

KUALITAS PELAYANAN APARATUR RSUD KOTA MOJOKERTO, KABUPATEN PASURUAN DAN KABUPATEN KEDIRI TERHADAP MASYARAKAT MISKIN

QUALITY OF HOSPITAL APPARATUS IN MOJOKERTO CITY, DISTRICT PASURUAN AND DISTRICT KEDIRI ON THE POOR

Irtanto

Badan Penelitian Dan Pengembangan Provinsi Jawa Timur Indonesia
Jalan Gayung Kebonsari No. 56 Surabaya, telp 031-8290719

Email: Irtanto@rocketmail.com

Diterima: 13 Oktober 2013; direvisi: 22 Oktober 2013; disetujui: 18 November 2013

Abstrak

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dan kualitatif, yang bertujuan (1) mengetahui penilaian pasien miskin terhadap kualitas pelayanan aparatur kesehatan yang dilakukan RSUD; (2) mengetahui analisa celah (gap analysis) dan alternatif penyelesaian masalah kondisi kualitas pelayanan kesehatan masyarakat miskin di RSUD Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Kediri dan Kota Mojokerto. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan aparatur RSUD ketiga daerah penelitian rata-rata mempunyai kinerja pelayanan sangat baik, dengan IKM sebesar 3,3 atau nilai interval IKM 82,50 dengan mutu pelayanan A, sangat baik. Namun demikian masih ada kesenjangan antara penilaian aparatur maupun pasien miskin yaitu berupa masih ada kekurangan dan kendala pelayanan yang kemudian akan diambil berbagai kebijakan sebagai langkah perbaikan terhadap program, sistem administrasi, prosedur pelayanan, SDM aparatur maupun sarana dan prasarana.

Kata kunci: kualitas pelayanan, masyarakat miskin, kualitas SDM, informasi pelayanan.

Abstract

This research uses quantitative and qualitative descriptive approach, which aims to (1) determine the assessment of the patient's poor quality of health services apparatus who conducted RSUD (the Regional Public Hospital), (2) to know the gap analysis and alternative problem solving of condition of the poor health services quality in RSUD of District of Pasuruan, District of Kediri and Mojokerto City. The results showed that the services quality of RSUD apparatus on third area of study have an average service performance is excellent, with the IKM (Community Health Index) of 3.3 or 82.50 IKM interval value with quality of service A, very good. However, there is still a gap between apparatus and poor patient assessment is still no shortage of services and constraints. From here then will take up many policies, as a measure to enhance the program, system administration, procedures of service, human resources of apparatus, facilities and infrastructures also.

Keywords: quality of services, the poor, the quality of human resources, information of services.

PENDAHULUAN

Pemberian jaminan kesehatan bagi warga masyarakat Indonesia merupakan salah satu bagian dari jaminan sosial yang diselenggarakan pemerintah dalam kerangka pemenuhan hak asasi setiap warga negara. Hal tersebut telah diatur didalam Undang-Undang Dasar 1945 pada Pasal 28 H ayat (3) dan secara khusus pada ayat 2 menegaskan bahwa 'negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai martabat kemanusiaan'.

Selanjutnya melalui program jaminan kesehatan bagi masyarakat, maka diharapkan terdapat perubahan kondisi makro peningkatan perbaikan indikator tingkat kesehatan masyarakat di diberbagai daerah. Gambaran kondisi makro ini diharapkan terjadi pula diberbagai strata masyarakat,

diantaranya termasuk 5,1 juta jiwa masyarakat miskin Jawa Timur (Jawa Pos, 30 Juni 2011). Pada sisi lain, meskipun pada tataran makro telah terjadi perubahan peningkatan kuantitas pelayanan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin Jawa Timur, akan tetapi persoalan kesehatan masyarakat miskin di berbagai daerah di Jawa Timur, sepertinya tidak kunjung berkurang. Hal ini dapat diketahui dari berbagai upaya yang dilakukan pemerintah dalam penanggulangan persoalan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Fenomena ditemukannya berbagai kasus tidak terlayannya jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin, khususnya bagi pasien masyarakat miskin non kuota atau pasien masyarakat miskin SKTM (Surat Keterangan Miskin), menjadi pemberitaan media elektronik maupun media cetak di berbagai daerah. Terdapat banyak latar belakang yang menjadi alasan penyebab tidak tertanganinya

pelayanan kesehatan, baik yang bersifat medis maupun non medis, seperti halnya: keterbatasan APBD dalam membiayai pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, prosedur administrasi rumah sakit, keterbatasan obat, keterbatasan SDM tenaga medis, prasarana fisik rumah sakit dan lain-lain (Trisnantoro, 2005:47)

Selanjutnya, pertimbangan penting yang tidak boleh dilupakan bahwa salah satu fungsi utama pemerintah adalah melayani masyarakat. Pemberian pelayanan kesehatan bagi warga masyarakat miskin, akan terasa memiliki urgensi tinggi ketika lembaga pelayanan publik yang memiliki kewenangan misi publik menjadi benteng harapan terakhir bagi masyarakat miskin dalam memberikan perlindungan kesehatannya. Ditengah-tengah keterbatasan sumberdaya daerah, serta gencarnya tuntutan perbaikan birokrasi pelayanan publik dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi warganya, terutama orang-orang miskin. Maka akan menjadi tantangan bagi pemerintah daerah dalam melakukan upaya yang lebih serius dalam menangani persoalan pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

Dari berbagai kondisi RSUD yang belum kondusif terkait pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin, baik bersifat medis maupun non medis, maka akan memberikan pengalaman tersendiri yang tidak menyenangkan bagi pasien miskin selama menjalani proses pengobatan pada suatu rumah sakit. Kondisi ini menjadi sinyal, bahwa pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang dilakukan RSUD di berbagai daerah di Jawa Timur, masih belum dapat memenuhi kualitas yang diharapkan. Berbagai keluhan masyarakat yang disampaikan melalui media massa, dapat memunculkan citra kurang baik terhadap aparat pelayanan kesehatan.

Terkait persoalan respon masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan, maka dapat dipahami bahwa penilaian terhadap baik atau buruknya pelayanan kesehatan cenderung ditentukan oleh persepsi, baik secara obyektif maupun subyektif oleh pengguna layanan (Yami, 2004: 25). Hal ini dapat diketahui dari hasil penilaian indek kepuasan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan publik yang dilakukan pihak pemerintah. Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor:KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah, dinyatakan bahwa: (1) Pelayanan kepada masyarakat perlu terus ditingkatkan, sehingga mencapai kualitas yang diharapkan; (2) Untuk mengetahui kinerja pelayanan aparat pemerintah kepada masyarakat, perlu dilakukan penilaian atas pendapat masyarakat terhadap pelayanan, melalui penyusunan indeks kepuasan masyarakat; (3) Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS),

salah satu kegiatan dalam upaya peningkatan pelayanan publik adalah menyusun Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sebagai tolok ukur terhadap optimalisasi kinerja pelayanan publik oleh aparat pemerintah kepada masyarakat.

Oleh karena itu tujuan dari penelitian ini adalah; 1). Mengetahui kualitas pelayanan aparat kesehatan yang dilakukan RSUD Kota Mojokerto, Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Kediri. 2). Mengetahui analisa celah (gap analysis) dan alternatif penyelesaian masalah kondisi kualitas pelayanan kesehatan masyarakat miskin pada RSUD.

Secara teoritis bahwa persepsi konsumen merupakan penilaian subyektif terhadap pelayanan yang diperolehnya. Pendapat ini menjelaskan bahwa persepsi pengguna layanan ditentukan oleh penilaian subyektif terhadap pelayanan yang diterimanya. Penilaian tersebut sangat dipengaruhi oleh pengalaman yang dialami konsumen ketika mengakses pelayanan. Apabila pelayanan yang diterima sesuai dengan harapan, maka pelayanan tersebut dapat dikatakan baik, sedangkan apabila tidak sesuai dengan harapan mereka, maka pelayanan tersebut dapat dikatakan kurang atau bahkan tidak baik (Yami, 2004: 25).

Kepmenpan No. 63 th. 2004 (Ratminto dan Winarsih, 2006: 21-24) bahwa standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi: a. Prosedur pelayanan. Prosedur pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan; b. Waktu penyelesaian. Yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan; c. Biaya pelayanan. Biaya/tarif pelayanan termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan; d. Produk pelayanan. Hasil pelayanan yang diterima sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan; e. Sarana dan prasarana. Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggaraan pelayanan publik; f. Kompetensi petugas pemberi pelayanan. Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, ketrampilan, sikap, perilaku yang dibutuhkan.

Secara umum pelayanan publik diartikan sebagai pemberi layanan atau yang melayani keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang ditetapkan. (Kurniawan dalam Sinambela, 2006: 5). Menurut Kepmen No. 63/KEP/M.PAN/7/2003, pelayanan publik adalah: "Segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah dalam bentuk barang dan jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan."

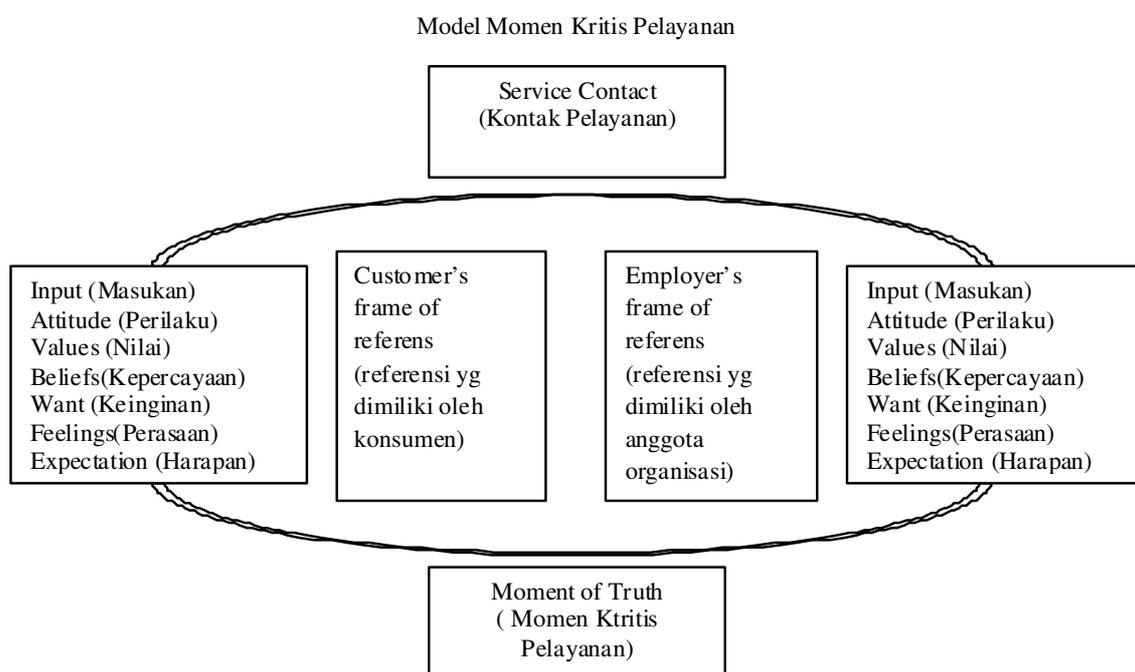
Dengan demikian pelayanan publik adalah pemenuhan keinginan dan kebutuhan masyarakat

oleh penyelenggara negara. Negara didirikan oleh publik (masyarakat) dengan tujuan agar dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Negara dalam hal ini pemerintah (birokrat) haruslah dapat memenuhi kebutuhan masyarakat (Sinambela, 2006:5) Lebih lanjut ditegaskan dalam pendapat Ratminto dan Winarsih (2005:5), bahwa pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat dan di daerah.

