

**POLA HUBUNGAN SOSIAL PENGGUNA KARTU BPJS  
KESEHATAN**

**(Studi sosiologis di Rumah Sakit Umum Daerah,  
Kab. Ende provinsi Nusa Tenggara Timur)**



**SKRIPSI**

**Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Pada Jurusan Sosiologi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

**OLEH :**

**DJAENAP SUMA**

**4513022005**

**UNIVERSITAS BOSOWA MAKASSAR  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**

**2019**

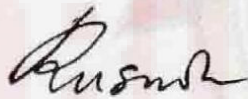
**HALAMAN PENGESAHAN**

**POLA HUBUNGAN SOSIAL PENGGUNA KARTU BPJS KESEHATAN  
(Studi Sosiologis di Rumah Sakit Umum Daerah,  
Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur)**

**DJAENAP SUMA  
45 13 022 005**

Pembimbing I,

Pembimbing II,



**Dr. A. M. Rusdi Maidin, S.H, M.Si**




**Dr. Harifuddin Halim, M.Si**

**Diketahui Oleh :**

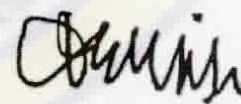
Dekan

FISIP Universitas Bosowa

  
**Arief Wicaksono, S.Ip, M.A**

Ketua

Jurusan Sosiologi



**Dr. Hj. Asmirah, M.Si**


### Halaman Penerimaan

Pada Hari Ini, Kamis Tanggal Enam Bulan September Tahun Dua Ribu Sembilan Belas Skripsi Dengan Judul " **Pola Hubungan Sosial Pengguna Kartu BPJS Kesehatan (Studi Sosiologis di Rumah Sakit Umum Daerah, Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur**"

Nama : **Djaenap Suma**  
Nomor Stambuk : **4513022005**  
Fakultas : **Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**  
Program Studi : **Sosiologi**

Telah Diterima Oleh Panitia Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Bosowa Makassar Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana (S1) Pada Program Studi Sosiologi.

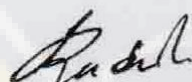
**Pengawas Umum**

  
**Arief Wicaksono, S.Ip, M.A**  
Dekan FISIP Universitas Bosowa

**Panitia Ujian:**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**






**Dr. A.M. Rusdi Maidin, S.H, M.Si Dr. Harifuddin Halim, M.Si**

**Tim Penguji:**

1. Dr. A.M.Rusdi Maidin, S.H, M.Si
2. Dr. Harifuddin Halim, M.Si
3. Prof. Dr. H. Husain Hamka, M.S
4. Dr. Hj. Nurmi Nonci, M.Si


## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :Djaenap Suma

NIM : 4513022005

Program Studi : Sosiologi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa, skripsi yang saya tulis ini adalah hasil karya saya sendiri, bukan penggandaan tulisan atau hasil pikiran oranglain.bila dikemudian hari terjadi atau ditemukan bahwa sebagian ataukeseluruhanskripsi ini merupakan hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 24 Januari 2021

Penulis,



**Djaenap Suma**  
**4513022005**

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat Rahmat, dan hidayahnya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Salam dan shalawat atas junjungan Nabi Muhammad SAW, sang refousioner sejati kita beserta keluarga dan para sahabatnya,

Skripsi ini disusun berdasarkan hasil penelitian, penulis menyadari sepenuhnya bahwa sehubungan dengan pengetahuan serta pengalaman yang kurang dimiliki penulis sehingga memiliki beberapa kekurangan yang sangat esensial dan mungkin akan mempengaruhi mutu penulisan.

Akan tetapi sekalipun pada dasarnya terdapat kekurangan, namun dapat teratasi atas bantuan dari berbagai pihak berkat pertolongan Allah SWT, maka skripsi ini dapat terwujud meskipun dalam bentuk yang sederhana.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas maka melalui karya ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan motivasi, arahan, bimbingan, dan petunjuk skripsi ini akhirnya terselesaikan. Oleh karena itu dengan segenap dan ketulusan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ayahanda Suma Pala dan Ibunda Siti Jamida, karena berkat curahan dan kasih sayang serta iringan doa beliaulah semangat dan



perjuangannya dalam suka maupun duka tanpa kenal lelah dan putus asa membimbing, mendidik, mendoakan, memberi bantuan moril dan moral penulis sejak kecil hingga saat ini, sehingga pada akhirnya dapat menyelesaikan studi di kampus pengabdian dan perjuangan ini.

2. Bapak Prof. H.M. Salle Pallu, M.Eng. selaku Rektor Universitas Bosowa Makassar.
3. Bapak Arief Wicaksono, S.Ip, MA. Selaku Dekan Fakultas Ilmu sosial dan politik Universitas Bosowa Makassar.
4. Ibu Dr. Hj. Asmirah, M.Si selaku Ketua Program Studi Sosiologi Universitas Bosowa Makassar.
5. Bapak Dr.Muh. Rusdi Maidin, S.H., M.Si selaku pemimbing I dan Bapak Dr. Harifuddin Halim, S.Pd.,M.Si yang telah menyempatkan waktu membimbing sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
6. Bapak dan Ibu dosen Fakultas ISIPOL khususnya Jurusan Sosilogi yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penulis menjadi Mahasiswa.
7. Keluarga besarku yang tercinta yang tidak sempat disebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu selama penulis menjalankan studi di kota pendidikan ini.
8. Kakak ku Jaenudin, Muhammad, Ismail, Nur, Samsul, dan adikku Jamal, Junedin serta kakak-kakak iparku Sofia, Aisyah, Nur, Yanti yang selama ini sudah memberikan dukungan dan doa.

9. Teman-teman kos pondokan 77 (Annisa, Irmawati, Sumi, Fifi, Tuti, Alia) yang tak henti-hentinya selalu memberikan dukungan dan doa kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi.

Akhirnya, kepada Allah SWT penulis berserah diri dan semoga semua pihak yang telah memberikan bantuan mendapat balasan yang berlipat ganda disisi-Nya.

Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih belum sempurna adanya, karena itu penulis sangat mengharapkan kritikan dan masukan yang konstruktif dari berbagai pihak demi penyempurnaan tulisan ini. penulis berharap mudah-mudahan skripsi ini bermanfaat bagi kita semua terutama pada penulis sendiri, Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulis

## ABSTRAK

**Djaenap Suma, 4513 022005, Interaksi Sosial Pengguna Kartu BPJS Kesehatan di RSUD Ende.** Dibimbing oleh Dr. Muh. Rusdi Maidin. S.H,M.Si dan Dr. Harifuddin Halim, S.Pd, M.Si

Penelitian ini bertujuan untuk memahami interaksi sosial antara pihak Rumah Sakit Umum Daerah Ende dengan pasien dalam masalah kesehatan bagi pengguna kartu BPJS. Selain itu penelitian ini mengfokuskan pada kendala-kendala yang mempengaruhi interaksi antara pasien pengguna kartu BPJS dengan pihak Rumah Sakit Umum Daerah Ende dalam proses kesehatan.

Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kualitatif-deskriptif (menggambarkan, meringkas berbagai kondisi, situasi, atau fenomena realitas sosial) pada informan dilapangan yang menghasilkan data secara deskriptif yakni gambaran implementasi program dilapangan secara sistematis dan aktual. Data tersebut diperoleh melalui observasi, wawancara mendalam dengan para informan, disamping studi dokumentasi dan studi pustaka. Penentuan informan dilakukan secara purposive sampling, yakni atas dasar penelitian bahwa para informan mengetahui secara baik permasalahan yang sedang diteliti. Untuk itu informan dalam penelitian ini adalah pihak yang terlibat langsung dengan program BPJS, dalam hal ini adalah masyarakat pengguna kartu BPJS dan pihak rumah sakit yaitu dokter, perawat dan staf rumah sakit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam prosesnya tidak selamanya proses interaksi yang baik dapat berjalan dengan semestinya, ada beberapa kendala yang menjadi penghambat diterapkannya interaksi yang baik, adanya kendala-kendala yang menjadi penghambat tersebut mengakibatkan proses interaksi sosial kesehatan rumah sakit pada pasien BPJS tidak seperti seharusnya. Berdasarkan dari pengamatan peneliti ada beberapa hal yang menjadi kendala dalam pelaksanaan interaksi antara pihak rumah sakit dan pasien, diantaranya disebabkan oleh pihak rumah sakit sendiri dan pihak pasien, pihak rumah sakit yang dinilai melihat pasien BPJS adalah pasien yang memiliki kemampuan ekonomi dibawah jadi bentuk interaksi biasa-biasa saja. Keterbatasan personil rumah sakit, pasien BPJS kurang tertib dan pasien tidak mengikuti peraturan rumah sakit.

**Kata kunci : Interaksi sosial, BPJS**



## ABSTRACT

**Suma Djaenap, 4513 022005, Social Interaction with BPJS Health Card Users at Ende Hospital.** Guided by Dr. Muh. Rusdi Maidin. SH, M.Sc and Dr. Harifuddin Halim, S.Pd, M.Si

This study aims to understand the social interactions between the Ende Regional General Hospital and patients in health problems for BPJS card users. In addition, this study focuses on the obstacles that affect the interaction between patients using BPJS cards and the Regional General Hospital of Ende in the health process.

This research was carried out through a qualitative-descriptive approach (describing, summarizing various conditions, situations, or phenomena of social reality) to informants in the field that produced descriptive data, namely the description of systematic and actual implementation of the program in the field. The data is obtained through observation, in-depth interviews with the informants, in addition to the study of documentation and literature. Determination of informants is done by purposive sampling, which is on the basis of research that the informants know well the problems being studied. For this reason, the informants in this study were those directly involved with the BPJS program, in this case the BPJS card user community and the hospital, namely doctors, nurses and hospital staff.

The results showed that in the process not always a good interaction process can work properly, there are several obstacles that become obstacles to the implementation of good interactions, the obstacles that become obstacles cause the process of hospital social interaction in BPJS patients is not as it should be. based on the observations of researchers there are several things that become obstacles in the implementation of interactions between the hospital and patients, including caused by the hospital itself and the patient, the hospital is considered to see BPJS patients are patients who have the economic ability down to normal forms of interaction -ordinary. Limitations of hospital personnel, BPJS patients are less orderly and patients do not follow hospital regulations.

**Keywords: Social interaction, BPJS**

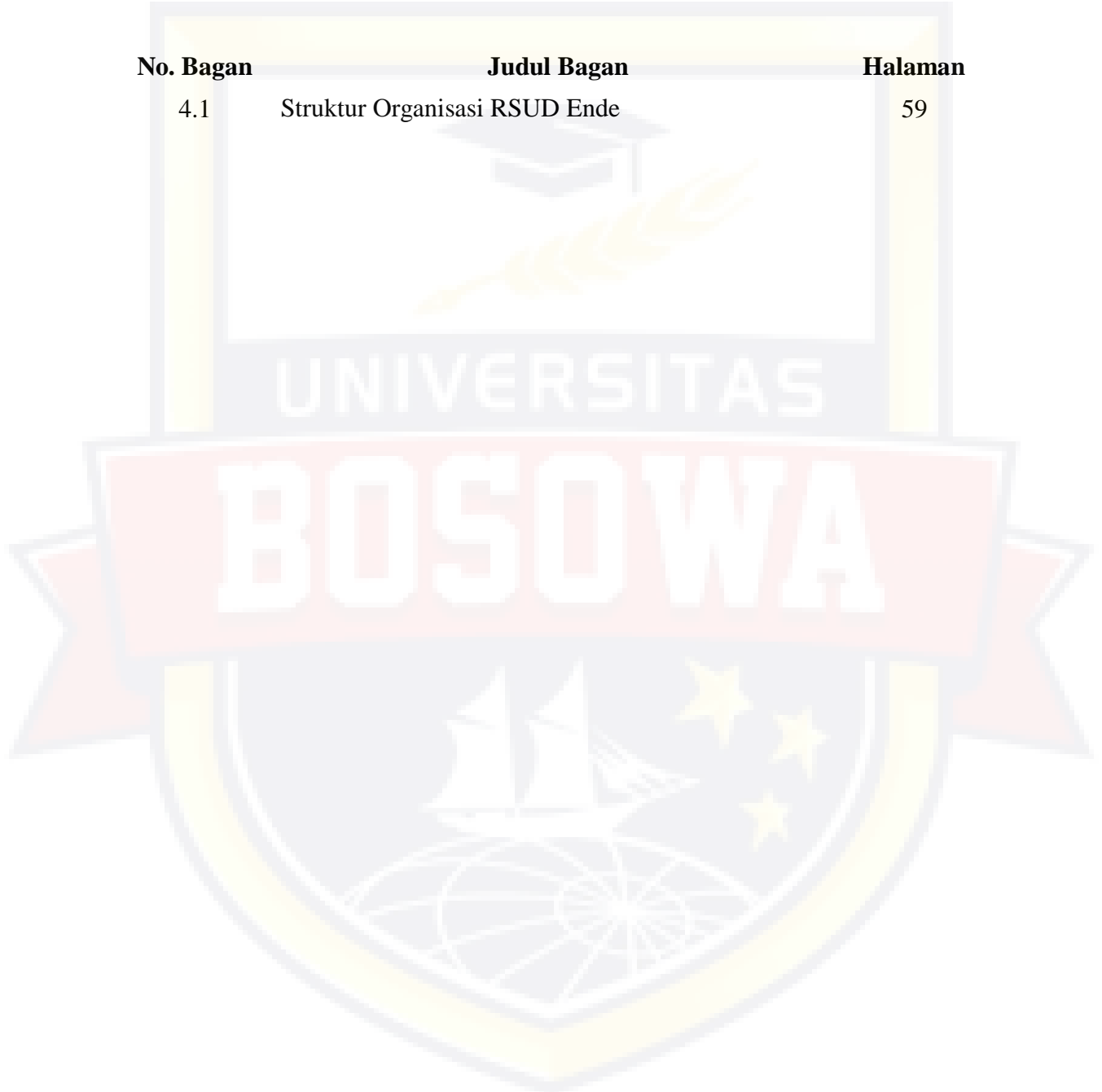
## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PENERIMAAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian dan Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB II : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Interaksi Sosial.....	7
B. Peran Dokter, Pasien dan Perawat .....	13
C. Peran Perawat.....	19
D. Peran Dokter.....	24
E. Interaksi Antar Komponen.....	27
F. Wacana: Fenomena Perawat di Kota Cirebon .....	32
G. Tinjauan Umum Rumah sakit .....	35
H. BPJS .....	41

I. Kerangka Konseptual .....	46
<b>BAB III : METODELOGI PENELITIAN</b>	
A. Tipe Penelitian .....	48
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	48
C. Teknik Penentuan Informan .....	48
D. Pengumpulan data .....	49
E. Teknik Analisis Data .....	50
F. Operasionalisasi Konsep Penelitian .....	51
<b>BAB IV : GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN</b>	
A. Profil Kabupaten Ende .....	53
1. Keadaan Geografis .....	54
2. Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Ende .....	55
<b>BAB V : HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Karakteristik informan .....	62
B. Interaksi sosial pihak RSUD Ende dengan pasien pengguna BPJS kesehatan. ....	64
C. Kendala-kendala interaksi sosial pihak RSUD dengan pengguna BPJS .....	69
<b>BAB VI : PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	74
B. Saran-saran .....	75
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>76</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR BAGAN

