staf penanggung jawab poliklinik yang mengatakan bahwa di RSUD Sayang Rakyat selama melayani pasien tidak membedakan pasien menggunakan KIS tanggung negara (PBI) dengan pasien yang lain. Hal yang sama disampaikan pula oleh informan YU (26 tahun) selaku pasien penggunaan KIS, beliau menyatakan bahwa:

Selama saya di sini petugas medis maupun petugas administrasi melayani saya cukup baik, dan selalu mereka arahkan saya ke proses cara menggunakan KIS (PBI) di rumah sakit ini, kalau prosedur penggunaan KIS (PBI) sudah di sampaikan oleh pihak kelurahan dan puskesmas pada saat pembagian Kartu Indonesia Sehat (KIS) (PBI), sehingga saya disini sudah paham dan tidak bingung.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan salah satu pasien yang mengatakan bahwa tentang sosialisasi tentang menggunakan Kartu Indonesia Sehat sudah di sampaikan oleh pihak kelurahan dan puskesmas, sedangkan pihak RSUD Sayang Rakyat hanya mengarahkan proses administrasi, sehingga pada saat berobat di RSUD Sayang Rakyat pasien tersebut sudah memahami dengan jelas. Hal yang sama juga disampaikan oleh salah satu informan berinisial ZR (27 tahun) selaku keluarga pasien rawat inap penggunaan KIS RSUD, beliau mengatakan bahwa:

Selama saya disini menjaga anak saya kemarin kecelakaan masuk ruang UGD, pihak rumah sakit hanya bertanya, penggunaan KIS apa, ternyata tercantum di lembar surat itu bahwa peserta KIS (PBI), dan ada penjelasan sedikit mengenai KIS (PBI) kepada saya, sehingga selama pengobatan disini saya tidak membayar, karena ditanggung oleh pemerintah”

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan pasien menyatakan bahwa petugas administrasi dan petugas medis sempat mensosialisasi mengenai pengguna KIS (PBI) terhadap pasien.

Berdasarkan wawancara diatas bahwa para petugas medis maupun petugas administrasi dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kepada pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) cukup baik. Dari indikator yang digunakan untuk menilai apakah petugas administrasi dan petugas medis dalam sosialisasi Kartu Indonesia Sehat kepada pasien sudah tercapai.

Dari hasil wawancara tersebut, dapat dipahami bahwa informasi dari RSUD Sayang Rakyat telah terpola dengan baik dan sistematis sehingga memudahkan dan mempercepat pelaksanaan pelayanan untuk mengimplementasikan substansi program/kebijakan program Kartu Indonesia Sehat (KIS). Begitu pula dari informan unsur masyarakat menyatakan bahwa implementasi pelayanan kesehatan berbasis program kartu indonesia sehat sudah dikomunikasikan dan disosialisasikan dengan baik kepada pasien. Dengan demikian, implementasi kebijakan program jamkesmas dari dimensi komunikasi sudah dikomunikasikan dengan baik oleh pihak RSUD Sayang Rakyat.

2) Sumber Daya (*Resources*)

Sumber daya dalam konteks implementasi pelayanan berbasis program kartu indonesia sehat di RSUD Sayang Rakyat terdiri dari sumber daya manusia, mulai dari pimpinan sampai pada pegawai pelaksana, peralatan, fasilitas kerja, material financial dan kewenangan. Tanpa sumber daya yang memadai, dapat dipastikan pelayanan tidak dapat diimplementasikan secara

efektif. Untuk mengimplementasikan pelayanan program kartu indonesia sehat, maka program kartu indonesia sehat di RSUD Sayang Rakyat didukung oleh sumber daya yang cukup memadai dan berkualitas karena para petugas berlatar belakang pendidikan kesehatan yang tepat dengan bagian/jabatan fungsional di RSUD Sayang Rakyat. Dari aspek peralatan dan fasilitas kerja, ternyata RSUD Sayang Rakyat dapat dikatakan peralatan medis dan fasilitas kerja lainnya sudah memadai untuk menunjang implementasi kebijakan program kartu indonesia sehat di RSUD Sayang Rakyat.

Hal tersebut di perkuat dari hasil wawancara kepada staf penanggung jawab poliklinik terkait sumber daya yang ada di RSUD Sayang Rakyat untuk mengimplementasikan pelayanan program kartu indonesia sehat.