Salah satu faktor yang harus ada agar penyelenggaraan pelayanan publik berkualitas adalah adanya faktor sistem pelayanan yang berorientasi

mengelola momen kritis pelayanan tersebut secara baik.

Demikian halnya didalam mengelola momen kritis hendaknya dilakukan secara hati-hati berdasarkan kondisi kejadian sesungguhnya, sehingga hasil dari pengelolaan dari momen kritis akan menjawab kondisi persoalan perbaikan pelayanan publik yang diinginkan. Selanjutnya ditegaskan bahwa harus ada kesesuaian atau kompatibilitas antara tiga faktor dalam pengelolaan moment of truth, yaitu: a. Kontek pelayanan; b. Referensi yang dimiliki konsumen; c. Referensi yang dimiliki anggota organisasi penyelenggara pelayanan. Kesesuaian antara tiga faktor tersebut dapat dilihat dalam model Momen Kritis Pelayanan, diketahui berikut:



Sumber: Albert dan Bradford (dalam Ratminto dan Winarsih, 2005)

Gambar 1. The Moment of Truth Model.

kepada kepentingan pelanggan atau pengguna jasa (Ratminto dan Winarsih, 2005). Hal tersebut tertuang didalam konsep pokok penyelenggaraan manajemen pelayanan yang diantaranya menyertakan, seperti: moment kritis pelayanan; lingkaran pelayanan; model segitiga pelayanan dan gap model.

Momen kritis pelayanan (*moment of truth*) menjadi satu konsep yang sangat penting dalam manajemen pelayanan. Albert dan Bradford (dalam Ratminto dan Winarsih, 2005) mendefinisikan momen kritis pelayanan sebagai kontak yang terjadi antara konsumen dengan setiap aspek organisasi yang akan membentuk opini konsumen tentang kualitas pelayanan yang diberikan oleh organisasi tersebut. Untuk menciptakan pelayanan yang baik, setiap organisasi harus mengidentifikasi dan

Pelayanan yang baik dan memuaskan masyarakat adalah: 1) adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat dalam arti tanpa hambatan yang kadang-kadang sengaja dibuat-buat oleh pemberi pelayanan; 2) mendapatkan pelayanan secara wajar tanpa gerutu, sindirian atau untaian kata lain semacam itu yang nadanya mengarah pada permintaan sesuatu, baik dengan alasan untuk dinas ataupun untuk kesejahteraan; 3) mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan dalam kepentingan yang sama, tertib dan tidak pilih kasih; 4) pelayanan yang jujur dan terus terang, artinya apabila ada hambatan karena suatu masalah yang tidak dapat dielakkan hendaknya diberitahukan, sehingga orang tidak menunggu sesuatu yang tidak menentu (Moenir, 2001:41). Kemudian Day (dalam Tangkilisan,

2005:212) menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja actual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Menurut Hill (dalam Tangkilisan, 2005:215) kualitas jasa adalah persepsi pelanggan mengenai superioritas jasa yang merupakan akumulasi kepuasan bagi banyak pelanggan atas banyak pengalaman jasa. Penyedia jasa yang berkualitas adalah penyedia yang mampu terus-menerus menyediakan pengalaman jasa yang memuaskan selama periode waktu yang lama.

Ada beberapa dimensi pokok yang berkaitan dengan kualitas jasa, menurut Parasuraman et al (dalam Tangkilisan, 2005:216) sebagai berikut: 1). Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, penampilan personel, dan sarana komunikasi; 2). Keandalan (*reliability*) yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan; 3). Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan untuk memberikan pelayanan dengan tanggap; 4). Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki oleh staf; 5). Empati, meliputi kemudahan dalam hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Dalam kondisi masyarakat yang demokratis, pemerintah harus dapat memberikan pelayanan publik yang lebih profesional, efektif, efisien, sederhana, transparan, terbuka, tepat waktu, responsif dan adaptif sekaligus dapat membangun kualitas manusia dalam arti meningkatkan kapasitas individu dan masyarakat untuk secara aktif menentukan masa depannya sendiri (Effendi dalam Widodo, 2002:270). Pelayanan publik yang profesional harus memiliki ciri-ciri akuntabilitas dan responsibilitas dari pemberi layanan. Pelayanan publik yang transparan mengandung arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai: (a) prosedur/tata cara pelayanan, (b) persyaratan pelayanan baik persyaratan teknis maupun persyaratan administratif, (c) unit kerja atau pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan, (d) rincian biaya tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya mudah dan gampang dimengerti, (e) jadwal waktu penyelesaian pelayanan pasti. Keterbukaan mengandung arti bahwa prosedur/tata cara, persyaratan, satuan kerja/pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian, rincian waktu dan tarif serta hal-hal lain yang berkaitan dengan proses pelayanan wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami oleh masyarakat (wajib pajak/wajib bayar) baik diminta maupun tidak diminta (Widodo, 2002:270-271).

Kriteria kualitas pelayanan publik yang lebih detail dikemukakan oleh Zeithaml dalam Widodo (2002:272) terdiri dari: 1. *Tangible*, kondisi fisik

sebagai penunjang/pendukung pelayanan. 2. *Reliable*, kemampuan menyediakan layanan yang tepat dan dapat diandalkan. 3. *Responsiveness*, tanggungjawab aparat penyedia pelayanan terhadap kualitas pelayanannya. 4. *Competence*, kemampuan aparat sesuai dengan pengetahuan, pengalaman, keahlian, dan ketrampilannya. 5. *Courtesy*, daya tangkap dan sikap aparat yang baik sehingga memenuhi kepuasan pelanggan. 6. *Credibility*, sikap jujur dan dapat dipercaya. 7. *Security*, adanya jaminan rasa aman bebas dari resiko. 8. *Accessibility*, kemudahan untuk memperoleh layanan dengan adil, tidak memihak. 9. *Communication*, kemampuan memahami, mendengarkan dan menyampaikan pesan/informasi tentang pelayanan dengan baik. 10. *Understanding the customer*, berusaha untuk selalu memahami kebutuhan konsumen/pengguna jasa.

Setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan publik diterapkan berdasarkan prinsi-prinsip pelayanan publik. Didalam Keputusan MENPAN No. 63 th 2003 dijelaskan bahwa untuk menyelenggarakan pelayanan publik yang baik, harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

- a. Kesederhanaan, prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
- b. Kejelasan persyaratan teknis dan administrative pelayanan publik unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik.
- c. Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran
- d. Kepastian waktu, pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan
- e. Akurasi, produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat dan sah
- f. Keamanan, proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.
- g. Tanggung jawab, pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik.
- h. Kelengkapan sarana dan prasarana, tersedianya sarana dan prasarana kerja yang memadai
- i. Kemudahan akses. Tempat dan lokasi, serta sarana pelayanan yang memadai mudah dijangkau oleh masyarakat dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika.
- j. Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan, pemberi pelayanan harus disiplin, sopan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.

- k. Kenyamanan. Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, bersih, rapi, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lain-lain. Penyelenggaraan pelayanan publik perlu memperhatikan prinsip, standar, dan pola penyediaan pelayanan bagi penyandang cacat, lanjut usia, wanita hamil dan balita dan mengupayakan tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan. Memberikan akses khusus berupa kemudahan pelayanan bagi penyandang cacat, lanjut usia, wanita hamil dan balita.

METODE PENELITIAN

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dan kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Mojokerto, RSUD Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Kediri. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dari masyarakat miskin di rumah sakit RSUD Kota Mojokerto, RSUD Kabupaten Pasuruan, dan RSUD Kabupaten Kediri. Sedangkan metode pengambilan sampel menggunakan metode sampling purposive dengan kriteria tertentu pada sampel terpilih adalah keluarga miskin yang memperoleh fasilitas pelayanan kesehatan melalui dana Jamkesmas maupun pasien keluarga miskin non kuota diluar program Jamkesmas. Jumlah sampel penelitian yang diambil dari IRNA (Instalasi Rawat Inap) maupun rawat jalan, dilakukan berdasar kuota. Dari masing-masing RSUD pasien yang dijadikan sampel diambil sebanyak 42 responden, jadi jumlah sampel sebanyak 126 responden. Sedangkan dari pihak RSUD yang dijadikan sampel meliputi: anggota komite medik, petugas medis maupun non medis RSUD setiap ruangan diambil berdasarkan kuota masing sebesar 5 orang.

Tabel 1. Sample Responden dan Sumber Informan dalam Penelitian

Lokasi	Sampel Responden Ruang IRNA & Rawat Jalan	Sumber informan: Komite Etik, Petugas Medis & Non Medis
RSUD Kota Mojokerto	42	15
RSUD Kabupaten Pasuruan	42	15
RSUD Kabupaten Kediri	42	15
Jumlah	126	45

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara menyebar pertanyaan (quisioner) maupun interview secara terbuka kepada sumber informasi meliputi: pasien masyarakat miskin RSUD yang mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan maupun

pasien miskin non kuota, para petugas medis non medis RSUD. Disamping itu juga dilakukan diskusi kelompok terfokus (FGD) dengan berbagai informan yang terdiri atas para anggota komite medis RSUD. Metode pengumpulan data dilakukan dengan menerapkan teknik triangulasi (memakai berbagai metode sekaligus) untuk dapat memperoleh informasi yang memadai melalui cek silang. Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data adalah: kuesioner, wawancara langsung, dan observasi.