No. Bagan	Judul Bagan	Halaman
4.1	Struktur Organisasi RSUD Ende	59



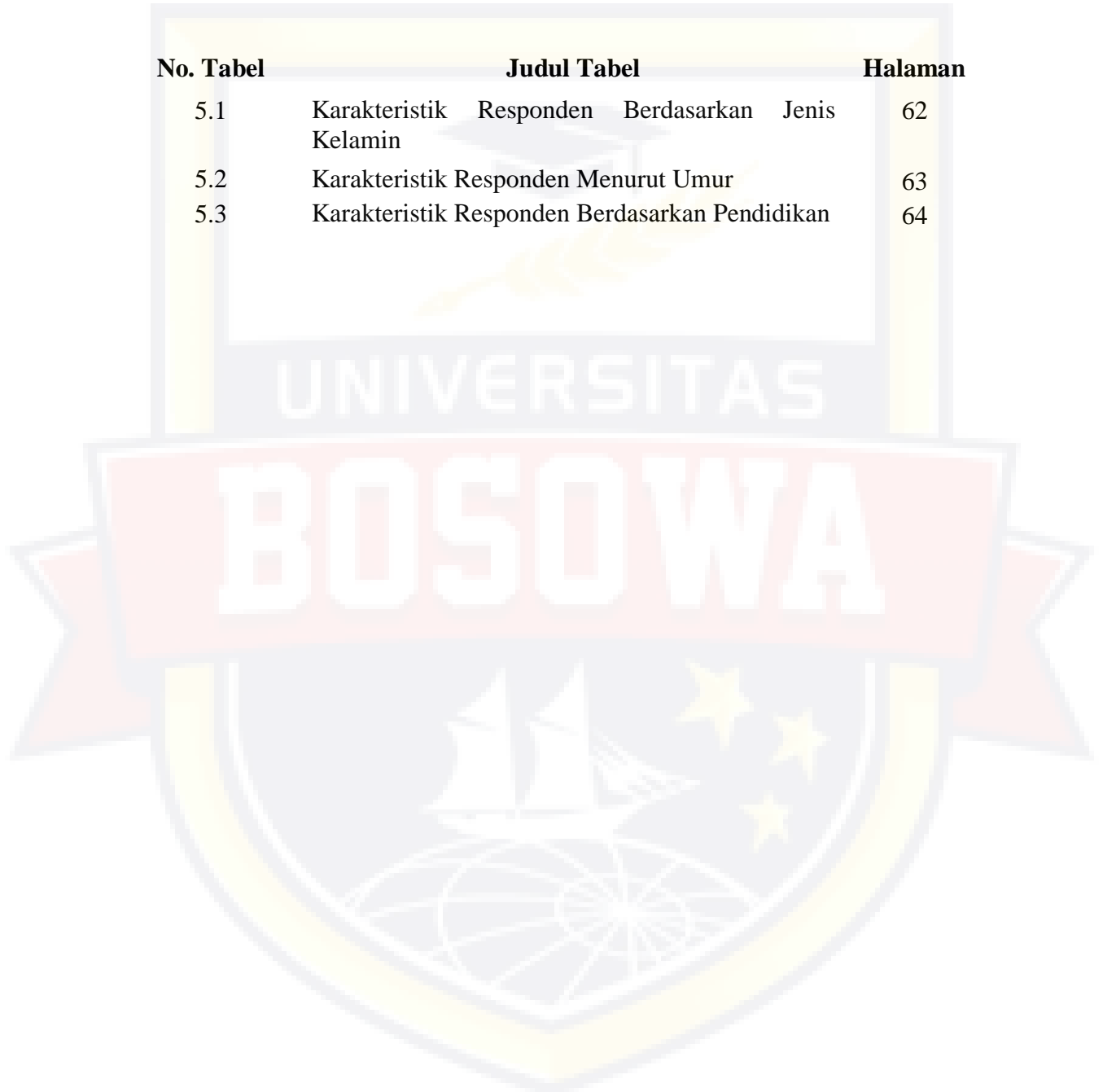
## DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Alur Pelayanan di Rumah Sakit	44
2.2	Kerangka Konseptual	47



## DAFTAR TABEL

<b>No. Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Halaman</b>
5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	62
5.2	Karakteristik Responden Menurut Umur	63
5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	64





# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Indonesia merupakan Negara kesejahteraan, hal ini jelas tercantum pada Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang mengamanatkan negara mempunyai tanggung jawab untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum dalam rangka mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, upaya mewujudkan kesejahteraan rakyat antara lain yang dilakukan pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial.

Upaya-upaya yang dilakukan Pemerintah untuk mengatasi persoalan pelayanan kesehatan diantaranya adalah dengan membuat regulasi yang salah satunya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Selain itu dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan, Pemerintah mulai menggalakan program-program yang diarahkan kepada masyarakat kurang mampu sehingga semua masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan secara adil dan merata. Salah satu program pelayanan kesehatan yang dapat dinikmati oleh masyarakat miskin yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat dan negara

wajib untuk menjamin semua rakyatnya, pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan harus pula memenuhi kewajiban dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan. Dalam hal jaminan kesehatan pemerintah telah meluncurkan program Badan Penyelenggara Jaminan kesehatan Sosial (BPJS) yang merupakan sebuah program jaminan kesehatan untuk masyarakat Indonesia yang memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah mempunyai kewajiban agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Program ini dijalankan oleh pemerintah sejak 1 Januari 2014 yang bertujuan untuk mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

BPJS kesehatan merupakan salah satu bentuk jaminan sosial yang dimaksudkan untuk menjamin fakir miskin, anak yatim piatu terlantar, lanjut usia terlantar, penyandang cacat fisik, cacat mental, cacat fisik dan mental, eks penderit penyakit kronis yang mengalami masalah ketidak mampuan sosial-ekonomi agar kebutuhan dasarnya terpenuhi. Program ini bertujuan meningkatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya pelaksanaan BPJS kesehatan merupakan perwujudan pemenuhan hak rakyat atas kesehatan dan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Peraturan pelaksana dan lembaga yang harus dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Departemen kesehatan mengeluarkan kebijakan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin sebagai wujud pemenuhan hak rakyat atas kesehatan tersebut.

*Abdul Chandra* (2012:2) dalam penelitiannya, mendeskripsikan bagaimana bentuk dan persepsi masyarakat pengguna BPJS terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak RSUD. Berdasarkan pengamatan yang penulis lakukan, penulis menemukan ada beberapa permasalahan terutama menyangkut dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak RSUD. Ende kepada pasien BPJS bahwa belum memuaskannya pelayanan kesehatan yang di berikan baik kualitas perlengkapan maupun kualitas pelayanan lainnya.

Kemajuan dunia kesehatan pada era globalisasi ini adalah salah satu bidang yang banyak mendapatkan perhatian dan sorotan dari masyarakat. Salah satunya mengenai profesi dokter yang menjadi sentra penting dalam dunia kesehatan. Bagi pandangan masyarakat awam seorang dokter memiliki pengetahuan keterampilan untuk mendiagnosa dan menyembuhkan penyakit. Berdasarkan pandangan si sakit terhadap peran dan fungsi dokter, maka terjadilah interaksi dokter dan pasien (Novila.2008). dalam interaksi Dokter dan Pasien, sistem perawatan kian kompleks dan teknik penyembuhan kian beragam tetapi perhatian terhadap Dokter dan pasien merupakan elemen penting.

Potret ideal yang diharapkan pasien, pasien mendapatkan perlakuan yang comfortable/baik, ketulusan dan sifat membantu dari dokter, percaya sepenuhnya terhadap dokter dalam proses penyembuhan, kenyataannya dalam hubungan antara pihak rumah sakit yaitu dokter, perawat, petugas dan staf

rumah sakit dengan pasien sebagai fenomena yang sulit dipahami. Sebagai calon sosiolog memiliki fungsi dan tugas dalam menjelaskan interaksi antara pihak rumah sakit yaitu dokter, perawat, petugas dan staf rumah sakit dengan pasien yang berkembang dan mengidentifikasi variabel penting yang berpengaruh terhadap hubungan yang terjadi antar pihak penyedia layanan kesehatan dan pasien.

Masyarakat harus ikut serta dalam proses pembangunan kesehatan sesuai situasi dan kondisi yang seharusnya menentukan secara objektif tingkat posisi partisipasinya dalam proses pembangunan, bukan keputusan sepihak birokrasi yang selalu cenderung menafikan potensi masyarakat yang pada akhirnya sering menempatkan masyarakat sebagai objek pembangunan.

Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pada bidang kesehatan, Pemerintah Kota Ende membentuk sebuah kebijakan yaitu Peraturan Pemerintah kota Ende tentang pedoman pelaksanaan program pelayanan kesehatan bersubsidi pada Dinas Kesehatan dan jaringannya. Dari berbagai permasalahan yang terjadi terhadap implementasi kebijakan BPJS ditengah-tengah masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan serta ketimpangan yang terjadi antara kebijakan pelayanan kesehatan bersubsidi dengan pelaksanaannya. Peneliti menganggap perlu untuk mengkaji mengenai pelaksanaan kebijakan kesehatan bersubsidi tersebut serta penerapannya ditengah-tengah Masyarakat. Berdasarkan atas pemikiran-pemikiran diatas maka penulis mengajukan penelitian dengan judul **“Pola Hubungan Sosial pengguna kartu BPJS kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende “** yang diharapkan dapat menjadi sumbangan pemikiran

bagi para pihak yang peduli pada terwujudnya suasana interaksi di Rumah sakit demi tercapainya derajat kesehatan yang merata untuk masyarakat.

## **B. Rumusan Masalah**

1. Bagaimana interaksi sosial antara pasien pengguna kartu BPJS kesehatan dengan pihak Rumah Sakit?
2. Apa kendala-kendala yang mempengaruhi interaksi pihak RSUD dengan pasien pengguna kartu BPJS kesehatan ?

## **C. Tujuan Penelitian dan Manfaat Penelitian**

### **1. Tujuan penelitian**

- a. Untuk mengetahui interaksi sosial antara pihak RSUD. Ende dengan pasien pengguna kartu BPJS kesehatan.
- b. Untuk mengetahui kendala-kendala yang mempengaruhi interaksi sosial pihak RSUD. Ende dengan pasien pengguna kartu BPJS kesehatan.

### **2. Manfaat penelitian**

- a. Penelitian ini diharapkan dapat berguna untuk menunjang ilmu pengetahuan, maupun sebagai bahan masukan bagi yang tertarik mengkaji masalah interaksi sosial dalam pelayanan Rumah Sakit dengan pasien pengguna kartu BPJS kesehatan.
- b. Sebagai kontribusi pemikiran ilmiah dalam melengkapi kajian yang mengarah pada pengembangan ilmu pengetahuan terutama yang menyangkut interaksi sosial.

- c. Hasil dari penelitian ini diharapkan memberi nilai tambah yang selanjutnya dapat dikomprasikan dengan penelitian-penelitian ilmiah lainnya, khususnya yang mengkaji masalah interaksi sosial.





## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP INTERAKSI SOSIAL**

##### **1. Pengertian Interaksi sosial**

Interaksi sosial merupakan hubungan-hubungan sosial yang dinamis, yang menyangkut hubungan antara orang-perorangan, antar kelompok manusia, serta antara orang perorangan dan kelompok manusia (Soerjono,2012:55). Proses sosial pada hakikatnya adalah pengaruh timbale balik antara berbagai bidang kehidupan bersama. Lebih lanjut menurut Soerjono Soekanto Hakikat hidup bermasyarakat itu sebenarnya adalah terdiri dari relasi-relasi yang mempertemukan mereka dalam usaha-usaha bersama dalam aksi dan tindakan yang berbalas-balasan. Sehingga orang saling menggapi tindakan mereka.

Dengan demikian, dapat pula diartikan bahwa masyarakat merupakan jaringan relasi-relasi hidup yang timbale balik. Yag satu berbicara, yang lain mendengarkannya, yang satu bertanya, yang lainnya menjawab, yang satu memberi perintah, yang lainnya menaati, yang satu berbuat jahat; yang lain membalas dendam; dan yang satu mengundang, yang lainnya datang. Jadi selalu tampak bahwa orang saling memengaruhi. Dan hasil interaksi inilah sangat ditentukan oleh nilai dan arti serta interpretasi yang diberikan oleh pihak-pihak yang terlibat dalam interaksi ini (Dewi Wulansari,2009:35).

## 2. Syarat-syarat terjadinya Interaksi Sosial

Menurut Soerjono Soekanto, syarat-syarat terjadinya interaksi sosial yaitu adanya kontak sosial dan adanya komunikasi.

### a. Kontak sosial

Kontak sosial berasal dari bahasa Latin *con* atau *cum* (yang artinya bersama-sama) dan *tango* yang artinya menyentuh). Jadi artinya secara harfiah bersama-sama menyentuh. Secara fisik, kontak sosial baru terjadi apabila terjadi hubungan badaniah, sedangkan dalam gejala sosial tidak selalu berarti hubungan badaniah. Kontak sosial dapat bersifat positif atau negative. Bersifat positif mengarah pada kerjasama, dan yang bersifat negative mengarah pada suatu pertentangan. Kontak sosial juga akan bersifat primer dan sekunder apabila yang mengadakan hubungan langsung bertemu dan berhadapan muka, Adapun kontak sekunder merupakan kontak yang memerlukan perantara. Apabila dengan perkembangan teknologi dewasa ini, orang-orang dapat berhubungan satu dengan yang lainnya melalui telepon, telegraf, radio, termasuk TV dan tidak memerlukan suatu hubungan badaniah.

### b. Komunikasi

Komunikasi adalah bahwa seseorang memberikan tafsiran pada perilaku orang lain (yang berwujud pembicaraan, gerak-gerak badaniah atau sikap). Perasaan-perasaan apa yang ingin disampaikan oleh orang tersebut. Orang yang bersangkutan tersebut kemudian memberikan reaksi terhadap perasaan yang ingin disampaikan oleh orang lain tersebut. Dengan adanya komunikasi tersebut, sikap-sikap dan perasaan-perasaan suatu kelompok manusia atau

orang-perseorangan dapat diketahui oleh kelompok lain atau orang lainnya. Hal itu merupakan bahan untuk menentukan reaksi apa yang akan dilakukannya (Soerjono.2012:56-61).

### **3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Interaksi Sosial**

Menurut Soerjono Soekanto Interaksi sosial akan berlangsung apabila terjadi saling aksi dan reaksi antara kedua belah pihak. Interaksi sosial tidak akan terjadi jika manusia mengadakan hubungan yang langsung dengan sesuatu yang sama sekali tidak berpengaruh terhadap sistem syarafnya sebagai akibat hubungannya tersebut. Berlangsungnya suatu proses interaksi terutama antara individu dan kelompok didasari oleh beberapa faktor, antara lain :

#### **a. Imitasi**

Imitasi sangat kuat peranannya dalam interaksi sosial. Tampak jelas dalam dunia mode, adat istiadat, dunia usaha, perilaku kejahatan dan lain sebagainya. Faktor ini sangat berperan dalam pergaulan masyarakat.

#### **b. Sugesti**

Faktor sugesti yang dimaksudkan, sugesti secara psikologi dimana seorang individu menerima cara penglihatan atau pedoman tingkah laku dari orang lain tampak kritik. Sugesti ini merupakan proses pengoperan atau penerimaan sesuatu hal yang dilakukan seseorang atau masyarakat tampak kritik atau penelitian lebih cermat.

#### **c. Identifikasi**

Faktor identifikasi dimaksudnya adalah dorongan untuk yang berproses tidak saja lahiriah, tetapi juga meliputi batiniah. Pada tahap proses ini terjadi

berlangsung tidak sadar, irasional untuk melengkapi norma yang berlangsung mulai dari lingkungan terkecil sampai pada masyarakat umum yang saling mengambil norma-norma, sikap perilaku, nilai-nilai dan lain sebagainya dari sekelilingnya yang secara umum dapat merubah masyarakat.

d. Simpati

Faktor yang dimaksudkan adanya perasaan yang terdapat didalam diri seseorang dimanapun ia berada yang merasa tertarik kepada orang lain. Prosesnya berdasarkan perasaan semata-mata dan tidak melalui penilaian berdasarkan rasio, (Dewi Wulansari,2009:37-38)

#### **4. Bentuk-Bentuk Interaksi Sosial**

Menurut Soerjono Soekanto Bentuk-bentuk interaksi sosial dapat menghasilkan proses sosial yang asosiatif dan disosiatif yaitu faktor yang dipengaruhi dari dalam dan diluar itu sendiri. Berit ini adalah proses-proses interaksi yang terjadi antara lain:

**a. Proses-proses yang Asosiatif**

1. Kerjasama (Cooperation)

Beberapa sosiologi menganggap bahwa kerjasama merupakan bentuk interaksi sosial yang pokok. Kerjasama yang dimaksudkan sebagai suatu usaha bersama antara orang-perorangan atau kelompok manusia untuk mencapai satu atau beberapa tujuan bersama. Kerjasama timbul karena orientasi orang perorangan terhadap kelompoknya (*yaitu in-group-nya*) dan kelompok lainnya (*yang menggunakan out-group-nya*).