Berikut hasil wawancara dengan salah satu informan berinisial NA (45 tahun) selaku staf penanggung jawab poliklinik RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau mengatakan bahwa:

Dari sumber daya yang ada di RSUD Sayang Rakyat untuk sekarang petugas administrasi dan petugas medis (Dokter, perawat) sudah cukup, sedangkan kalau peralatan untuk sekarang sudah lengkap dan memadai.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan salah satu staf RSUD Sayang Rakyat yang mengatakan bahwa tentang sumber daya manusia dan fasilitas yang ada di RSUD Sayang Rakyat bisa dikatakan sudah cukup, karena untuk sekarang sumber daya manusia dan fasilitas yang ada sudah memadai. Dari hal tersebut juga disampaikan oleh salah satu informan berinisial SRT (35 tahun) selaku keluarga pasien rawat jalan penggunaan KIS di RSUD Sayang Rakyat, menyatakan bahwa:

“Menurut saya untuk dibidang sudah handal karena semua fasilitas sudah lengkap berarti petugasnya juga sudah lengkap juga, sehingga antrian yang tidak lama, ketepatan waktu mereka saat melayani saya rasa puas dalam melayani karena bukan hanya melayani tetapi sekaligus mereka mengarahkannya.”

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan keluarga pasien tersebut bahwa apabila fasilitas sudah lengkap berarti petugas administrasi dan petugas medis juga sudah lengkap, karena dalam pelayanan tidak ada keluhan dari keluarga pasien tersebut. Hal yang sama pula dikatakan oleh salah satu informan berinisial AN (25 tahun) selaku staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau mengatakan:

Untuk sekarang ini pegawai administrasi, pegawai medis di sini kalau pegawai administrasi sudah cukup sedangkan pegawai medis saya tidak tau, tetapi kalau mengenai fasilitas yang ada di administrasi sudah cukup karena selama saya disini untuk melayani pasien tentang administrasi tidak ada kendala, apalagi kalau mengenai pasien KIS (PBI) selalu kami cek secara online, untuk menyesuaikan data. Tetapi kalau fasilitas lain atau diluar dari administrasi saya tidak tau.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan salah satu staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat yang mengatakan bahwa tentang sumber daya manusia di bagian administrasi sudah cukup, tetapi kalau pegawai medis beliau tidak tau karena bukan wilayahnya dan tentang fasilitas yang ada pelayanan administrasi sudah cukup, beliau juga menambahkan bahwa sebelum di arahkan untuk berobat terlebih dahulu dicek kartu indonesia sehat (PBI) secara online untuk kecocokan data, kalau fasilitas medis beliau tidak tau. Begitu pula hal yang sama di sampaikan oleh salah satu informan berinisial ibu Fr, selaku Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan:

Kalau untuk sekarang ini fasilitas perawat sudah cukup, tetapi akan ada penambahan sebagian fasilitas untuk membantu dalam pelayanan medis

kedepan, kalau fasilitasi yang lain bagi saya untuk sekarang sudah cukup, apabila di tambah kalau tenaga medis atau pelayanan ada yang pensiun.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat yang mengatakan bahwa sumber daya manusia, fasilitas sudah cukup, kalau memang dikemudian hari ada penambahan apabila pegawai administrasi dan pegawai pelayanan pensiun atau ada penambahan dari provinsi dan pusat. Sedangkan fasilitas medis untuk sementara ini sudah cukup.

Berdasarkan dari hasil wawancara diatas bahwa mengenai sumber daya yang peneliti ambil itu sumberdaya manusia dan fasilitas, hasil menunjukan bahwa di RSUD Sayang Rakyat Makassar mengenai pegawai administrasi dan pegawai medis sudah cukup, sedangkan mengenai fasilitas juga sudah cukup

Dari indikator sumber daya yang digunakan untuk menilai sumber daya manusia (petugas administrasi, petugas medis) dan fasilitas dalam implementasi pelayanan kepada pasien KIS (PBI) dalam melayani pasien dapat dikatakan telah memenuhi pada indikator sumber daya.

3) Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*)

Struktur organisasi adalah sistem formal dari beberapa hubungan dan tugas dan otoritas untuk mengendalikan orang-orang-organisasi dan mengkoordinir tindakan-tindakan mereka dalam menggunakan sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi. Robbins (1994) mengemukakan bahwa struktur organisasi adalah suatu sistem penerapan tugas-tugas yang akan diberi, siapa melakukan apa dan melapor kepada siapa, mekanisme koordinasi formal dan pola interaksi yang akan diikuti. Sedangkan Edward dalam Winarno (2007) mengatakan bahwa birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering,

bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi baik secara sadar atau tidak sadar memilih bentuk-bentuk organisasi untuk kesepakatan kolektif dalam rangka memecahkan masalah-masalah sosial dalam kehidupan moderen.

Pemerintah sangat sulit mencegah pengaruh nilai-nilai dan kepentingan umum yang semestinya lebih diutamakan pelayanannya dan kepuasan para pengguna program, karena dalam penerapan pelayanan publik yang dilakukan pemerintah lebih bersifat monopoli, maka keinginan untuk meningkatkan kualitas pelayanan cenderung kurang bermutu. Lebih celaka lagi apabila pihak penyelenggara Negara yang menerapkan program justru memanfaatkan untuk kepentingan lain atau kepentingan pribadi/kelompok tertentu. Menghadapi persoalan mengenai lebih mengutamakan kepuasan pelanggan internal, terutama kepuasan pimpinan organisasi ataukah harus mengutamakan kepuasan masyarakat luas, semua ini adalah permasalahan yang biasa timbul di area penerapan pelayanan publik.