Metode analisis kebijakan publik yang dipakai dalam penelitian ini adalah metode dekriptif dan yang dianalisis adalah pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin oleh RSUD Kabupaten Kediri, RSUD Kabupaten Pasuruan dan RSUD Kota Mojokerto.

Langkah-langkah dalam analisis kuantitatif deskriptif dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: Data yang terkumpul disusun dalam bentuk tabulasi. Kemudian dilakukan analisis deskriptif untuk mengetahui gambaran kualitas pelayanan kesehatan, dengan menggunakan beberapa pendekatan seperti metode analisis tabulasi silang (*crostabulation*). Sedangkan Indeks penilaian Masyarakat miskin pengguna jasa RSUD terhadap Kualitas pelayanan kesehatan masyarakat miskin di masing-masing rumah sakit yang dibagi kedalam aspek: *sarana dan prasarana, sistem dan prosedur, dan kualitas aparatur pelayanan kesehatan*, serta dihitung pula IKM secara keseluruhan

Unsur yang dihitung pada IKM ini dikembangkan dari unsur IKM pada Kep MenPan ini dari 14 unsur menjadi 27 unsur dengan tujuan agar lebih operasional. Sedangkan penetapan skoringnya menggunakan skala 4, sesuai pedoman umum penyusunan IKM unit instansi pemerintah (Lampiran Kep MenPan nomor 25/M.PAN/ 2/2004 tahun 2004), misalnya terhadap unsur prosedur pelayanan adalah:

- Nilai 1 untuk jawaban *tidak mudah*, apabila pelaksanaan prosedur pelayanan tidak sederhana, alurnya tidak mudah, loket terlalu banyak, sehingga prosesnya tidak efektif.
- Nilai 2 untuk jawaban *kurang mudah*, apabila pelaksanaan prosedur pelayanan masih belum mudah, sehingga prosesnya belum efektif.
- Nilai 3 untuk jawaban *mudah*, apabila pelaksanaan prosedur pelayanan dirasa mudah, sederhana, tidak berbelit-belit tetapi masih perlu diefektifkan.
- Nilai 4 untuk jawaban *sangat mudah*, apabila pelaksanaan prosedur pelayanan dirasa sangat mudah, sangat sederhana, sehingga prosesnya mudah dan efektif.

Nilai untuk masing-masing unsur merupakan nilai rata-rata yang didapat dengan menjumlahkan perkalian masing-masing nilai persepsi dengan frekuensi jawaban responden, dibagi total frekuensi. Nilai untuk masing-masing variabel didapat dengan menjumlahkan seluruh nilai unsur yang tergabung

pada variabel tersebut dibagi dengan jumlah unsur yang tergabung dalam variabel tersebut. Nilai IKM adalah penjumlahan nilai variabel dibagi jumlah variabel (nilai rata-rata). Sedangkan nilai konversi adalah nilai unsur variabel atau nilai IKM dikalikan 25.

Adapun rumus untuk masing-masing nilai adalah sebagai berikut:

- Nilai unsur =
$$\frac{((1*f)+(2*f)+(3*f)+(4*f))}{\sum f}$$

dimana f adalah frekuensi jawaban responden untuk yang bernilai persepsi 1 maupun 2, 3, dan 4, sedangkan $\sum f$ adalah jumlah responden.

- Nilai (IKM, variabel (X1,2,3)) =
$$\frac{\sum \text{Nilai unsur}}{\sum \text{unsur}}$$

- Nilai konversi = Nilai (unsur, variabel, IKM)*25

Dengan demikian maka untuk memberikan interpretasi pendapat responden dari pasien masyarakat miskin dalam menerima pelayanan kesehatan di masing-masing rumah sakit, maka dari nilai unsur variabel yang disusun kedalam IKM (Indek Kepuasan Masyarakat) terhadap pelayanan kesehatan Masyarakat Miskin, diketahui berikut:

Tabel 2. Interpretasi terhadap nilai unsur, nilai variabel maupun nilai IKM.

Nilai Persepsi	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Mutu Pelayanan	Interpretasi
1	1,00 – 1,75	25,00 – 43,75	D	Tidak baik
2	1,76 – 2,50	43,76 – 62,50	C	Kurang baik
3	2,51 – 3,25	62,51 – 81,25	B	Baik
4	3,26 – 4,00	81,26 – 100,00	A	Sangat baik

Sedangkan untuk melakukan analisa terhadap data yang bersifat kualitatif maka dilakukan interpretasi diskripsi indepth interview. Untuk mengetahui perbedaan penilaian antara penilaian kualitas pelayanan kesehatan antara pasien Maskin dengan pihak pejabat/petugas rumah sakit maka akan dilakukan analisa celah atau gap analysis antara latar belakang penilaian pihak pasien Maskin dengan pihak pejabat/petugas rumah sakit. Dari hasil analisa celah akan dilakukan alternatif pilihan penyelesaian masalah.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin

Kondisi kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin di RSUD Kota Mojokerto, Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Kediri dapat diketahui dari hasil analisa penilaian terhadap 3 (tiga) unsur yang meliputi: sarana dan

prasarana rumah sakit, sistem administrasi, prosedur pelayanan rumah sakit, SDM RSUD.

1. Sarana Prasarana Rumah Sakit

Sarana dan prasarana RSUD Kota Mojokerto dilihat dari jangkauan kemudahan ke RS sangat mudah di jangkau (3,45). Sedangkan kondisi sarana dan prasarana ke RSUD Kabupaten Pasuruan responden menilainya mudah dijangkau (3,07), demikian pula pasien masyarakat miskin menilai RSUD Kabupaten Kediri mudah dijangkau (3,09). Di RSUD Kota Mojokerto responden merasakan tidak ada hambatan sama sekali dalam berobat karena transportasi ke RSUD sangat mudah (3,43). Agak berbeda dengan apa yang terjadi di RSUD Kabupaten Pasuruan mereka memandang tidak ada hambatan untuk ke RSUD (3,00), demikian pula dengan mereka yang berobat ke RSUD Kabupaten Kediri, mereka merasakan tidak ada hambatan untuk berobat ke RSUD (3,02), sebab mereka merasakan adanya kemudahan transportasi baik itu transportasi umum maupun milik pribadi.

Dari sisi kenyamanan suasana lingkungan di Rumah sakit di Kota Mojokerto dirasakan oleh pasien masih kurang baik (1,89). Hal ini disebabkan karena sempitnya ruang tunggu terutama ruang tunggu tempat pendaftaran pasien yang bercampur dengan tempat parkir kendaraan roda dua. Namun jauh berbeda dengan suasana nyaman lingkungan di RSUD Kabupaten Pasuruan maupun RSUD Kabupaten Kediri. Di RSUD Kabupaten Pasuruan lingkungannya dirasakan sangat nyaman sekali (3,83) demikian juga RSUD Kabupaten Kediri pasien miskin merasakan suasana lingkungannya sangat nyaman (3,52). Pasien masyarakat miskin menilai kelengkapan sarana dan prasarana medis di RSUD Kota Mojokerto baik dan lengkap(2,69), sedangkan Kabupaten Pasuruan sangat lengkap (3,79). Demikian juga dengan kelengkapan sarana dan prasarana di RSUD Kabupaten Kediri dipandang sangat lengkap (3,36). Kemudian dari sisi sarana dan prasarana informasi dan komunikasi yang dimiliki Kota Mojokerto dan Kabupaten Kediri pasien masyarakat miskin memandang baik, sedangkan RSUD Kabupaten Pasuruan sangat baik (3,81).

Dengan demikian hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa mutu pelayanan RSUD Kota Mojokerto dari sisi sarana dan prasarana yang dimiliki dalam kategori B (2,83) dengan Nilai Interval Konversi IKM sebesar 70,75 dengan kategori mutu (kualitas) pelayanannya baik. Sedangkan kualitas pelayanan RSUD Kabupaten Pasuruan dari sisi sarana dan prasarana pasien masyarakat miskin menilai sangat baik (3,50) dengan Nilai Interval Konversi IKM sebesar 87,50 dalam kategori mutu pelayanan sangat baik. Demikian pula kualitas pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Kediri dalam kategori B (3,24) atau nilai interval konversi IKM sebesar 81,00 dengan mutu pelayanannya baik.

Tabel 3. Kondisi Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Umum Daerah.

No	Indikator	RSUD Kota Mojokerto		RSUD Kab. Pasuruan		RSUD Kab. Kediri	
		Nilai Interval	Nilai Konversi IKM	Nilai Interval	Nilai Konversi IKM	Nilai Interval	Nilai Konversi IKM
1	Jangkauan kemudahan ke RS	3,45	86,25	3,07	76,75	3,09	77,25
2	Hambatan berobat sebab jangkauan ke RS	3,43	85,75	3,00	75,00	3,02	75,50
3	Kenyaman suasana lingkungan RS	1,89	47,25	3,83	95,75	3,52	88,00
4	Kelengkapan sarana/prasarana medik	2,69	67,25	3,79	94,75	3,36	84,00
5	Sarana/prasarana informasi & komunikasi	2,71	67,75	3,81	95,25	3,19	79,75
	Jumlah total skor rata-rata	2,83	70,75	3,50	87,50	3,24	81,00

Sumber: data primer diolah

2. Sistem Administrasi, Prosedur Pelayanan

Kualitas sistem administrasi, prosedur dan informasi pelayanan RSUD Kota Mojokerto, RSUD Kabupaten Pasuruan, dan Kediri dapat dilihat dari indikator variabel meliputi kecepatan pengurusan administrasi rekam medis (status pasien), kejelasan jaminan klaim pengobatan, kejelasan prosedur memperoleh dan menggunakan kartu berobat, kemudahan prosedur berobat, kejelasan prosedur pengaduan pelayanan, tanggapan atas pengaduan pelayanan, dan kondisi pelayanan informasi rumah sakit.

RSUD Kota Mojokerto pada indikator kecepatan pengurusan administrasi rekam medis (status pasien) RSUD, pasien masyarakat miskin menilai baik yaitu dengan skor rata-rata sebesar 2,94 dalam kinerja baik. Kemudian RSUD Kabupaten Pasuruan pasien masyarakat miskin menilai sangat baik, dengan penilaian rata-rata 3,79 dalam kategori kinerja sangat baik. Selanjutnya RSUD Kabupaten Kediri pada indikator kecepatan pengurusan administrasi rekam medis (status pasien) mendapatkan penilaian rata-rata sebesar 3,74 dalam kategori kinerja sangat baik.