Charles H.Cooley menggambarkan bahwa betapa penting fungsi kerjasama yang timbul apabila orang menyadari bahwa mereka mempunyai kepentingan-kepentingan yang sama dan pada saat bersamaan mempunyai cukup pengetahuan dan pengendalian terhadap diri sendiri untuk memenuhi kepentingan tersebut, kesadaran akan adanya kepentingan yang sama dan adanya organisasi merupakan fakta-fakta yang penting dalam kerjasama yang berguna (Soerjono Soekanto,2012:65-87)

## 2. Akomodasi

Istilah akomodasi digunakan dalam dua arti, yaitu untuk menunjuk pada suatu proses keadaan atau keseimbangan dalam interaksi orang perorangan atau kelompok manusia yang kaitannya dengan norma-norma sosial yang berlaku dalam masyarakat. Sebagai suatu proses dimana menunjuk pada usaha-usaha manusia untuk meredakan suatu pertentangan demi mencapai kestabilan.

Menurut Gillin dan Gillin akomodasi untuk menggambarkan suatu proses dalam hubungan-hubungan sosial yang sama artinya dengan adaptasi yang dipergunakan oleh ahli-ahli biologi untuk menunjukan pada suatu proses dimana makhluk-makhluk hidup menyesuaikan dirinya dengan alam sekitar.

## 3. Asimilasi (Assimilation)

Aimilasi merupakan proses sosial dalam taraf lanjut. Ia ditandai dengan adanya usaha-usaha mengurangi perbedaan-perbedaan yang terdapat antara orang-perorangan atau kelompok-kelompok manusia dan juga meliputi usaha-usaha untuk mempertinggi kesatuan tindak, sikap dan proses mental dengan memperhatikan kepentingan-kepentingan dan tujuan-tujuan bersama. Apabila

orang-orang melakukan asimilasi kedalam suatu kelompok manusia atau masyarakat, dia tidak lagi membedakan dirinya dengan kelompok tersebut yang mengakibatkan bahwa mereka dianggap sebagai orang asing. Dalam proses asimilasi, mereka mengidentifikasikan dirinya dengan kepentingan-kepentingan serta tujuan-tujuan kelompok.

Apabila dua kelompok manusia mengadakan asimilasi, batas-batas antara kelompok-kelompok tadi akan hilang dan keduanya lebur menjadi satu kelompok. Secara singkat, proses asimilasi ditandai dengan pengembangan sikap-sikap yang sama, walau kadangkala bersifat emosional dengan tujuan untuk mencapai kesatuan, atau paling sedikit mencapai integrasi dalam organisasi, pikiran dan tindakan.

## **b. Proses-proses yang Disosiatif**

### **1. Persaingan (Competition)**

Persaingan atau *competition* dapat diartikan sebagai suatu proses sosial, dimana individu atau kelompok-kelompok manusia yang bersaing mencari keuntungan melalui bidang-bidang kehidupan yang pada suatu masa terdapat tertentu menjadi pusat perhatian umum (baik perseorangan maupun kelompok manusia) dengan cara menarik perhatian publik atau dengan mempertajam prasangka yang telah ada tanpa mempergunakan ancaman atau kekerasan.

### **2. Pertentangan atau Pertikaian**

Pribadi maupun kelompok menyadari bahwa adanya perbedaan-perbedaan misalnya dalam cirri badaniah, emosi, unsure-unsur kebudayaan, pola-pola perilaku dan seterusnya dengan pihak lain. Cirri tersebut dapat mempertajam



perbedaan yang ada hingga menjadi suatu pertentangan atau pertikaian (*conflik*). Perasaan memegang peranan penting dalam mempertajam perbedaan-perbedaan untuk saling menghancurkan. Perasaan tersebut biasanya berbentuk amarah dan rasa benci yang menyebabkan dorongan-dorongan untuk melukai atau menyerang pihak lain, atau untuk menekan dan menghancurkan individu atau kelompok yang menjadi lawan.

Pertentangan atau pertikaian selanjutnya disebutkan sebagai pertentangan saja karena merupakan suatu proses sosial dimana individu atau kelompok berusaha untuk memenuhi tujuannya dengan jalan menentang pihak lawan yang disertai dengan ancaman atau kekerasan.

## **B. PERAN DOKTER, PASIEN DAN PERAWAT**

### **1. Pengertian Peran**

Dalam kehidupan bermasyarakat, peran merupakan konsekuensi dari status seseorang. Bila dalam masyarakat ada orang yang berstatus sebagai perawat, dokter, bidan, atau pasien, maka terhadap individu-individu tersebut diharapkan muncul perilaku yang sesuai dengan statusnya masing-masing.

Menurut Ralf Dahrendrof (dalam Veeger, 1986:235), peran dimaknai sebagai satu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, sikap yang diharapkan oleh masyarakat muncul dan menandai sifat dan tindakan si pemegang status atau kedudukan sosial.

Dalam suatu lingkungan, seseorang berkewajiban untuk menunjukkan peran sosial sesuai dengan statusnya. Sementara di lain pihak, mungkin pula dia dapat

berperan sebagai status yang berbeda. Contoh : seorang dokter yang merawat mertuanya. Di tempat perawatan, si mertua tersebut adalah pasien dokter maka harus patuh dan taat pada dokter, sedangkan dirumah sang dokter harus hormat dan patuh terhadap mertuanya. Pada situasi seperti ini, memang ada kalanya peran seseorang seringkali berbeda tergantung pada situasi sosial masing-masing.

#### **a) Peran Sakit-Sehat**

Secara ilmiah penyakit (disease) itu diartikan sebagai gangguan fungsi fisiologis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari lingkungan. Sedangkan sakit (illness) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita suatu penyakit.

Perilaku sakit diartikan sebagai salah satu bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri, penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu-individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat.

Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter. Dengan berbagai kondisi dan jenis penyakit yang dideritanya, setiap pasien menunjukkan perilaku yang berbeda dihadapan seorang tenaga medis. Kalangan sosiologi

menyebutnya sebagai fenomena peran sakit dalam perilaku kesehatan masyarakat.

Seorang ahli sosiologi dan psikologi sosial, mechanic, mengembangkan teori tentang perilaku sakit yang dinamakannya **teori respon bertahan (copy response theory)**. Menurut mechanic perilaku sakit adalah reaksi optimal dari individu jika dia terkena suatu penyakit. Dan reaksi ini sangat ditentukan oleh sistem sosialnya. Perilaku sakit erat hubungannya dengan konsep diri, penghayatan situasi yang dihadapi, pengaruh petugas kesehatan, serta pengaruh birokrasi (karyawan yang mendapat jaminan perawatan kesehatan yang baik akan cenderung lebih cepat merasa sakit daripada mereka yang justru akan kehilangan nafkah hariannya jika tidak masuk kerja karena sakit). Ada dua faktor utama yang menentukan perilaku sakit, yaitu :

- a. Persepsi atau definisi individu tentang suatu situasi/penyakit
- b. Kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit tersebut

Perilaku sakit ini juga diteropong oleh Suchman yang memberikan batasan perilaku sakit sebagai tindakan untuk menghilangkan rasa tidak enak atau rasa sakit sebagai akibat dari timbulnya gejala tertentu. Suchman menganalisa pola proses pencarian pengobatan dari segi individu atau petugas kesehatan. Menurutnya, ada 5 macam reaksi dalam proses mencari pengobatan, antara lain:

1. **Shopping**, yaitu proses mencari alternatif sumber pengobatan guna menemukan seseorang yang dapat memberikan diagnosa dan pengobatan sesuai dengan harapan.

2. **Fragmentation**, yaitu proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama.
3. **Procrastination**, yaitu proses penundaan pencarian pengobatan meskipun gejala penyakitnya sudah dirasakan.
4. **Self medication**, yaitu pengobatan sendiri dengan menggunakan berbagai macam ramuan atau obat-obatan yang dinilai tepat baginya
5. **Discontinuity**, yaitu proses penghentian pengobatan

Dalam menentukan reaksi/tindakannya sehubungan dengan gejala penyakit yang dirasakannya, menurut Suchman, individu berproses melalui tahap-tahap berikut ini :

### **1. Tahap pengenalan gejala**

Individu memutuskan bahwa dirinya dalam keadaan sakit yang ditandai dengan rasa tidak enak dan keadaan itu dianggapnya dapat membahayakan dirinya.

### **2. Tahap asumsi peranan sakit**

Karena merasa sakit dan perlu pengobatan, individu mulai mencari pengakuan dari kelompok acuannya (keluarga, tetangga, dll) tentang sakitnya itu dan meminta pembebasan dari tugas sehari-harinya.

### **3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan**

Individu mulai menghubungi sarana kesehatan sesuai dengan informasi yang diperoleh/dari pengalamannya tentang tersedianya jenis-jenis pelayanan kesehatan.

#### **4. Tahap ketergantungan si sakit**

Individu memutuskan bahwa dirinya sebagai orang sakit dan ingin disembuhkan, harus menggantungkan diri terhadap prosedur pengobatan dan harus patuh pada perintah orang yang akan menyembuhkannya.

#### **5. Tahap penyembuhan atau rehabilitasi**

Individu memutuskan untuk melepaskan diri dari peranan sebagai orang sakit karena ia sudah sehat kembali dan dapat berfungsi seperti sedia kala.

Dalam hal ini, Sudibyo Supardi merinci 6 **peran sakit di masyarakat**, yaitu :

- 1. Sakit sebagai upaya untuk menghindari tekanan.** Contoh : sebuah keluarga miskin tinggal rumah sempit yang kumuh. Suatu hari datang adi-adik suaminya ikut tinggal bersamanya untuk mencari pekerjaan. Istri merasa wajib memberi makan dan tempat tidur yang layak bagi mereka. Namun bersama dengan itu, sang istri merasa keterbatasan uang dan ruang gerak dan dituntut untuk lebih memperhatikan anaknya. Lalu kemudian ia terbaring sakit dirumahnya. Atas anjuran saudara-saudaranya maka adik-dik suaminya pindah dan istrinya sembuh kembali. Melalui peran sakit istri, maka keluarga tersebut dapat terhindar dari ketegangan yang dapat merusak keluarga.
- 2. Sakit sebagai upaya untuk mendapatkan perhatian.** Masyarakat menekankan pentingnya orang sakit mendapat perhatian khusus, tempat khusus, makanan khusus, dan sebagainya. Bagi orang yang merasa

keseharian atau tidak yakin atas penerimaan orang lain akan dirinya, maka salah satu cara pelepasannya dilakukan melalui peran sakit.

3. **Sakit sebagai kesempatan untuk istirahat.** Bagi orang yang banyak mengalami ketegangan di kantor atau di rumah, peran sakit merupakan salah satu pilihan. Beberapa orang dapat menikmati masa istirahat beberapa hari dan bebas dari ketegangan rutin melalui rawat inap di rumah sakit
4. **Sakit sebagai alasan kegagalan pribadi.** Peran sakit juga digunakan sebagai alasan ketidakmampuan menyelesaikan tugas yang harus dikerjakan, upaya menghindari tanggung jawab atau membenarkan diri.
5. **Sakit sebagai penghapus dosa.** Masyarakat tertentu percaya bahwa sakit merupakan akibat dari dosa yang dilakukan sebelumnya. Sakit merupakan hukuman Tuhan untuk menghapus dosa yang telah dibuat hamba-Nya. Melalui peran sakit, Tuhan memberi kesempatan pada seseorang untuk menesali dosa yang diperbuatnya.
6. **Sakit untuk mendapat alat tukar.** Contoh : karyawan yang mendapat penggantian ongkos berobat, sering mengumpulkan obat melalui peran sakit. Setelah mendapatkan sejumlah obat berikut aturan pakainya, ia menyimpan obat tersebut untuk digunakan sebagai alat tukar dengan berbagai keperluannya.

Dalam konteks politik, peran sakit memiliki nilai yang berbeda dibandingkan yang lainnya, yaitu ada peran sakit:

1. Sebagai alat untuk menghindari proses hukum

2. Sebagai alat untuk menekan dan memaksakan kehendak pada orang lain sehingga tujuan yang diinginkannya dikabulkan. Contoh : mogok makan

Sementara itu, peran sehat belum banyak mendapat perhatian dari kalangan sosiologi. Banyak kalangan menganggap bahwa peran sehat merupakan peran normal bagi individu sesuai dengan statusnya yang berlaku. Sesuai dengan konsepnya, orang sehat adalah orang yang memiliki kemampuan prima dari sisi jasmaniah, emosi, spiritual dan ekonomi.

### **C. PERAN PERAWAT**

#### **1. Pengertian**

Perawat adalah orang yang dididik menjadi tenaga paramedic untuk menyelenggarakan perawatan orang sakit atau secara khusus untuk mendalami bidang perawatan tertentu. Perawat merupakan salah satu komponen penting dan strategis dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Kehadiran dan peran perawat tidak dapat diabaikan. Dalam menjalankan tugasnya, perawat dituntut untuk memahami proses dan standar praktik keperawatan. Keperawatan adalah diagnosis dan penanganan respons manusia terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial.

Menurut hasil lokakarya Keperawatan nasional (1983), keperawatan diartikan sebagai :

*Suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integrasi dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia.*

Perawat (nurse) berasal dari bahasa latin yaitu *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Harley Cit menjelaskan pengertian dasar seorang perawat yaitu seseorang yang berperan dalam merawat, memelihara, membantu serta melindungi seseorang karena sakit, cedera dan proses penuaan. Sedangkan menurut Depkes RI (2002), perawat professional adalah perawat yang bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya.

Asuhan keperawatan adalah kegiatan profesional perawat yang dinamis, membutuhkan kreativitas dan berlaku pada berbagai keadaan dan rentang kehidupan manusia (Carpenito,1998). Tahap dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dari defenisi peran tersebut, maka profesi perawat diakui sebagai bagian integrasi dari pelayanan kesehatan. Ini artinya dalam pelayanan kesehatan, peran dan fungsi perawat merupakan suatu komponen yang tidak dapat dipisahkan dan tidak bisa diabaikan oleh tenaga kesehatan yang lainnya. Bahkan bila dilihat dari segi intensitas interaksi dengan pasien, kelompok



professional perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling tinggi interaksinya.

## **2. Perawat Sebagai individu**

Aktivitas keperawatan meliputi peran dan fungsi pemberi asuhan keperawatan dan praktik keperawatan, pengelola institusi keperawatan, pendidik klien serta peneliti di bidang keperawatan (Sieglar, 2000)

Peran perawat dengan individu antara lain :

1. **Peran sebagai pelaksana (care giver).** Peran ini merupakan peran dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada klien dengan pendekatan pemecahan masalah sesuai dengan metode dan proses keperawatan.
2. **Peran sebagai pendidik.** Perawat berperan dalam mendidik individu keluarga, kelompok, masyarakat, serta tenaga kesehatan yang berada dibawah tanggung jawabnya.
3. **Peran sebagai pengelola.** Perawat mempunyai tanggung jawab mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan.
4. **Peran sebagai peneliti.** Perawat diharapkan mampu mengidentifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan pelayanan dan pendidikan keperawatan.

## **3. Peran Perawat dari Sudut Profesi dan Tujuan Lembaga Pendidikan**

Program pendidikan D3 Keperawatan di Indonesia sebagai pendidikan yang

menghasilkan perawat profesional pemula. Pendidikan ini bertujuan mendidik peserta didik melalui proses belajar untuk menyelesaikan kurikulum sehingga mempunyai cukup pengetahuan, keterampilan dan sikap untuk :

1. Melaksanakan pelayanan keperawatan profesional dalam suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai kebijaksanaan umum pemerintah yang berlandaskan Pancasila, khususnya pelayanan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan
2. Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola suhan keperawatan
3. Berperan serta dalam kegiatan penelitian di bidang keperawatan dan menggunakan hasil penelitian dan IPTEK untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan dan asuhan keperawatan
4. Berperan secara aktif dalam mendidik dan melatih klien
5. Mengembangkan diri secara terus-menerus untuk meningkatkan kemampuan profesional
6. Memlihara dan mengembangkan kepribadian serta sikap yang sesuai dengan etika keperawatan dalam melaksanakan profesinya
7. Berfungsi sebagai anggota masyarakat yang kreatif, produktif dan terbuka untuk menerima perubahan serta berorientasi ke masa depan sesuai perannya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 647 tahun 2000 menegaskan bahwa keperawatan adalah sebuah profesi. Dengan status seperti ini maka secara legal formal dan keilmuan ada pengakuan kesejajaran antara ilmu

keperawatan dan ilmu kedokteran serta ada kewenangan yang berbeda antara perawat dan dokter.