Berdasarkan hasil wawancara dari salah satu informan berinisial SM (29 tahun) selaku keluarga pasien rawat inap penggunaan KIS (PBI) di RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau mengatakan:

Kami pakai KIS (PBI), kami tidak ditarik biaya apapun selama pengobatan. Terus untuk mengurus surat elegibilitas peserta juga tidak sesulit yang kami bayangkan.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan tersebut bahwa dalam pengurusan surat elegibilitas di RSUD Sayang Rakyat tidak sulit yang di bayangkan oleh keluarga pasien. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara dari salah satu informan berinisial RS (28

tahun) selaku keluarga pasien rawat inap pengguna KIS yang mengatakan bahwa:

Menurut saya tidak ribet menggunakan KIS (PBI) berobat, kalau ada yang bilang ribet, itu mungkin karena persyaratannya yang belum lengkap. Kalau saya syarat-syaratnya sudah lengkap, cepat saja dalam melayani, dan setahu saya kalau sudah pakai KIS (PBI) semua biaya perawatannya gratis, karena selama saya menggunakan KIS saya tidak pernah dipungut biaya.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Hasil wawancara menunjukan bahwa dalam pengobatan di RSUD Sayang Rakyat tidak di pungut biaya apapun selama pengobatan dan dalam pengurusan surat mengenai KIS (PBI) tidak sulit. Dari pernyataan tersebut birokrasi memiliki peran yang sangat tinggi serta berpengaruh dalam pelaksanaan program kartu indonesia sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat. Berikut hasil wawancara dari informan berinisial AN (25 tahun) selaku staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan:

Dalam menjalankan tugas pelayanan kepada pasien KIS, kami mengacu pada apa yang sudah disosialisasikan oleh pimpinan tentang pedoman pelaksanaan program kartu indonesia sehat di sini. Pastinya apa yang disampaikan oleh pimpinan harus kami laksanakan de.....

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan salah satu staf rekam medik RSUD Sayang Rakyat yang mengatakan bahwa tentang menjalankan pelayanan kepada pasien KIS, mengacu pada apa yang sudah disosialisasikan oleh pimpinan tentang pedoman pelaksanaan program kartu indonesia sehat. Hal yang sama pula dijelaskan oleh informan berinisial NA (45 tahun) selaku staf penanggung jawab poliklinik RSUD Sayang Rakyat Makassar, beliau mengatakan bahwa:

Kalau menurut saya dalam membeikan pelayanan kesehatan kami harus selalu berdasarkan SOP, dan mengacu pada pedoman pelaksanaan program

kartu indonesia sehat di sini, seperti yang disampaikan pimpinan kepada kami.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Dari pernyataan tersebut penulis dapat melihat bahwa petugas administrasi dan petugas perawat dalam melayani pasien mengikuti SOP yang, dan mengacu pada pedoman pelaksanaan program kartu indonesia sehat. Dari hal tersebut sehingga penulis wawancara informan berinisial ibu Fr, selaku Kabid Pelayanan Medis RSUD Sayang Rakyat, beliau mengatakan:

Pada dasarnya kami melaksanakan pelayanan program kaerti indonesia sehat di RSUD Sayang Rakyat, mengacu pada Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 7 Tahun 2012 tentang penyelenggara kesehatan, Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 9 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 2 Tahun 2009 Tentang Kerja Sama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis, dan diperkuat dengan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan Nasional. Peraturan jaminan kesehatan nasional inilah yang menjadi pedoman kami dalam melaksanakan program kartu indonesia sehat di RSUD Sayang Rakyat.

(wawancara tanggal 11 desember 2020)

Berdasarkan wawancara diatas bahwa para petugas medis maupun petugas administrasi dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kepada pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) mengacu pada SOP dan peraturan daerah dan peraturan presiden tentang jaminan kesehatan nasional.

Dari indikator yang digunakan untuk menilai petugas administrasi dan petugas medis dalam melayanai pasien mengikuti struktur birokrasi. RSUD Sayang Rakyat petugas administrasi dan petugas medis dalam melayanai pasien mengikuti struktur birokrasi.

C. Pembahasan

Berdasarkan hasil peneliti dan terwujudnya tujuan dari penelitian ini, setelah menilai enam indikator untuk mengukur sistem pelayanan kesehatan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar, selanjutnya peneliti menghubungkan ke enam indikator tersebut dengan tujuan untuk menjawab kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar dan implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar. Dengan demikian untuk menjawab tujuan yang tercapai maka dapat dilihat dari penjelasan sebagai berikut:

1. Kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar

Berdasarkan sistem pelayanan di RSUD Sayang Rakyat Makassar untuk meningkatkan kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar. Kualitas pelayanan para petugas medis maupun petugas administrasi dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kepada pasien cukup memiliki pengetahuan yang baik, hal itu ditandai dengan tingkat pendidikan yang tinggi, kemampuan mereka dalam memberikan penjelasan kepada pasien yang mudah untuk dipahami oleh pasien dan mereka menjalankan tugas sesuai dengan SOP masing-masing serta tidak ditemukannya keluhan-keluhan pada saat wawancara dan mereka menilai pelayanan yang diberikan sudah bagus.

