

**AKSES KELUARGA MISKIN TERHADAP KUALITAS
PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
(STUDI DI RUMAH SAKIT UMUM PATMASURI YOGYAKARTA)**



**SKRIPSI
DIAJUKAN KEPADA FAKULTAS DAKWAH
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA YOGYAKARTA
UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN DARI SYARAT-SYARAT
GUNA MEMPEROLEH GELAR SARJANA
DALAM ILMU SOSIAL ISLAM**

OLEH:

ULFAH APRILIA SUSANTI
NIM: 05230018

PEMBIMBING:

Drs. AZIS MUSLIM, M. Pd.
NIP: 19700528 199403 1 002

**JURUSAN PENGEMBANGAN MASYARAKAT ISLAM
KONSENTRASI PENGEMBANGAN MASYARAKAT
FAKULTAS DAKWAH
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA
2009**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ulfah Aprilia Susanti
Nim : 05230018
Jurusan : Pengembangan Masyarakat Islam (PMI)
Fakultas : Dakwah

Menyatakan dengan sesungguhnya dan sejujurnya, bahwa dalam skripsi saya yang berjudul “ AKSES KELUARGA MISKIN TERHADAP KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT (STUDI DI RUMAH SAKIT UMUM PATMASURI YOGYAKARTA) ” Adalah hasil penelitian saya sendiri dan bukan hasil plagiasi hasil karya orang lain.

Yogyakarta, 23 Oktober 2009

Yang Menyatakan



Ulfah Aprilia Susanti



SURAT PERSETUJUAN SKRIPSI/TUGAS AKHIR

Hal : Persetujuan Skripsi.

Lamp : -

Kepada

Yth. Dekan Fakultas Dakwah

UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Di Yogyakarta

Assalamu 'alaikum, Wr.Wb.

Setelah membaca, meneliti memberikan petunjuk dan mengoreksi serta mengadakan perbaikan seperlunya, maka kami selaku pembimbing berpendapat bahwa skripsi saudara:

Nama : Ulfah Aprilia Susanti

NIM : 05230018

Judul : AKSES KELUARGA MISKIN TERHADAP KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DIRUMAH SAKIT (Studi di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta)

Sudah dapat diajukan kembali kepada Fakultas Dakwah Jurusan/Program Studi Pengembangan Masyarakat Islam UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Strata Satu dalam Ilmu Sosial Islam.

Dengan ini kami mengharap agar skripsi/tugas akhir Saudari tersebut di atas dapat segera dimunaqasyahkan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum, Wr.Wb.

Yogyakarta, 29 Syaban 1430 H

19 Oktober 2009 M

Pembimbing

Drs. Azis Muslim, M.Pd.

NIP. 197005281994031002



DEPARTEMEN AGAMA RI
UIN SUNAN KALIJAGA YOGYAKARTA

FAKULTAS DAKWAH

Jl. Marsda Adisucipto, Telepon (0274) 515856 Fax (0274) 552230
Yogyakarta 55221

PENGESAHAN SKRIPSI/TUGAS AKHIR

Nomor: UIN.02/DD/PP.009/1597/2009

Skripsi/Tugas Akhir dengan judul:

**AKSES KELUARGA MISKIN TERHADAP KUALITAS PELAYANAN
KESEHATAN DI RUMAH SAKIT (STUDI DIRUMAH SAKIT UMUM
PATMASURI YOGYAKARTA)**

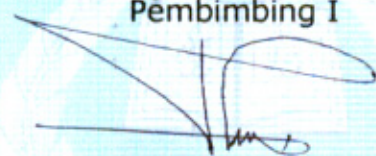
Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Ulfah Aprilia Susanti
NIM : 05230018
Telah dimunaqasyahkan pada : Rabu, 4 November 2009
Nilai Munaqasyah : B

Dan dinyatakan telah diterima oleh Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga

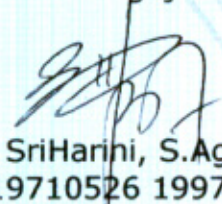
TIM MUNAQASYAH :

Pembimbing I



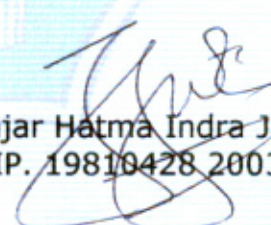
Drs. Azis Muslim, M.Pd.
NIP. 19700528 199403 1 002

Penguji I



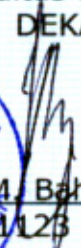
Dr. SriHarini, S.Ag. M.Si.
NIP. 19710526 199703 2 001

Penguji II



Pajar Hatma Indra Jaya, M.Si.
NIP. 19810428 200312 1 003

Yogyakarta, 25 November 2009
UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta
Fakultas Dakwah
DEKAN



Prof. Dr. H.M. Bahri Ghazali, M.A.
NIP. 19561123 198503 1 002

MOTTO

”Sesungguhnya Allah tidak mengubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka mengubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri”

(Ar-Ra’d (11):13)

“SESUNGGUHNYA BERSAMA KESULITAN ADA KEMUDAHAN”

PERSEMBAHAN

**KU PERSEMBAHKAN
SKRIPSIKU INI
PERTAMA:**

*ALMAMATER TERCINTA
Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam
Fakultas Dakwah Universitas Islam Negeri
Sunan Kalijaga Yogyakarta*

KEDUA:

Buat ayahanda dan ibunda tercinta yang telah mendidikku penuh kesabaran dan kasih sayang. Dan betapa susah payahnya berjuang, demi kesuksesan dan kelancaran anaknya dalam menuntut ilmu. Semua yang telah Ayahanda dan Ibunda berikan selama ini tak mampu untukku membalasnya. Tapi semoga keberhasilan ini bisa menghadirkan senyum bahagia.

*Ayahanda Imam Kastari AAIj, Ibunda
Sri Budiani*

Rasa hormat dan terimakasihku untuk semua keluarga tercinta, dan untuk semua yang selama ini mendukung, membantu dan memberikan motivasi buatku, sehingga menjadikan semua ini terwujud.

KATA PENGANTAR

.

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayahNya sehingga penyusun dapat menyelesaikan skripsi ini. Tidak lupa shalawat dan salam atas keharibaan Nabi Muhammad SAW yang tentunya dinanti-nantikan syafaatnya di hari akherat kelak.

Skripsi dengan judul Akses keluarga miskin terhadap kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit (Studi di rumah sakit umum patmasuri yogyakarta), alhamdulillah telah selesai disusun guna memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana strata satu dalam Ilmu Sosial Islam pada Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak. Maka tidak lupa penyusun haturkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. M. Amin Abdullah selaku Rektor Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga.
2. Bapak Prof. Dr. Bahri Ghazali, M.A selaku Dekan Fakultas Dakwah Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga.

3. Bapak Drs. Aziz Muslim, M.Pd. selaku Ketua Jurusan Pengembangan Masyarakat Islam Fakultas Dakwah dan selaku Pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktunya dan juga kesabarannya dalam memberikan petunjuk, bimbingan dan pengarahan sehingga proses penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan.
4. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan PMI khususnya Bapak Ibu dosen Fakultas Dakwah pada Umumnya, yang telah memperkaya khasanah keilmuan baru bagi penyusun.
5. Segenap staff Tata Usaha Jurusan PMI Fakultas Bidang Akademik dan Bagian Skripsi yang memudahkan administrasi bagi penyusun selama masa berproses dalam perkuliahan sampai pada tahap akhir studi.
6. Seluruh Bapak dan Ibu guru baik di pendidikan formal maupun non formal yang tiada letih untuk membimbing dan berbagi ilmu.
7. Kepala RSUD Patmasuri Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian di RSUD Patmasuri.
8. Ayahanda Imam Kastari AAIJ dan Ibunda Sri Budiani tercinta yang telah berjuang dengan segala kemampuan baik berupa materiil maupun spiritual untuk kelancaran studi bagi penyusun. Mudah-mudahan Allah membalas dengan segala yang terbaik. Jangan pernah letih mendo'akan ananda ini semoga menjadi anak yang shalih, berbakti, pintar, Cerdas, serta sukses di dunia maupun di akhirat kelak.

9. Buat Keluargaku Mbah Ut, Om Sum, Bulek, mas Agus, Mbak Ema, De'Ut
terimakasih atas motivasinya berkat kalian lah perjuangan ini bisa sampai
tidak lupa juga Buat Keluarga Bapak. NangHusin dan Ibu Siti Halimah
(Almh) Mas Octa Sanusi S.H.I terimakasih atas semuanya.
10. Temen-temen Jurusan PMI Angkatan 2005 (Indra Suswati, Nur, Iin
Purnama, Yusuf Dll) dan temen-temen KKN Angkatan Ke-64 Watu gudek,
tidak lupa juga teman-temen ku seperjuangan dalam Syarikah (Ifah, Mbak
Sumi, Mbak May, Mbak Tika Dll) terima kasih untuk semuanya ...!!!
11. Semua pihak yang tidak dapat penyusun sebutkan satu persatu, yang telah
banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
- Mudah-mudahan segala yang telah diberikan menjadi amal shaleh dan
diterima di sisi Allah SWT. Dan semoga skripsi ini bermanfaat bagi penyusun
khususnya dan bagi pembaca pada umumnya. Amin Ya Rabbal 'Alamin.

Yogyakarta, 22 RAJAB 1430 H
20 Oktober 2009 M

Penyusun

Ulfah Aprilia Susanti
NIM.05230018

ABSTRAKSI

Krisis moneter yang terjadi selama ini telah melumpuhkan kemampuan masyarakat, sehingga meningkatkan jumlah keluarga miskin (gakin)/keluarga pra-sejahtera. Sangat Rendahnya kemampuan masyarakat tidak mampu/keluarga miskin (gakin) untuk menjangkau sarana pelayanan kesehatan rujukan akan berdampak meningkatnya angka pesakitan dan kematian terutama pada kelompok risiko tinggi seperti ibu hamil dan bayi. Untuk mengatasi hal tersebut, maka diperlukan upaya penanggulangan yang melibatkan berbagai sektor, baik lintas program maupun lintas sektoral, termasuk Rumah Sakit.

Penelitian ini akan menggunakan metode penelitian *kualitatif*, sedangkan pendekatan yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini adalah pendekatan fenomenologi. Hal yang ditekankan dalam fenomenologi adalah aspek subyek dari perilaku seseorang. Peneliti berusaha untuk masuk ke dalam dunia konseptual para subyek yang diteliti sedemikian rupa sehingga mereka mengerti apa dan bagaimana suatu pengertian yang dikembangkan oleh mereka sendiri di sekitar peristiwa dalam kehidupan sehari-hari. Informasi dan data dalam penelitian ini digali dari informan yang ditentukan secara *purposive sampling*, artinya sumber-sumber data (informan) ditentukan secara langsung. Analisis data dalam penelitian ini dilakukan sejak awal sampai proses penelitian berlangsung. Dalam penelitian ini digunakan analisis data dengan menggunakan model interaktif, yaitu: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan (verifikasi).

Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kualitas sumber daya manusia (SDM), prosedur kerja, dan pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien keluarga miskin (gakin) di Rumah Sakit. Secara umum kualitas sumber daya manusia, prosedur kerja dan pelayanan kesehatan yang diberikan sudah sangat baik. Hal ini terlihat pada pernyataan-pernyataan mayoritas responden yang sudah dapat merasakan kepuasan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para petugas di Rumah Sakit Umum Patmasuri, seiring kualitas SDM dengan *skill* yang terampil dan baik, prosedur kerja yang mudah, lancar, dan tidak berbelit-belit, serta kebijakan pelayanan kesehatan yang adil, jelas, dan pasti. Ada beberapa penghambat utama baik teknis administratif maupun pelayanan yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di Rumah Sakit Umum Patmasuri. Masalah-masalah tersebut dapat mengakibatkan ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan atau sebaliknya mempersulit petugas kesehatan untuk mempercepat pengurusan administrasi pelayanan terhadap pasien, misalnya pasien seringkali lupa atau tidak membawa surat rujukan/kartu sehat dari puskesmas tempat ia berobat atau menjalani perawatan. Kadang-kadang juga sering terjadi surat rujukan/kartu sehat yang digunakan tidak sah (habis masa berlakunya) sehingga pasien tetap membayar biaya perawatannya walaupun hanya setengahnya saja, obat-obatan yang dinilai bagus dan mahal yang berkenaan dengan penyakit pasien harus dibeli sendiri oleh pasien tersebut, bahkan hal-hal kecil pun seperti *washlap* pun harus dibawa/dibeli oleh pasien sendiri.