Status sebagai profesi ini menuntut setiap perawat untuk mampu memberikan pelayanan prima kepada masyarakat sesuai dengan misi perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi klien, keluarga dan masyarakat.

Dalam praktik keperawatan terdapat **3 fungsi keperawatan**, antara lain yaitu :

### **1. Fungsi independen**

Dalam fungsi ini tindakan perawat bersifat tidak memerlukan perintah dokter. Tindakan perawat bersifat mandiri berdasarkan ilmu keperawatan. Oleh karena itu perawat bertanggung jawab atas akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Contoh tindakan ini yaitu :

- a. Pengkajian seluruh riwayat kesehatan pasien/keluarganya dan pemeriksaan fisik untuk menentukan status kesehatan
- b. Membantu pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari
- c. Mendukung pasien untuk berperilaku hidup sehat.

### **2. Fungsi Interdependen**

Tindakan perawat berdasar pada kerjasama dengan tim perawat atau tim kesehatan lain. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang dokter. Contoh tindakan ini ialah menangani ibu hamil yang menderita diabetes, perawat bersama tenaga ahli gizi berkolaborasi membuat rencana untuk menentukan kebutuhan makanan yang diperlukan ibu hamil dan perkembangan janin.

### 3. Fungsi dependen

Perawat bertindak membantu dokter dalam memberikan pelayanan medis. Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi kewenangan dokter. Oleh karena itu, tindakan perawat ada dibawah tanggung jawab dokter termasuk setiap kesalahan medis yang dilakukan, kecuali jika perawat tersebut yang bertindak tidak sesuai dengan prosedur dan ketetapan yang ditentukan dokter.

### D. PERAN DOKTER

Tokoh kunci dalam proses penyembuhan penyakit adalah petugas kesehatan lebih khususnya adalah Dokter. Menurut undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang paraktik kedokteran, profesi dokter berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan berjenjang dan kode etik yang bersifat melayani. Berdasarkan kode etik kedokteran, dinyatakan bahwa kewajiban umum dokter adalah :

- 1 menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah dokter.
- 2 senantiasa berupaya melaksanakan profesinya sesuai dengan standar profesi yang teringgi.
- 3 Tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi
- 4 Harus menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri
- 5 Tiap perbuatan atau nasihat yang memungkinkan melemahkan daya tahan psikis maupun fisik hanya untuk kebaikan pasien, setelah

memperoleh persetujuan pasien

- 6 Senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan hal-hal yang menimbulkan kesehatan masyarakat
- 7 Hanya memberikan surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya
- 8 Dalam setiap praktiknya memberikan pelayanan medis yang kompeten dalam kebesannya teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (compassion) dan penghormatan atas martabat manusia.
- 9 Harus bersikap jujur dalam hubungannya dengan pasien dan sejawatnya yang diketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi atau yang melakukan penipuan atau penggelapan dalam menangani pasien.
- 10 Menghormati hak-hak pasien, menghormati hak-hak sejawatnya hak-hak tenaga kesehatan lainnya, dan harus menjaga kepercayaan pasien.
- 11 Senantiasa mengingat akan kewajiban melindungi makhluk hidup, makhluk insani.
- 12 Harus memperhatikan kepentingan masyarakat dan semua aspek pelayanan kesehatan yang menyeluru (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif), baik fisik maupun psikososial, serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian masyarakat yang sebenar-benarnya.
- 13 Dalam bekerja sama dengan pejabat di bidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat harus saling menghormati.

Merujuk pada kode etik tersebut, peran dokter dapat dirinci lebih spesifik lagi kedalam beberapa perilaku berikut :

- a. Dokter sebagai pendidik, yaitu memberikan promosi pendidikan kepada masyarakat baik individu, keluarga, maupun masyarakat.
- b. Dokter sebagai pengembang teknologi layanan kesehatan, yaitu dalam praktik layanan kesehatan, seorang dokter dituntut untuk memiliki kreatifitas dan inisiatif untuk menemukan dan memecahkan masalah yang sedang dihadapi pasien sesuai dengan pengetahuan dan kemampuannya sendiri.
- c. Dokter sebagai pengabdian masyarakat, yang dituntut memiliki kesediaan untuk memberikan pertolongan. Meminjam istilah Daldiyono (2006;291) setiap dokter harus siap siaga sebagai dokter yang profesional dalam membantu masyarakat.
- d. Dokter adalah pembelajar, yaitu dengan berbagai praktik atau pengembangan ilmu yang ada seorang dokter dapat belajar dan mengajari kembali baik kepada rekan sejawat atau pihak lain mengenai perkembangan ilmu kedokteran.

Dalam melakukan perannya sebagai seseorang yang memiliki kompetensi untuk mengobati orang yang sakit, **dokter melaksanakan lima fungsi utama** dan fungsi-fungsi ini dapat dianalisis dengan patterns variables yang telah dikembangkan oleh Parsons (Schepers dan Nievaard).

1. Menerapkan peraturan umum atau khusus yang harus ditaati oleh pasien (kriteria universal versus khusus)
2. Membina interaksi dengan pasien secara luas dan membaur, atau terbatas pada fungsinya sebagai dokter (membraur versus spesifik)
3. Melibatkan emosi/perasaan atau sikap netral dalam hubungannya dengan sang pasien (afektif versus netral)
4. Mengutamakan kepentingan diri sendiri atau kepentingan bersama (orientasi diri versus orientasi kelompok)
5. Memandang manusia berdasarkan kualitasnya atau prestasinya (kuakitas versus prestasi)

Pandangan Parsons mengenai peran dokter tersebut merupakan pandangan yang ideal. Pada kenyataannya tidak semua kriteria Parsons dapat dipenuhi oleh dokter dalam menjalankan fungsinya dalam mengobati pasien. Ilmu kedokteran modern cenderung menekankan perlunya para dokter mengetahui dan menginternalisasikan norma-norma praktek Hal ini sering mempengaruhi hubungan dokter-pasien.

#### **E. INTERAKSI ANTAR KOMPONEN**

Masyarakat atau individu dalam kehidupan terkait dengan sisi statis dan sisi dinamis dari masyarakat. Struktur sosial kedokteran dalam menjalankan tugas mereka. Pengamatan menunjukkan bahwa dimana saja di dunia ini sebagian besar anggota profesi kedokteran berasal dari tingkat sosial ekonomi menengah ke atas.

merupakan sisi statis dan proses sosial atau interaksi sosial merupakan sisi dinamis masyarakat. Disinilah terjadi proses sosial, dimana dalam proses sosial terdapat hubungan dan pengaruh timbal balik antara berbagai segi kehidupan bersama dan antara berbagai komponen yang terkait.

Menurut Samsulridjal Djauzi dan Supartondo, pada tahun 1950-an ada tiga pola komunikasi antara dokter dengan pasien, yaitu pola aktif-pasif, petunjuk-kerja sama, dan kerja sama. Pada pola aktif-pasif, pasien bersifat pasif dan hanya melakukan sesuatu yang diperintahkan oleh dokter. Pada pola petunjuk-kerja sama, peran dokter mulai muncul. Aspek ketaatan dan motivasi pasien dalam menjalankan perintah dokter, menjadikan kunci penyembuhan. Sedangkan dalam pola kerja sama, inisiatif pasien menjadi lebih kuat. Maka tidak mengherankan apabila pada saat sekarang banyak masyarakat yang memerlukan konsultasi kesehatan.

Sedangkan pola hubungan menurut Schepers dan Nievaard (1990) berdasarkan pada jenis penyakit atau kondisi kesehatan pasien, hubungan dokter-pasien secara umum dapat dibedakan menjadi tiga model, yaitu aktif-pasif, pemimin-pengikut, atau hubungan setara. Menurut Freidson, model hubungan dokter-pasien dari Schepers dan Nievaard, dipengaruhi oleh faktor utama yaitu, tuntutan pekerjaan, reaksi individu atau masyarakat terhadap jenis penyakit itu, serta faktor struktur dan budaya.

Hal yang terpenting dari hubungan dokter-pasien adalah komunikasi. Karena komunikasi sangatlah penting, menyangkut timbal balik yang berkesinambungan antara dua pihak. Keterampilan berkomunikasi harus dimiliki



oleh setiap dokter, seperti mendengarkan (listening), mengulang (parroting), dan menyimpulkan (paraphrasing)

Dengan memahami komponen dan faktor yang mempengaruhi dalam interaksi sosial, maka dapat dirumuskan pola-pola hubungan antar komponen tersebut (*lihat dalam skema hubungan dokter-pasien pada lampiran*). Dan hubungan-hubungan kerja tersebut secara praktis akan terkait dengan masalah hak dan kewajiban atau perangkat aturan perundang-undangan yang mengikat pola yang dimaksudkan.

#### **a. Hubungan dokter-pasien**

Dalam penentuan treatment untuk proses penyembuhan atau penyehatan kondisi seseorang. Posisi dokter berada pada tingkat “superior”. Khusus dalam konteks pemilihan obat yang ditunjukkan dalam bentuk “resep dokter”, seorang pasien hampir tidak memiliki raksi yang signifikan terhadap usulan dokter. Ini merupakan sebuah ciri bahwa raksi kekuasaan antara pasien dengan dokter sangat tidak seimbang. Penyebab tidak seimbangnya hubungan antara dokter-pasien ini adalah perbedaan pengetahuan mengenai sehat-sakit dan posisi pasien sebagai seorang yang membutuhkan bantuan dokter yang menyebabkan posisi pasien menjadi individu yang ada di bawah (subordinat) dokter.

Terhadap kondisi seperti ini, Daldiyono memberikan keterangan tentang pentingnya usaha pendidikan kesehatan pada pasien sehingga pasien dapat memosisikan diri sebagai pasien dihadapan dokter, sehingga pada akhirnya hubungan dokter-pasien dapat diposisikan sebagai posisi sederajat dan hanya berbeda dalam konteks hak dan kewajiban.

Pertanyaan yang perlu dikemukakan sering dengan beberapa kemungkinan yang dapat terjadi :

- Adanya kesalahan dalam memberikan obat
- Dokter dapat memberikan resep yang tepat, tetapi tidak untuk tujuan yang efektif, misalnya ada duplikasi obat.
- Pilihan dokter tentang obat tersebut sudah sangat tepat.

Menurut Daldiyono (2007;191-197) secara sederhana menyebutkan ada 4 (empat) teori hubungan antara dokter dengan pasien:

- 1) Hubungan dokter-pasien yang bersifat religius, misalnya dilandasi kesadaran bahwa pengobatan itu bagian dari kegiatan keagamaan.
- 2) Hubungan dokter-pasien yang bersifat paternalistik, yaitu memosisikan pasien sebagai orang yang butuh bantuan.
- 3) Hubungan dokter-pasien yang bersifat penyedia jasa dan konsumen.
- 4) Hubungan dokter-pasien yang bersifat kemitraan.

Menurut Szasz dan Hollender (dalam H. Soewono) pola hubungan dokter dan pasien dapat dilihat menjadi tiga pola, yaitu:

- Hubungan orang tua dan anak, yaitu pasien yang masih erlu mendapat perlindungan dan pembelajaran hidup.
- Hubungan antara orang tua dan remaja yaitu pasien yang bisa diajak bicara
- Prototype hubungan antar orang dewasa yaitu pasien yang dianggap setara dan memiliki hak individu secara mandiri.

### **b. Hubungan dokter-perawat**

Anwar Kurniadi (dalam sinar harapan,2004) mengatakan bahwa dokter masih menunjukkan sikap hegemoninya dalam raktek kesehatan. Sedangkan peran perawat masih kurang diutungkan. Ketidak keseimbangan interaksi antara dokter-perawat disebabkan oleh berbagai faktor, yaitu:

- Perawat pada umumnya adalah perempuan
- Dilihat dari sisi pendidikan, perawat mayoritas berpendidikan D3 sedangkan para dokter berpendidikan minimal S1, di tambahkan pendidikan profesi (spesialisasi
- Kesenjangan relasi kekuasaan dokter-perawat terkait dengan kewenangan yang dimiliki oleh kedua profesi.

Terkait dengan minimal ada tiga pekerjaan yang perlu dilakukan oleh pemerintah, yaitu:

1. Memberikan pendidikan kepada publik untuk mengetahui hak dan kewajibannya dalam praktek layanan kesehatan.
2. Perlu ada pendekatan kolaboratif antar dokter, perawat dan pasien untuk bersikap kritis terhadap masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan.
3. Membangun komunikasi kesehatan yang manusiawi.

### **c. Hubungan petugas kesehatan-masyarakat**

Proses penyembuhan penyakit tidak hanya ditangani oleh dokter. Dengan meningkatnya variasi penyakit dan kerumitan teknologi kedokteran, diperlukan bantuan tenaga lain, seperti perawat, bidan, enata roentgen, ahli gizi, dsb.yang

semuanya bergabung menjadi tim petugas kesehatan.

Seperti halnya dokter, petugas kesehatan juga mempunyai karakteristik yang bisa menghambat komunikasinya dengan masyarakat antara lain: perbedaan status sosial, budaya dan bahasa, harapan masyarakat terhadap kemampuan petugas, serta kecenderungan sikap otoriter terutama dalam penyebaran penyakit akut. Untuk itu diperlukan kemauan untuk mempelajari bahasa dan budaya setempat agar petugas tidak dianggap orang asing oleh penduduk asli dan supaya komunikasi dengan masyarakat dapat lebih lancar.

#### **F. WACANA : Fenomena perawat di kota Cirebon**

Salah satu fenomena tenaga kerja perawat di Indonesia adalah adanya status perawat sebagai tenaga kerja kontrak. Nasib dan perhatian pemerintah terhadap tenaga perawat kontrak ini bersifat ambigu, disatu sisi berupaya untuk memberikan lapangan kerja, sementara disisi lain pemerintah belum mampu menyediakan kompensasi yang layak dan proporsional. Hal demikian dapat dilihat dari dua sisi, yaitu: ketidakmampuan pemerintah dalam memberikan kompensasi dan prosedur pelayanan yang optimal kepada tenaga perawat kontrak.

Salah satu kasus yang bisa dijadikan contoh adalah kasus keterlambatan gaji pada tenaga perawat kontrak yang ada di Cirebon yang hampir 1 tahun (pada tahun 2013). Peristiwa ini menunjukkan adanya prosedur pelayanan pemerintah kepada tenaga kerja kontrak yang tidak profesional, sehingga timbul keterlambatan. Selain itu uph yang diterima jauh dibawah UMR yang

sebesar Rp 625.000,-. Para tenaga kerja kontrak ini hanya mendapat gaji Rp 300.000,- per bulan ditambah tunjangan insentif Rp 100.000,-.

Begitu banyak tantangan berat untuk menjadikan perawat sebagai pekerja profesional dan mendapat imbalan profesi. Saat ini kondisi perawat di Indonesia memang terpukul. Dibanding rekannya di negara lain, bahkan sesama negara ASEAN, gaji perawat di Indonesia relative rendah, rata-rata tingkat pendidikannya pun rendah, kebanyakan hanya lulusan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK). Di sisi lain pemerintah sendiri juga sedang terpukul. Jangankan menyediakan anggaran untuk pendidikan, untuk mempekerjakan saja tidak mampu. Akibatnya, tiap tahun 13.000 dari 15.000 orang lulusan keperawatan menganggur karena tidak terserap pasar kerja domestic, meski rumah sakit kekurangan perawat.

Kebijakan pegawai pemerintah serta ketidakmampuan rumah sakit swasta mempekerjakan perawat dalam jumlah memadai telah lama dikeluhkan oleh perawat. Akibatnya perawat harus bekerja lebih dan sering mendapat kecaman dari keluarga pasien yang merasa tidak terlayani dengan baik. Di sisi lain, tidak ada aturan yang memadai untuk melindungi perawat di tempat kerja. Lebih dari 50% perawat dan bidan tidak mendapat pelatihan tentang keperawatan atau kebidanan klinis maupun komunitas dalam lima tahun terakhir. Dengan demikian kesempatan untuk meningkatkan kemampuan dan mempersiapkan diri untuk mencapai jabatan yang memerlukan pengetahuan dan keterampilan tinggi juga terbatas. Perawat sering dipersalahkan untuk keadaan yang mereka tidak pernah disiapkan dan pelayanan kesehatan rendah sehingga citra perawat

dan bidan terpuruk.