Kemudian RSUD Kota Mojokerto pada indikator kejelasan jaminan klaim pengobatan pasien masyarakat miskin menilai kinerjanya baik (3,03). Sedangkan RSUD Kabupaten Pasuruan pada indikator kejelasan jaminan klaim pengobatan mendapatkan penilaian kinerja sebesar 3,09 dalam kategori baik. Penilaian kinerja sangat baik pada indikator kejelasan jaminan klaim pengobatan juga terdapat pada RSUD Kabupaten Kediri (3,07).

RSUD Kota Mojokerto pada sistem administrasi, prosedur informasi pelayanan rumah sakit terutama pada indikator kejelasan prosedur dan menggunakan kartu berobat mendapatkan nilai skor rata-rata 3,49 (sangat baik). Sedangkan pada RSUD Kabupaten Pasuruan pada indikator ini mendapat

nilai skor rata dalam kualifikasi sangat baik (3,81). Demikian juga dengan RSUD Kabupaten Kediri pada indikator kejelasan prosedur untuk memperoleh dan menggunakan kartu berobat mendapatkan nilai rata-rata sebesar 3,71 dalam kualifikasi sangat baik.

Prosedur berobat di RSUD Kota Mojokerto dipandang sangat mudah (3,45), kemudian di RSUD Kabupaten Pasuruan pada indikator prosedur untuk berobat dinilai sangat mudah (3,74). Hampir sama dengan yang terjadi di RSUD Kabupaten Kediri prosedur berobat dinilai oleh pasien masyarakat miskin sangat mudah prosedurnya (3,60). Mengenai kejelasan prosedur pengaduan pelayanan di RSUD Kota Mojokerto dinilai oleh masyarakat miskin jelas (2,69), sedangkan mengenai prosedur pengaduan pelayanan di RSUD Kabupaten Pasuruan dipandang oleh pasien masyarakat miskin sangat jelas (3,52), demikian juga di RSUD Kabupaten Kediri sangat jelas (3,50).

Para petugas medis maupun non medis di RSUD Kota Mojokerto dalam menerima pengaduan pelayanan dinilai oleh pasien masyarakat miskin, dinilai baik (2,57). Sedangkan yang terjadi di RSUD Kabupaten Pasuruan daya tanggap para petugas pelayanan sangat baik (3,31), demikian pula daya tanggap para petugas pelayanan di RSUD Kabupaten Kediri sangat baik (3,33).

Kondisi pelayanan informasi di RSUD Kota Mojokerto dinilai masih kurang baik (2,43), seperti papan pengumuman masih kurang jelas dan kurang informatif, kondisi pengeras suara masih kurang baik dan suara pemberi informasi sendiri kurang jelas. Sebaliknya apa yang terjadi di RSUD Kabupaten Pasuruan dan RSUD Kabupaten Kediri, kondisi pelayanan informasi di RSUD kabupaten pasuruan dinilai oleh pasien masyarakat miskin sangat baik (3,60), demikian juga di RSUD Kabupaten Kediri kondisi pelayanan informasinya sangat baik (3,57).

Tabel 4. Sistem Administrasi, Prosedur, Informasi Pelayanan Rumah Sakit.

No	Indikator	RSUD Kota Mojokerto		RSUD Kab.Pasuruan		RSUD Kab. Kediri	
		Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM
1	Kecepatan pengurusan administrasi rekam medis (status pasien)	2,94	73,50	3,79	94,75	3,74	94,75
2	Kejelasan jaminan klaim pengobatan	3,03	75,75	3,09	77,25	3,07	76,75
3	Kejelasan prosedur memperoleh dan menggunakan kartu berobat	3,49	87,25	3,81	95,25	3,71	92,75
4	Kemudahan prosedur berobat	3,45	86,25	3,74	93,50	3,60	90,00
5	Kejelasan prosedur pengaduan pelayanan	2,69	67,25	3,52	88,00	3,50	87,50
6	Tanggapan atas pengaduan pelayanan	2,57	64,25	3,31	82,75	3,33	83,25
7	Kondisi pelayanan informasi RS	2,43	60,75	3,60	90,00	3,57	89,25
	Jumlah total skor rata-rata	2,94	73,50	3,55	88,75	3,50	87,50

Sumber: data primer diolah

Pasien masyarakat miskin menilai sistem administrasi dan prosedur pelayanan kesehatan di RSUD Kota Mojokerto baik (2.94) atau 73,5 pada nilai interval konversi, nilai mutu kinerja variabel pada kondisi baik. Kemudian pelayanan di RSUD Kabupaten Pasuruan pada variabel sistem administrasi, prosedur, dan informasi pelayanan rumah sakit menunjukkan hasil penilaian kumulatif sebesar 3.55 dengan nilai kondisi sangat baik. Demikian pula dengan pelayanan sistem administrasi, prosedur dan informasi pelayanan RSUD Kabupaten Kediri menunjukkan nilai mutu kinerja yang sangat baik dengan jumlah total skor rata sebesar 3,50.

Dengan demikian dari sisi sistem administrasi, prosedur dan informasi pelayanan RSUD Kota Mojokerto dinilai oleh pasien masyarakat miskin kualitas pelayanannya mendapatkan nilai interval IKM dalam sebesar 2,94 atau nilai interval konversi IKM sebesar 73,50 dengan mutu pelayanannya baik. Kemudian RSUD Kabupaten Pasuruan kualitas pelayanannya mendapatkan nilai interval IKM sebesar 3,55 atau interval konversi IKM sebesar 88,75 dengan mutu pelayanannya sangat baik. Demikian pula kualitas pelayanan RSUD Kabupaten Kediri kualitas pelayanannya dari sisi sistem administrasi, prosedur dan informasi pelayanan mendapatkan nilai interval IKM sebesar 3,50 atau interval konversi IKM sebesar 87,50 dengan mutu pelayanannya sangat baik.

3. SDM Aparatur RSUD.

Kualitas pelayanan dari sisi kemampuan SDM aparatur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mojokerto, Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Kediri dapat dilihat dari berbagai indikator berikut ini. Pada indikator kepastian keberadaan petugas

yang melayani di RSUD Kota Mojokerto dinilai baik (2,71). Penilaian pasien terhadap kepastian keberadaan petugas RSUD Kabupaten Pasuruan sangat baik (3,81), demikian pula di RSUD Kabupaten Kediri sangat baik (3,86).

Kedisiplinan petugas di RSUD Kota Mojokerto dalam memberikan pelayanan dinilai oleh masyarakat miskin yang menerima pelayanan dinilai baik (2,77). Sedangkan penilaian kedisiplinan petugas dalam memberikan pelayanan di RSUD Kabupaten Pasuruan sangat baik (3,71), demikian pula tingkat kedisiplinan para petugas di RSUD Kabupaten Kediri dinilainya sangat baik (3,83). Mengenai rasa tanggungjawab petugas RSUD Kota Mojokerto dalam memberikan pelayanannya dinilai baik (2,97). Penilaian rasa tanggungjawab petugas di RSUD Kabupaten Pasuruan sangat baik (3,79), demikian pula petugas di RSUD Kabupaten Kediri dinilai mempunyai rasa tanggungjawab yang sangat baik (3,88).

Di RSUD Kota Mojokerto, petugas dalam memberikan pelayanan dipandang kemampuannya baik (2,94), sedangkan petugas di RSUD Kabupaten Pasuruan jauh lebih baik kemampuannya, yaitu dipandang sangat mampu dalam mengatasi persoalan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing (3,60). Demikian pula para petugas di RSUD Kabupaten Kediri dinilai sangat mampu dalam menjalankan tugasnya (3,88).

Mengenai kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan, petugas RSUD Kota Mojokerto dalam memberikan pelayanan dinilai cepat (2,71), sedangkan petugas RSUD Kabupaten Pasuruan dalam memberikan pelayanan dinilai oleh pasien sangat cepat atau responsif (3,36) demikian pula dengan petugas RSUD Kabupaten Kediri dalam memberikan pelayanan sangat cepat (3,79).

Tabel 5. SDM Aparatur Pelayanan.

No	Indikator	RSUD Kota Mojokerto		RSUD Kab. Pasuruan		RSUD Kab. Kediri	
		Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM	Nilai Interval IKM	Nilai Interval Konversi IKM
		1	Kepastian keberadaan petugas yang melayani	2,71	67,75	3,81	95,25
2	Kedisiplinan petugas dalam memberikan pelayanan	2,77	69,25	3,71	92,75	3,83	95,75
3	Tanggungjawab petugas dalam memberikan pelayanan	2,97	74,25	3,79	94,75	3,88	97,00
4	Kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan	2,94	73,50	3,60	90,00	3,88	97,00
5	Kecepatan (respon) petugas dalam memberikan pelayanan	2,71	67,75	3,36	84,00	3,79	94,75
6	Keadilan untuk mendapatkan pelayanan	2,69	67,25	3,52	88,00	3,93	98,25
7	Kesopanan dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan	3,02	75,50	3,64	91,00	3,86	96,50
8	Kejelasan penyampaian informasi berkaitan dengan jenis penyakit pasien oleh petugas	2,63	65,75	3,52	88,00	3,81	95,25
9	Keamanan (resiko kesalahan praktek) pelayanan	3,45	86,25	3,64	91,00	3,95	98,75
10	Kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan	3,03	75,75	3,79	94,75	3,86	96,50
11	Kepedulian (empati) petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien	2,67	66,75	3,60	90,00	3,88	97,00
	Jumlah total skor rata-rata	2,87	71,75	3,64	91,00	3,87	96,75

Sumber: data primer diolah.

Kemudian pasien di RTSUD Kota Mojokerto merasakan memperoleh keadilan dari petugas dalam mendapatkan pelayanan (2,69). Demikian pula pasien yang mendapatkan pelayanan di RSUD Kabupaten Pasuruan menilai para petugas medis maupun medis dalam memberikan pelayanan dinilai sangat adil (3,52). Tidak berbeda dengan para petugas di RSUD Kabupaten Kediri dalam memberikan pelayanan dinilai sangat adil, tidak memihak siapapun (3,93).

Petugas RSUD Kota Mojokerto dalam memberikan pelayanan dipandang oleh pasien masyarakat miskin sopan dan ramah (3,02). Kemudian petugas RSUD Kabupaten Pasuruan dalam memberikan pelayanan dinilai sangat sopan dan ramah (3,64), demikian pula petugas yang ada di RSUD Kabupaten Kediri sangat sopan dan ramah dalam memberikan pelayanan (3,86).