Kata Kunci: *Akses Keluarga Miskin, Pelayanan Kesehatan, Rumah Sakit*

DAFTAR TABEL

1. Tabel 1 Distribusi Jumlah Responden Menurut Jenis Kelamin dan Umur	59
2. Tabel 2 Distribusi Jumlah Responden Keluarga Miskin Menurut Pendidikan.....	59
3. Tabel 3 Distribusi Jumlah Responden Keluarga Miskin Menurut Pekerjaan.....	60
4. Tabel 4 Distribusi Jumlah Peserta Keluarga Miskin Menurut Tempat Pemeriksaan	60
5. Tabel 5 Distribusi Jumlah Ketulusan Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	61
6. Tabel 6 Distribusi Jumlah Pengabdian Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	62
7. Tabel 7 Distribusi Jumlah Semangat Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	62
8. Tabel 8 Distribusi Jumlah Keterampilan Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	63
9. Tabel 9 Distribusi Jumlah Kecepatan Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	64
10. Tabel 10 Distribusi Jumlah Ketepatan Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	64
11. Tabel 11 Distribusi Jumlah Kejujuran Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	65
12. Tabel 12 Distribusi Jumlah Kedisiplinan Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	66
13. Tabel 13 Distribusi Jumlah Tanggung Jawab Sumber Daya Manusia di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	66
14. Tabel 14 Distribusi Jumlah Kejelasan Tujuan Prosedur Kerja di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	67
15. Tabel 15 Distribusi Jumlah Kepastian Pelayanan	

di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	68
16. Tabel 16 Distribusi Jumlah Kesesuaian Dengan Aturan	
di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	69
17. Tabel 17 Distribusi Jumlah Kesiediaan Mematuhi	
di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	69
18. Tabel 18 Distribusi Jumlah Pelaksanaan Prosedur Kerja	
di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	70
19. Tabel 19 Distribusi Jumlah Kemudahan Prosedur dan Tata kerja	
di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	71
20. Tabel 20 Distribusi Jumlah Kesederhanaan	
di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	71
21. Tabel 21 Distribusi Jumlah Kejelasan, Kepastian Prosedur,	
dan Cara Pelayanan di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	72
22. Tabel 22 Distribusi Jumlah Keamanan dan Kepastian Hukum	
Jaminan Penggunaan di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	73
23. Tabel 23 Distribusi Jumlah Keadilan di RS Umum Patmasuri	
Yogyakarta	73
24. Tabel 24 Distribusi Jumlah Kepuasan Keluarga Miskin	
di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	74
25. Tabel 25 Distribusi Jumlah Kesesuaian Dengan Tuntutan dan	
Harapan di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	75
26. Tabel 26 Distribusi Jumlah Kecepatan dan Ketepatan	
di RS Umum Patmasuri Yogyakarta	75

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	ii
SURAT PERSETUJUAN SKRIPSI	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Penegasan Judul	1
B. Latar Belakang Masalah.....	4
C. Rumusan Masalah	8
D. Tujuan Penelitian	9
E. Kegunaan Penelitian	9
F. Telaah Pustaka	10
G. Kerangka Teoritik	12
H. Metode Penelitian	37
I. Sistematika Pembahasan	44
 BAB II GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM	
PATMASURI YOGYAKARTA	46
A. Latar Belakang	46
B. Jenis-Jenis Pelayanan Yang Diberikan	48
C. Fasilitas Laboratorium dan Radiologi	49
D. Sekilas Tentang Kondisi Sosial Masyarakat Sekitar.....	52

BAB III ANALISIS PENGARUH SUMBER DAYA MANUSIA, PROSEDUR KERJA, DAN PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN KELUARGA MISKIN DI RUMAH SAKIT UMUM PATMASURI YOGYAKARTA	55
A. Jaminan Pemeliharaan Kesehataan Keluarga miskin (JPK Gakin) di Yogyakarta	55
1. Latar Belakang	55
2. Prinsip-Prinsip Pelayanan Kesehatan	56
3. Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos)	57
B. Analisis Pegaruh Sumber Daya Manusia, Prosedur Kerja, dan Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Keluarga Miskin di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta	58
1. Data Umum Responden.....	59
2. Sumber Daya Manusia (SDM).....	61
3. Prosedur Kerja.....	67
4. Pelayanan Kesehatan.....	71
5. Kepuasan Pasien.....	74
C. Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan Program JPK Gakin..	76
BAB IV KESIMPULAN	78
A. Kesimpulan	78
B. Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	
1. DAFTAR WAWANCARA (<i>INTERVIEW GUIDE</i>).....	I
2. CURRICULUM VITAE.....	IV

BAB I

PENDAHULUAN

A. Penegasan Judul

Dalam memberi persepsi terhadap suatu masalah kadangkala terjadi salah pengertian dan kekeliruan pemahaman sehingga menimbulkan kerancuan, baik dalam penafsiran, analogi maupun penjabaran. Begitu pula dalam memahami proposal skripsi ini yang berjudul “Akses Keluarga Miskin Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan (Studi di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta)”. Oleh karena itu untuk menghindari hal-hal tersebut maka penulis perlu memberikan batasan-batasan istilah yang terkandung dalam judul di atas. Penegasan ini diharapkan memberikan gambaran kerangka berfikir yang dapat memudahkan pembaca di dalam memahami hasil penelitian ini.

1. Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta

Rumah Sakit Umum (RSU) Patmasuri Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit umum di bawah pengawasan Yayasan Purnayudha yang berada di Daerah Istimewa Yogyakarta, tepatnya di Lapangan Krapyak, Panggung Harjo, Sewon, Bantul, Yogyakarta.

Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta merupakan tempat rujukan medis dan rujukan kesehatan yang mengupayakan kesembuhan pasien secara optimal. RSU Patmasuri memberikan fasilitas medis yang

beragam sehingga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pelayanan di bidang kesehatan secara efisien, efektif, dan profesional.

RSU Patmasuri mengutamakan kepuasan pelanggan berpusat yang pada pasien dengan motto "Pelayanan yang Ramah, Cepat, Tepat, dan Terjangkau", meningkatkan kualitas secara baik sesuai etika dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, pelayanan berdasarkan atas jiwa pengabdian dan akan menjadi mitra dengan konsumen.

2. Kualitas Pelayanan Rumah Sakit

Kualitas pelayanan di dalam penelitian ini merupakan salah satu tugas dan fungsi dasar Rumah Sakit yang sangat perlu diperhatikan dalam memberikan pelayanan medis/kesehatan, baik berupa pelayanan medis tambahan maupun pelayanan kesehatan penunjang tambahan dengan tidak membedakan golongan atau kelompok pasien tertentu. Kualitas pelayanan kesehatan tersebut dapat dievaluasi dari beberapa faktor yaitu: kemudahan, kesederhanaan, kejelasan dan kepastian hukum, keterbukaan, dan keadilan yang diberikan oleh rumah sakit. Oleh karena itu, sudah selayaknya rumah sakit memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang terbaik (bermutu) bagi para pasiennya termasuk kepada pasien khususnya dari keluarga miskin.

3. Akses Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin di Rumah Sakit Patmasuri Yogyakarta

Akses pelayanan kesehatan keluarga miskin yang dimaksud di dalam penelitian ini adalah sebuah usaha pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta terhadap pasien dari keluarga miskin yang meliputi kebijakan pelayanan secara prosedural, administrasi, dan pembiayaan.

Rumah Sakit Umum Patmasuri sejak pertama kali didirikan hingga saat ini berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik (berkualitas) kepada semua pasien sebagai prioritas utama dalam setiap gerak langkah perkembangannya. Penanganan kesehatan diberikan secara holistik dan efektif serta selalu berusaha mewujudkan pelayanan yang terjangkau dengan tetap menjaga mutu. Sumber Daya Manusia yang terus menerus dikembangkan dan diberdayakan dari sisi kompetensi, serta diimbangi fasilitas, sarana dan prasarana, menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Berdasarkan definisi operasional di atas, penulis berusaha dan mencoba mengkaji kelebihan dan hambatan sistem prosedur dan administrasi Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta khususnya dengan mengambil judul penelitian “Akses Keluarga Miskin Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit (Studi di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta), yang nantinya akan menjelaskan mutu (kualitas) dari pelayanan kesehatan rumah sakit tersebut. Pembahasan pokok dan operasional penelitian

ini meliputi: (1) Kualitas Pelayanan Rumah Sakit yang terdiri dari kemudahan, kesederhanaan, kejelasan dan kepastian, keamanan dan kepastian hukum, keterbukaan, dan keadilan; (2) Kualitas Sumber Daya Manusia yang terdiri dari ketulusan, pengabdian, semangat, keterampilan, kecepatan, ketepatan, kejujuran, kedisiplinan, dan tanggung jawab; (3) Prosedur Kerja yang terdiri dari kejelasan tujuan, kepastian, kesesuaian dengan aturan, kepatuhan masyarakat, kesesuaian dengan kebutuhan masyarakat dan pengawasan pelaksanaan.

B. Latar Belakang Masalah

Krisis moneter yang terjadi selama ini telah melumpuhkan kemampuan masyarakat, sehingga meningkatkan jumlah keluarga miskin (gakin)/keluarga pra-sejahtera. Yang lebih menyakitkan lagi adalah krisis tersebut diikuti dengan krisis ekonomi yang berdampak sangat besar terhadap sektor kesehatan di rumah-rumah sakit di Indonesia. Terpuruknya nilai rupiah membuat kenaikan berbagai harga obat dan alat-alat kesehatan lainnya, sehingga biaya kesehatan pun semakin tinggi, yang pada akhirnya sulit dijangkau oleh masyarakat yang tidak mampu/keluarga miskin (gakin).

Sangat Rendahnya kemampuan masyarakat tidak mampu/keluarga miskin (gakin) untuk menjangkau sarana pelayanan kesehatan rujukan akan berdampak meningkatnya angka pesakitan dan kematian terutama pada kelompok risiko tinggi seperti ibu hamil dan bayi. Untuk mengatasi hal

tersebut, maka diperlukan upaya penanggulangan yang melibatkan berbagai sektor, baik lintas program maupun lintas sektoral.

Sehubungan dengan penganggulangan masyarakat miskin, pada dasarnya negara Indonesia telah mengeluarkan berbagai kebijakan sejak awal berdirinya Negara Republik Indonesia sampai saat krisis yang melanda sekarang ini. Di antaranya, di dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 dinyatakan bahwa “Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara”.

Selanjutnya berbagai kebijakan telah diluncurkan untuk membantu masyarakat miskin agar tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan antara lain: TAP MPR RI No.X/MPR/1999 tentang pokok-pokok Reformasi Pembangunan dalam rangka Penyelamatan dan Normalisasi Kehidupan Nasional sebagai Haluan Negara. Pada Bab IV D Pasal 1 Ayat c TAP MPR tersebut menekankan tentang “Penanggulangan Krisis bidang sosial budaya melalui pelaksanaan program Jaring Pengaman Sosial (JPS) khususnya bidang pangan dan kesehatan”.