Dari hasil wawancara yang ditemukan oleh penulis bahwa untuk para petugas medis maupun petugas administrasi dalam menaruh perhatian sudah terpenuhi dan dapat dikatakan baik, meskipun masih ada beberapa kesalahan yang harus diperbaiki seperti keramahan dari petugas di bagian administrasi masih kurang dan perlu untuk ditingkatkan lagi agar tercipta pelayanan yang memuaskan dan berkualitas serta perawat yang masih muda masih perlu untuk dilatih dan diarahkan lagi dan diberi arahan untuk lebih memperlihatkan kesan yang baik serta penuh perhatian kepada pasien.

Dalam kualitas pelayanan petugas administrasi mempermudah akses kepada seluruh masyarakat/pelanggan. Unit-unit pelayanan yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan harus benar-benar mudah diakses oleh masyarakat/pasien, baik akses dari segi waktu dalam hal ini kecepatan waktu petugas pelayanan administrasi, dokter, dan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Dari kualitas pelayanan para petugas medis maupun petugas administrasi dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kepada pasien pengguna Kartu Indonesia Sehat (KIS) cukup baik, namun masih ada beberapa hal yang perlu diperbaiki terutama pada bagian pelayanan administrasi yang masih banyak dikeluhkan oleh pasien dikarenakan responnya kepada pasien masih kurang, sedangkan untuk petugas medis merespon dengan baik dan selalu tepat waktu dalam melayani.

Penulis melihat bahwa semua pasien tidak mengeluh kehandalan dari petugas rumah sakit, pasien percaya akan kehandalan petugas rumah sakit. Tingkat kepercayaan dan kehandalan petugas di RSUD Sayang Rakyat sudah maksimal hal tersebut ditandai dengan tidak adanya keluhan-keluhan pasien

yang seolah-olah mengatakan bahwa tidak ada pilihan lain selain berobat di RSUD Sayang Rakyat sebab statusnya yang merupakan pasien rujukan dari puskesmas daerah. Jika melihat hal tersebut sangat berkualitas pelayanan dari pihak manajemen rumah sakit umum daerah (RSUD) Sayang Rakyat sehingga kepercayaan dari masyarakat akan pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut.

Pada kualitas pelayanan pengendalian situasi dan pemecahan masalah di RSUD Sayang Rakyat Makasar sudah berjalan dengan baik, namun masih ada beberapa hal yang mesti diperbaiki terutama pada bagian pelayanan administrasi yang masih dikeluhkan oleh pasien sedangkan petugas medis cepat respon pada saat situasi darurat, dan ketika peneliti mewawancarai Kabid pelayanan medis ia memberikan respon yang cukup baik, menjelaskan bagaimana tindakan mereka jika terjadi kesalahan. Dari hasil yang peneliti temukan dapat dikatakan bahwa dalam menjalankan tugas mereka telah memenuhi.

Kualitas pelayanan bagian dari menjaga nama baik dan dapat di percaya, penulis dapat mengetahui bahwa petugas medis maupun petugas administrasi bertanggung jawab pada pasien, hal tersebut dibuktikan dengan tanggapan dari pasien saat wawancara, mereka menilai bahwa meskipun di rumah Sakit Umum Daerah RSUD Sayang Rakyat masih ada kekurangan, tetapi para petugas tidak pernah melalaikan tanggung jawabnya dalam melayani pasien.

2. Implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar.

Desentralisasi kesehatan juga menjadikan sektor kesehatan sebagai urusan pemerintah daerah yang harus dipertanggung jawabkan kepada masyarakatnya. Dengan demikian pembangunan kesehatan adalah salah satu urukan dalam menilai kinerja pemerintah daerah terhadap masyarakat.

Untuk sistem pelayanan di RSUD Sayang Rakyat Makassar untuk melihat dalam mengimplementasikan program Kartu Indonesia Sehat dengan fungsi menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan bagi pasien.

Widodo (2011:97) mengatakan bahwa komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Sementara itu komunikasi kebijakan merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan.