Petugas RSUD Kota Mojokerto dalam menyampaikan informasi yang berkaitan dengan jenis penyakit yang diderita oleh pasien dinilai jelas dan dapat dimengerti oleh pasiennya (2,63), demikian juga dengan petugas pelayanan Rumah Sakit di Kabupaten Pasuruan sangat jelas dalam menyampaikan informasi yang berkaitan dengan jenis penyakit yang dideritanya (3,52). Hampir relatif sama dengan petugas pelayanan RSUD Kabupaten Kediri dalam menyampaikan informasi dipandang

sangat jelas (3,81). Selanjutnya mengenai keamanan (resiko kesalahan praktek) pelayanan oleh petugas medis di tiga Rumah Sakit Daerah, baik RSUD Kota Mojokerto, RSUD Kabupaten Pasuruan, dan RSUD Kabupaten Kediri dinilai sangat aman, yang artinya selama ini di tiga rumah sakit tersebut tidak terjadi kesalahan praktek. Misalnya RSUD Kota Mojokerto dalam penilaian pasien sangat aman dengan memperoleh skor rata-rata sebesar 3,45 dalam kategori sangat aman, demikian pula dengan penilaian terhadap RSUD Kabupaten Pasuruan dalam kategori sangat aman (3,64), dan penilaian terhadap RSUD Kabupaten Kediri sebesar 3,95 dalam kategori sangat aman.

Dari sisi kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan dinilai oleh pasien masyarakat miskin bersungguh-sungguh seperti di RSUD Kota Mojokerto petugas bersungguh-sungguh (3,03), sedangkan di RSUD Kabupaten Pasuruan dalam memberikan pelayanan dinilai sangat bersungguh-sungguh (3,79), demikian pula penilaian terhadap petugas di RSUD Kabupaten Kediri dalam memberikan pelayanan sangat bersungguh-sungguh (3,86). Selain petugas rumah sakit baik medis maupun non medis dalam memberikan pelayanan dinilai bersungguh-sungguh, demikian juga di RSUD Kota Mojokerto dinilai oleh pasien para petugas mempunyai kepedulian (empati) terhadap pasien

(2,67), sedangkan para petugas di RSUD Kabupaten Pasuruan dinilai sangat peduli (3,60), demikian juga di RSUD Kabupaten Kediri dinilainya sangat peduli terhadap para pasien (3,88).

Kualitas pelayanan RSUD Kota Mojokerto dari sisi kualitas SDM aparatur pelayanan memiliki jumlah total rata-rata nilai interval IKM sebesar 2,87 atau 71,75 pada nilai interval konversi IKM dengan nilai mutu kinerja berada pada kondisi Baik. Kemudian pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Pasuruan jumlah total nilai interval IKM sebesar 3,64 atau pada nilai interval konversi IKM sebesar 91,0 dengan nilai mutu kinerja sangat baik. Demikian juga kualitas SDM aparatur pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Kediri mempunyai nilai interval IKM sebesar 3,87 pada nilai interval konvensi IKM sebesar 96,75 dengan mutu kinerja sangat baik.

Hasil Analisa Celah (Gap Analysis) dan Alternatif Penyelesaian Masalah Kualitas Pelayanan Kesehatan

Hasil analisa celah (gap analysis) kondisi kualitas pelayanan kesehatan maskin pada RSU daerah penelitian, diketahui dari hasil perbandingan perbedaan latar belakang alasan penilaian atas berbagai kondisi kasuistik kualitas pelaksanaan pelayanan kesehatan antara pasien maskin dengan petugas/pejabat RSU pada daerah penelitian, meliputi indikator: Kondisi kebijakan/program pelayanan kesehatan Maskin; Prasarana sarana pelayanan kesehatan; Sistem dan Prosedur administrasi, informasi pelayanan kesehatan; dan Kualitas SDM Petugas pelayanan kesehatan RSU. Dari hasil analisa perbedaan penilaian berbagai indikator, maka celah persoalan akan diberikan alternatif pilihan penyelesaian masalah, yang dapat diketahui sebagai berikut:

1. Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Kebijakan/Program Pelayanan Kesehatan.

Bahwa kebijakan pelayanan kesehatan Maskin merupakan kebijakan yang dilakukan secara nasional yang merupakan tanggung jawab pemerintah pusat, provinsi, daerah kota/kabupaten. Program pelayanan kesehatan Maskin, diberlakukan bagi masyarakat miskin yang telah masuk kuota data based dan menjadi tanggungan pemerintah pusat melalui program Jamkesmas tahun 2008. Sedangkan program pelayanan kesehatan Maskin non kuota (tidak masuk dalam data based) dilaksanakan melalui program jamkesda dengan mekanisme SKM (Surat Keterangan Miskin).

Kebijakan pelayanan kesehatan Maskin melalui program Jamkesmasda telah menuai persoalan, yaitu dikarenakan tiadanya batasan aturan kuota peserta program jamkesmasda. Sehingga menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi *overload* dan berpengaruh pada kinerja pelayanan kesehatan.

Hal lain juga diketahui adanya ketidak jelasan batasan berlakunya kepesertaan Jamkesmasda, meskipun terjadi perubahan perbaikan status ekonomi peserta jamkesmasda. Ketidak jelasan status perubahan perbaikan ekonomi pasien jamkesmasda, sebagai akibat terjadinya problem koordinasi pengawasan ditingkat bawah yang berhubungan langsung dengan peserta jamkesmasda.

Overload pasien jamkesmasda diberbagai RSU, juga disebabkan kesulitan dalam melakukan koordinasi pejabat setempat terkait asal pasien jamkesda pengguna SKM maupun pasien status T4 (tempat tinggal tidak tetap). Pengaruh kinerja pelayanan kesehatan Maskin juga dirasakan, semenjak Pemprov Jatim pada bulan Pebruari 2012 menerbitkan Surat Edaran Gubernur Jatim No. 440/4977/03/2012, telah meninjau ulang pemberlakuan SPM. Dengan demikian maka penggunaan SPM (Surat Pernyataan Miskin) sudah tidak berlaku lagi mulai 1 September 2012. Selanjutnya Pemprov Jatim memutuskan anggaran pasien SKM asal Kabupaten/Kota menjadi beban Pemerintah Daerah masing-masing.

Perubahan kebijakan Pemprop. Jatim menghapus bantuan anggaran pasien Maskin RSU pengguna SKM, tidak merubah tujuan sasaran program pelayanan kesehatan masyarakat miskin diberbagai daerah. Antara periode bulan Mei hingga September 2012, dukungan sasaran program masih diberikan Pemerintah Daerah Kota/Kabupaten kepada pasien maskin non kuota dengan mekanisme rekomendasi SKM. Hal yang menjadi persoalan sasaran program adalah tidak atau belum diaturnya perubahan hak pengobatan atas perbaikan status ekonomi peserta program jamkesmasda. Hingga saat ini belum ada petunjuk aturan yang secara jelas meninjau sasaran program terkait status perubahan peserta Jamkesmasda.

Hingga saat ini, anggaran program Jamkesmasda dijamin pemerintah pusat, provinsi dan daerah. Jaminan biaya diberikan dengan tidak melihat jenis status penyakit, tindakan medis maupun prasarana – sarana medis yang digunakan dalam melayani pengobatan pasien peserta jamkesmas dan jamkesda. Akan tetapi banyaknya jumlah pasien maskin SKM disertai ketidak jelasan batasan jaminan anggaran peserta program menimbulkan pembengkakan anggaran. Sehingga program sulit diprediksi ketepatan besaran anggaran programnya.

Pembengkakan anggaran biaya pasien program jamkesmasda dari Pemerintah Kabupaten/Kota yang dibiayai dari dana sharing Pemprov Jatim, telah menyebabkan habisnya anggaran dan tertunggaknya pembayaran dana sharing karena melebihi kesepakatan kuota. Sehingga menimbulkan akibat lanjutan yaitu ditolaknya pasien Jamkesda berbagai daerah yang berobat di RSU provinsi Jatim.

Sebenarnya persoalan sharing anggaran jamkesda pada kenyataannya lebih besar ditanggung

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dibanding Pemerintah Provinsi. Masih banyak sharing anggaran selain obat yang belum diperhitungkan, termasuk biaya pengganti jasa dokter maupun jasa penggunaan peralatan medis. Misalnya pasien jamkesda yang dirujuk ke rumah sakit propinsi ingin tetap dirawat di RSUD Pemkab/Pemkot. Semua tindakan medis tetap ditangani RSUD daerah setempat, anggarannya juga tetap menjadi tanggungan Pemkab/Pemkot. Sedangkan dana dari propinsi tidak keluar, padahal seringkali dikatakan anggarannya nanti dibayar oleh pemerintah propinsi. Pada kenyataannya hal tersebut tidak seperti opini yang berkembang, daerah tetap yang menanggung biayanya. Padahal pihak RSUD Kabupaten/Kota harus menerima pasien tersebut dan tidak boleh menolak pasien.

Terjadinya persoalan pembengkakan anggaran peserta program Jamkesda, disamping karena tambahan kuota pasien Jamkesda pengguna SKM diluar kesepakatan kuota dari pemerintah propinsi, juga disebabkan: penggunaan artikel obat-obatan diluar ketentuan karena status penyakit pasien. Kondisi tersebut akan mengurangi pagu anggaran yang dapat dipergunakan pihak RSUD sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan pemerintah daerah. Dengan demikian pihak rumah sakit harus pandai mengelola klaim (Jamkesmas/Jamkesda), melakukan tawar menawar sesuai dengan tarif paket kesepakatan sesuai dengan Permenkes (Peraturan Menteri Kesehatan). Melalui kecermatan dokter dalam melakukan diagnosa status penyakit pasien, dapat menentukan efisiensi jumlah artikel obat yang dipergunakan mengobati pasien sesuai dengan ketentuan paket tarif pengobatan status penyakit pasien.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi kebijakan/program pelayanan kesehatan maskin di RSUD pada daerah penelitian, adalah:

- a. Menetapkan batasan aturan berlakunya kepesertaan Jamkesmasda dengan melakukan peminjauan lapangan atas perubahan perbaikan status ekonomi peserta jamkesmasda.
- b. Mengefektifkan tugas koordinasi pengawasan ditingkat bawah yang berhubungan langsung dengan peserta jamkesmasda, dengan melibatkan instansi terkait program jamkesmasda dan lembaga independen. Dengan demikian program akan tepat sasaran, dan diterima oleh orang yang benar – benar berhak menerimanya.
- c. Meninjau kembali kebijakan gubernur melalui Surat Edaran Gubernur Jatim No. 440/4977/03/2012, tentang penghapusan penggunaan SKM karena bertentangan dengan prinsip kemanusiaan dan prinsip didirikannya RSUD milik pemerintah diseluruh tingkatan pemerintah tidak diperbolehkan menolak pasien, utamanya pasien Maskin yang

seharusnya tetap menjadi tanggung jawab pemerintah disemua tingkatan.