Ketetapan tersebut untuk selanjutnya ditindaklanjuti dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1008/Menkes/SK/VII/1999 tentang Penetapan Pedoman Pelaksanaan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dan Surat keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medis No. YM.00.03.2.1.2974 Tahun 1999 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (yang selanjutnya disingkat JPS-BK). Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-

BK) dicanangkan pada tanggal 7 Agustus 1998 di Banjarmasin oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit (yang selanjutnya disingkat RS) Pemerintah, baik Rumah Sakit Umum Daerah maupun Rumah Sakit milik Departemen Kesehatan diberikan subsidi bantuan dana untuk dapat memberikan pelayanan secara cuma-cuma kepada pasien dari keluarga miskin dan tidak mampu sesuai indikasi medis dan kemampuan pelayanan di Rumah Sakit tersebut.

Dana yang disediakan untuk Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) di Rumah Sakit adalah dana yang bersumber dari *Asian Development Bank* (ADB) dalam bentuk pinjaman (*loan*), berbentuk dana OPRS (Operasional dan Pemeliharaan Rumah Sakit). Dana JPS-BK di Rumah Sakit di Indonesia tahun anggaran 1998-1999 disalurkan melalui Daftar Isian Proyek (DIP) OPRS yang terdiri dari DIP Murni dan DIP Suplemen.

Pada tahun anggaran 1999/2000 dana JPS-BK Rumah Sakit disalurkan melalui DIP pengembangan Rumah Sakit Vertikal atau DIP Peningkatan Pelayanan Rujukan dan Rumah Sakit yang merupakan tolak ukur “Bantuan Penanggulangan Kemiskinan”, sedangkan untuk Rumah Sakit Daerah disalurkan melalui Dana Pembangunan Daerah.

Untuk Tahun 2001, kebijakan tersebut dilanjutkan dengan keluarnya keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1086/Menkes/SK/IX/2000 tentang pedoman Pelaksanaan Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan dan

Kesejahteraan Sosial (Program PD-PSE BK dan KS). Kebijakan tersebut dikeluarkan sehubungan dengan pengurangan subsidi dan energi yang diperkirakan akan berdampak pada aspek kesehatan dan kesejahteraan sosial terutama gaji keluarga miskin/pra-sejahtera untuk melengkapi kegiatan JPS-BK dalam membantu kelompok masyarakat miskin pada tahun 2002, dikeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.7/Menkes/SK/VI/2002 tentang pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan subsidi BBM Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidang Kesehatan), sehingga keluarga miskin tetap dapat menikmati haknya untuk sehat dan sejahtera. Salah satu tujuannya adalah agar semua keluarga miskin yang berobat ke Rumah Sakit mendapat pelayanan kesehatan yang memadai.

Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM bidang Kesehatan (PKPS BBM Bidang Kesehatan), merupakan kelanjutan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK). Daerah Istimewa Yogyakarta ditunjuk sebagai pelaksana JPK Gakin tingkat Propinsi berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.713/Menkes/SK/VI/2004 tentang Penetapan Daerah Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) dalam PKPS BBM Bidang Kesehatan 2004.

JPK GAKIN dalam PKPS BBM Bidang Kesehatan dilaksanakan melalui pendekatan asuransi kesehatan, dengan demikian ada 3 (tiga) unsur dalam pelaksanaannya yaitu: Badan Pengelola Jamkesmas Propinsi DIY (Keputusan Gubernur No. 74 th 2003, tertanggal 16 juni 2003) dengan tugas mengelola dana JPK Gakin, mengembangkan Jaminan Kesehatan Sosial,

menjabarkan dan melaksanakan kebijakan umum yang ditetapkan oleh Majelis Wali Amanah, Peserta (keluarga miskin pemegang KS dan penduduk terlantar), pemberi pelayanan kesehatan (Puskesmas, RSUD Daerah Kabupaten/Kota se-Propinsi DIY, RS Dr. Sardjito, BP4 dan RS Jiwa Ghrasia).

Secara umum, Rumah Sakit itu sendiri merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dalam upaya mengatasi penderita yang tidak mampu/keluarga miskin, berkewajiban menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan harus mampu melaksanakan pengendalian anggaran untuk pasien dari keluarga miskin sesuai dengan sistem dan prosedur yang telah ditentukan. Dengan demikian Program JPK Gakin diharapkan akan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan rujukan terutama bagi masyarakat tidak mampu sehingga nantinya akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis menjadi sangat tertarik untuk mengkaji pelayanan kesehatan di salah satu Rumah Sakit Umum di Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta yang digunakan sebagai salah satu Rumah Sakit Rujukan dari program JPK Gakin.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan deskripsi latar belakang masalah tersebut, dapat dirumuskan beberapa permasalahan sebagai berikut:

1. Bagaimana kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta terhadap pasien dari keluarga miskin (gakin)?
2. Faktor-faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya hambatan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien keluarga miskin (gakin) di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta?

D. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Menjelaskan dan mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta terhadap pasien dari keluarga miskin (gakin);
2. Mengetahui dan menjelaskan faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya hambatan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien keluarga miskin (gakin) di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta.

E. Kegunaan Penelitian

Kegunaan penelitian ini secara deskriptif terbagi menjadi dua kegunaan, yaitu:

1. Kegunaan Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pemikiran yang berarti bagi birokrasi (prosedur) pelayanan kesehatan, khususnya

dalam permasalahan kualitas sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin (gakin) dan sebagai bahan kajian perbandingan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit-Rumah Sakit di Indonesia.

2. Kegunaan Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan solusi pemecahan permasalahan prosedur, sumber daya manusia, dan kualitas pelayanan kesehatan yang seringkali diabaikan oleh para petugas ataupun pegawai layanan masyarakat khususnya di puskesmas-puskesmas dan Rumah Sakit-Rumah Sakit yang ada di Indonesia.

F. Telaah Pustaka

Penulis dalam melakukan penelitian skripsi ini, telah menelusuri beberapa literatur atau pustaka untuk memperkuat penulisan skripsi ini, sehingga penelitian di dalam pembahasan dan kajiannya tidak sama dengan penelitian sebelumnya. Setelah penulis mencari beberapa kajian yang berkaitan dengan penelitian ini. Akhirnya penulis menemukan beberapa karya penelitian dalam bentuk karya ilmiah.

Skripsi yang berjudul “Strategi Puskesmas Masaran II Sragen Dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin” oleh Habibah Nur’aini, menjelaskan tentang strategi-strategi konstruktif yang digunakan oleh Puskesmas II Sragen dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap kesehatan masyarakat miskin di daerah Sragen dan sekitarnya. Dalam hal ini,

ia tidak meneliti sejauh mana kualitas sumber daya manusia yang dimiliki oleh Puskesmas dan sejauh mana kepuasan pasien terhadap strategi-strategi yang digunakan tersebut.¹

Di dalam sebuah skripsi, Asep Wahyudi menjelaskan konsep perilaku miskin dan pengaruhnya terhadap perilaku keagamaan. Ia menjelaskan secara rinci bagaimana seseorang yang hidup miskin akan sangat berpengaruh terhadap sikap dan perilaku keagamaannya.² Dalam penelitian yang lain, Asy'ari juga menjelaskan tanggapan masyarakat terhadap proyek pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan khususnya di perkotaan. Secara garis besar, dijelaskannya bahwa masyarakat cukup antusias dengan proyek tersebut, namun masih banyak permasalahan yang muncul dalam penyelenggaraan proyek tersebut, termasuk permasalahan “tidak tepat sasaran”.³

Di dalam bukunya, Jacobalis mendeskripsikan secara detail mengenai pendekatan-pendekatan yang dapat dilakukan dalam mengevaluasi mutu pelayanan kesehatan. Di antara pendekatan-pendekatan yang ada, terdapat 2 (dua) pendekatan yang seringkali digunakan oleh para peneliti, yaitu pendekatan kesehatan masyarakat (*public health*) dan pendekatan institusional

¹ Habibah Nur'aini, “Strategi Puskesmas Masaran II Sragen Dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin”, skripsi tidak diterbitkan, Fakultas Dakwah, Yogyakarta: UIN SUKA, 2008.

² Asep Wahyudi, “Kemiskinan dan perilaku Keagamaan (Studi Keluarga Miskin Kelurahan Ciledak Timur Kecamatan Bogor Barat Jawa Barat)”, skripsi tidak diterbitkan, Fakultas Ushuluddin, Yogyakarta: UIN SUKA, 2005.

³ Asy'ari, “Pandangan Masyarakat Miskin Demangan Gondokusuman (Studi Atas Pelaksanaan Proyek Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (P2KP)”, skripsi tidak diterbitkan, Fakultas Dakwah, Yogyakarta: UIN SUKA, 2005.

(individual).⁴ Dalam penelitian yang lain pula, Sarmadi Made memaparkan mutu pelayanan kesehatan mencakup 4 (empat) dimensi pokok yaitu: efektivitas, keamanan (risiko terkecil untuk pasien), biaya (seminimal mungkin), dan kepuasan pasien. Sarmadi Made dalam hal ini tidak membatasinya pada kalangan tertentu saja.⁵

Berdasarkan dengan isi karya-karya di atas, penulis belum menemukan kajian yang membahas khusus mengenai akses keluarga miskin terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit secara khusus, komprehensif dan detail. Untuk itu, penulis berkesimpulan bahwa kajian yang membahas masalah tersebut belum ada dalam suatu karya ilmiah.

G. Kerangka Teoritik

1. Kebijakan Publik dan dan Pelayanan Kesehatan

a. Implementasi Kebijakan Publik

Kebijakan publik yang dikemukakan oleh para ahli sangat banyak dengan batasan yang berbeda antara yang satu dengan yang lainnya dimana batasan-batasan dari kebijakan tersebut dipengaruhi oleh cara pandang dan karakteristik masalah maupun karena perbedaan pendekatan yang digunakan.

⁴ S. Jacobalis, *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)*, (Jakarta: PERSI & PT Citrawindo Satria, 1989).

⁵ Sarmadi Made, *Hubungan Pelayanan Perawat, Dokter, Fasilitas, Medik, Lingkungan Fisik, Bagian Penerimaan Administrasi dan Biaya Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit Bagdi*, Tesis Tidak Diterbitkan, Program Pasca Sarjana Bidang Kajian Administrasi Rumah Sakit, (Jakarta: Universitas Indonesia, 1996).

Penggunaan Istilah kebijakan yang sering dijumpai pada dasarnya bersangkut paut dengan bidang kegiatan pemerintah dan bidang dimana pemerintah terlibat di dalamnya⁶. Oleh karena itu ruang lingkup kebijakan menjadi tujuan dari para ilmuwan lebih menjurus pada kebijakan publik. Batasan pengertian yang lain seperti yang dikemukakan oleh Thomas R Dye⁷ menyatakan bahwa kebijakan publik merupakan semua pilihan tindakan yang dilakukan untuk pembangunan (bersifat membangun).

Kebijakan publik biasanya selalu dihubungkan dengan sesuatu yang membawa perubahan pada hasil atau dampak, baik yang sifat positif maupun negatif. Kebijakan dapat menjadi suatu pembicaraan yang ramai dibicarakan masyarakat ketika suatu kebijakan membawa perubahan pada hasil atau dampak tersebut. Kebijakan itu sendiri timbul karena adanya usaha untuk menyelesaikan masalah. Kebijakan dapat dilihat melalui suatu fenomena yang digerakkan suatu keputusan yang dibuat oleh individu atau organisasi dimana keputusan itu berhubungan dengan keputusan yang lain atau keputusan sebelumnya. Disebut individu dan organisasi menunjukkan bahwa kebijakan publik itu digerakkan oleh aktor dan suatu lembaga, dan keputusan itu sendiri adalah sebagai alatnya. Adnaya suatu dampak negatif akibat dari suatu kebijakan menandakan bahwa kebijakan itu salah mengidentifikasi masalah yang hendak diselesaikan.