Perbaikan sistem kurikulum diharapkan mampu merubah perawat dari hanya pembantu dokter juga menjadi tenaga kesehatan yang profesional. Untuk itu Departemen Kesehatan dan kesejahteraan Sosial telah membentuk Direktorat Pelayanan Keperawatan pada Jendral Pelayanan Medik. Kebijakan Direktorat dalam rangka meningkatkan mutu, maka menyetarakan SPK dengan D3 dengan penambahan semester dan mata kuliah, juga dari segi kurikulum. Kemudian dilakukan pemerataan tenaga kerja perawat profesional menyebar di daerah supaya tidak terjadi penumpukan di kota-kota besar, membuat standar mutu keperawatan, advokasi terhadap perawat, meningkatkan fasilitas akomodasi penunjang bagi perawat.

Untuk menjadikan hal itu terwujud diperlukan pendidikan yang berkesinambungan. Alternative lain adalah dengan gabungan pemerintah local, konsumen dan organisasi tempat kerja (rumah sakit). Sementara pemerintah pusat sebagai regulator untuk menjamin kepentingan lokal maupun nasional.

Untuk mengatasi masalah pengangguran tenaga perawat yang mencapai 30.000 orang, pemerintah mulai menggalakkan untuk menempatkan mereka ke luar negeri. Saat ini banyak negara yang berminat menggunakan tenaga perawat Indonesia untuk bekerja di negara mereka. Seperti Timur tengah, Amerika Serikat, Kanada, Australia, Belanda, bahkan kini Inggris juga berminat menggunakan tenaga kesehatan asal Indonesia. Hal ini dikarenakan para remaja di negara tersebut sudah tidak tertarik lagi untuk masuk ke Kekolah Keperawatan. Menurut hasil petemuan World Health Assembly di Geneva,

Swiss. Kurangnya tenaga perawat bukan masalah local tetapi juga masalah internasional. Hal ini menjadikan peluang sekaligus tantangan bagi negara yang surplus tenaga kerja trampil. Peluang karena banyak peluang, tantangan karena mampukah dunia pendidikan keperawatan di Indonesia mampu menyediakan tenaga kerja yang trampil. Namun perlu dicermati bahwa jangan sampai ada brain drain atau mengalirnya SDM yang terbaik ke luar negeri sehingga negara pemasok kekurangan SDM terbaik.

## **G. TINJAUAN UMUM RUMAH SAKIT**

### **1. Pengertian Rumah Sakit**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Berdasarkan undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum mempunyai fungsi :

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

*Muhamad Zulfikar (2012:21)*, dalam penelitiannya menjelaskan Rumah sakit adalah salah satu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan dengan memnberdayakan berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat dan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakannya disebut sarana kesehatan.

Sarana kesehatan berfungsi melakukan upaya kesehatan dasar, kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan



berkesinambungan (Siregar,2004).

Rumah sakit adalah suatu organisasi tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosa serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (American Hospital Association; 1974 dalam Azwar, 1996). Pengertian rumah sakit Wolper dan Pena (dalam Azwar, 1996) menyatakan bahwa rumah sakit 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. Association of Hospital Care (dalam Azwar, 1996) menjelaskan bahwa rumah sakit adalah suatu pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan dan penelitian kedokteran diselenggarakan.

Sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, menyatakan bahwa: “Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan”.

Sedangkan pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/MENKES/PER/III/2010 adalah: “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Dari pengertian diatas, rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang 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, (American Hospital Association; 1974).

Rumah sakit 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 yang diselenggarakan. (Wolper dan Pena, 1997)

Sementara itu menurut Siregar (2003) menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik, rumah sakit menurut Keputusan Menteri

Republik Indonesia nomor 983.MENKES/SK/1992 mengenai pedoman rumah sakit umum dinyatakan bahwa Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan.

### **1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

Pada umumnya tugas rumah sakit adalah menyediakan keperluan untuk pemeliharaan dan pemulihan kesehatan. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 983/MENKES/SK/XI/1992, tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan rujukan (Siregar, 2004)

Rumah sakit mempunyai beberapa fungsi, yaitu menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, pelayanan rujukan upaya kesehatan, administrasi umum dan keuangan. Maksud dasar keberadaan rumah sakit adalah mengobati dan perawatan penderita sakit dan terluka. Sehubungan dengan fungsi dasar ini, rumah sakit memberikan pendidikan bagi mahasiswa dan penelitian yang juga merupakan fungsi yang penting. Fungsi keempat yaitu pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan juga telah menjadi fungsi rumah sakit. Jadi empat fungsi dasar rumah sakit adalah pelayanan penderita, pendidikan, penelitian dan kesehatan masyarakat. Pelayanan penderita yang langsung di rumah sakit terdiri atas pelayanan medis,

pelayanan farmasi dan pelayanan keperawatan. Pelayanan penderita melibatkan pemeriksaan dan diagnosa, pengobatan penyakit atau luka, pencegahan, rehabilitasi, perawatan dan pemulihan kesehatan, pendidikan dan pelatihan.

Pendidikan sebagai suatu fungsi rumah sakit terdiri atas 2 bentuk utama:

- 1) Pendidikan dan atau pelatihan profesi kesehatan, yang mencakup dokter, apoteker, perawat, personel rekam medik, ahli gizi, teknisi sinar-X, laboran dan administrator rumah sakit.
- 2) Pendidikan dan atau pelatihan penderita, merupakan fungsi rumah sakit yang sangat penting dalam suatu lingkup yang jarang disadari oleh masyarakat. Hal ini mencakup :
  - a. Pendidikan khusus dalam bidang rehabilitasi, psikiatri sosial dan fisik.
  - b. Pendidikan khusus dalam perawatan kesehatan, misalnya mendidik penderita diabetes, atau penderita kelainan jantung untuk merawat penyakitnya.
  - c. Pendidikan tentang obat untuk meningkatkan kepatuhan, mencegah penyalahgunaan obat dan salah penggunaan obat, dan untuk meningkatkan hasil terapi yang optimal dengan penggunaan obat yang sesuai dan tepat.

Rumah sakit melakukan penelitian sebagai suatu fungsi dengan maksud utama yaitu:

1. Memajukan pengetahuan medik tentang penyakit dan peningkatan dan perbaikan pelayanan rumah sakit.
2. Ditujukan pada tujuan dasar dari pelayanan kesehatan yang lebih baik

bagi penderita. Misalnya: pengembangan dan penyempurnaan prosedur pembedahan yang baru.

Tujuan utama dari fungsi rumah sakit sebagai sarana kesehatan masyarakat adalah membantu komunitas dalam mengurangi timbulnya kesakitan dan meningkatkan kesehatan umum penduduk. Apoteker rumah sakit mempunyai peluang memberi kontribusi pada fungsi ini dengan mengadakan brosur informasi kesehatan, pelayanan pada penderita rawat jalan dengan memberi konseling tentang penggunaan obat yang aman dan tindakan pencegahan keracunan.

Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan.

## **H. BPJS ( Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) kesehatan**

### **1) Pengertian BPJS**

BPJS Kesehatan merupakan bentuk kebijakan sosial yang dibuat oleh Pemerintah. BPJS kesehatan adalah program kesehatan oleh pemerintah yang resmi beroperasi per 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan dibentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan untuk Masyarakat.

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Sedangkan menurut UU No.24 Tahun 2011 Tentang BPJS, Pasal 7 ayat(1) dan ayat(2), pasal 9 ayat (1) dan UU No.40 Tahun 2011 Tentang SJSN, Pasal 1 angka 8, Pasal 4 dan Pasal 5 ayat (1), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi ekuruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia.

BPJS Kesehatan mulai beroperasi pada tanggal 01 Januari 2014. Yang menjadi peserta BPJS kesehatan adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS kesehatan ada dua kelompok, yaitu penerima bantuan iuran jaminan kesehatan dan bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan. Yang dimaksud dengan bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta program Jaminan Sosial. Sedangkan peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan terdiri atas: a. pekerja penerima upah dan anggota keluarganya. b. pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya. c. bukan pekerja dan anggota keluarganya.

Layanan BPJS Kesehatan yang dimulai sejak awal Januari 2014 menyatukan seluruh model jaminan keehatan yang dikelola pemerintah, seperti Jaminan

Sosial Tenaga Kerja, Asuransi Kesehatan, dan Asuransi ABRI. Model layanan itu kini terbuka untuk masyarakat luas dengan syarat membayar premi yang besarnya ditentukan menurut manfaat layanan yang diinginkan setiap peserta. Besarnya ada dalam rentang Rp 25.000-Rp 60.000. sedangkan untuk masyarakat yang tidak mampu membayar iuran BPJS akan dibayar pemerintah.

## **2) Prosedur Pelayanan BPJS Kesehatan**

Prosedur untuk memperoleh pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan sebagai berikut :

### **A. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama**

1. Setiap peserta harus terdaftar pada suatu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS kesehatan.
2. Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar.
3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat inap di Fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

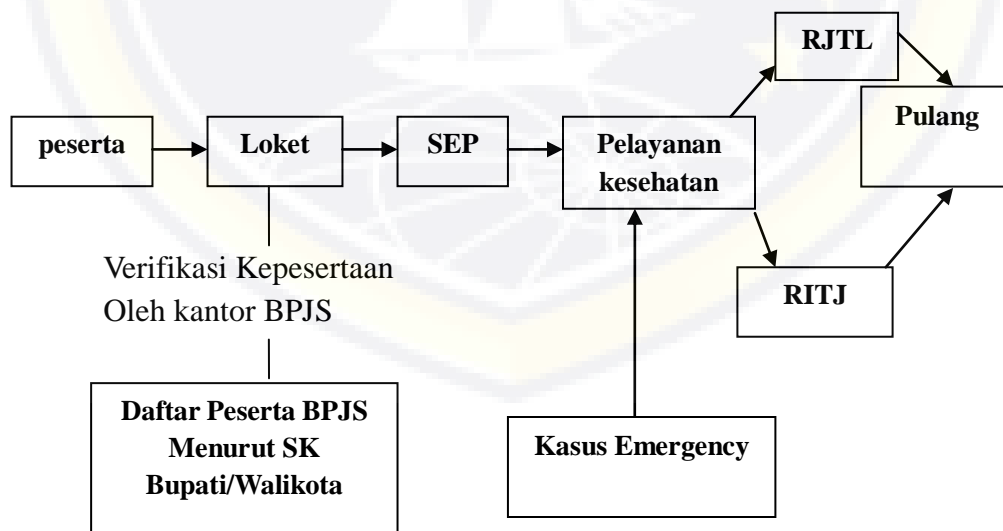
### **B. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan**

1. Peserta datang ke BPJS Center Rumah Sakit dengan menunjukkan Kartu Peserta dan menyerahkan surat rujukan dari Fasilitas kesehatan Tingkat pertama/ surat perintah kontrol pasca rawat inap.
2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan lanjutan.
3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sesuai dengan indikasi medis.

### C. Pelayanan ke Gawat Darurat (Emergency)

1. Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan dan atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.
2. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan disetiap fasilitas kesehatan. Kriteria kegawat daruratan sesuai dengan ketentuan berlaku.
3. Peserta yang menerima pelayanan kesehatan difasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, akan segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dalam kondisi dapat dipindahkan.
4. Biaya akibat pelayanan kegawat daruratan ditagihkan langsung oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan.

**Gambar 2.1 : Alur Pelayanan di Rumah sakit**





### 3) Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan

Adapun jenis-jenis pelayanan kesehatan yang tersedia di rumah sakit yaitu :

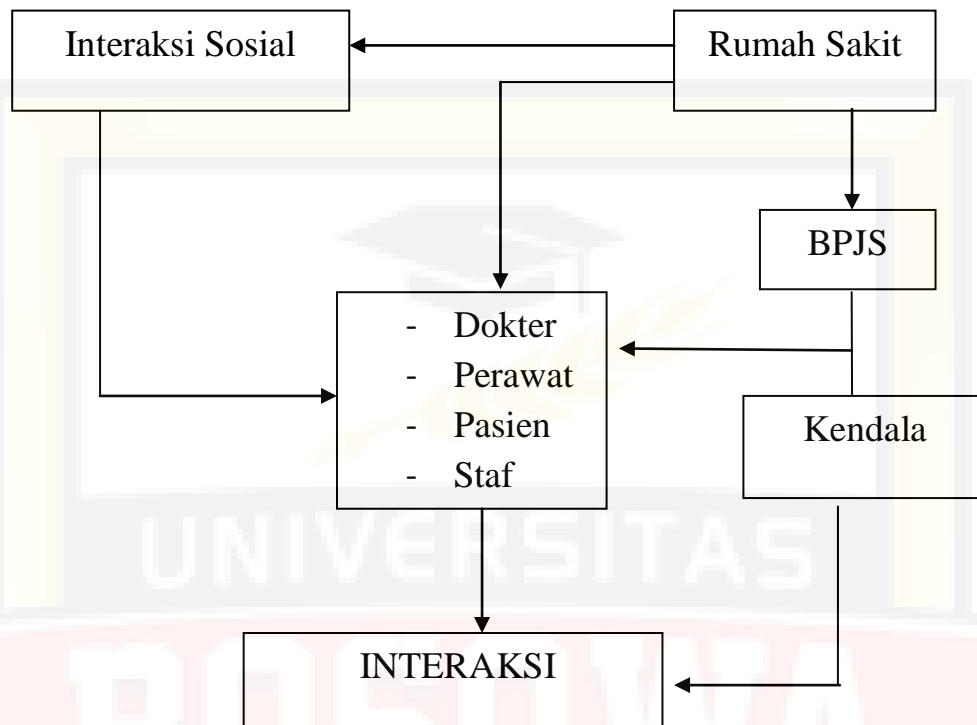
1. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat lanjutan (RJTL), yang meliputi :
  - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis atau umum.
  - b. Rehabilitasi medic
  - c. Penunjang diagnosik, laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - d. Tindakan medis kecil atau sedang
  - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
  - f. Pemberian obat yang mengacu pada Formaliun Rumah Sakit
  - g. Pelayanan darah
  - h. Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit.
2. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), yang meliputi :
  - a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
  - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - c. Penunjang diagnosik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - d. Tindakan medis
  - e. Operasi sedang dan besar
  - f. Pelayanan rehabilitas medis
  - g. Perawatan intensif (ICU)
  - h. Pemberian obat mengacu formalin Rumah sakit
  - i. Pelayanan darah

- j. Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit

## **I. KERANGKA KONSEPTUAL**

BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga negara Indonesia yang memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang biayanya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Rumah sakit dan jaringannya.

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu BPJS. Apabila peserta BPJS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapat pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergensi.



**Gambar 2.2 : Kerangka Konseptual**

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Tipe Penelitian**

Dasar penelitian yang dilaksanakan adalah studi kasus, yaitu penelitian yang digunakan dan dilakukan secara intensif terperinci dan mendalam terhadap suatu objek, dalam hal ini terkait dengan tipe penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, yaitu penelitian dengan memberikan gambaran secara jelas dan sistematis terkait dengan objek yang diteliti demi memberi informasi dan data yang valid terkait dengan realitas yang ada di lapangan.

Penelitian ini dimaksudkan untuk menggambarkan secara deskriptif pola interaksi dalam sistem pelayanan kesehatan bagi pengguna kartu BPJS kesehatan. Hal-hal tersebut yang menjadi fokus dan dikaji serta dianalisis secara deskriptif kualitatif dalam penelitian ini.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan selama dua bulan dan berlokasi di wilayah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), Jalan Prof. Dr. WZ. Yohanes, Kabupaten Ende, Provinsi NTT.