- d. Diperlukannya konsistensi komitmen kerjasama antar lembaga – antar pejabat disemua tingkatan pemerintah berkenaan tanggung jawab pelaksanaan program jamkesmasda, yang lebih mengedepankan nilai kebersamaan dan kemanusiaan dalam melindungi masyarakat miskin yang membutuhkan pertolongan nasib kesehatannya. Oleh karenanya diperlukan kerjasama antar lembaga – antar tingkat pemerintahan dalam pelaksanaan program jamkesmasda, yaitu:

- 1) Merumuskan dan mengawasi penggunaan sharing anggaran program jamkesmasda diberbagai RSUD milik pemerintah.
- 2) Merumuskan komponen sharing anggaran program jamkesmasda, meliputi: obat – obatan, jasa dokter maupun jasa penggunaan peralatan medis.
- 3) Mengendalikan dan mengawasi pelayanan kesehatan Maskin yang menggunakan fasilitas SKM.

2. Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Prasarana sarana & Lingkungan Rumah Sakit

a. Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Jangkauan Lokasi Rumah Sakit

Kondisi penilaian terhadap prasarana sarana jangkauan transportasi pelayanan kesehatan diberbagai rumah sakit pada daerah penelitian, pada umumnya antara pejabat atau petugas rumah sakit maupun pasien/keluarga pasien memberikan penilaian terhadap akses jangkauan menuju lokasi rumah sakit memiliki kemudahan jangkauan. Kemudahan akses menuju lokasi rumah sakit pada kondisi siang hari dikarenakan transportasi menuju rumah sakit relatif dapat diakses melalui berbagai pilihan moda transportasi. Akan tetapi pada kondisi malam hari, kebanyakan mengalami kesulitan pilihan transportasi menuju lokasi rumah sakit karena keterbatasan alat transportasi yang dipakai menuju lokasi rumah sakit.

Pada daerah penelitian, ditemukan persoalan pasien maskin yang berlokasi jauh dari RSUD, diantaranya berdomisili diperbatasan dengan daerah lain, maupun didaerah yang sulit dijangkau karena tidak ada kendaraan umum, beban biaya berobat dan cukup menghambat waktu berobat. Kondisi ini dialami pasien dari Purwosari, Pasuruan dan Probolinggo minta dirujuk ke RS Saiful Anwar Malang atau ke RSUD Kota Pasuruan atau RSUD Kota Probolinggo.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan jangkauan lokasi RSUD pada daerah

penelitian, adalah: 1). Untuk pasien berdomisili diperbatasan dengan daerah lain yang mengalami kesulitan menuju lokasi di RSUD Pasuruan ataupun Mojokerto maupun Kediri. Perlu dilakukan adanya koordinasi dengan Pemprov. Jatim dalam kaitan dengan program jamkesmasda agar pasien dari daerah setempat bisa berobat ke RSUD terdekat meskipun beda wilayah pemerintahannya atau lintas sektoral. 2). Disamping itu perlu dilakukan koordinasi pejabat terkait antara daerah, maupun pimpinan daerah untuk melakukan MoU (*Memorandum Of Understanding*) atau kerjasama saling pengertian antar daerah untuk mengatasi hambatan persoalan tersebut. Kemudian ditindak lanjuti ditingkat bawah antar instansi terkait antar daerah.

**b. Analisa Celah dan Alternatif
Penyelesaian Masalah Lingkungan
Rumah Sakit**

Kondisi suasana lingkungan rumah sakit daerah penelitian mendapat penilaian beragam. Untuk lingkungan RSUD Pasuruan dinilai: cukup nyaman banyak pepohonan hijau, lahan dan bangunan RSUD luas, tempat parkir luas. Akan tetapi meskipun kondisi bangunan rumah sakit cukup baru, tapi masih ada ruangan Irna yang kotor, kondisi tembok terembes air, kamar mandi dan WC rusak pintunya. Kondisi ini dikarenakan keterbatasan serta minimnya anggaran yang dapat dipergunakan perbaikan dan pemeliharaan bangunan fisik rumah sakit.

Pada kondisi lingkungan RSUD Mojokerto, dinilai sebagian masih ada ruangan taman hijau didalam rumah sakit. Akan tetapi lingkungan bangunan rumah sakit dinilai sempit, terbatasnya ruang tunggu, ruang tunggu ada yang bercampur dengan tempat parkir, Kondisi lantai kotor berdebu sehingga suasananya tidak nyaman. Pada RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto, kondisi sarana bangunannya sudah tidak layak dan dalam kondisi memprihatinkan, hal ini dikawatirkan dapat menurunkan kualitas pelayanan kesehatan pasien.

Kondisi suasana lingkungan RSUD Kediri dinilai: masih terdapat pohon rindang di lingkungan rumah sakit, kondisi bangunan dan lahan rumah sakit kurang luas, lahan parkir sempit, lingkungan kotor dan banyak asongan, dan pasien *over load*/berjubel. Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi lingkungan RSUD pada daerah penelitian, adalah: 1. Diperlukan penanganan lebih serius pada ketiga RSUD daerah penelitian akan penataan infrastruktur yang ada secara berkelanjutan, berkala dan konsisten, meliputi: perencanaan tata ruang dan infrastruktur, pembangunan infrastruktur, maupun

pemeliharaan infrastruktur rumah sakit. Hal tersebut dilakukan berdasarkan pertimbangan bahwa semakin tahun jumlah pasien akan semakin bertambah menyempang dengan bertambahnya kebutuhan bangunan dengan tata ruangnya. 2. Diperlukan jaminan ketersediaan anggaran dengan seperangkat mekanisme pengelolaan dan mekanisme kontrol yang baik terhadap: penataan infrastruktur yang ada secara berkelanjutan, berkala dan konsisten, meliputi: perencanaan tata ruang dan infrastruktur, pembangunan infrastruktur, maupun pemeliharaan infrastruktur rumah sakit. 3. Ketiga rumah sakit pada daerah penelitian, diperlukan sosialisasi, ketegasan humanis dan konsistensi pelaksanaan peraturan terkait kenyamanan rumah sakit yang merepresentasikan komitmennya dalam menjaga dan melayani kesehatan pasien.

**c. Analisa Celah Dan Alternatif
Penyelesaian Masalah Sarana Medik &
Penunjang Rumah Sakit**

Kelengkapan sarana medik dan penunjang di RSUD daerah penelitian memiliki keragaman kondisi. Pada RSUD Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Kediri, telah berstandar rumah sakit tipe B. Karena berkembangnya jumlah pasien maupun kompleksitas status penyakit pasien, maka kondisi kelengkapan sarana medik dan penunjang yang dimiliki kedua rumah sakit mengalami penyesuaian -dan sebagian mengalami ketertinggalan. Pada RSUD Bangil- Kabupaten Pasuruan, dengan dukungan fasilitas bangunan yang masih baru, akan tetapi untuk dukungan fasilitas sarana penanganan penyakit jantung masih minim dan belum ada dokter spesialis penyakit jantung. Kondisi ketiadaan dokter spesialis penyakit jantung dan minimnya fasilitas peralatan medis jantung, pernah dialami pasien yang mengalami gangguan jantung serta paru-paru, dengan hasil pelayanan medis yang tidak bagus bagi penderita. Kasus saran dokter untuk opname, yang telah dilakukan pasien malah menjadikan sakit pasien bertambah parah, karena alasan kurang lengkap peralatan medis dari pihak rumah sakit. Sedangkan masalah tersebut tidak sejak dari awal tidak dilakukan rujukan kerumah sakit propinsi yang memiliki fasilitas yang lebih lengkap.

Kondisi minim dan usia tua peralatan medis, dirasakan pasien maskin juga terjadi pada RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto yang standart rumah sakit tipe C+, dan juga pada RSUD Kabupaten Kediri yang berstandart rumah sakit tipe B. Kedua rumah sakit tersebut memiliki fasilitas sarana medik dan penunjang yang relatif belum diremajakan, disertai peningkatan perkembangan jumlah

pasien dan kompleksitas penyakit status pasien. Sedangkan pengembangan pembangunan RSUD di wilayah Surodinawan yang dilakukan Pemerintah Kota Mojokerto, hingga saat ini peralatan medis yang ada belum dapat dipergunakan untuk melayani keperluan pelayanan kesehatan masyarakat dikarenakan kondisinya belum operasional. Kesamaan persoalan yang alami antara RSUD Kabupaten Mojokerto dengan RSUD Kabupaten Kediri, terkait sarana medis dan penunjang: kurangnya tenaga dokter spesialis, tidak lengkap dan kurangnya jumlah peralatan medis laboratorium sehingga pelayanan laboratorium memerlukan antrean lama, keterbatasan jumlah ruangan loket pendaftaran; masih menggunakan jasa laboratorium dari luar RSUD.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi Sarana Medik Dan Penunjang RSUD pada daerah penelitian, adalah: 1. Diperlukan penanganan lebih serius terhadap rencana penataan sarana medis dan penunjang rumah sakit secara berkelanjutan, berkala sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan dilapangan, meliputi: penambahan dokter spesialis sesuai perkembangan kebutuhan; penambahan dan peremajaan sarana kelengkapan medis maupun penunjang rumah sakit sesuai dengan perkembangan teknologi dan status penyakit pasien; jaminan ketersediaan anggaran terhadap rencana penataan sarana medis dan penunjang rumah sakit secara berkelanjutan. 2. Terhadap penentuan tindakan medis terhadap status pasien. Memenuhi aturan prosedur, melakukan: jejak rekam status penyakit pasien sejak dini, menentukan hasil diagnosa penyakit pasien, dan menentukan tindakan medis untuk ditangani RSUD yang bersangkutan atau melakukan tindakan rujukan kerumah sakit yang lebih tinggi tingkatannya. Bilamana fasilitas sarana medis dan penunjang RSUD tidak memadai maka segera menentukan tindakan yang tepat untuk merujuk kerumah sakit propinsi yang memiliki fasilitas sarana medis dan penunjang yang lebih lengkap. 3. Segera melakukan sidang komite etik untuk mengevaluasi dan menyelesaikan persoalan tindakan medis status penyakit pasien sesuai dengan peraturan, agar terjaga standar kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit dengan mengedepankan prinsip keselamatan pasien.