⁶ Solichin Abdul Wahab, *Analisis Kebijakan Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijakan Negara*, (Jakarta: Bumi Aksara, 1997), hlm. 23

⁷ Thomas R Dye, *Understanding Public Policy*, (New Jersey: Prentice Hall Inc, 1978), hlm. 8.

Publik dalam arti institusional lebih menitik beratkan kepada efisiensi dan efektivitas organisasi serta hubungan yang bersifat vertikal antar hubungan pejabat atau lembaga atasan dengan bawahan atau sebaliknya. Sedangkan arti normatif lebih menitikberatkan pada mekanisme pelayanan yaitu memperlakukan masyarakat sebagai pelanggan, juga mengadakan hubungan yang horisontal dengan lembaga-lembaga lain atau organisasi pemerintah yang didasarkan oleh penyerahan dan pembagian tugas dengan menggerakkan kelompok yang lebih kecil untuk membuat keputusan sendiri. Hubungan horisontal dalam konteks global dapat diartikan bahwa pemerintah dalam suatu kebijakan publik tidak hanya menjalin hubungan dengan pemerintah luar negeri saja tetapi juga mengadakan hubungan dan kerjasama dengan lembaga lain dari suatu negara seperti lembaga swadaya masyarakat dan lembaga swasta lainnya.

Suatu proses kebijakan publik dijalankan oleh pelaku dan lembaga instrumen yang dipergunakan. Lembaga di sini adalah sebagai struktur dan organisasi pemerintah. Instrumen disebut juga sebagai alat pemerintah dimana pemerintah menetapkan kebijakan untuk sesuatu yang diinginkan. Proses kebijakan publik dimulai dari penetapan agenda formulasi kebijakan, pembuatan keputusan, implementasi, dan evaluasi. Penetapan agenda adalah bagaimana tuntutan individu atau kelompok yang ditampung dan direspon oleh pemerintah dan artikulasikan melalui suatu kebijakan. Formulasi kebijakan adalah bagaimana opsi diserap melalui

pertimbangan oleh pengambil keputusan dimana sejumlah opsi kebijakan yang akan dipilih pada saat pengambilan keputusan.

Berdasarkan uraian di atas maka suatu batasan kebijakan publik adalah suatu proses pelaksanaan keputusan yang dilakukan oleh suatu lembaga pemerintah dan non pemerintah untuk menyelesaikan suatu masalah atau terhadap adanya keinginan pada suatu perubahan yang lebih baik di dalam kehidupan bermasyarakat, dimana lembaga, para pelaku dan alat yang digunakan serta sarana yang diinginkan dan mekanisme serta hubungannya telah ditetapkan dalam keputusan.

Dalam proses implementasi kebijakan di lapangan, ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi tersebut. Faktor-faktor itu menurut Wahab⁸ adalah: (1) Kondisi sosio ekonomi dan teknologi; (2) Dukungan publik; (3) Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok; (4) Dukungan dari pejabat atasan; (5) Komitmen dan kemampuan kepemimpinan pejabat pelaksana.

b. Pelayanan Kesehatan Sebagai Pelayanan Publik

Salah satu tugas pokok Pemerintah adalah memberikan pelayanan umum kepada masyarakat. Oleh karena itu, organisasi Pemerintah sering pula disebut sebagai “pelayan masyarakat” (*public service*)⁹. Namun ada beberapa alasan mengapa perhatian Pemerintah terhadap arti pentingnya

⁸ Solichin Abdul Wahab, *Analisis Kebijakan*, hlm. 93.

⁹ W. Sadu, *Kapita Selekta Manajemen Pemerintahan*, (Bandung: Alqaprint, 2001), hlm.

manajemen pelayanan umum masih relatif terbatas. Alasan tersebut di antaranya karena kesadaran anggota masyarakat akan hak dan kewajibannya sebagai warga Negara masih relatif rendah sehingga mereka cenderung menerima begitu saja layanan yang diberikan oleh instansi Pemerintah. Terlebih lagi, apabila layanan yang diberikan bersifat gratis (cuma-cuma).

Pelayanan kesehatan adalah salah satu bentuk pelayanan publik (pelayanan umum) di samping pelayanan pendidikan dan kesejahteraan lainnya. Aspek pelayanan kepada masyarakat ini merupakan salah satu tugas dan fungsi institusi Pemerintah Pusat maupun Daerah. Sebagaimana dinyatakan dalam Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara No.81 Tahun 1993 tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Umum.

HAS Moenir¹⁰ menyatakan bahwa pelayanan umum yang didambakan adalah kemudahan dalam mengurus kepentingan mendapatkan pelayanan yang wajar, perilaku yang sama tanpa pilih kasih dan perlakuan yang jujur dan terus terang. Di samping itu, ia juga menambahkan bahwa kelancaran layanan hak-hak tergantung pada kesediaan para petugas terhadap kewajiban yang dibebankan; system, prosedur dan metode yang memadai, pengorganisasian tugas pelayanan yang tuntas; pendapatan petugas/pegawai yang cukup untuk kebutuhan

¹⁰ HAS Moenir, *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Edisi V, (Jakarta: Bumi Aksara, 2001), hlm. 47.

hidupnya; kemampuan/keterampilan pegawai; dan sarana kerja yang memadai.

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya tersebut, instansi Pemerintah menghadapi beberapa masalah dalam pelayanan antara lain banyaknya ketentuan dan prosedur pelayanan yang kurang jelas, berbelit-belit dan melelahkan. Adapun tata laksana pelayanan umum di Indonesia sebagaimana diatur dalam ketentuan di atas, menetapkan beberapa sendi pelayanan yang harus dilaksanakan oleh suatu instansi/satuan kerja dalam suatu Departemen yang bertugas sebagai unit pelayanan umum.

Sendi pertama adalah keharusan mengandung asas *kesederhanaan*, artinya bahwa prosedur, tata cara pelayanan umum, diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit dan mudah dipahami serta mudah dilaksanakan. Selanjutnya institusi Pemerintah dalam melaksanakan pelayanan publik mengandung *kejelasan* dan *kepastian*, terutama mengenai hal-hal sebagai berikut:

- a. Prosedur/tata cara pelayanan umum;
- b. Persyaratan pelayanan umum baik teknis maupun administratif;
- c. Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan umum;
- d. Rincian biaya/tarif pelayanan umum dan tata cara pembayarannya;
- e. Jadwal waktu penyelesaian pelayanan umum;

- f. Hak dan kewajiban baik dari pemberi maupun penerima pelayanan umum berdasarkan bukti, bukti penerimaan dan permohonan/kelengkapannya, sebagai alat untuk memastikan pemrosesan pelayanan umum;
- g. Pejabat yang menerima keluhan masyarakat.

Dalam memberikan pelayanan, instansi Pemerintah seharusnya juga berlandaskan pada sendi keamanan, artinya proses serta hasil pelayanan umum yang diberikan mengandung unsur keamanan dan kenyamanan serta kepastian hukum. Unsur keamanan ini sesuai dengan kebutuhan dasar manusia yang menurut Abraham H. Maslow dalam HAS Moenir¹¹ (2001: 130): “*The need for safety from danger, threat and deprivation*”. Pernyataannya yang lain dipertegas kembali dalam Effendi¹² bahwa kebutuhan akan keamanan akan muncul berikutnya sebagai kebutuhan yang paling penting, jika kebutuhan fisiologi telah terpenuhi. Kebutuhan akan keamanan mencakup keinginan untuk merasa aman, tertib, mapan, dan bebas dari kekerasan, kerusakan, ketakutan, dan lain-lain.

Keterbukaan merupakan sendi pelayanan lainnya yang harus dilaksanakan oleh instansi Pemerintah, dalam melaksanakan pelayanan publik dan wajib diinformasikan secara terbuka. Dengan demikian, mudah

¹¹ HAS Moenir, *Manajemen Pelayanan Umum*, hlm. 130.

¹² Onong Uchyana Effendi, *Psikologi Manajemen dan Administrasi*, (Bandung: CV Mandar Maju, 1989), hlm. 89.

diketahui dan dipahami oleh masyarakat baik diminta maupun tidak diminta. Sendi berikutnya yaitu *efisien*, yang mengandung arti bahwa persyaratan hanya dibatasi pada hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dan produk pelayanan yang diberikan serta sejauh mungkin instansi Pemerintah Daerah dapat mencegah terjadinya penyelewengan, di samping pemenuhan pelayanan, kelengkapan persyaratan sebagaimana disebutkan di atas, diterapkan pula prinsip ekonomis, yaitu penggunaan biaya biaya pelayanan yang ditetapkan harus secara wajar dengan memperhatikan nilai barang/jasa pelayanan, tidak menuntut biaya tinggi di luar batas kewajaran, biaya sesuai dengan kondisi dan kemampuan masyarakat dan untuk membayar secara umum dan sesuai dengan ketentuan peraturan per-Undang-Undangan yang berlaku.

Sendi yang tidak kalah pentingnya adalah prinsip *keadilan* yang merata yaitu bahwa pelayanan instansi Pemerintah harus diusahakan seluas mungkin dan menjangkau segenap lapisan masyarakat dengan distribusi yang merata dan perilaku yang adil.

c. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Menurut Spiegel dalam Made¹³ mutu pelayanan kesehatan mencakup 4 (empat) dimensi yaitu efektivitas, keamanan (risiko terkecil

¹³ Sarmadi Made, *Hubungan Pelayanan Perawat, Dokter, Fasilitas, Medik, Lingkungan Fisik, Bagian Penerimaan Administrasi dan Biaya Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas*

untuk pasien), biaya (seminimal mungkin), dan kepuasan pasien. Jacobalis¹⁴ juga memberikan pernyataan bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari 2 (dua) pendekatan, yaitu:

- a. Pendekatan kesehatan masyarakat (*public health*); Pendekatan yang menyangkut luas seluruh sistem pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat dalam suatu Negara yang ditunjukkan antara lain melalui angka morbiditas, angka kecacatan, perkembangan fisik dan mental masyarakat secara umum, dan lain sebagainya;
- b. Pendekatan institusional/individual; Mutu pelayanan kesehatan adalah salah satu produk dari sumber daya dan kegiatan fasilitas itu terhadap perorangan. Untuk mengukur suatu jasa diperlukan petunjuk-petunjuk yang dianggap relevan dengan aspek-aspek yang mempunyai peran serta dalam produksi jasa tersebut, yang dibedakan atas: indikator, kriteria, dan standar.

Indikator yang dapat digunakan dalam jasa pelayanan kesehatan, antara lain:

- 1). Indikator klinik; berupa petunjuk tentang unjuk kerja (*performance*), profesi di Rumah Sakit (dokter, perawat, dan lain-lain) yang terkait

III di Rumah Sakit Bagdi, Tesis Tidak Diterbitkan, Program Pasca Sarjana Bidang Kajian Administrasi Rumah Sakit, (Jakarta: Universitas Indonesia, 1996), hlm. 16.

¹⁴ S. Jacobalis, *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)*, (Jakarta: PERSI & PT Citrawindo Satria, 1989), hlm. 16.

dengan pengetahuan, sikap dan perilaku serta pengalaman dan pengamalan. Contohnya:

- Kejadian infeksi nosokomial;
- Angka Kematian Rumah Sakit (NDR, GDR);
- Terkait dengan tindakan operasi narkoba, persalinan, penyakit-penyakit umum/tindakan kasus gawat darurat, dan lain-lain.

2). Indikator efisiensi dan efektivitas untuk melihat apakah sumber daya telah dipergunakan secara efisien dan ekonomis untuk menghasilkan pelayanan yang bermutu dengan cara *utilization review*, seperti:

- Lama Hari Rawat (ALOS);
- Lama Tempat Tidur kosong (TOI);
- Pemanfaatan kamar operasi, darah, obat, roentgen, laboratorium, listrik, air, gas medik, dan lain-lain.