Dalam penelitian ini yang ingin dilihat dari peneliti adalah proses penyampaian informasi dari pelaksana kebijaaan kepada kelompok sasaran kebijakan tentang pelaksanaan implementasi pelayanan kesehatan berbasis program kartu indonesia sehat di RSUD Sayang Rakyat. Sedangkan untu proses penyampaian informasi dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan dalam pelayanan sudah cukup jelas tertuang pada peraturan daerah propinsi sulawesi selatan tentang Kerja Sama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis dan dengan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan Nasional.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa sosialisasi tentang kartu indonesia sehat (PBI) bukan tugas utama dari tenaga kesehatan apabila pasien baru penggunaan kartu indonesia sehat (PBI) di RSUD Syang rakyat ada penjelasan dan di arahkan mengikuti SOP dan prosedur yang ada, kalau pasien lama ada yang bertanya mengenai prosedur di RSUD sayng rakyat mengenai KIS (PBI) baru ada penjelasan dari pihak petugas administrasi dan petugas medis. karena petugas administrasi dan petugas medis lebih fokus ke pelayanan kesehatannya. Dan selama ini pasien dianggap sudah mengetahui tentang kartu indonesia sehat, hal tersebut terbukti dari banyaknya pasien kartu indonesia sehat yang datang di RSUD Sayang Rakyat dengan membawa persyaratan lengkap untuk dapat memperoleh pelayanan kartu indonesia sehat (PBI).

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari hasil wawancara dari pasien bahwa selama ini mereka mendapatkan informasi tentang KIS dari kelurahan dan puskesmas pada saat pembagian Kartu Indonesia Sehat (KIS) (PBI), sehingga pasien sudah paham dan tidak bingung. Hal tersebut membuktikan bahwa sosialisasi tentang Kartu Indonesia Sehat (KIS) (PBI) yang dilakukan oleh petugas administrasi dan petugas medis di RSUD Sayang Rakyat sudah cukup baik.

Berdasarkan hasil penelitian ini tentang informasi program Kartu Indonesia Sehat (KIS) (PBI) di RSUD Sayang Rakyat sudah cukup baik oleh petugas administrasi dan petugas medis kepada pasien. Hal ini berarti komunikasi dalam implementasi pelayanan kesehatan berbasis program kartu indonesia sehat di RSUD Sayang Rakyat cukup baik.

Kalau menyangkut sumber daya yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi sumber daya manusia dan fasilitas dalam pelayanan kesehatan berbasis program kartu indonesia sehat guna untuk mendukung keberhasilan implementasi pelayanan. Menurut Edward III dalam Widodo (2011:98) menyatakan bahwa sumber daya memiliki peranan penting dalam implementasi pelayanan.

Dari hasil wawancara yang di sampaikan oleh beberapa informan mengatakan bahwa menyangkut sumber daya manusia meliputi petugas administrasi dan petugas medis untuk sekarang ini sudah cukup siap dalam memberi pelayanan kepada pasien kartu indonesia sehat, apabila ada penambahan kalau ada petugas yang pensiun atau petugas administrasi dan petugas medis yang lulus jadi ASN. Kalau mengenai fasilitas bahwa untuk sekarang ini fasilitas di RSUD Sayang Rakyat sudah cukup, ada penambahan apabila ada bantuan yang diberikan oleh pemerintah daerah atau pusat.

Berdasarkan dari hasil wawancara tersebut bahwa sumber daya dapat dikatakan bahwa sumber daya yang ada di RSUD Sayang Rakyat sudah dapat mendukung program kartu indonesia sehat (KIS) (PBI).

Sedangkan mengenai struktur birokrasi dalam pelayanan kartu indonesia sehat (KIS) (PBI) di RSUD Sayang Rakyat bahwa pelaksanaan pelayanan program pelayanan kartu indonesia sehat (KIS) (PBI) di RSUD Sayang Rakyat selalu mengacu pada peraturan presiden tentang pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dan peraturan daerah sulawesi selatan tentang kerja sama penyelenggaraan pelayanan kesehatan gratis.

Dari hasil wawancara tersebut bahwa struktur birokrasi yang ada di RSUD Sayang Rakyat mengikuti SOP dan prosedur yang ada sehingga sudah dapat mendukung implmentasi pelayanan kesehatan berbasis program kartu indonesia sehat (KIS) (PBI).



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pemaparan dan temuan-temuan dilapangan mengenai kualitas pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar dan implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Kualitas pelayanan kesehatan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat sudah berjalan dengan baik. Hal tersebut tercermin dari sikap pegawai rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien sudah bagus karena dilihat dari bagaimana pemahaman mereka mengenai SOP yang seharusnya.
2. Implementasi pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar secara umum juga sudah baik. Hal tersebut tercermin dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan oleh RSUD Sayang Rakyat kepada pasien pengguna KIS yang tidak membedakan dengan pasien umum atau pengguna jaminan lainnya, dengan catatan pasien telah memenuhi syarat dan ketentuan sebagai pasien KIS.