#### **C. Teknik Penentuan Informan**

Informan adalah pihak yang ditentukan oleh peneliti yang akan memberikan informasi terkait obyek yang akan diteliti. Penentuan informan dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik purposive sampling, atau dikenal dengan teknik

penentuan sampel bertujuan. Adapun informan dalam penelitian ini adalah: 1) Dokter, 2) Perawat, 3) Pasien, 4) Staf

#### **D. Pengumpulan Data**

a) Observasi

Observasi yaitu teknik pengumpulan data dengan melihat kondisi dan realitas secara langsung di lapangan. Dengan teknik ini, peneliti melakukan kunjungan langsung ke lokasi penelitian yang dijadikan oleh peneliti sebagai basis penelitian yang berlokasi di wilayah Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

b) Wawancara Mendalam

Teknik pengumpulan data ini dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan secara lisan dan langsung (bertatap muka) dengan informan yang telah ditetapkan. Dengan tujuan mendapatkan informasi secara lengkap, mendalam, dan komprehensif sesuai dengan tujuan penelitian, serta mencari tahu tentang permasalahannya dengan orang-orang sekitar tempat penelitian. Pertanyaan yang diajukan peneliti berupa pertanyaan lisan dengan tetap merujuk pada pedoman wawancara yang ada, dan jawaban informan dijawab secara lisan.

Wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti kepada informan yang terpilih sebagai sebuah teknik untuk mengumpulkan data. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran terkait dengan masalah yang diteliti agar peneliti dapat memperoleh data yang mendukung validitas hasil penelitian yang dilaksanakan.

c) Studi Kepustakaan dan Dokumentasi

Studi kepustakaan adalah suatu teknik pengumpulan data melalui bantuan media kepustakaan berupa buku-buku, artikel, majalah, Koran, jurnal, penelusuran internet maupun referensi lain yang terkait dengan masalah yang akan diteliti.

Selain menggunakan teknik studi keustakaan dalam pengumpulan data, peneliti juga menggunakan media dokumentasi berupa foto-foto, arsip-arsip kegiatan, serta berkas lainnya yang mengabadikan moment yang terkait dengan objek penelitian.

### **E. Teknik Analisis Data**

Teknik analisis data yang digunakan peneliti dlam penelitian ini adalah teknik analisis dskriptif kualitatif, yaitu data yang diperoleh dari hasil penelitian dengan menggunakan beberapa teknik pengumpulan data yang telah dikemukakan sebelumnya, akan dianalisis dengan metode menyusun data yang diperoleh kemudian dianalisis sehingga memberikan informasi demi menjawab fokus permasalahan yang menjadi inti dari penelitian yang dilaksanakan. Secara lebih rinci, berikut akan diuraikan bagaimana tahapan yang dilakukan oleh peneliti dalam menganalisa penelitian kualitatif :

1. Mengorganisasikan data

Data terkait sistem pelayanan kesehatan bagi pengguna kartu jamkesmas yang diperoleh peneliti dengan menggunakan berbagai teknik khususnya dari hasil wawancara mendalam yang dituliskan dan direkam oleh peneliti,

kemudian dibuat transkripnya dengan mengubah data berupa rekaman menjadi data yang tertera dalam bentuk uraian tertulis. Data yang terpilih kemudian dibaca ulang-ulang oleh peneliti untuk mendapatkan gambaran hasil yang jelas.

## 2. Pengelompokan Data

Pada fase pengelompokan data berdasarkan teori dan pedoman wawancara, peneliti menyusun sebuah kerangka awal analisis sebagai acuan dan pedoman dalam melakukan pengkodean data.

## 3. Menuliskan Hasil Penelitian

Tahap akhir adalah penulisan hasil penelitian yakni peneliti mulai menuliskan hasil penelitian yang di dapatkan di lapangan untuk mengantarkan peneliti dalam merumuskan sebuah kesimpulan tentang bagaimana gambaran masalah yang diteliti.

## **F. Operasionalisasi Konsep Penelitian**

1. interaksi sosial yang dimaksudkan adalah hubungan timbal balik antara individu dengan individu, individu dengan kelompok dan antara kelompok dengan kelompok. Interaksi sosial merupakan proses komunikasi diantara orang-orang untuk saling mempengaruhi perasaan, pikiran, dan tindakan.
2. Dokter yang dimaksud adalah seseorang dengan gelar dokter atau seseorang yang memiliki lisensi untuk praktik dalam seni penembuhan penyakit.

3. Perawat yang dimaksud adalah orang yang mengasuh dan merawat orang lain yang mengalami masalah kesehatan. Perawat merupakan tenaga professional yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan dalam melaksanakan dan memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami masalah kesehatan.
4. Pasien yang dimaksud adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter.
5. BPJS Kesehatan yang dimaksud adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk Pemerintah untuk memberikan Jaminan kesehatan untuk Masyarakat.
6. Staf yang dimaksud adalah sekelompok orang yang memiliki keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman sebelumnya untuk bekerjasama dalam melaksanakan misi Rumah sakit dan memenuhi kebutuhan pasien.



## BAB IV

### GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

#### A. Profil Kabupaten Ende

Ende adalah nama sebuah kabupaten di pulau Flores yang masih berada didalam wilayah Propinsi NTT (Nusa Tenggara Timur). Letaknya adalah di tengah daratan Flores. Ende juga adalah nama ibukota Kabupaten Ende. jika kita melakukan perjalanan darat dari bagian timur pulau Flores semisal kota maumere atau kota larantuka dalam perjalanan menuju bagian barat lainnya pulau Flores seperti kota bajawa maupun ruteng, maka kita harus melalui kota Ende ini, begitu juga sebaliknya, sehingga dapat dikatakan bahwa kota Ende adalah kota transit penghubung bagian barat Flores dan bagian timur Flores. Sarana transportasi yang ada di kabupaten ini pun sudah cukup memadai. Dalam akses menuju wilayah kabupaten Ende ini, jika menggunakan sarana transportasi udara dengan menggunakan pesawat terbang, maka bandara udara H. Hasan Aroeboesman adalah sarana pelayanan sebagai bandara kabupaten Ende. jika pilihan anda adalah menggunakan jasa transportasi laut maka pelabuhan laut Ende adalah alternative pilihan anda. Ende juga seperti kawasan lain di pulau Flores seperti manggarai, manggarai timur, kabupaten sikka, kabupaten ngada, kabupaten flores timur, kabupaten nagekeo, kabupaten manggarai barat dan kabupaten lembata, menyimpan banyak ragam kebudayaan NTT (Nusa Tenggara Timur) yang belum terekspos secara gambling. Kabupaten Ende juga memiliki sarana untuk kesehatan seperti Rumah sakit dan

Puskesmas. Rumah sakit yang ada di kabupaten Ende berjumlah 2 (Dua), dan puskesmas berjumlah 22. Salah satu Rumah sakit yang berada di Kabupaten Ende khususnya di Kecamatan Ende Tengah adalah Rumah sakit Umum Daerah Ende.

### **1.Keadaan Geografis**

Kabupaten Ende mempunyai Luas 2.046,6 km<sup>2</sup> dan populasi 238.040 jiwa. Dengan wilayah administratif yang terdiri dari 21 kecamatan yang dibagi lagi menjadi 165 Desa dan 20 Kelurahan. batas wilayah kabupaten Ende adalah:

- Sebelah Utara Kabupaten Ende berbatasan dengan Laut Flores di Nangamboa dan di Ngalu ijukate
- Sebelah Selatan Kabupaten Ende berbatasan dengan Laut Sawu juga di Nangamboa dan di Ngalu ijukate
- Sebelah Timur Kabupaten Ende berbatasan dengan Kabupaten Sikka dari Pantai Utara di Nanganiohiba ke arah Tengah Utara, Wuse ke arah Tengah Selatan, Sanggawangarowa menyusur kali Nangamboa ke arah Pantai Selatan dan di Nangamboa.
- Sebelah Barat Kabupaten Ende berbatasan dengan Kab. Ngada dari pantai utara di Nanganiohiba ke arah tengah utara, Wuse ke arah tengah selatan, sanggawangarowa menyusur kali nangamboa ke arah pantai selatan dan di nangamboa.

Sedangkan untuk letak astronomis, kabupaten Ende terletak pada 8°26'24,71" LS - 8°54'25,46" LS dan 121°23'40,44" BT – 122°1'33,3" BT.

Wilayah Kabupaten Ende ini termasuk juga dalam deretan jalur Gunung berapi, sebut saja gunung berapi Iya yang memiliki ketinggian 637 Mdpl. Dimana letusan terakhirnya terjadi pada tahun 1969.

## **2. Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Ende**

RSU Ende telah didirikan pada tahun 1912 oleh J.H.Hyner, P. Samadara dan Mboro. Keempat orang tersebut sekaligus merupakan tenaga pelayan kesehatan pertama pada rumah sakit umum Ende. pada tahun 1922 rumah sakit umum Ende mulai dipimpin oleh seorang dokter yaitu Dr. Boesman tetapi belum mempunyai tenaga pembantu. Pada tahun 1937 secara resmi dilaksanakan pembangunan fisik rumah sakit umum Ende. tanggal 8 September 1937 di lakukan peletakan batu pertama oleh Dr. W.E.F. Winkel dan tanggal ini lah dianggap sebagai tanggal lahirnya rumah sakit umum Ende.

Pada tanggal 8 Desember 1952 dikeluarkan PP Nomor 50 tahun 1952 (LN RI No.81 Tahun 1952) TLN Nomor. 337, yang memutuskan pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat kepada Daerah Swantatara kabupaten, kota besar, kota kecil, untuk mendirikan dan menyelenggarakan rumah sakit dan balai pengobatan, guna memenuhi pelayan kesehatan kepada masyarakat seiring berjalannya waktu. Rumah sakit umum Ende terus melakukan perbaikan terhadap pelayan yang diberikan kepada masyarakat termasuk perbaikan sarana prasarana, peralatan kesehatan dan sumber daya manusia.

Sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1236/MENKES/X/1997 status RSUD Ende ditingkatkan dari tipe D ke tipe C yang struktur organisasi dan tata kerjanya diatur melalui peraturan daerah

Tingkat II kabupaten Ende Nomor 21 Tahun 1998, kemudian diubah dengan peraturan daerah Kabupaten Ende Nomor 9 Tahun 2008 tanggal 23 Juli 2008 tentang struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit umum daerah Ende dengan kapasitas 115 tempat tidur (TT). Pada tahun 2007 RSUD Ende telah lulus akreditasi paripurna.

Berdasarkan keputusan Bupati Ende Nomor 384 tahun 2012 tanggal 27 November 2012 RSUD Ende ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan diberi fleksibilitas dalam tata kelola keuangan sesuai pertauran yang berlaku. Pada tahun 2014 kapasitas tempat tidur bertambah menjadi 145 Tempat Tidur (TT) dengan rincian : Ruang Penyakit Dalam 36 TT, Ruang Perawatan Bedah 16 TT, Ruang Perawatan Anak 22 TT, Ruang Kebidanan dan Kandungan 26 TT, Ruang ICU 7 TT, Ruang Perinatal 24 TT, dan Ruang Paviliun 7 TT, dengan alokasi tiap kelasnya sebagai berikut : kelas I 27 TT, kelas II 22 TT, kelas III 71 TT, VIP 14 TT dan pavilion 7 TT. RSUD Ende mempunyai satu ruang rawat inap yang khusus merawat pasien dengan penyakit menular dengan alokasi 7 TT.

**a. Visi Misi Rumah Sakit Umum Daerah Ende**

Visi merupakan pandangan jauh kedepan, bagaimana menjadi Rumah Sakit yang handal dalam pelayanan rujukan, pendidikan dan ramah lingkungan.

Untuk mewujudkan visi tersebut, RSUD Ende mencanangkan misi sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kemampuan penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan dan mencegah kecacatan.
- b. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat dengan dilandasi etik profesi.
- c. Mengembangkan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia.
- d. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana.
- e. Menjaga kualitas kesehatan lingkungan.
- f. Meningkatkan kesejahteraan karyawan.

**b. Batas Wilayah**

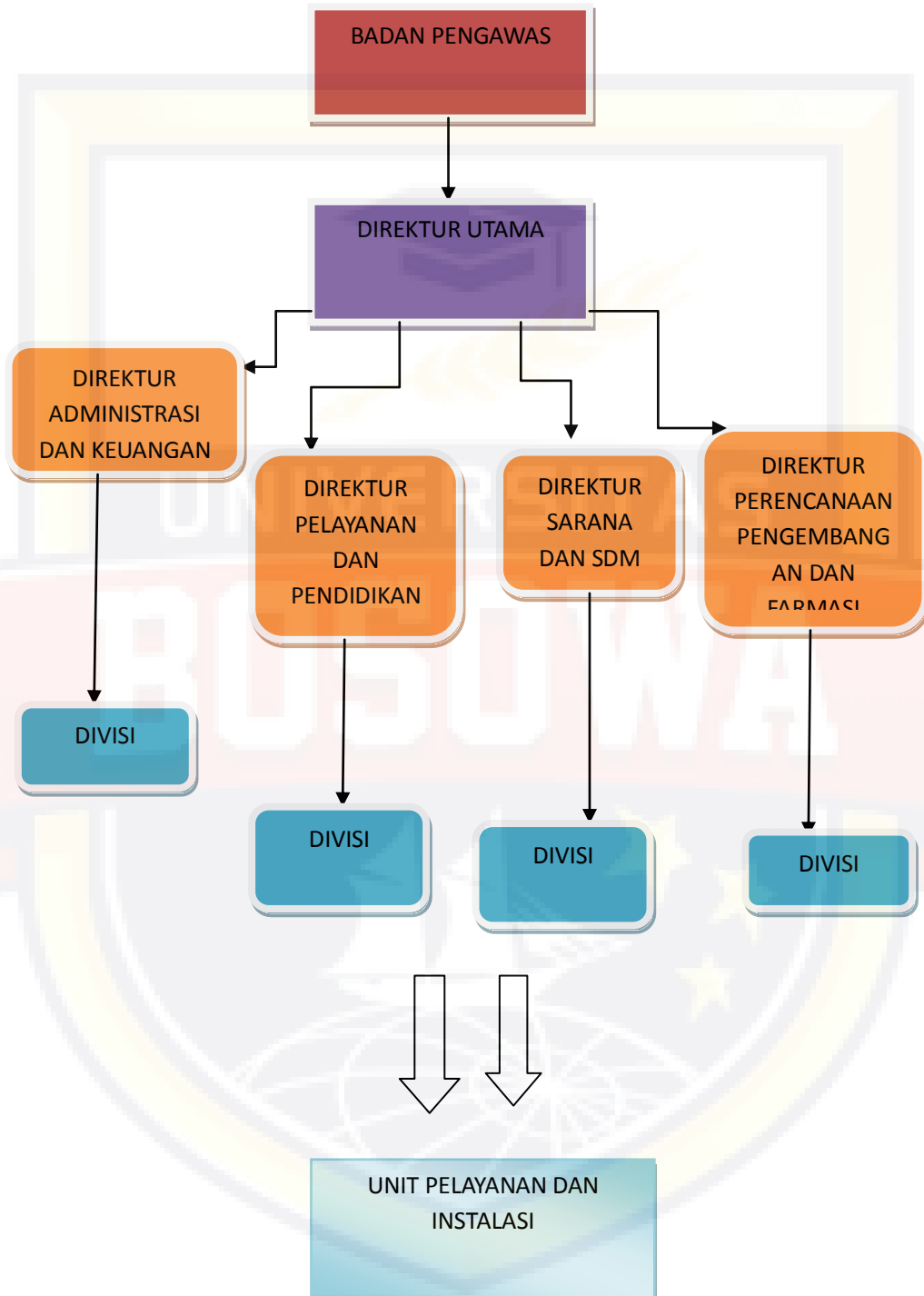
Rumah Sakit Umum Daerah Ende merupakan Rumah Sakit milik Pemerintahan Kabupaten Ende, yang dibangun diatas lahan seluas 40,314 m<sup>2</sup> dengan batas wilayah :

- Sebelah Utara berbatasan dengan : Jalan Sam Ratulangi
- Sebelah Timur berbatasan dengan : Pemukiman penduduk
- Sebelah Barat berbatasan dengan : Kali/ sungai kering
- Sebelah Selatan berbatasan dengan : Jalan Prof. Dr. WZ. Yohanes

**c. Struktur Organisasi**

Pihak yang mengelola perusahaan diatur sedemikian rupa dalam suatu struktur organisasi. Struktur organisasi merupakan suatu kerangka dasar tertentu yang menunjukkan hubungan suatu organisasi dan individu-individu yang berada di dalam suatu organisasi, melalui suatu struktur organisasi maka tugas dan wewenang dan tanggung jawab setiap pejabat dapat diketahui dengan jelas dan

tegas, sehingga diharapkan setiap satuan-satuan organisasi dapat bekerja bersama-sama secara harmonis. Untuk mencapai keberhasilan yang diharapkan, struktur organisasi perusahaan merupakan salah satu unsur yang menentukan untuk mencapai keberhasilan yang diharapkan perusahaan. Struktur organisasi yang baik harus mampu berfungsi sebagai alat pengatur maupun pengawas usaha pelaksanaan pencapaian tujuan perusahaan sehingga usaha-usaha yang dilakukan dapat berjalan secara efisien dan efektif. Struktur organisasi yang disusun dengan baik dan jelas akan membantu melaksanakan pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas dan tegas antara suatu bagian dengan bagian lainnya, baik pada tingkat manajemen atas, menengah, maupun tingkat bawah. Suatu perusahaan harus memiliki struktur organisasi yang sesuai dengan sifat dan jenis usahanya.