3). Indikator keamanan dan keselamatan pasien; Aspek ini menyangkut perlindungan fisik terhadap pasien lebih banyak terjadi karena kurang teliti dalam asuhan keperawatan pasien, misalnya:

- Pasien jatuh dari tempat tidur;
- Pasien jatuh dari kamar mandi;
- Pasien diberi obat yang salah;
- Pasien lupa diberi obat, dan lain-lain.

4). Indikator tentang kepuasan dan ketidakpuasan pasien secara fisik, mental, dan sosial yang berhubungan dengan lingkungan, suhu udara,

kebersihan, kenyamanan, kecepatan, keramahan, perhatian, *privacy*, makanan, tariff, dan lain-lain. Misalnya:

- Jumlah keluhan dari pasien/keluarga;
- Hasil survey tentang kepuasan dan ketidakpuasan;
- Wawancara dengan pasien, pasien minta pulang paksa, minta pindah ke Rumah Sakit yang lain;
- Pengaduan Malpraktek;
- Ucapan terimakasih pasien/keluarga;
- Pasien lama kembali lagi/tidak kembali, dan lain sebagainya.

Mutu pelayanan suatu Rumah Sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai aspek/komponen atau aspek Rumah Sakit itu sebagai suatu sistem. Hal ini sebagaimana dijelaskan oleh Donabedian dalam Made¹⁵ bahwa aspek-aspek tersebut digolongkan dalam komponen struktur, proses, dan *outcome*.

2. Tinjauan Rumah Sakit Umum

a. Sejarah

Dalam sejarah kuno, kepercayaan dan pengobatan berhubungan sangat erat. Salah satu contoh institusi pengobatan tertua adalah kuil Mesir. Kuil Asclepius di Yunani juga dipercaya memberikan pengobatan

¹⁵ Sarmadi Made, *Hubungan Pelayanan*, hlm. 18.

kepada orang sakit, yang kemudian juga diadopsi bangsa Romawi sebagai kepercayaan. Kuil Romawi untuk *Asculapius* dibangun pada tahun 291 SM di tanah Tiber, Roma dengan ritus-ritus hampir sama dengan kepercayaan Yunani.

Institusi yang spesifik untuk pengobatan pertama kali, ditemukan di India. Rumah Sakit Brahmanti pertama kali didirikan di Sri Lanka pada tahun 431 SM, kemudian Raja Ashoka juga mendirikan 18 Rumah Sakit di Hindustan pada tahun 230 SM dengan dilengkapi tenaga medis dan perawat yang dibiayai anggaran kerajaan. Rumah Sakit pertama yang melibatkan pula konsep pengajaran pengobatan, dengan mahasiswa yang diberikan pengajaran oleh tenaga ahli, adalah Akademi Gundishapur di Kerajaan Persia.

Bangsa Romawi menciptakan *valetudinaria* untuk pengobatan budak, *gladiator*, dan prajurit sekitar tahun 100 SM. Adopsi kepercayaan Kristiani turut mempengaruhi pelayanan medis di sana. Konsili Nicea I pada tahun 325 SM memerintahkan pihak Gereja untuk juga memberikan pelayanan kepada orang-orang miskin, sakit, janda, dan musafir. Setiap satu katedral di setiap kota harus menyediakan satu pelayanan kesehatan. Salah satu yang pertama kali mendirikan adalah Saint Sampson di Konstantinopel dan Basil, bishop of Caesarea. Bangunan ini berhubungan langsung dengan bangunan gereja, dan disediakan pula tempat terpisah untuk penderita lepra.

Rumah Sakit Abad Pertengahan di Eropa juga mengikuti pola tersebut. Di setiap tempat peribadahan biasanya terdapat pelayanan kesehatan oleh pendeta dan suster (Frase Perancis untuk Rumah Sakit adalah *Hôtel-Dieu*, yang berarti "*Hostel of God*"), namun beberapa di antaranya bisa pula terpisah dari tempat peribadahan. Ditemukan pula Rumah Sakit yang terspesialisasi untuk penderita lepra, kaum miskin, atau musafir.

Rumah Sakit dalam sejarah Islam memperkenalkan standar pengobatan yang tinggi pada abad VIII hingga Abad XII. Rumah Sakit pertama dibangun pada Abad IX hingga Abad X yang mempekerjakan 25 staf pengobatan dan perlakuan pengobatan berbeda untuk penyakit yang berbeda pula. Rumah Sakit yang didanai pemerintah muncul pula dalam sejarah Tiongkok pada awal Abad X.

Perubahan Rumah Sakit menjadi lebih sekuler di Eropa terjadi pada Abad XVI hingga Abad XVII, tetapi baru pada Abad XVIII Rumah Sakit modern pertama dibangun dengan hanya menyediakan pelayanan dan pembedahan medis. Inggris pertama kali memperkenalkan konsep ini. Guy's Hospital didirikan di London pada 1724 atas permintaan seorang saudagar kaya Thomas Guy. Rumah Sakit yang dibiayai swasta seperti ini kemudian menjamur di seluruh Inggris Raya. Di koloni Inggris, misalnya di Amerika Serikat kemudian berdiri Pennsylvania General Hospital di Philadelphia pada tahun 1751, setelah terkumpul sumbangan £ 2,000. Di

Eropa Daratan biasanya Rumah Sakit dibiayai dana publik, namun secara umum pada pertengahan Abad XIX hampir seluruh negara di Eropa dan Amerika Utara telah memiliki keberagaman Rumah Sakit.

Sejarah perkembangan Rumah Sakit di Indonesia sendiri, pertama sekali didirikan oleh VOC tahun 1626 dan kemudian juga oleh tentara Inggris pada zaman Raffles terutama ditujukan untuk melayani anggota militer beserta keluarganya secara gratis. Jika masyarakat pribumi memerlukan pertolongan, kepada mereka juga diberikan pelayanan gratis. Hal ini berlanjut dengan Rumah Sakit-Rumah Sakit yang didirikan oleh kelompok agama. Sikap karitatif ini juga diteruskan oleh Rumah Sakit CBZ di Jakarta. Rumah Sakit ini juga tidak memungut bayaran pada orang miskin dan gelandangan yang memerlukan pertolongan. Semua ini telah menanamkan kesan yang mendalam di kalangan masyarakat pribumi bahwa pelayanan penyembuhan di Rumah Sakit adalah gratis. Mereka tidak mengetahui bahwa sejak zaman VOC, orang Eropa yang berobat di Rumah Sakit VOC (kecuali tentara dan keluarganya) ditarik bayaran termasuk pegawai VOC.

b. Terminologi

Selama Abad Pertengahan, Rumah Sakit juga melayani banyak fungsi di luar Rumah Sakit yang kita kenal di zaman sekarang, misalnya sebagai penampungan orang miskin atau persinggahan musafir. Istilah *hospital* (Rumah Sakit) berasal dari kata Latin, *hospes* (tuan rumah), yang

juga menjadi akar kata *hotel* dan *hospitality* (keramahan). Beberapa pasien bisa hanya datang untuk diagnosis atau terapi ringan untuk kemudian meminta perawatan jalan, atau bisa pula meminta rawat inap dalam hitungan hari, minggu, atau bulan. Rumah Sakit dibedakan dari institusi kesehatan lain dari kemampuannya memberikan diagnosa dan perawatan medis secara menyeluruh kepada pasien.

Rumah Sakit menurut WHO *Expert Committee On Organization Of Medical Care* adalah: “*an integral part of social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health care, both curative and preventive and whose out patient service reach out to the family and its home environment; the hospital is also a centre for the training of health workers and for biosocial research*”.

c. Fungsi dan Tugas

Rumah Sakit mempunyai fungsi dan tugas sebagai berikut:

- a. Melaksanakan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis;
- b. Melaksanakan pelayanan medis tambahan dan pelayanan penunjang medis tambahan;
- c. Melaksanakan pelayanan kedokteran kehakiman;
- d. Melaksanakan pelayanan medis khusus;
- e. Melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan;

- f. Melaksanakan pelayanan kedokteran gigi;
- g. Melaksanakan pelayanan kedokteran sosial;
- h. Melaksanakan pelayanan penyuluhan kesehatan;
- i. Melaksanakan pelayanan rawat jalan/rawat darurat dan rawat tinggal (observasi);
- j. Melaksanakan pelayanan rawat inap;
- k. Melaksanakan pelayanan administratif;
- l. Melaksanakan pendidikan para medis;
- m. Membantu pendidikan tenaga medis umum;
- n. Membantu pendidikan tenaga medis spesialis;
- o. Membantu penelitian dan pengembangan kesehatan;
- p. Membantu kegiatan penyelidikan epidemiologi.

3. Kepuasan Pasien

a. Teori Kepuasan

Adanya kepuasan sebagian atau sama sekali tidak puas dari pengguna suatu produk jasa juga sangat dipengaruhi oleh perbedaan yang terjadi antara harapan yang didasarkan pada informasi yang diterima dengan kenyataan yang dialaminya. Kepuasan terjadi sebagai hasil saling mempengaruhi antara semua sikap, keterampilan, pengetahuan dan penyediaan sarana pemberi pelayanan dan pasien atau keluarga.

Suatu teori kepuasan setelah menggunakan suatu produk/jasa yang disebut *cognitive dissonance* yaitu apabila konsumen memilih antara beberapa alternatif, ketidakpuasan/ketidakcocokan selalu akan muncul karena tergantung pengetahuan seseorang dalam penilaian terhadap pelayanan yang dapat dinilai positif/negatif.

Ketidakcocokan/ketidakpuasan selalu muncul setelah adanya keputusan dan selanjutnya secara bervariasi konsumen akan merasakan kurangnya rasa puas atau tidak puas secara bertahap. Rumah Sakit dalam menjaga mutu pelayanan selalu berusaha mengurangi ketidakpuasan secara bertahap. Rumah Sakit dalam menjaga mutu pelayanan selalu berusaha mengurangi kemungkinan ketidakpuasan antara yang dirasakan pasien/konsumen dan harapan yang ada dari semua aspek yang berhubungan dengan proses pelayanan Rumah Sakit.¹⁶

b. Sumber-Sumber Ketidakpuasan Pasien di Rumah Sakit

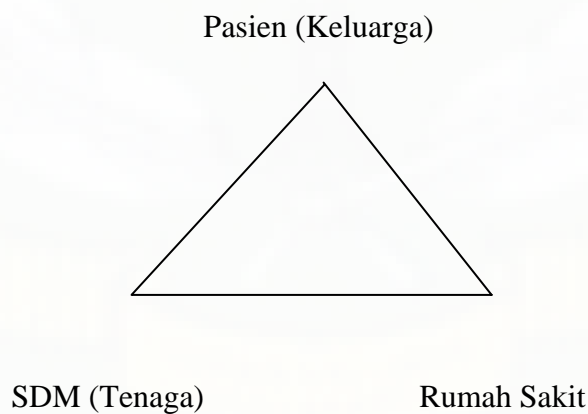
Semakin besar ukuran suatu organisasi semakin cenderung ia menjadi kompleks keadaannya. Kompleksitas ini menyangkut berbagai hal seperti kompleksitas alur informasi, kompleksitas sumber daya manusia yang meliputi jabatan, kedudukan, tugas, hak, wewenang, dan lain sebagainya. Kompleksitas-kompleksitas ini merupakan sumber potensial terjadinya konflik yang berasal dari sumber daya manusia.

¹⁶ Sarmadi Made, *Hubungan Pelayanan*, hlm. 20.

Pada organisasi Rumah Sakit, faktor sumber daya manusia sangat dominant dan berlaku sebagai subyek yang potensial untuk timbulnya konflik yang dapat menimbulkan ketidakpuasan khususnya pada pasien. Di dalam sarana pelayanan kesehatan termasuk Rumah Sakit, konflik dapat timbul antara:

- 1). Tenaga Kesehatan VS Pasien
- 2). Tenaga Kesehatan VS Tenaga Kesehatan
- 3). Instansi Kesehatan VS Pasien
- 4). Instansi Kesehatan VS Tenaga Kesehatan
- 5). Instansi Kesehatan VS Instansi Kesehatan.