B. Saran

Ada beberapa saran yang peneliti ingin sampaikan untuk lebih meningkatkan pelayanan berbasis program Kartu Indonesia Sehat di Rumah

Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar, dari hasil penelitian sebagai berikut:

1. Sikap dan perilaku petugas administrasi yang kurang ramah dalam memberikan pelayanan terhadap pasien terutama sikap perawat muda dan mahasiswa PKL perlu untuk diperbaiki.
2. Dari pihak Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar harus memberlakukan *reward and punishment* untuk petugas administrasi dan petugas medis, sehingga memotivasi mereka memberikan pelayanan maksimal kepada pasien. Harus ada upaya memperbaiki masalah ini dari pihak manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar, karena bagaimanapun dalam hal pelayanan publik, orientasi dari lembaga publik adalah publik itu sendiri.
3. Apa yang sudah dicapai perlu untuk ditingkatkan dan memanfaatkan peluang yang ada untuk mengembangkan Rumah Sakit Umum Daerah Sayang Rakyat Makassar menjadi lebih baik

DAFTAR PUSTAKA

- Adrianto, M. A. (2015). Pengaruh Kinerja Pegawai Dan Sistem Pelayanan Terhadap Tingkat Kualitas Pelayanan Transportasi Udara (Studi Pada Maskapai Garuda Indonesia di Bandara Abdul Rachman Saleh, Malang). *Jurnal Administrasi Publik*, 3(12), 2014–2020.
- Alamsyah, D. (2011). Manajemen pelayanan kesehatan. *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- Anggara, S. (2012). *Ilmu Administrasi Negara: Kajian Konsep, Teori, dan Fakta Dalam Upaya Menciptakan Good Governance* (Vol. 1). CV Pustaka Setia.
- Anggraeni, R. (2013). Evaluasi Kebijakan Publik (Evaluasi Terhadap Proses Pengadaan Anjungan Mandiri Kepegawaian Berdasarkan Perpres No. 54 Tahun 2010 di Badan Kepegawaian Daerah Kota Malang). *Jurnal Administrasi Publik*, 1(1), 119–127.
- Arikunto, S. (2010). Metode Penelitian. *Jakarta: Rineka Cipta*.
- Astuti, P. (2018). Analisis Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Ditinjau Dari Konsep Jaminan Sosial Kesehatan Rakyat Dalam Hukum Islam. IAIN Purwokerto.
- Barata, A. A. (2003). *Dasar-dasar pelayanan prima*. Elex Media Komputindo.
- Dillon, H. S. (1993). *Hermanto, Kemiskinan di Negara Berkembang Masalah Krusial Global*. Jakarta: LP3ES.
- EPRILLIA DHAMAYANTI, V., & Wahyudi, A. (2018). DRAmaturgi Penerima Kartu Indonesia Sehat (Studi Kasus di Desa Ngepeh Kecamatan Saradan Kabupaten Madiun). *Paradigma*, 6(2).
- Esmara, H. (1986). *Perencanaan dan pembangunan di Indonesia*. Gramedia.
- Fandy, T. (2011). Service Management Mewujudkan Layanan Prima. Edisi 2. *Andi Yogyakarta*.
- Harahap, Y. H. (2011). Kualitas Pelayanan Publik. *Yogyakarta: Gava Media*.
- Herdiani, H. (2015). Responsivitas Pelayanan Publik (Studi Kasus Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Rumah Sakit Sayang Rakyat Kota Makassar). *Skripsi. Tidak Diterbitkan*.
- Indonesia. (2014). *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Republik Indonesia.
- Indonesia, R. (2009). Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. *Jakarta: Republik Indonesia*.
- Koeswadji, H. H. (1996). *Undang-Undang nomor 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan: asas-asas dan permasalahan dalam implementasinya*. Citra Aditya Bakti.

- Kurniawan, A. (2005). *Transformasi pelayanan publik*. Pembaruan.
- Latief, R., Kadir, A. R., & Nur, N. B. (2005). Kualitas Pelayanan Dan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar: Pendekatan Analisis Voice of Costumer (VOC). *Jurnal Analisis Pemasaran*, 13–20.
- Lijan, S. P. (2006). *Reformasi Pelayanan Publik-Teori, Kebijakan, Dan Implementasi*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Maleong, L. (2007). Metodologi penelitian. *PT. Remaja Rosda*.
- Maliangga, M., Walewangko, E. N., & Londa, A. T. (2019). Pengaruh Kebijakan Pemerintah Kartu Indonesia Pintar (KIP) Dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) Terhadap Konsumsi Rumah Tangga Miskin Di Kecamatan Dumoga Timur Kabupaten Bolaang Mongondow. *EFISIENSI*, 19(01).
- Moenir, H. A. S. (2006). Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia Cetakan Ketujuh. *Bumi Aksara. Jakarta*.
- Mubarak, W. I. (2005). Pengantar Keperawatan Komunitas 1. *Jakarta: CV Sagung Seto*.
- NURRAMADANI, A. W. (2017). Pelaksanaan Pelayanan Publik Di Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) Kassi-Kassi Kecamatan Rappocini Kota Makassar.
- Pasolong, H. (2012). Metode penelitian administrasi publik. *Bandung: Alfabeta*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
- Prakoso, S. B. (2015). Efektivitas Pelayanan Kesehatan Bpjs Di Puskesmas Kecamatan Batang. *Economics Development Analysis Journal*, 4(1), 73–81.
- Pratiwi, D. A. (2019). Analisis Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Pengguna Kartu Indonesia Sehat Di Kota Batam. *Measurement: Jurnal Akuntansi*, 13(2).
- RI, K. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. *Jakarta: Kemenkes RI*.
- Ridwan, A. M. (2011). *Geliat ekonomi Islam: Memangkas kemiskinan, mendorong perubahan*. UIN-Maliki Press.
- RISTY, V. A. (2017). Kualitas Pelayanan Kesehatan menurut Respon Pasien Yang Memiliki Dan Yang Tidak Memiliki Kartu Indonesia Sehat (Studi Pada Pasien Di Puskesmas Desa Mulya Asri, Kecamatan Tulang Bawang Tengah, Kabupaten Tulang Bawang Barat). Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik.
- Rohman, A. A., & Arif, S. (2008). *Reformasi pelayanan publik*. Averroes Press.
- Rohman, R. (2018). Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) Di Kecamatan Cibadak Kabupaten Sukabumi. Universitas Muhammadiyah Sukabumi.
- Rosyadi, F. (2017). Kualitas Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Puskesmas Wonoayu Kabupaten Sidoarjo. *JPAP: Jurnal Penelitian Administrasi Publik*, 3(1).