**Bagan 4.1: Struktur Organisasi RSUD Ende**

Adapun kegunaan dari pembagian tugas dalam sebuah organisasi/perusahaan adalah :

1. untuk menghemat waktu dan tenaga
2. mencegah adanya penumpukan pekerjaan dalam suatu bagian
3. mempermudah pengawasan oleh pihak atasan
4. mempermudah pelaksanaan kerja

Berikut ini dapat diuraikan tugas dan tanggung jawab masing-masing komponen organisasi RSUD Ende :

- **Direktur Administrasi dan Keuangan**

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam hal memonitor seluruh arus keuangan perusahaan dan sistem administrasi rumah sakit, pengkoordinasian pengelolaan dengan divisi-divisinya.

- **Direktur Pelayanan dan Pendidikan**

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam hal penyusunan rencana kerja bidang pelayanan dan pendidikan, pengkoordinasian pengelolaan dengan divisi-divisinya, penyelenggaraan kegiatan pendidikan formal dan non formal bagi pegawai serta kegiatan penelitian seluruh bidang keilmuan, baik medis, keperawatan, maupun manajemen administrasi, pelaksanaan evaluasi hasil dan monitoring.

- **Direktur Sarana dan SDM**

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam hal mengkoordinasikan divisi-divisi bagian pendidikan dan pelatihan, penelitian, bagian sumber daya manusia dan bagian sarana dan



prasarana medic dan non medik.

- **Direktur Perencanaan Pengembangan dan Promosi**

Mempunyai tanggung jawab kepada Direktur Utama untuk melakukan pengembangan RSUD Ende, yang tidak hanya dilakukan dengan peningkatan pelayanan namun mempromosikan rumah sakit dengan membangun citra yang baik dimana menjadikan RSUD sebagai salah satu rumah sakit yang bertaraf internasional.

- **Direktur Utama**

Bertanggung jawab langsung kepada Dewan Pengawas. Dalam melaksanakan tugasnya, direktur utama membawahi 4 direktur. Direktur Utama bertugas untuk memonitor jalannya operasional perusahaan.

- **Dewan Pengawas**

Mempunyai tugas mengawasi seluruh kinerja Dokter, perawat, petugas dan staf RSUD dalam mencapai tujuan.

## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Karakteristik Informan

Pada bab ini penulis akan memaparkan hasil penelitian yang dilakukan selama 2 bulan yang berlokasi di RSUD Ende, yaitu mengenai bagaimana bentuk interaksi sosial pihak rumah sakit dengan pasien pengguna BPJS Kesehatan. Sampel yang akan diambil sebanyak 10 informan. Pengambilan sampel ini adalah untuk mengetahui bagaimana interaksi sosial pihak Rumah sakit terhadap pengguna BPJS Kesehatan di Rumah sakit Umum Daerah Ende.

Penulis dalam menyusun hasil penelitian memperoleh informasi dari sepuluh informan. Dan untuk menjaga kerahasiaan informan, baik karena permintaan maupun karena alasan lain, maka penulis menggunakan inisial nama yang selanjutnya akan dipakai dalam tulisan ini.

#### 1. Karakteristik Responden Menurut Jenis kelamin

Jumlah pasien yang menjadi responden peneliti berjumlah 10 orang dimana jumlah responden perempuan lebih banyak dari pada laki-laki. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 5.1: Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin**

No	Jenis kelamin	Jumlah Orang	Persentase (%)
1	Laki-laki	3	30%
2	Perempuan	7	70%
<b>JUMLAH</b>		10	100%

Berdasarkan tabel diatas jumlah responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yaitu 7 orang atau sekitar 70 % dari jumlah responden, sedangkan jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 3 orang atau sekitar 30%.

## 2. Karakteristik Responden Menurut Kategori Umur

**Tabel 5.2: Karakteristik Responden Menurut Umur**

No	Kategori Umur (Tahun)	Jumlah orang	Persentase (%)
1	21-30	5	50%
2	31-40	4	40%
3	41-50	1	10%
Jumlah		10	100%

Berdasarkan tabel diatas jumlah responden menurut umur yang paling banyak adalah berkisar umur 21-30 tahun yaitu 5 orang atau sekitar 50%, sedangkan jumlah responden menurut umur 31-40 tahun adalah 4 orang atau sekitar 40%, dan 41-50 yaitu 1 orang atau sekitar 10%.

## 3. Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Dalam mendukung kehidupan sosial, pendidikan merupakan salah satu faktor penting untuk menjamin mutu sumber daya manusia (SDM). Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pola pikir, tingkah laku dan interaksi sosial seseorang sebagai bagian dari anggota masyarakat dalam melakukan aktivitas untuk menunjang keutuhan hidupnya salah satunya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan responden dapat dilihat dalam tabel

berikut:

**Tabel 5.3: Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan**

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1	SD	1	10%
2	SMP	1	10%
3	SMA	3	30%
4	PERGURUAN TINGGI	5	50%
Jumlah		10	100%

Berdasarkan tabel diatas jumlah responden menurut pendidikannya yang paling banyak adalah telah menempu pendidikan di perguruan tinggi yaitu 5 orang atau sekitar 50%, jumlah responden yang telah menempu pendidikan SMA adalah 3 orang atau sekitar 30%, jumlah responden yang telah menyelesaikan pendidikannya sampai SMP adalah 1 orang atau sekitar 10%, dan 1 orang yang tingkat pendidikannya hanya lulus SD, atau sekitar 10%.

#### **B. Interaksi sosial pihak Rumah Sakit Umum Daerah dengan pasien pengguna BPJS Kesehatan**

Program BPJS Kesehatan RSUD yang diterapkan kepada masyarakat telah dirasakan manfaatnya, hal ini telah dilaksanakan dari thun 2014 hingga saat ini, peserta BPJS Kesehatan memandang program BPJS Kesehatan fungsional yaitu dengan berorientasi pada masyarakat yang membutuhkan. Dengan memberi respon terhadap program dan mengacu pada kontribusi pemberian respon oleh peserta program BPJS Kesehatan maka dapat dilihat melalui respon yang

diberikan bersifat fungsi manifest (diharapkan) atau sebaliknya atau fungsi latent oleh sistem sosial terhadap struktur. Program BPJS Kesehatan telah menjadi program yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat yang kurang mampu secara ekonomi dalam mengakses kesehatan, oleh karena itu program ini harus berjalan dengan baik dan bersifat profesional kepada masyarakat pengguna BPJS kesehatan karena hal ini diharapkan mewujudkan masyarakat sehat.

Agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien RSUD Ende melakukan beberapa langkah strategis seperti : meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu untuk mendapat layanan kesehatan, meningkatnya kualitas kesehatan bagi masyarakat miskin.

Program BPJS kesehatan yang dilaksanakan oleh Rumah sakit ini diselenggarakan dengan tujuan untuk :

- 1 Mewujudkan portabilitas layanan sehingga layanan rujukan tertinggi yang disediakan BPJS kesehatan dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah.
- 2 Agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan layanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

## 1. Interkasi pihak Rumah Sakit Umum Daerah Ende dengan pasien pengguna BPJS kesehatan dalam proses pemeriksaan kesehatan

Interkasi dalam proses pemeriksaan antara pihak RSUD dan pasien sangat diharapkan berjalan dengan baik, demi perwujudan tujuan pelaksanaan BPJS kesehatan sehingga masyarakat kurang mampu memperoleh fasilitas dan proses pemeriksaan yang layak.

Seperti yang diungkapkan oleh **dr. NRMCT** (*dokter di RSUD*) bahwa :

*“...kami dari pihak dokter rumah sakit akan memberikan pemeriksaan semaksimal mungkin karena itu memang tugas kami, tanpa memedakan pasien dari segi apapun, saya sendiri sering melakukan interkasi hal ini saya anggap mampu membuat pasien percaya dan menyerahkan semua proses pemeriksaan untuk mendiagnosa penyakitnya kepada kami”*.

Kemudian ditambahkan oleh **AT S.Kep** (*perawat di RSUD*) :

*“...kami selaku perawat yang berinteraksi langsung oleh pasien selalu memberikan pengertian pada pasien dan keluarga pasien agar dapat bersabar mempercayakan semua proses kesehatan kepada kami”*

Dalam teori interaksi dokter dan pasien menurut **Parson** peran dokter terpusat pada tanggung jawabnya terhadap kesejahteraan pasien, yaitu mendorong penyembuhan penyakitnya dalam batas kemampuannya untuk melaksanakan tanggung jawabnya ini dokter diharapkan untuk menguasai dan menggunakan kompetensi teknis tinggi dalam ilmu kedokteran dan teknik-teknik yang didasarkan kepadanya.

## 2. Interaksi pihak rumah sakit umum daerah dengan pasien pengguna BPJS kesehatan dalam proses penyembuhan penyakit.

Melihat bentuk interaksi dalam proses pengobatan penyakit pihak rumah sakit dengan beberapa pasien pengguna BPJS kesehatan yang berhasil kami wawancarai juga menambahkan, diantaranya *SJ* (pasien BPJS kesehatan) mengatakan bahwa :

*“...saya merasa senang dengan cara pihak rumah sakit baik dokter maupun perawat dalam berbicara pada saya menyampaikan proses penyembuhan penyakit saya dan saya sangat berterima kasih dengan adanya program kerjasama pemerintah dan pihak rumah sakit umum daerah dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan mudah dalam mengakses pelayanan kesehatan, khususnya bagi kami keluarga miskin.”*

Kemudian *NA* (pasien pengguna BPJS kesehatan) juga menambahkan bahwa :

*“Jao salah satu ata pake kartu BPJS mogha, selama jao dirawat re rumah sakit na jao rasa kalau perawat ki pawe-pawe mesa, abe iwa kasa kuma ne’e pasien kalau ngastei na, makanya jao ucapkan terima kasih ne abe.”*

*“...saya adalah pasien pengguna BPJS kesehatan rumah sakit umum, disini saya memperoleh proses pengobatan yang cukup baik, karena semenjak dirawat inap disini sampai pengobatan perawat baik dalam melakukan interaksi, karena beberapa yang saya temui sangat ramah dan saya sangat berterima kasih akan hal itu”.*

Salah satu kepuasan pasien yang mengacu hanya pada penerapan standar dan kode etik profesi adalah mengenai hubungan dokter dan pasien. Disini terbinanya sebuah hubungan yang baik antara dokter-pasien sangat diperlukan. Contoh dari adanya hubungan yang baik antara dokter-pasien dapat dilihat dari

sikap para dokter dalam berinteraksi dengan pasien. Selama melakukan penelitian, peneliti melakukan observasi secara langsung ketika dokter dan perawat berinteraksi. Disana peneliti melihat secara langsung bagaimana dokter yang bekerja di RSUD Ende begitu baik dan ramah terhadap responden yang notaene adalah pasien BPJS kesehatan. Pendapat ini juga sesuai dengan pendapat para responden. Mereka berpendapat bahwa sikap dari para dokter maupun perawat yang bekerja di RSUD Ende baik.

### **3. Interaksi pihak rumah sakit umum daerah dengan pasien pengguna BPJS kesehatan dalam proses pemulihan kesehatan.**

Melihat bentuk interaksi dalam proses pemuihan kesehatan antara pihak rumah sakit dengan pasien pengguna BPJS kesehatan, salah satu perawat yang berhasil saya wawancarai, *MI Amd.kep* (perawat dirumah sakit umum) mengatakan bahwa :

*“...kami sebagai perawat yang sering ersentuhan langsung dengan pasien selalu memerikan semangat pada pasien, dan menanyakan mengenai kondisi pada pasien, hal itu saya anggap bisa memberikan seikit motivasi pada pasien agar proses pemulihan kesehatannya berjalan lancar dan cepat”*

Kemudian ditambahkan oleh *dr.NMRCT* (dokter di rumah sakit umum)

*“salah satu kriteria kesehatan dikatakan memuaskan apabila dapat menyingkat waktu tunggu pasien dan ramah dalam melakukan interaksi dalam proses pengobatan, interaksi yang baik dan ramah oleh seorang dokter dapat memberi motivasi kepada pasien untuk sembuh karena proses interaksi yang ramah merupakan bagian dari pemulihan kesehatan yang baik”*



Salah satu bentuk pelayanan yang baik adalah merupakan bentuk interaksi dalam proses pengobatan antara pihak rumah sakit dengan pasien yang berjalan ramah dan baik. Hal ini yang menjadi dorongan besar terhadap kesembuhan seorang pasien, dengan adanya interaksi sosial yang ramah tadi jelaslah pasien pengguna BPJS kesehatan akan merasakan tidak dibedakan, dengan begitu pasien akan merasa nyaman dan cepat dalam proses penyembuhan.

### **C. Kendala-kendala Interaksi sosial antara pihak rumah sakit umum daerah dengan pasien pengguna BPJS kesehatan**

Dalam prosesnya tidak selamanya proses interaksi yang baik dapat berjalan dengan semestinya, pasti memiliki beberapa kendala yang menjadi penghambat diterapkannya interaksi yang baik. Adanya kendala-kendala yang menjadi penghambat tersebut mengakibatkan proses interaksi pihak rumah sakit pada pasien BPJS kesehatan tidak seperti seharusnya. Berdasarkan dari pengamatan peneliti ada beberapa hal yang menjadi kendala dalam pelaksanaan interaksi antara pihak rumah sakit dan pasien, diantaranya disebabkan oleh pihak rumah sakit sendiri dan pihak pasien, diantaranya : pihak rumah sakit yang dinilai melihat pasien BPJS adalah pasien yang memiliki kemampuan ekonomi dibawah jadi bentuk interaksi biasa-biasa saja, keterbatasan personil rumah sakit, pasien BPJS kesehatan kurang tertib, pasien tidak mengikuti aturan rumah sakit.

**1. kendala-kendala interaksi sosial antara pihak rumah sakit umum daerah dengan pasien pengguna BPJS kesehatan dalam proses pemeriksaan kesehatan.**

Interaksi antara pihak rumah sakit dengan pasien dalam proses pemeriksaan kesehatan, peneliti menemukan adanya beberapa kendala interaksi dalam proses pemeriksaan antara pihak rumah sakit dan pasien, seperti halnya dari pihak rumah sakit yang biasanya lambat dalam menangani pemeriksaan pasien pengguna kartu BPJS seperti yang diutarakan oleh **MZ** (*pasien pengguna BPJS kesehatan*), bahwa :

*“Pada awalnya saya sebagai pengguna kartu BPJS kesehatan mendapat kesan yang boleh dikatakan kurang baik, akibat lambatnya memperoleh proses pemeriksaan kesehatan bagi kami pengguna kartu BPJS kesehatan, seharusnya pihak rumah sakit memperhatikan hal ini agar kami pengguna kartu BPJS kesehatan mendapat proses pemeriksaan yang baik”*

Dari pernyataan diatas dapat dilihat bagaimana kendala interaksi pemeriksaan di rumah sakit umum daerah salah satunya disebabkan waktu menunggu pasien pengguna BPJS kesehatan yang boleh dibilang lama, kendala ini menjadi perhatian penting bagi pasien yang mengharapkan pihak rumah sakit sekitarnya memperlihatkan hal tersebut karena sangat berpengaruh bagi pasien kemudian pihak rumah sakit menambahkan AT.S.Kep (perawat rumah sakit) bahwa :

*“Kendala interaksi pada proses pemeriksaan kesehatan kepada pasien telah berusaha semaksimal mungkin kami upayakan meminimalisir kendala tersebut, namun iasanya yang terjadi kendala kami adalah pihak pasien BPJS kesehatan tidak menerima keterbatasan rumah sakit karena banyaknya pasien dan terbatasnya dokter pemeriksa jadi harus menunggu untuk menjaani proses pemeriksaan.”*

## **2. kendala-kendala interaksi sosial antara pihak rumah sakit umum daerah dengan pasien pengguna kartu BPJS kesehatan dalam proses penyembuhan penyakit.**

Kendala interaksi dalam proses pelayanan pengobatan penyakit dikemukakan oleh **YPS** (*pasien pengguna BPJS*) bahwa :

*“selama dirawat inap dirumah sakit ini, saya memang biasa mendapati beberapa perawat dan dokter yang kewalahan menghadapi pasien, hal inilah yang menyebabkan terjadi perdebatan berujung interaksi yang kurang memuaskan dengan pasien, sehingga saya menilai kurangnya dokter atau tenaga perawat yang ertugas untuk pasien BPJS”*

Sangat jelaslah kendala tersebut disebabkan terbatasnya pihak rumah sakit dalam melakukan pelayanan pengobatan bagi pengguna BPJS kesehatan, yang dimana kekurangan tersebut menjadi keluhan bagi pihak pasien.