Sumber konflik antara Rumah Sakit dan pasien dapat digambarkan dengan skema sebagai berikut:



Model modifikasi konflik segitiga: Pasien, Tenaga Kesehatan, dan Rumah Sakit¹⁷

¹⁷ Lihat Karyadi Wiryo Atmojo, *Masalah Pengorganisasian Dokter Menuju Rumah Sakit Dengan Jati Diri Indonesia*, (Surabaya: RSUD Soetomo, 1995).

Keterangan gambar:

- Rumah Sakit, dalam artian statis yaitu struktur dan sarana prasarana yang dimiliki
- Tenaga Kesehatan, merupakan sumber daya manusianya
- Pasien, dengan segala karakteristiknya yang berbeda-beda.

Di sini dikatakan bahwa Rumah Sakit dan tenaga kesehatan sebagai sumber konflik yang dapat menimbulkan ketidakpuasan pasien.

Pada umumnya ketidakpuasan masyarakat terhadap pelaksanaannya menurut HAS Moenir¹⁸ tertuju pada:

- 1). Adanya dugaan terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan;
- 2). Adanya sikap dan tingkah laku dalam pelaksanaan tugas yang dirasakan tidak sesuai dengan budaya bangsa Indonesia;
- 3). Kurang adanya disiplin petugas terhadap jadwal/waktu yang telah ditentukan;
- 4). Penyelesaian masalah yang berkelanjutan;
- 5). Ada kelalaian dalam penggunaan bahan, tidak sesuai standar;
- 6). Produk pelayanan tidak sesuai standar;
- 7). Aturan dianggap menyakitkan/memberatkan, mengurangi atau mengabaikan hak;
- 8). Tidak ada tanggapan yang layak terhadap keluhan yang disampaikan.

¹⁸ HAS Moenir, *Manajemen Pelayanan Umum*, hlm. 184.

c. Kualitas Sumber Daya Manusia

Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu sumber daya yang paling penting dalam setiap organisasi, karena SDM adalah motor penggerak dari organisasi. Fasilitas yang canggih dan lengkap belum tentu menjamin keberhasilan (efektivitas) suatu organisasi/kebijakan tanpa diimbangi oleh kualifikasi manusia yang akan memanfaatkan fasilitas tersebut.

Pentingnya Sumber Daya Manusia (SDM) dalam suatu organisasi telah diakui oleh para ahli, bahkan Siagian¹⁹ menyebutkan bahwa organisasi yang mau dan rela bekerjasama. Di samping itu, Kristiadi²⁰ mengemukakan bahwa Sumber Daya Manusia merupakan Jabaran kunci dalam mengimplementasikan suatu kebijakan.

Kualitas manusia dalam manajemen pembangunan diarahkan pada beberapa aspek, yaitu :

- 1.) Loyalitas, dedikasi, dan otivasi kerja dalm mengembangkan tugasnya;
- 2.) Kemampuan dan keahlian profesional; dan
- 3.) Sikap mental yang berorientasi pada etos kerja yang tertib, jujur, disiplin, produktif, dan kerja tanpa pamrih.

¹⁹ Siagian, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, (Jakarta: Bumi Aksara, 1991), hlm. 80.

²⁰ Pujasukanto Kristiadi, *Dimensi Praktis Manajemen Pembangunan di Indonesia*, (Jakarta: STIA-LAN Press, 1997), hlm. 90-91.

4. Kualitas (Mutu) Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum

Pelayanan merupakan suatu usaha untuk membantu meringankan (mengurus) apa yang diperlukan oleh orang lain. Pelayanan publik merupakan suatu bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instalasi pemerintah baik di pusat, daerah, BUMN, dan BUMD dalam bentuk barang/jasa dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku (Kepmenpan 81/1993).

HAS Moenir²¹ menyatakan bahwa pelayanan umum juga merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seseorang/sekelompok orang dengan landasan faktor materiil melalui sistem, prosedur, dan metode tertentu dalam rangka usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya. Salah satu bentuk pelayanan umum/pelayanan publik adalah Rumah Sakit Umum yang terbuka untuk umum, artinya untuk siapa saja yang memerlukan sesuai dengan prosedur yang sudah ditentukan.

Adapun tata laksana pelayanan umum di Indonesia, sebagaimana diatur dalam ketentuan di atas, menetapkan beberapa sendi pelayanan yang harus dilaksanakan oleh suatu instansi/ satuan kerja dalam suatu departemen yang bertugas sebagai unit pelayanan umum. Sendi-sendi pelayanan tersebut antara lain adalah kesederhanaan, kejelasan, kepastian, keamanan, efisien, dan keadilan

²¹ HAS Moenir, *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Edisi V, (Jakarta: Bumi Aksara, 2001), hlm. 11 dan 26.

Umumnya kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sangat tergantung pada individunya dan diluar kewenangan dari direksi Rumah Sakit untuk mengaturnya. Riyadi Supriyanto dalam Made²² menyatakan bahwa variabel input dalam mewujudkan kualitas pelayanan kesehatan adalah:

- 1.) Faktor Manusia: Pemberi jasa layanan secara langsung (administrasi dan profesional) dan tidak langsung (pemilik);
- 2.) Faktor Sarana dan Prasarana bangunan dan peralatan rumah sakit;
- 3.) Faktor Manajemen: Prosedur pelayanan yang dipergunakan Rumah Sakit.

Dengan demikian, kualitas pelayanan kesehatan yang baik pada dasarnya adalah apabila pelayanan tersebut tersedia dan terjangkau, tepat kebutuhan, tepat tujuan, tepat sumber dayanya, tepat standar dan profesi, wajar dan aman, memuaskan bagi pasien yang dilayani. Adanya kepuasan, sebagian/sama sekali tidak puas dari pengguna suatu produk jasa sangat dipengaruhi oleh perbedaan yang terjadi antara harapan yang didasarkan pada informasi yang diterima dengan kenyataan yang dialami.

Selain itu, keberhasilan suatu program pelayanan kesehatan di sebuah rumah sakit akan dipengaruhi oleh implementasi kebijakan baik dari kualitas pelaksanaannya (sumber daya manusianya) maupun prosedur

²² Sarmadi Made, *Hubungan Pelayanan Perawat, Dokter, Fasilitas, Medik, Lingkungan Fisik, Bagian Penerimaan Administrasi dan Biaya Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit Bagdi*, Tesis Tidak Diterbitkan, Program Pasca Sarjana Bidang Kajian Administrasi Rumah Sakit, (Jakarta: Universitas Indonesia, 1996), hlm. 18.

pelaksanaanya. Hal ini dipertegas oleh Tjokroamidjojo²³ yang menyatakan bahwa secara umum keberhasilan dari suatu implementasi kebijakan tergantung dari lembaga pelaksanaannya.

Menurut Mustopadidjaja²⁴, untuk mengevaluasi implementasi kebijakan sekurang-kurangnya terdapat 3 (tiga) unsur penting dan mutlak, yaitu:

- 1.) Adanya program (kebijakan yang dilaksanakan);
- 2.) Target grup yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat dari program tersebut, perubahan ataupun peningkatan; dan
- 3.) Unsur pelaksana implementasi baik organisasi/perseorangan yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan dan pengawasan dari proses implementasi tersebut.

Segala aspek perubahan kebijakan memegang peranan penting baik pada tingkat perencanaan (*policy level*), tingkat implementasi (*operational level and organizational level*), maupun tingkat evaluasi (*policy assessment*)²⁵. Dipersempit oleh HAS Moenir²⁶ bahwa suatu manajemen pelayanan umum/publik dapat berhasil dengan baik ditentukan oleh unsur pelaku baik organisasi/badan yang bertanggung jawab, penyelenggara

²³ Bintaro Tjokroamidjojo dan Mustopadidjaja AR, *Kebijakan dan Administrasi Pembangunan*, (Jakarta: LP3ES, 1998), hlm. 53.

²⁴ Mustopadidjaja, *Perkembangan dan Penerapan Studi Kebijaksanaan Dilihat Dalam Kaitan Disiplin dan Sistem Administrasi dan Manajemen*, (Jakarta: LAN RI, 1998), hlm. 1.

²⁵ Sudarsono Hardjo Soekarto, *Perubahan Kelembagaan, Teori Implikasi dan Kebijakan Publik*, Jurnal Ilmu Administrasi dan Organisasi No.I/Vol.I/Maret, Jakarta, 1993, hlm. 4.

²⁶ HAS Moenir, *Manajemen Pelayanan Umum*, hlm. 104.

pelayanan (Sumber Daya Manusia-nya), seluruh pegawai baik kelompok maupun individu.

Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) juga merupakan salah satu sumber daya yang paling penting dalam setiap organisasi, karena SDM adalah motor penggerak dari organisasi. Fasilitas yang canggih dan lengkap belum tentu menjamin keberhasilan (efektivitas) suatu organisasi/kebijakan tanpa diimbangi oleh kualifikasi manusia yang akan memanfaatkan fasilitas tersebut.

Pentingnya Sumber Daya Manusia (SDM) dalam suatu organisasi telah diakui oleh para ahli, bahkan Siagian²⁷ menyebutkan bahwa organisasi yang mau dan rela bekerjasama dengan pihak lain harus memiliki SDM yang baik. Di samping itu, Kristiadi²⁸ mengemukakan bahwa Sumber Daya Manusia merupakan Jabaran kunci dalam mengimplementasikan suatu kebijakan.

Kualitas manusia dalam manajemen pembangunan diarahkan pada beberapa aspek, yaitu :

- 1) Loyalitas, dedikasi, dan otivasi kerja dalm mengembangkan tugasnya;
- 2) Kemampuan dan keahlian profesional; dan
- 3) Sikap mental yang berorientasi pada etos kerja yang tertib, jujur, disiplin, produktif, dan kerja tanpa pamrih.

²⁷ Siagian, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, (Jakarta: Bumi Aksara, 1991), hlm. 80.

²⁸ Pujasukanto Kristiadi, *Dimensi Praktis Manajemen Pembangunan di Indonesia*, (Jakarta: STIA-LAN Press, 1997), hlm. 90-91.

5. Akses Keluarga Miskin Terhadap Rumah Sakit Umum

Konsep kemiskinan bersifat multi dimensional, oleh karena itu cara pandang yang dipergunakan untuk memecahkan persoalan kemiskinan hendaknya juga meliputi beberapa aspek dari kemiskinan. Dilihat dari sisi *poverty profile* masyarakat, menurut Tjokrowinoto²⁹, kemiskinan tidak hanya menyangkut persoalan kesejahteraan (*welfare*) semata; tetapi kemiskinan menyangkut persoalan kerentanan (*vulnerability*), ketidakberdayaan (*powerless*), tertutupnya akses kepada berbagai peluang kerja, menghabiskan sebagian besar penghasilannya untuk kebutuhan konsumsi, angka ketergantungan yang tinggi, termasuk rendahnya akses terhadap segala aspek kehidupan, dan kemiskinan terefleksi dalam budaya kemiskinan yang diwarisi dari satu generasi ke generasi berikutnya.

Rendahnya akses si miskin akan menyebabkan seringnya terjadi konflik baik internal maupun eksternal. Emosional individu (keluarga) miskin yang seringkali merasa terabaikan dan terpinggirkan dari komunitas sosial masyarakat di daerah setempat. Keluarga miskin dianggap "anak tiri" yang tidak mempunyai "hak" dalam menerima dan memberi informasi sosial kepada masyarakat tempat ia tinggal. Ditambahkannya lagi di dalam Sulistiyani³⁰ bahwa Keluarga Miskin juga dibarengi oleh ketidakberdayaan. Keluarga miskin tidak memiliki daya

²⁹ Moeljarto Tjokrowinoto, "Strategi Pengentasan Kemiskinan: Tinjauan Sosial Politik" dalam *Pelatihan Analisis Kebijakan Sosial Angkatan II*, (Yogyakarta: PPK UGM, 1995), hlm. 67.