- d. Analisa Celah dan Alternatif Penyelesaian Masalah Sistem Prosedur, Administrasi & Informasi Rumah Sakit**
- 1) Analisa Celah dan Alternatif Penyelesaian Masalah Prosedur Administrasi Pelayanan Berobat**

Penerapan prosedur administrasi pelayanan berobat di RSUD semua daerah penelitian menerapkan aturan persyaratan bagi pasien Jamkesmada, dengan aturan yang sama, yaitu: melampirkan foto copy KTP+KK, Surat rujukan dokter puskesmas, foto copy kartu jamkesmas/jamkesda, Surat Rekomendasi pejabat terkait, persyaratan administrasi harus lengkap 2X24 jam.

Pada RSUD di daerah penelitian, secara keseluruhan memiliki persoalan yang sama terkait penerapan ketentuan batas waktu persyaratan administrasi berobat menggunakan kartu Jamkesmasda seringkali tidak sesuai kenyataan dilapangan. Ketidak sesuaian dengan kondisi dilapangan tersebut dikarenakan: terdapat status pasien T4 (tempat tinggal tidak tetap), keberadaan dan masalah koordinasi pejabat pemberi rekomendasi, karena latar keterbatasan kondisi kemampuan pasien terkait ketidak mampuan ekonomi maupun SDM pasien. Terdapat pasien yang tidak mengerti sama sekali pengurusan prosedur administrasi berobat melalui program jamkesda (SKM) dan sama sekali tidak memiliki kemampuan ekonomi untuk sekedar biaya foto copy, transportasi pengurusan administrasi berobat pada masing-masing instansi terkait: pihak RT/RW, Kantor Desa/Kelurahan, Kecamatan, Dinas kesehatan hingga kerumah sakit.

Pemberlakuan surat rekomendasi keterangan dari dinas kesehatan kabupaten untuk rujukan pengguna program jamkesda, ini dapat menjadi tindakan yang kontra produktif, berlebihan dan terlalu berbelit dalam proses birokrasi pelayanannya. Kondisi kontra produktif dari pemberlakuan rekomendasi dari pejabat Dinkes karena didasarkan pada reasoning alasan bahwa kepala Dinas Kesehatan belum tentu mengenal kondisi ekonomi maupun penyakit pasien. Pemahaman terhadap kondisi ekonomi pasien Maskin program Jamkesda, lebih tepat diketahui RT/RW maupun kepala desa asal domisili pasien Maskin.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi Prosedur Administrasi Pelayanan Berobat di RSUD pada daerah penelitian, adalah: 1. Meniadakan surat rekomendasi keterangan dari dinas kesehatan kabupaten untuk rujukan pengguna program jamkesda adalah berlebihan dan terlalu berbelit dalam proses birokrasinya, karena kondisi yang lebih mengetahui pasien maskin

adalah RT/RW maupun Kepala Desa asal domisili pasien Maskin.2. Penerapan sanksi hukum kepada semua pihak yang memalsukan SKM. Hal ini dilakukan dengan penerapan surat pernyataan dari pasien yang bersangkutan, maupun pejabat pemberi rekomendasi RT/RW dan pihak pejabat pemerintah desa atau kelurahan, dengan dengan ancaman sanksi hukum bilamana memberi rekomendasi maupun data yang tidak benar (pemalsuan keterangan).3. Memperluas tugas fungsi ferifikator internal maupun independent, menerjunkannya kelapangan untuk mengecek kebenaran data dari pasien pengguna SKM. Kemudian membatalkan semua fasilitas pelayanan medis program Jamkesda kepada pasien yang memberikan keterangan palsu atas SKM yang dimilikinya.

2) Analisa Celah DAN Alternatif Penyelesaian Masalah Prosedur Klaim dan Batasan Klaim Pelayanan Berobat

Pada semua RSUD di daerah penelitian, semua persyaratan prosedur klaim berobat pasien Jamkesmasda diperiksa petugas ferifikator internal dan eksternal agar terhindar dari kesalahan. Hasil pemeriksaan petugas ferifikator internal dan eksternal diperlukan untuk mendapatkan pelayanan klaim pembebasan biaya pengobatan pasien peserta Jamkesmasda, dan yang menjadi tanggungan pemerintah pusat, pemerintah propinsi, maupun pemerintah daerah kota/kabupaten.

Dari hasil pemeriksaan ferifikator terhadap prosedur klaim berobat pasien peserta jamkesmasda dari ketiga RSUD daerah penelitian terdapat persoalan yang sama, bahwa tidak semua persyaratan prosedur klaim berobat dapat diterapkan disemua pasien maskin seperti halnya yang terjadi pada kasus pasien Maskin yang kondisi ekonominya benar-benar miskin meskipun hanya sekedar untuk biaya transportasi pengobatan atau pasien maskin T4. Pada kondisi pasien T4 kebanyakan tidak memiliki bukti status kependudukan KTP/KK. Sehingga pelaksanaannya terdapat persoalan tanggung jawab koordinasi teknis antara instansi terkait, diantaranya: Dispenduk, dinas kesehatan, dinas sosial dan pihak RSUD di masing daerah penelitian. Sedangkan pembebasan klaim biaya pelayanan berobat pelayanan rumah sakit untuk pasien peserta program

Jamkesmasda berdasarkan peraturan yang ada, meliputi: pembebasan biaya pendaftaran pasien, penggunaan sarana maupun prasarana berupa alat-alat medis rumah sakit hingga biaya obat, tidaklah seratus persen benar. Biaya pengobatan dikenakan pada pasien peserta Jamkesmasda, Jampersal bilamana ketersediaan obat tidak ada di rumah sakit.

Pembebasan keseluruhan biaya berobat untuk pasien Jamkesmada, kenyataannya tidak secara keseluruhan benar dan terdapat batasan ketentuan. Jenis pelayanan obat yang diberikan pada pasien Maskin melalui program Jamkesmas, telah ditentukan didalam Pedoman Pelaksanaan Menteri Kesehatan RI (Manlak) tahun 2010. Pada Manlak tahun 2010 telah ditentukan artikel obat-obatan tertentu yang disediakan untuk jenis kasus penyakit yang terdapat didalam ketentuan Manlak. Dengan demikian terdapat kemungkinan pada kasus-kasus penyakit tertentu, tidak secara keseluruhan pada jenis obat tertentu dapat dipenuhi berdasarkan ketentuan yang ada didalam Manlak tahun 2010.

Diberlakukan batasan penggunaan artikel obat-obatan untuk pasien Jamkesmas terkait adanya ketentuan tindakan pengobatan atas status penyakit pasien Maskin. Kondisi tersebut dilakukan berdasarkan ketentuan, bahwa tindakan pengobatan pasien diatur dalam satu standar kelayakan pengobatan penyakit yang telah disetujui dan diperkenankan. Dengan demikian, tindakan pelayanan kesehatan yang melebihi standar paket pengobatan yang diperkenankan akan dikenakan biaya.

Pada sisi lain, kenyataan pelaksanaan batasan klaim berobat adalah belum dipenuhinya hak klaim berobat dari pasien maskin peserta jamkesmasda. Belum dipenuhinya hak klaim berobat dari pasien maskin diantaranya dikarenakan: tidak semua peralatan medis (uji laboratorium tertentu) tersedia di rumah sakit, batasan aturan penggunaan artikel obat tertentu diluar ketentuan jaminan klaim, keterbatasan anggaran RSUD. Kesemua kondisi tersebut menjadikan klaim pengobatan pasien maskin di RSUD di semua daerah penelitian tidak semuanya dijamin ada. Dengan demikian pasien maskin tetap mengeluarkan biaya pengobatan, misalnya: biaya uji laboratorium diluar rumah sakit, membeli obat resep dokter yang tidak ada/tidak disediakan rumah sakit.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi Prosedur Klaim dan Batasan Klaim Pelayanan Berobat di RSUD pada daerah penelitian, adalah:

1. Bagi pasien Maskin SKM atau Maskin T4 yang sama sekali tidak memiliki kemampuan SDM, Sosial ekonomi, diberlakukan penyederhanaan atau meringankan persyaratan prosedur teknis antara instansi terkait, diantaranya: Dispenduk, dinas kesehatan, dinas sosial dan pihak RSUD. Oleh karenanya diperlukan koordinasi teknis diantara instansi terkait, sehubungan dengan pelaksanaan program jamkesmasda di masing-masing daerah.
2. Dilakukan peninjauan kembali pemberlakuan Pedoman Pelaksanaan Menteri Kesehatan RI (Manlak) atas pembatasan artikel obat-obatan tertentu yang disediakan untuk pengobatan kasus status penyakit pasien peserta Jamkesmasda. Pertimbangannya, bahwa endemi penyakit dapat menyerang siapa saja, tanpa melihat latar belakang status sosial penderita.
3. Penggunaan sarana pengobatan maupun artikel obat-obatan untuk pasien Jamkesmas harus didasarkan pada pertimbangan tindakan pengobatan atas status penyakit pasien secara maksimum, tanpa melihat batasan latar belakang status pasien maskin.
4. Diperlukan jaminan pembebasan biaya pengobatan bagi pasien Jamkesmasda, meliputi: artikel obat-obatan, maupun penggunaan sarana pengobatan medis lainnya.

3) Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Informasi & Komunikasi Pelayanan Berobat

Kondisi sarana informasi dan komunikasi yang digunakan ketiga RSUD daerah penelitian, pada umumnya memiliki kesamaan, yaitu: menggunakan pengeras suara, board/papan informasi, brosur, petugas informasi. Penempatan sarana informasi dan komunikasi ditempatkan diberbagai ruangan. Akan tetapi terdapat berpedaan kondisi fisik sarana informasi dan komunikasi pada ketiga RSUD daerah penelitian. Pada RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto, kondisi fisiknya telah banyak yang usang, dan penataannya tidak terencana baik. Pada RSUD Kabupaten Kediri dan Kabupaten Pasuruan, kondisi sarana informasi dan komunikasi terencana lebih baik dibandingkan dengan RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto. Sarana informasi dan

komunikasi, terdapat diberbagai ruangan maupun tempat strategis di area rumah sakit, penempatan petugas humas informasi pelayanan kesehatan di front office. Dengan penyebaran sarana informasi ini, dimaksudkan agar pengunjung rumah sakit akan dapat memahami dan memanfaatkan pesan informasi pelayanan kesehatan rumah sakit.