Dari komentar diatas dapat disimpulkan salah satu kendala yang menyebabkan terjadinya interaksi dalam proses pengobatan yang kurang baik adalah terbatasnya tenaga perawat pihak rumah sakit dalam menangani pasien BPJS. Sehingga beberapa perawat yang kewalahan biasanya agak sedikit sensitif dan menimbulkan interaksi yang kurang baik terhadap pasien, sesuai dengan komentar dr.NMRCT (dokter rumah sakit umum) bahwa :

*“kami dari pihak rumah sakit dalam memberikan pengobatan kepada pasien telah berusaha semaksimal mungkin agar pemerikan kesan yang baik dimata mereka namun terkadang faktor alaminya kelelahan akiat tingginya aktivitas menyebabkan proses interaksi menjadi kurang baik, dan harus disadari keterbatasan tenaga medis juga menyebabkan terkadang kami diluar prosedur dalam penerapan yang baik”*

### **3. kendala-kendala interaksi sosial antara pihak rumah sakit umum daerah dengan pasien pengguna kartu BPJS kesehatan dalam proses pemulihan kesehatan.**

Hal lain yang merupakan kendala dari interaksi antara pihak rumah sakit dan pasien dalam proses pemulihan kesehatan adalah terkadang pasien atau keluarga pasien tidak tertib aturan seperti, yang dikemukakan oleh AKW, Amd.Kep (perawat rumah sakit umum) bahwa :

*“Dalam melaksanakan proses pemulihan kesehatan kepada pasien telah berusaha semaksimal mungkin, namun biasanya yang terjadi adalah pihak keluarga pasien BPJS tidak tertib aturan dan semaunya saja, hal ini yang akan biasanya menjadikan interaksi sosial menjadi kurang baik, walaupun telah diberikan pengertian terkadang pihak keluarga pasien tidak memiliki pengertian terhadap peraturan yang telah dibuat seperti merokok disekitar ruangan, atau banyaknya pihak keluarga yang membesuk sampai larut malam”*

Namun berdasarkan penelitian dilokasi rumah sakit umum daerah memamng peneliti menemukan adanya beberapa kendala interaksi dalam pemulihan kesehatan yang kurang baik pihak rumah sakit terhadap pasien disebabkan oleh pihak keluarga pasien atau pasien pengguna BPJS sendiri yang terkadang menjadi faktor kendala, bagaimana tidak banyaknya pasien pengguna BPJS yang tidak tertib aturan seperti: berkunjung di luar jam besuk, merokok

disekitar ruangan, banyaknya anak kecil yang datang dan banyak lagi kebiasaan pasien yang melanggar aturan rumah sakit. Jadi sangat jelaslah terkadang interaksi yang kurang baik disebabkan oleh pasien juga tidak mengikuti aturan rumah sakit.

Kendala-kendala yang menyebabkan kurang baiknya interaksi sosial antara pihak rumah sakit umum daerah ende dan pihak pasien sudah seharusnya memperoleh perhatian bagi kedua pihak agar dengan kerja sama yang baik maka keberhasilan sebuah proses bagi pasien pengguna BPJS kesehatan dapat terwujud dalam bentuk interaksi yang ramah dan baik.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. kesimpulan**

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa interaksi sosial antara pihak RSUD Ende terhadap pengguna kartu BPJS kesehatan di RSUD Ende berjalan dengan baik. Hal ini terlihat dari hasil penelitian yang dilakukan kepada responden di RSUD Ende dimana proses kesehatan dari pihak rumah sakit yang diberikan yaitu berupa interaksi yang ramah dan tidak membedakan pasien BPJS dan non BPJS.
2. kendala-kendala yang menjadi penghambat tersebut mengakibatkan proses kesehatan rumah sakit pada pasien BPJS tidak seperti seharusnya. Berdasarkan dari pengamatan peneliti ada beberapa hal yang menjadi kendala dalam pelaksanaan interaksi antara pihak rumah sakit dan pasien diantaranya disebabkan oleh pihak rumah sendiri dan pihak pasien :
  - a. Pihak rumah sakit yang dinilai melihat pasien BPJS adalah pasien yang memiliki kemampuan ekonomi dibawah jadi bentuk interaksi biasa-biasa saja.
  - b. Keterbatasan personil pihak rumah sakit
  - c. Pasien tidak mengikuti aturan rumah sakit

## B. Saran-saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka dapat dikemukakan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi semua, yaitu :

- a. Bagi rumah sakit harus tetap bisa mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu kesehatan bagi pasien pengguna BPJS kesehatan, khususnya interaksi sosial terhadap pasien baik dari segi fasilitas, maupun pelayanan medis.
- b. Pihak rumah sakit hendaknya memperbanyak pelatihan-pelatihan dan pendidikan tentang pelayanan bermutu yang berhubungan dengan interaksi yang baik bagi pasien rumah sakit.
- c. Hendaknya pemerintah melalui instansi-instansi terkait harus lebih mensosialisasikan program BPJS ini kepada masyarakat luas, khususnya kepada mereka yang berhak menerima bantuan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1995. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka SinarHarapan.
- Janis, Novian. 2014. *BPPJS Kesehatan, Supply dan Demand Terhadap Layanan Kesehatan*. Kepala Subbidang Analisis Risiko Ekonomi, Keuangan dan Sosial.
- Sugiyono.2010.*Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Soerjono Soekanto. *Sosiologi suatu pengantar*. PT Rajawali Pers : Jakarta, 2012. Hlm. 55
- Dewi Wualansari. *Sosiologi (Konsep dan Teori)*. PT Refika Aditama : Bandung, 2009. Hlm. 35
- Notoatmojo, Soekidjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suharto, Edi. 2014. *Analisis Kebijakan Publik Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial*. Bandung: Alfabeta.
- Sarwono, Solita. 1993. *Sosiologi Kesehatan*. Gajah Mada University press : Yogyakarta
- Sudarma, Momon. 2008. *Sosiologi Untuk Kesehatan*. Salemba Medika : Jakarta
- Creaswell, Jhon W, 2010. *Research Design Pendekatan, Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*. Yogyakarta; PT. Pustaka Pelajar
- George Ritzer dan Douglas Goodman,2008. *Teori Sosioogi Modern*. Jakarta : Kencana Prenada Media Grup.
- Narwoko, J. Dwi dan Suyanto, agong.2007. *Sosiologi: Teks Pengantar dan Terapan*. Jakarta: Kencana
- Notoatmojo, Soekijo, Prof, Dr. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat (Prinsip-Prinsip Dasar)*. Bandung : Rhineka Cipta.

### **Peraturan Perundang-Undangan**

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS.



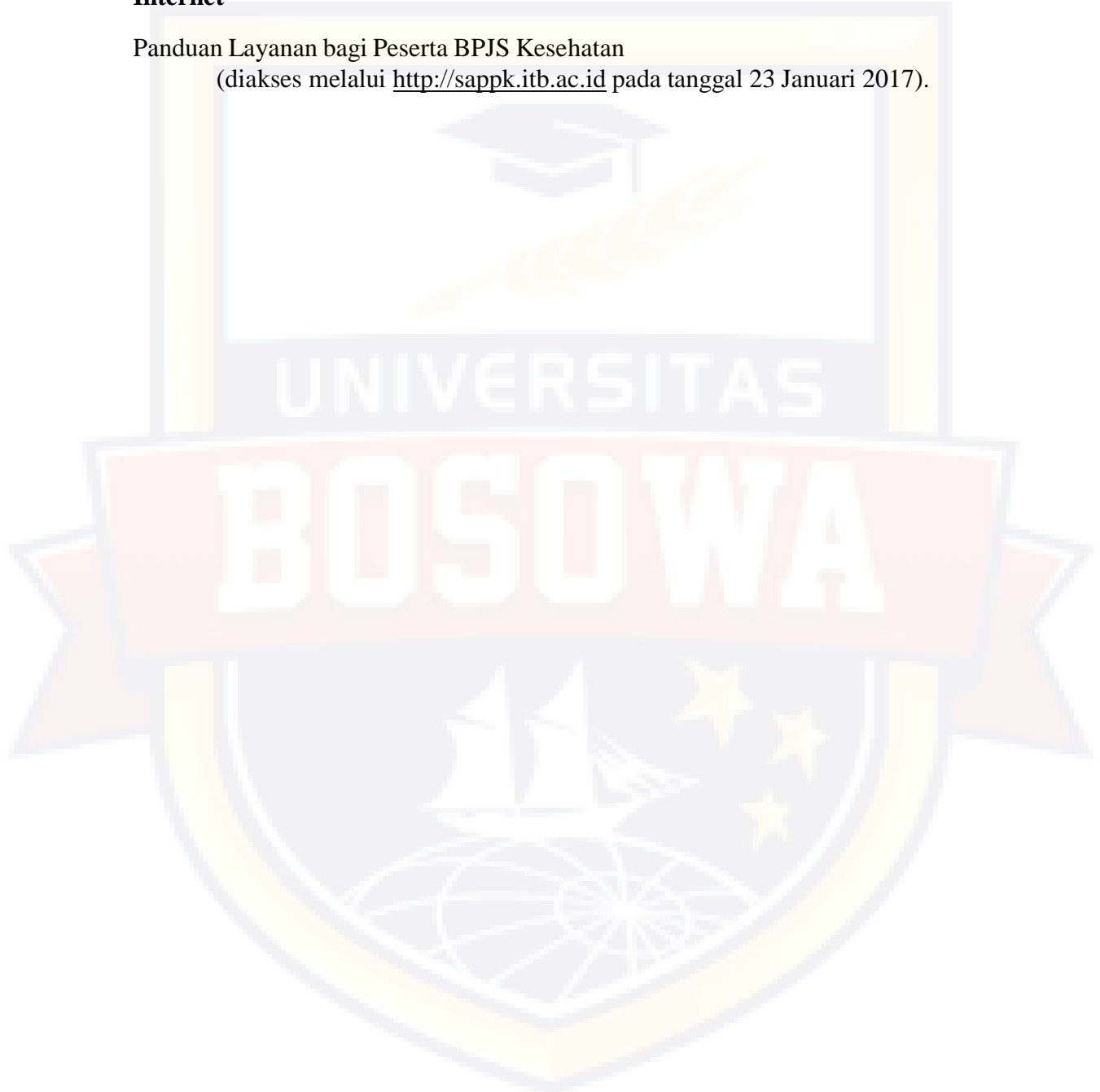
Undang-Undang No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang-Undang No.36 Tahun 2010 tentang Kesehatan

**Internet**

Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan

(diakses melalui <http://sappk.itb.ac.id> pada tanggal 23 Januari 2017).





# LAMPIRAN





PEMERINTAH KABUPATEN ENDE  
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT  
(KESBANGPOLLINMAS)

Jln. Durian No. 0381 – 21037 Ende

SURAT KETERANGAN / REKOMENDASI  
UNTUK MENGADAKAN PENELITIAN  
Nomor : BKPPM. 1.437/IV/02/IV/2019

Membaca : Surat Dekan FISIPOL Universitas BOSOWA Makasar Nomor : A.232/FSP/Unibos/IV/2019, tanggal 10 April 2019, Perihal : Permintaan Izin Penelitian Penyusuna Skripsi

Dasar : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;  
2. Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah;  
3. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;  
4. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 72 Tahun 1991 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Dalam Negeri;  
5. Surat Kawat Menteri Dalam Negeri Nomor : 1270/Sospol/D.IV/X/1980, tentang Pengawasan Terhadap Orang Asing, Tanggal 21 Oktober 1980;  
6. Peraturan Daerah Kabupaten Ende Nomor 7 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah;  
7. Peraturan Daerah Kabupaten Ende Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Ende.

Memperhatikan : Rencana Proposal Penelitian, yang diajukan oleh yang bersangkutan pada Bulan April 2019

Menerangkan : Bahwa dapat diberikan ijin untuk mengadakan penelitian:

Nama : **Djaenap Suma**  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Prodi : Sosiologi  
Fakultas : FISIPOL  
Lembaga : Universitas Bosowa  
Kebangsaan : Indonesia

Judul : "Interaksi Sosial Pengguna Kartu BPJS (Studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Ende, Kab. Ende provinsi Nusa Tenggara Timur)"

Tempat Penelitian : Kantor BPJS RSUD Ende

Waktu/lama : 2 (dua) TMT Surat ini dikeluarkan

Pengikut : -----

Penanggung Jawab : Dekan FISIPOL Unibos Makasar

Sponsor : -----

Biaya : Sendiri

Pemegang rekomendasi berkewajiban menghormati/ mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku, dan melaporkan hasil-hasil penelitian kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Ende dengan ketentuan:

1. Wajib melaporkan maksud dan tujuan kepada Unit Kerja Terkait, Camat, Lurah dan Kepala Desa setempat;
2. Selama melakukan penelitian tidak dibenarkan/ diijinkan untuk melakukan kegiatan di bidang lain;
3. Berbuat positif tidak melakukan hal-hal yang mengganggu keamanan dan ketertiban masyarakat;
4. Rekomendasi ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku, apabila pemegang Surat Rekomendasi tidak mentaati dan mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti di atas.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Dikeluarkan di Ende  
pada tanggal 19 April 2019

An. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik  
dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Ende  
Sekretaris.

f Ub. Kabid Hubungan Antar lembaga

**ARNOLDUS NGEY, SE**  
PEMBINA

NIP. 19660830 199903 1 002

Tembusan :

1. Yth. Bupati Ende di Ende (sebagai laporan);
2. Yth. Kepala Kantor PPTSP Kabupaten Ende di Ende;
3. Yth. Camat Ende Utara di Ende;
4. Yth. Dekan FISIPOL UNIBOS Makasar di Makasar.



PEMERINTAH KABUPATEN ENDE  
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT  
(KESBANGPOLLINMAS)

Jln. Durian No. ☐(0381) – 21037 Ende

KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : BKPPM.1474/IV/02/V/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Arnoldus Ngey, SE  
Nip. : 19660830 199903 1 002  
Pangkat/Golongan : Pembina /IV a  
Jabatan : Kabid Hubungan Antar Lembaga Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat Kabupaten Ende

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Djaenap Suma  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Jurusan / Prodi : Sosiologi  
Fakultas : FISIPOL  
Lembaga : Universitas Bosowa  
Lokasi : Kantor BPJS RSUD Ende  
Waktu / lama : Selama 2 (dua) minggu  
Judul Penelitian : "Interaksi Sosial Pengguna Kartu BPJS (Studi kasus di Rumah Sakit  
Umum Daerah Ende, Kab. Ende provinsi Nusa Tenggara Timur)"  
Maksud : Selesai Melaksanakan Penelitian

Demikian keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Dikeluarkan di Ende  
pada tanggal 05 Mei 2019

an. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat Kabupaten Ende,  
Sekretaris,

Pub. Kabid Hubungan Antar Lembaga

  
Arnoldus Ngey, SE

Pembina

NIP. 19660830 199903 1 002

Tembusan ;

1. Yth. Bupati Ende di Ende ( sebagai laporan );
2. Yth. Dekan FISIPOL Universitas BOSOWA Makasar di Makasar.