³⁰ Sulistiyani, *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*, (Yogyakarta: Gava Media, 2004), hlm. 57

atau kemampuan yang cukup. Biasanya tidak berdaya secara ekonomi, pendidikan, politik, sosial maupun kekuasaan.

Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa keluarga miskin memiliki akses yang sangat terbatas dalam segala bidang kehidupan termasuk bidang kesehatan, yang dalam hal ini, pelayanannya dilakukan oleh rumah sakit umum. Akses tidak hanya dalam bentuk partisipasi dalam format kebijakan sebuah peraturan, namun juga meliputi akses layanan kesehatan yang diterima, yang disebabkan oleh birokrasi yang terkesan "memarginalkan" keluarga miskin, dalam hal memberikan pelayanan kesehatan kepada mereka.

H. Metode Penelitian

Metode adalah sebuah rumusan yang terdiri dari sejumlah langkah yang dirangkai dalam urutan-urutan tertentu yang merupakan perangkat aturan yang dapat membantu peneliti dalam mencapai sasaran yang tepat.³¹ Merujuk pada definisi tersebut, untuk mendapatkan kajian yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan juga dalam kacamata penelitian akademis, maka dalam melacak data, menjelaskan dan menyimpulkan obyek pembahasan dalam penulisan ini, penulis mencoba untuk menempuh beberapa metode yang nantinya dapat menghasilkan penelitian yang memiliki bobot penulisan serta analisis yang maksimal. Adapun metode tersebut, antara lain:

³¹ E. Sumaryono, *Hermeneutik, Sebuah Metode Filsafat*, (Yogyakarta: Kanisius, 1996), hlm. 134.

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penulisan skripsi ini adalah penelitian lapangan (*field research*) yaitu penelitian yang dilakukan dengan mencari data melalui survey lapangan dan dilaksanakan dalam kancan dalam kehidupan yang sebenarnya. Penelitian lapangan ini pada hakekatnya merupakan metode untuk menemukan secara spesifik dan realitas apa yang sebenarnya terjadi pada saat di tengah masyarakat. penelitian lapangan itu pada umumnya bertujuan untuk mendeskripsikan, apabila memungkinkan memberikan solusi masalah-masalah praktis dalam kehidupan sehari-hari.³²

Dalam penelitian ini, peneliti ingin mengetahui dan memahami pengaruh kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), prosedur kerja, dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien keluarga miskin (gakin) di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta. Selain itu juga peneliti ingin mengetahui hambatan-hambatan yang ditemui dalam pengembangan mutu dan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), prosedur kerja, dan kualitas pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien keluarga miskin (gakin) di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta.

Lokasi penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta. Penelitian ini mengambil responden para petugas (pegawai) layanan kesehatan bagian administrasi dan keuangan khususnya serta para pasien yang mendapat dispensasi biaya karena termasuk dalam kategori keluarga miskin. Juga tidak menutup kemungkinan informan lain yang dapat

³² Kartini Kartono, *Pengantar Metodologi Riset Sosial*, (Bandung: Alumni, 1986), hlm. 27.

dimintai keterangannya demi kelengkapan informasi yang dapat mendukung penelitian ini.

2. Sifat Penelitian

Penelitian ini bersifat *deskriptif analitik*. Metode deskriptif analitik adalah suatu bentuk metode penelitian yang mengikuti proses pengumpulan data, penulisan dan penjelasan atas data dan setelah itu dilakukan analisis.³³ Dengan kata lain, sumber-sumber datanya dikumpulkan dan dianalisis secara kritis sebelum dituangkan dalam sebuah pemaparan.

3. Populasi dan Sampel

- a. *Populasi*, adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.³⁴ Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah para pasien keluarga miskin ataupun pasien yang mendapat dispensasi khusus karena kekurangannya secara materi dan para karyawan rumah sakit yang berhubungan langsung dengan birokrasi terhadap pasien keluarga miskin. Adapun populasinya berjumlah 30 orang yang bersifat homogen namun akan dibedakan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
- b. *Sampel*, adalah sebagian dari populasi yang karakteristiknya hendak diteliti dan dianggap bisa mewakili keseluruhan populasi (jumlahnya

³³ Winarno Surahmat, *Dasar dan Teknik Riset*, (Bandung: Tarsito, 1998), hlm. 132. Lihat juga Suharsimi Arikunto, *Prosedur Penelitian*, (Jakarta: Rineka Cipta, 1996), hlm. 243.

³⁴ Sugiyono, *Metode Penelitian Bisnis*, (Bandung: Alfabeta, 1999), hlm. 72.

lebih sedikit daripada jumlah populasinya).³⁵ Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah pada empat jenis pelayanan yaitu: Instalasi Gawat Darurat, Rawat Jalan, Rawat Inap, dan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Adapun teknik *sampling* yang penulis gunakan adalah *simple random sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel anggota populasi yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu.³⁶ Dalam hal ini penulis mengambil sampel sebanyak 30 orang pasien dan atau pendamping pasien.

4. Pendekatan Masalah

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini adalah pendekatan *fenomenologi*. Pendekatan ini sesuai dengan latar permasalahan yang akan diteliti. Fenomenologi tidak berasumsi bahwa peneliti mengetahui arti sesuatu bagi orang-orang yang sedang diteliti oleh mereka. Inkuiri fenomenologi dimulai dengan diam yang merupakan tindakan untuk menangkap pengertian sesuatu yang sedang diteliti. Hal yang ditekankan dalam fenomenologi adalah aspek subyek dari perilaku orang. Peneliti berusaha untuk masuk ke dalam dunia konseptual para subyek yang diteliti sedemikian rupa sehingga mereka mengerti apa dan bagaimana suatu pengertian yang dikembangkan oleh mereka sendiri di sekitar peristiwa dalam kehidupan sehari-hari. Menurut pandangan ini, para makhluk hidup tersedia berbagai cara untuk menginterpretasikan pengalaman melalui

³⁵ Subagyo Djarwanto, *Statistik Induk*, (Yogyakarta: BPFE, 1993) hlm. 108.

³⁶ *Ibid*, hlm. 74.

interaksi dengan orang lain dan bahwa pengertian pengalaman manusialah yang membentuk kenyataan³⁷.

5. Teknik Pengumpulan Data

Untuk mendapat data yang valid, relevan dan sesuai yang diharapkan, penulis menggunakan metode-metode sebagai berikut :

a) Metode Observasi

Peneliti mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala subyek yang diselidiki, baik pengamatan itu dilakukan dalam situasi sebenarnya maupun dilakukan dalam situasi buatan khusus diadakan.³⁸ Di sini penulis akan melakukan pengamatan langsung di tempat-tempat pelayanan yang telah disediakan oleh rumah sakit.

b) Metode wawancara (*Interview*)

Metode *interview* adalah suatu bentuk komunikasi verbal atau semacam percakapan yang bertujuan untuk mendapatkan informasi, dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang telah dirumuskan dan berlangsung dalam jangka waktu tertentu.³⁹ Dalam hal ini penulis mengadakan wawancara langsung terhadap pihak-pihak yang terkait di lokasi penelitian, yakni dengan mendatangi pasien atau pendamping pasien yang menurut penulis terkait secara langsung terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

³⁷ Lexy J Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Bandung: Rosyda Karya, 2001), hlm. 9.

³⁸ Winarno Surahmat, *Pengantar Penelitian Ilmiah, Dasar, Metode, Teknik*, (Bandung: Tarsito, 1990), hlm. 162.

³⁹ S. Nasution, *Metode Research (Penelitian Ilmiah)*, (Jakarta: Bumi Aksara, 1996), hlm. 113.

c) Metode Dokumentasi

Dokumentasi ialah setiap bahan tertulis maupun film. Dokumen biasanya dibagi atas dokumen pribadi dan dokumen resmi, dokumen ini sebagai sumber data dapat dimanfaatkan untuk menguji, menafsirkan, bahkan meramalkan⁴⁰.

6. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan sejak awal sampai proses penelitian berlangsung. Dalam penelitian ini digunakan analisis data dengan menggunakan model interaktif, yaitu:

a. Reduksi Data:

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

b. Penyajian Data:

Alur penting yang kedua dari kegiatan analisis data adalah penyajian data. Penyajian data dimaksudkan untuk menampilkan sekumpulan informasi yang tersusun dan memberikan adanya kemungkinan penarikan kesimpulan serta mengambil tindakan. Dengan

⁴⁰ Lexy J Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, hlm. 163.

melihat penyajian data, dapat dipahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan, lebih jauh menganalisa atautkah mengambil tindakan berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian tersebut.

Penyajian data dalam penelitian ini sebagian besar mempergunakan teks naratif, menampilkan tabel dan gambar (bagan) yang semuanya dirancang guna menggabungkan informasi yang tersusun dalam suatu bentuk yang padu dan mudah dipahami. Dengan demikian, peneliti dapat melihat apa yang sedang terjadi dan menarik kesimpulan yang tepat.

c. Menarik Kesimpulan/Verifikasi

Yaitu suatu upaya mencari makna, mencatat keteraturan, pola-pola penyelesaian, konfigurasi yang mungkin, alur sebab akibat serta proposisinya.

Penarikan kesimpulan merupakan suatu bagian dari konfigurasi yang utuh selama penelitian berlangsung, sedangkan verifikasi merupakan kegiatan pemikiran kembali yang melintas dalam pikiran peneliti pada waktu menganalisis data. Sejak awal memasuki lapangan dan selama proses pengumpulan data, peneliti berusaha untuk menganalisis dan mencari makna dari data yang dikumpulkan dengan mencari pola, tema, hubungan persamaan, hal-hal yang sering timbul dan sebagainya yang masih bersifat tentatif. Akan tetapi dengan bertambahnya data secara terus menerus melalui verifikasi, maka akan diperoleh kesimpulan yang bersifat *grounded*. Dengan kata lain, setiap penarikan kesimpulan senantiasa terus dilakukan verifikasi selama penelitian berlangsung.

I. Sistematika Pembahasan

Untuk membahas skripsi ini, penulis memaparkannya dalam 4 (empat) bab dengan asumsi dasar masing-masing memiliki keterkaitan logis antara satu dengan yang lain.

Bab *pertama*, merupakan pendahuluan yang menjelaskan orientasi dan arah yang akan dicapai dalam penelitian ini yang meliputi: penegasan judul, latar belakang masalah, rumusan masalah, telaah pustaka, kerangka teoritik, metode penelitian dan sistematika pembahasan.

Bab *kedua*, membahas tentang gambaran umum Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta mulai dari jenis-jenis pelayanan yang disediakan, fasilitas-fasilitas yang ada sampai dengan ruang lingkup sejarah berdirinya Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta. Hal ini penting dibahas untuk mengetahui sejauhmana kapabilitas Rumah Sakit umum Patmasuri Yogyakarta dalam menyediakan segala sarana dan prasarana untuk menjamin kepuasan pasien khususnya pada pasien keluarga miskin.

Bab *ketiga*, merupakan analisis atas permasalahan penelitian ini, yang akan penulis mulai dengan pembahasan tentang konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin) di Yogyakarta, latar belakang, prinsip-prinsip pelayanan kesehatan, dan Badan Pelaksana Jaminan Kesehatan Sosial (Bapel Jamkesos). Inti dari penelitian ini adalah analisis tentang kualitas sumber daya manusia, prosedur kerja, dan pelayanan kesehatan terhadap kepuasan pasien keluarga miskin di Rumah Sakit Umum Patmasuri Yogyakarta, yang meliputi data umum responden, Sumber Daya Manusia

(SDM), prosedur kerja, pelayanan kesehatan, dan kepuasan pasien. Penulis kemudian akan melengkapinya dengan faktor-faktor penghambat pelaksanaan Program JPK Gakin tersebut.