- Salim, E. (1976). *Masalah Penganggunan Ekonomi Indonesia*. Lembaga Penerbit FE UI.
- Setijaningrum, E. (2009). *Inovasi Pelayanan Publik*. PT. Medika Aksara Globalindo.
- Setyaningsih, I. (2013). Analisis kualitas pelayanan rumah sakit terhadap pasien menggunakan pendekatan lean servperf (Lean Service dan Service Performance)(Studi kasus rumah sakit X). *Spektrum Industri*, 11(2).
- Simbolon, N. R. B., Sihombing, M., Kusmanto, H., & Isnaini, I. (2019). Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat. *Strukturasi: Jurnal Magister Administrasi Publik*, 1(2), 145–155.
- Sinambela, L. P. (2011). Reformasi Pelayanan Publik : Teori, Kebijakan dan Implementasi. In *Bumi Aksara*.
- Sofiana, M., Wahyuni, R., & Supriyadi, E. (2020). Studi Komparasi Kepuasan Pasien BPJS Dan Non BPJS Pada Mutu Pelayanan Pendaftaran Puskesmas Johar Baru Jakarta Pusat. *Abiwara: Jurnal Vokasi Administrasi Bisnis*, 1(2), 93–110.
- Sugiono. (2007). Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R&D. In *Bandung: Alfabeta*.
- Sugiyono. (2014). Metode Penelitian Pendidikan pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. In *Metode Penelitian Ilmiah*.
- Suparlan, P. (1993). Kemiskinan di perkotaan. *Jakarta: Yayasan Obor Indonesia*.
- Suryanto, S. D. A. (2003). *Pelayanan Prima Bahan Ajaran Diklat Prajabatan Golongan I dan II, Cetakan I*. Lembaga Administrasi Negara, Jakarta.
- Taris, L., Jufri, H., & Hari, H. (2017). Implementasi Open Government dan Transpirasi Masyarakat dalam Pelayanan Prima Berbasis Kecamatan di Kota Makassar. *Jurnal Inovasi Dan Pelayanan Publik Makassar*, 1(1), 53–68.
- Tjiptono, F., & Chandra, G. (2011). *Service, Quality & Satisfaction Edisi 3*. Yogyakarta: Andi, 1.
- Vandawati, Z., Sabrie, H. Y., Pawestri, W. D., & Amalia, R. (2017). Aspek Hukum Kartu Indonesia Sehat. *Yuridika*, 31(3), 498–520.
- Wasistiono, S. (2014). *Buku Materi Pokok Administrasi Pemerintahan Daerah*. Jakarta: Penerbit Universitas Terbuka.
- Yasin, S., & Hapsoyo, S. (2008). *Kamus Besar Bahasa Indonesia, Praktis, Populer dan Kosa Kata Baru*. Surabaya: Mekar.
- Zuliah, A., & Pulungan, M. A. (2020). Pelayanan Publik Dalam Kajian Hukum Administrasi Negara Dan Hak Asasi Manusia. *Law Jurnal*, 1(1), 32–42.



LAMPIRAN

Lampiran I

PEDOMAN WAWANCARA

Nama :

Umur :

Jabatan :

Variabel Kualitas Pelayanan

1. *Professionalisme and Skill* (Profesionalisme dan Keahlian)

- 1) Bagaimana tentang pengetahuan yang dimiliki oleh petugas administrasi dalam melayani?
- 2) Bagaimana menurut anda tentang pengetahuan dokter dan perawat dalam menangani keluhan selama merawat?
- 3) Apa yang anda rasakan dalam pelayanan dari petugas medis maupun petugas administrasi?

2. *Attitudes and Behavior* (Sikap dan Perilaku)

- 1) Bagaimana sikap petugas administrasi dalam melayani kepengurusan berkas?
- 2) Bagaimana sikap petugas medis dalam melayani?

3. *Accessibility and flexibility* (Kemudahan pencapaian dan penyesuaian pelayanan)

- 1) Apakah petugas administrasi melayani dengan cepat?
- 2) Bagaimana menurut ibu mengenai petugas administrasi dalam melayani kurang cepat? (Kabid pelayanan medis/staf administrasi medis).
- 3) Apakah petugas medis melayani tepat waktu?

4. *Reliability and trustworthiness* (Kehandalan dan Kepercayaan)

1) Bagaimana menurut anda mengenai kehandalan petugas administrasi dalam melayani?

2) Bagaimana menurut anda mengenai kehandalan petugas medis dalam melayani?

5. Recovery (pengendalian situasi dan pemecahan masalah)

1) Apa tindakan dari petugas administrasi dalam menghadapi situasi darurat?

2) Apa tindakan dari petugas medis dalam menghadapi situasi darurat?

3) Bagaimana tindakan dari kepala rumah sakit dalam memperbaiki kesalahan-kesalahan yang terjadi? (Direktur/Kabid Pelayanan Medis RSUD)

6. Reputation and Credibility (Nama baik dan dapat di percaya)

1) Apakah petugas administrasi bertanggung jawab?

2) Apakah petugas medis bertanggung jawab?

Variabel Implementasi Pelayanan

1. Komunikasi

1) Selama program kartu indonesia sehat ini berlangsung apakah pihak RSUD pernah melakukan sosialisasi tentang program di maksud secara sederhana, langsung kepada pasien pengguna program KIS? (Direktur/Kabid pelayanan medis)

2) Apakah di RSUD sering melakukan sosialisasi tentang program KIS yang bersifat sederhana kepada pasien pengguna KIS? (kabid pelayanan medis/staf administrasi Medis)

3) Apakah ibu/bpk pernah menjalankan program KIS secara individu langsung kepada pasien KIS? (staf administrasi Medis)

2. Sumber Daya

- 1) Menurut ibu/bpk apakah jumlah petugas kesehatan di RSUD sudah cukup memenuhi dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien KIS? (Direktur/Kabid pelayanan medis).
- 2) Bagaimana menurut saudara tentang jumlah petugas kesehatan di RSUD dalam mendukung pelaksanaan program KIS di rumah sakit ini? (Direktur/Kabid pelayanan medis)
- 3) Apa tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan apabila terdapat kasus pasien KIS diluar kemampuan petugas kesehatan yang ada? (Direktur/Kabid pelayanan medis)
- 4) Menurut saudara, apakah sarana yang telah tersedia sudah cukup memadai dalam mendukung pelaksanaan program KIS di RSUD? (Direktur/Kabid pelayanan medis)
- 5) Sebagai petugas kesehatan yang langsung berhadapan dengan pasien, menurut saudara apakah jumlah kesehatan yang ada di RSUD sudah cukup memenuhi dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit? (Kabid pelayanan medis/Staf Administrasi Medis)

3. Struktur Birokrasi

- 1) Bagaimana menurut saudara pengurusan administrasi pasien KIS di RSUD? (Direktur, Kabid pelayanan medis, staf Administrasi Medis)

Lampiran II



Pintu Masuk Kantor RSUD Sayang Rakyat Makassar



Loket Administrasi RSUD Sayang Rakyat



Wawancara Bersama Beberapa Pasien Penggunaan Kartu Indonesia Sehat (PBI)



Wawancara Dengan Petugas Administrasi dan Petugas Penanggung Jawab Poliklinik RSUD Sayang Rakyat



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS KESEHATAN

UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SAYANG RAKYAT

Jalan Pahlawan Kelurahan Bulurokeng Kecamatan Biringkanaya Makassar 90243 Telepon (0411) 3629911
Website: <http://rsudsr.sulselprov.go.id> E-mail : rssayangrakyat@sulselprov.go.id

SURAT KETERANGAN

NO : 7655 /070 /RSUDSR

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. Hj. ST. Haeriyah Bohari, Sp. S**
NIP : 19610406 198710 2 001
Pangkat : Pembina Utama Madya
Jabatan : Direktur UPT RSUD Sayang Rakyat

Dengan ini menerangkan :

Nama : **Hasriani**
Nomor Pokok : 4619103003
Program Studi : S 2 Administrasi Negara Universitas Bosowa Makassar
Alamat : Jl. Ir. Sutami Mula Baru Makassar

Benar telah melaksanakan Penelitian di RSUD Sayang Rakyat Makassar

Yang dilaksanakan pada tanggal 26 Oktober sampai dengan 15 Desember 2020

Demikian Surat Keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : **Makassar**
Pada Tanggal : **17 Desember 2020**



Direktur

dr. Hj. ST. Haeriyah Bohari, Sp. S

Pangkat : Pembina Utama Madya
NIP : 19610406 198710 2 001