Bab *keempat*, adalah bab akhir yang berupa kesimpulan dari seluruh uraian yang telah dikemukakan dan merupakan jawaban atas permasalahan yang terkandung dalam skripsi ini, kemudian diakhiri dengan saran-saran dan kata penutup.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari analisis yang penulis lakukan di atas maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Kualitas sumber daya manusia (SDM), prosedur kerja, dan pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien keluarga miskin (gakin) di Rumah Sakit. Secara umum kualitas sumber daya manusia, prosedur kerja dan pelayanan kesehatan yang diberikan sudah sangat baik. Hal ini terlihat pada pernyataan-pernyataan mayoritas responden yang sudah dapat merasakan kepuasan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para petugas di Rumah Sakit Umum Patmasuri, seiring kualitas SDM dengan *skill* yang terampil dan baik, prosedur kerja yang mudah, lancar, dan tidak berbelit-belit, serta kebijakan pelayanan kesehatan yang adil, jelas, dan pasti.
2. Ada beberapa penghambat utama baik teknis administratif maupun pelayanan yang seringkali terjadi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di Rumah Sakit Umum Patmasuri. Masalah-masalah tersebut dapat mengakibatkan ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan atau sebaliknya mempersulit petugas kesehatan untuk mempercepat pengurusan administrasi pelayanan terhadap pasien, misalnya pasien seringkali lupa atau tidak membawa surat rujukan/kartu sehat dari puskesmas tempat ia berobat atau menjalani

perawatan. Kadang-kadang juga sering terjadi surat rujukan/kartu sehat yang digunakan tidak sah (habis masa berlakunya) sehingga pasien tetap membayar biaya perawatannya walaupun hanya setengahnya saja, obat-obatan yang dinilai bagus dan mahal yang berkenaan dengan penyakit pasien harus dibeli sendiri oleh pasien tersebut, bahkan hal-hal kecil pun seperti *washlap* pun harus dibawa/dibeli oleh pasien sendiri.

B. Saran-Saran

1. Segenap jajaran Birokrat Rumah Sakit Umum Patmasuri sebaiknya selalu secara berkala mengevaluasi ulang kebijakan-kebijakan yang ada khususnya di bidang pelayanan kesehatan masyarakat, terutama dalam penanganan pasien dari keluarga miskin sehingga kualitas pelayanan dapat lebih ditingkatkan.
2. Perlu adanya kebijakan dan perencanaan pengembangan program yang lebih tepat. Salah satunya dengan mensosialisasikan dan memberikan pemahaman yang baik terhadap keluarga miskin akan arti hidup sederhana dan sehat. Tidak berarti orang miskin harus identik dengan penyakit, namun sebaliknya dapat hidup sehat dengan keterbatasan yang ada, terutama lingkungan sekitarnya.
3. Perlu adanya usaha peningkatan sosialisasi peran dan kesadaran pasien keluarga miskin dalam usaha melancarkan birokrasi dan prosedur kerja program JPK Gakin yang dapat memberikan kemudahan bagi semua pihak.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi, *Prosedur Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta, 1996
- Djarwanto, Subagyo, *Statistik Induk*, Yogyakarta: BPFE, 1993
- Effendi, Onong Uchyana, *Psikologi Manajemen dan Administrasi*, CV Mandar Maju, Bandung, 1989
- Jacobalis, S., *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)*, Jakarta: PERSI & PT Citrawindo Satria, 1989
- Kartono, Kartini, *Pengantar Metodologi Riset Sosial*, Bandung: Alumni, 1986
- Karyadi Wiryo Atmojo, *Masalah Pengorganisasian Dokter Menuju Rumah Sakit Dengan Jati Diri Indonesia*, RSUD Soetomo, Surabaya, 1995
- Kristiadi, Pujasukanto, JB, *Dimensi Praktis Manajemen Pembangunan di Indonesia*, Jakarta: STIA-LAN Press, 1997
- Made, Sarmadi, *Hubungan Pelayanan Perawat, Dokter, Fasilitas, Medik, Lingkungan Fisik, Bagian Penerimaan Administrasi dan Biaya Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit Bagdi*, Tesis Tidak Diterbitkan, Program Pasca Sarjana Bidang Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia, Jakarta, 1996
- Moleong, Lexy J, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Rosyda Karya, 2001
- Moenir, HAS, *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Edisi V, Jakarta: Bumi Aksara, 2001
- Mustopadidjaja, *Perkembangan dan Penerapan Studi Kebijaksanaan Dilihat Dalam Kaitan Disiplin dan Sistem Administrasi dan Manajemen*, Jakarta: LAN RI, 1998
- Nasution, S., *Metode Research (Penelitian Ilmiah)*, Jakarta: Bumi Aksara, 1996

- Thomas R Dye, *Understanding Public Policy*, New Jersey: Prentice Hall Inc, 1978
- Sadu, W, *Kapita Selektta Manajemen Pemerintahan*, Penerbit Alqaprint, Bandung, 2001
- Siagian, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Bumi Aksara, 1991
- Soekarto, Sudarsono Hardjo, *Perubahan Kelembagaan, Teori Implikasi dan Kebijakan Publik*, Jurnal Ilmu Administrasi dan Organisasi No.I/Vol.I/Maret, Jakarta, 1993
- Sugiyono, *Metode Penelitian Bisnis*, Bandung: Alfabeta, 1999
- Sulistiyani, Ambar Teguh, *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*, Yogyakarta: Gava Media, 2004
- Surahmat, Winarno, *Pengantar Penelitian Ilmiah, Dasar, Metode, Teknik*, Bandung: Tarsito, 1990
- _____, *Dasar dan Teknik Riset*, Bandung: Tarsito, 1998
- Tjokroamidjojo, Bintaro, dan AR, Mustopadidjaja, *Kebijakan dan Administrasi Pembangunan*, Jakarta: LP3ES, 1998
- Tjokrowinoto, Moeljarto, "Strategi Pengentasan Kemiskinan: Tinjauan Sosial Politik", dalam *Pelatihan Analisis Kebijakan Sosial Angkatan II*, PPK UGM, Yogyakarta, 1995
- Wahab, Solichin Abdul, *Analisis Kebijakan Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijakan Negara*, Bumi Aksara, Jakarta, 1997

Karya Ilmiah

- Asy'ari, "Pandangan Masyarakat Miskin Demangan Gondokusuman (Studi Atas Pelaksanaan Proyek Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan (P2KP)", skripsi tidak diterbitkan, Fakultas Dakwah, Yogyakarta: UIN SUKA, 2005

Nur'aini, Habibah, "Strategi Puskesmas Masaran II Sragen Dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Miskin", skripsi tidak diterbitkan, Fakultas Dakwah, Yogyakarta: UIN SUKA, 2008

Wahyudi, Asep, "Kemiskinan dan perilaku Keagamaan (Studi Keluarga Miskin Kelurahan Ciledak Timur Kecamatan Bogor Barat Jawa Barat)", skripsi tidak diterbitkan, Fakultas Ushuluddin, Yogyakarta: UIN SUKA, 2005

Peraturan Perundang-Undangan

Undang–Undang No.23 Tahun 1992 tentang *Kesehatan*

Undang–Undang No.29 Tahun 2004 tentang *Praktek Kedokteran*

Peraturan Pemerintah No.32 Tahun 1996 tentang *Tenaga Kesehatan*

LAMPIRAN I

INTERVIEW GUIDE

Identitas Responden

Nama :
Umur :
Pendidikan :
Agama :
Pekerjaan/Jabatan :
Tempat Pemeriksaan :

1. Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit Umum Patmasuri Dalam Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin (Gakin)

- 1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Tulus
 - b. Kurang Tulus
 - c. Tidak Tulus
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Penuh Pengabdian
 - b. Kurang Pengabdian
 - c. Tidak Ada Pengabdian Sama Sekali (Pamrih)
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Penuh Semangat
 - b. Kurang Semangat
 - c. Tidak Semangat
- 4) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Terampil
 - b. Kurang Terampil
 - c. Tidak terampil
- 5) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Cepat
 - b. Kurang Cepat
 - c. Tidak Cepat

- 6) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Tepat
 - b. Kurang tepat
 - c. Tidak tepat
- 7) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Jujur
 - b. Kurang Jujur
 - c. Tidak Jujur
- 8) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Disiplin
 - b. Kurang Disiplin
 - c. Tidak Disiplin
- 9) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Bertanggung jawab
 - b. Kurang Bertanggung jawab
 - c. Tidak Bertanggung jawab

2. Prosedur Kerja / Tata Kerja Rumah Sakit

- 1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan prosedur kerja dan administrasi dengan:
 - a. Jelas
 - b. Kurang Jelas
 - c. Tidak Jelas
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan prosedur kerja dan administrasi:
 - a. Pasti
 - b. Kurang Pasti
 - c. Tidak Pasti
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan prosedur kerja dan administrasi dengan:
 - a. Sesuai Aturan
 - b. Kurang Sesuai
 - c. Tidak Sesuai
- 4) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas bersedia mematuhi segala aturan:
 - a. Bersedia
 - b. Kurang Bersedia
 - c. Tidak Bersedia
- 5) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan tugasnya dengan:
 - a. Baik
 - b. Kurang Baik

- c. Tidak Baik

3. Pelayanan Kesehatan

- 1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas memberikan kemudahan prosedur kerja dan administrasi:
 - a. Mudah
 - b. Kurang Mudah
 - c. Tidak Jelas
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas secara sederhana (tidak berbelit-belit) melaksanakan prosedur kerja dan administrasi:
 - a. Sederhana
 - b. Kurang Sederhana
 - c. Tidak Sederhana
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan prosedur kerja dan administrasi dengan memberikan jaminan keamanan dan kepastian hukum:
 - a. Aman dan Pasti
 - b. Kurang Aman dan Kurang Pasti
 - c. Tidak Aman dan Tidak Pasti
- 4) Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas melaksanakan prosedur kerja dan administrasi dengan:
 - a. Adil
 - b. Kurang Adil
 - c. Tidak Adil

4. Kepuasan Pasien

- 1) Dalam menerima pelayanan kesehatan, pasien merasakan kepuasan:
 - a. Puas
 - b. Kurang Puas
 - c. Tidak Puas
- 2) Dalam menerima pelayanan kesehatan, pasien merasakan sesuai dengan tuntutan dan harapan:
 - a. Sesuai
 - b. Kurang Sesuai
 - c. Tidak Sesuai
- 3) Dalam menerima pelayanan kesehatan, pasien merasakan puas dengan kecepatan dan ketepatan para petugas:
 - a. Puas
 - b. Kurang Puas
 - c. Tidak Puas

LAMPIRAN II

CURRICULUM VITAE

Data Pribadi:

Nama : Ulfah Aprilia Susanti
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal lahir : Jepara, 9 April 1987
Alamat Yogyakarta : Jln. Godean Km. 4,5 Patran RT.04 RW.01 Banyuraden
Gamping Sleman Yogyakarta
Nama Ayah : Imam Kastari AAAIJ
Nama Ibu : Sri Budiani
Alamat : Jln. Godean Km. 4,5 Patran RT.04 RW.01 Banyuraden
Gamping Sleman Yogyakarta

Riwayat Pendidikan

Formal

1. SDN Guwo I Tlogowungu, Pati Jawa Tengah (Tahun 1999).
2. SLTP Muhammadiyah 2 Gamping Sleman Yogyakarta (Tahun 1999-2002).
3. MAN Godean Sleman Yogyakarta (Tahun 2002-2005).
4. Fakultas Dakwah UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta (Tahun 2005-2009).

Non Formal

Program Akta IV PAI FAI Universitas Muhammadiyah Yogyakarta UMY (2008-2009).

Pengalaman Organisasi

- Training Da'i BOM F Dakwah-ORBIT, Sebagai Peserta, 2006.
- Konferensi Muslimah Nasional (KMN), Sebagai Panitia, 2008.
- Training English and Arabic Club, Sebagai Panitia, 2009.