Pemanfaatan penyediaan sarana fisik informasi yang dilakukan pengguna jasa pelayanan kesehatan di ketiga RSUD, maka untuk memahami pesan informasi masih diperlukan penjelasan petugas pelayanan informasi. Hal ini menjadi persoalan, karena penjelasan informasi pelayanan kesehatan diperlukan tambahan sejumlah personal petugas dengan segenap kemampuan SDM yang dimilikinya. Kondisi kebutuhan penyediaan personal petugas bagian humas/informasi dalam memberikan informasi pelayanan kesehatan, dihadapkan pada keterbatasan penyediaan jumlah personal, keterbatasan kualitas SDM petugas, maupun terbatasnya kemampuan anggaran yang saat ini dialami pihak RSUD pada daerah penelitian.

Pesan informasi yang disampaikan dan tertera pada sarana informasi dan komunikasi yang digunakan ketiga RSUD daerah penelitian, diantaranya berisikan: informasi prosedur tata cara berobat di RSUD, Informasi citizen charter (aturan hak dan kewajiban) bagi petugas rumah sakit dan pasien yang berobat, informasi tanggungan biaya perawatan pasien maskin oleh pemerintah daerah, informasi layanan komplain batas waktu pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan citizen charter, diantaranya terkait aturan batas waktu pelayanan kesehatan tidak semuanya dapat dilaksanakan. Seperti kasus pengambilan hasil laboratorium, yang semestinya dijanjikan hanya membutuhkan waktu 30 menit, pada kenyataannya memerlukan atrean sampai 4 jam. Pembebasan biaya pengobatan pada pasien maskin, pada kenyataannya tidak semua obat-obatan dan sarana laboratorium tersedia dirumah sakit sehingga harus dibayar oleh pasien masyarakat miskin.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi informasi dan komunikasi pelayanan berobat di RSUD pada daerah penelitian, adalah:

- 1). Merencanakan tata ruang sarana informasi, jenis kebutuhan sarana

informasi yang diperlukan sesuai dengan perkembangan rumah sakit. 2).Adanya dukungan rencana penyediaan anggaran kebutuhan sarana informasi, serta pemeliharaan sarana informasi rumah sakit.3) Merencanakan, menempatkan sejumlah petugas, memberikan pelatihan petugas terkait fungsi tugas kehumasan yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. 4). Terkait persoalan tidak terlaksananya citizen charter pelayanan kesehatan. Mencari sumber persoalan mendasar dan mencari alternatif pemecahan masalah dari tidak terlaksananya citizen charter (aturan hak dan kewajiban) Maskin dalam mendapat pelayanan kesehatan rumah sakit. 5). Pemecahan persoalan mendasar tidak terlaksananya *citizen charter* pelayanan kesehatan maskin dirumah sakit, terkait masalah dengan: a.Terjaminnya pembebasan keseluruhan biaya pengobatan pasien Maskin Peserta Jamkesmasda, melalui ketersediaan jaminan anggaran jamkesmasda dari pemerintah pusat, propinsi maupun daerah kota/kabupaten. b. Tersedianya kelengkapan sarana medis dan penunjang rumah sakit sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan rumah sakit. c.Penataan kuantitas dan kualitas personal medis non medis rumah sakit untuk menjaga kualitas pelayanan rumah sakit, sesuai yang dijanjikan pada citizen charter pelayanan kesehatan rumah sakit. d.Komitmen kuat dari elit pejabat rumah sakit maupun para petugas lapangan baik medis maupun non medis dalam melaksanakan citizen charter pelayanan kesehatan maskin dirumah sakit.

3. Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Kualitas SDM Rumah Sakit

a. Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Rasio Tenaga Medis/ Non Medis

Pada saat ini rasio tenaga medis maupun non medis, secara normatif berdasarkan standar persyaratan tipe rumah sakit masing-masing RSUD di daerah penelitian, oleh pejabat rumah sakit masing-masing RSUD masih dianggap relatif mengatasi dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat. Kondisi normatif standar persyaratan suatu tipe rumah sakit ini, dalam perkembangannya dihadapkan pada tuntutan perkembangannya lingkungan rumah sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginan pengguna pelayanan kesehatan. Juga status keberadaan RSUD sebagai rumah sakit milik daerah yang memiliki

tanggung jawab kepada pemerintah dan masyarakat daerah.

Pada kenyataannya perkembangan jumlah pasien maupun kompleksitas status penyakit pasien yang berobat di RSUD dimasing – masing daerah penelitian, pada saat justru memerlukan tambahan jumlah kualifikasi tenaga medis. Adanya kasus diberbagai RSUD daerah penelitian, diantaranya: pada kasus RSUD Kabupaten Pasuruan terkait penanganan pengobatan pasien yang tidak maksimal karena ketiadaan perlengkapan sarana medis maupun ketiadaan tenaga dokter spesialis jantung atau sesuai dengan status penyakit pasien; banyaknya pasien yang harus dirujuk ke RSUD propinsi yang memiliki kualifikasi tenaga medis maupun peralatan medis lebih lengkap. Kondisi persoalan tersebut, menandakan ketidak seimbangannya rasio tenaga medis yang dibutuhkan bila dibandingkan jumlah pasien dengan berbagai status penyakit yang disandang untuk mendapatkan pengobatan yang berkualitas. Kondisi tidak seimbangannya rasio tenaga medis dengan kebutuhan pelayanan kesehatan di masing–masing RSUD, masih dihadapkan pada banyaknya dokter yang berprofesi ganda diluar tugas resmi di RSUD. Disamping itu keterbatasan anggaran pemerintah propinsi/daerah dalam menyediakan jumlah maupun kualifikasi tenaga medis, menjadi salah satu hambatan dalam memenuhi kebutuhan tenaga medis dimasing – masing RSUD.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi Rasio Tenaga Medis/ Non Medis di RSUD pada daerah penelitian, adalah: 1.Diperlukan rencana kebutuhan tenaga medis non medis rumah sakit sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan dilapangan, meliputi: penambahan tenaga medis non medis, penambahan dokter spesialis sesuai tuntutan perkembangan kebutuhan dan status penyakit pasien RSUD dimasing – masing daerah. 2.Ketersediaan jaminan anggaran terhadap penyediaan tenaga medis dan non medis dari pihak pemerintah propinsi, pemerintah daerah kota/kabupaten sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan RSUD dimasing–masing daerah.3. Peninjauan kembali atas peraturan perundang – undangan yang memperbolehkan profesi dokter PNS yang bertugas pada instansi RSUD milik pemerintah, melakukan profesi ganda diluar tugas resmi sebagai dokter RSUD milik pemerintah. 4. Pelarangan dokter PNS melakukan profesi ganda diluar tugas resmi sebagai dokter RSUD, harus disertai aturan sanksi hukum bagi yang melakukan pelanggaran. 5.Jaminan kelayakan pemberian reward (imbalan) dalam bentuk: gaji, tunjangan

yang layak bagi profesi dokter PNS yang bertugas pada RSUD milik pemerintah daerah.

b. Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Program Pelatihan & Peran Komite Etik

Untuk menjaga kualitas SDM tenaga medis non medis dimasing – masing RSU di daerah penelitian, dilakukan melibatkan peran komite etik. Berbeda pada periode sebelum berubahnya peran komite etik, bahwa tugas – tugas komite etik selain masalah SDM tenaga medis non medis, juga meliputi persoalan manajemen rumah sakit. Pada saat ini komite etik lebih difokuskan pada persoalan kemampuan keilmuan atau akademik SDM dokter. Komite etik ini secara periodik melakukan tugas menguji kompetensi kelayakan kemampuan pengetahuan dan ketrampilan SDM dokter, utamanya menguji kemampuan dokter dalam melakukan tugas operasi bedah pada pasien.

Pada sisi lain bahwa disamping SDM dokter, bahwa kompetensi kelayakan kemampuan pengetahuan dan ketrampilan SDM RSU, semestinya juga meliputi petugas medis non medis, seperti perawat, bidan maupun petugas bagian administrasi. Kesemua petugas medis maupun non medis memiliki peran masing – masing yang tidak kalah pentingnya dengan fungsi profesi dokter dalam menjaga proses kualitas pelayanan kesehatan pasien RSU di masing – masing daerah. Terbatasnya peran komite etik, terlihat pada kegiatan anggota komite etik dalam melakukan rapat pertemuan.

Kegiatan rapat pertemuan komite etik tidak terjadwal secara ketat, bersifat kondisional dan terbatas bilamana ada kasus tertentu dilakukan dokter yang bersifat pelanggaran berat atau fatal. Demikian halnya terkait keanggotaan tim etik dalam melakukan tugasnya lebih bersifat sukarela. Kondisi tersebut dapat berpengaruh pada longgarnya tanggung jawab komite etik didalam melaksanakan tugas peran mereka. Terlebih lagi, bahwa anggota komite etik didalam melaksanakan tugas perannya tidaklah secara khusus mendapatkan dukungan anggaran.

Selain melibatkan peran komite etik dalam menjaga kualitas SDM rumah sakit, belum secara khusus terdapat rencana program pelatihan SDM tenaga medis non medis dari pihak manajemen rumah sakit. Program diklat yang selama ini berlangsung adalah inisiatif pejabat RSU untuk melakukan magang pelatihan bagi tenaga ferifikator internal yang didampingi dengan tenaga ferifikator eksternal RSU yang telah mendapat pelatihan sebagai petugas ferifikator dari dinas kesehatan.

Sedangkan pelaksanaan diklat SDM rumah sakit yang secara periodik adalah terkait diklat penjenjangan pegawai atau yang selama ini dikenal sebagai diklat prajabatan bagi seorang calon PNS. Relatif minimnya program pelatihan SDM yang dilakukan pihak RSU dimasing daerah, ini terkait dengan keterbatasan anggaran dari pihak RSU maupun dari pemerintah daerah dalam menyediakan anggaran khusus untuk meningkatkan SDM petugas medis non medis RSU dimasing – masing daerah.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi peran komite etik dalam menjaga kualitas SDM RSU pada daerah penelitian, adalah: 1).Diperlukan perluasan keanggotaan dan focus peran komite etik pada persoalan kompetensi kemampuan keilmuan atau akademik SDM tenaga medis non medis, seperti: dokter, perawat, bidan; petugas bagian administrasi, yang secara keseluruhan berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit. 2). Pertemuan komite etik terjadwal waktunya secara rutin dan tidak bersifat kondisional bilamana terjadi kasus tertentu. Oleh karenanya penyelenggaraan kegiatan komite etik diperlukan dukungan anggaran.3).Untuk menjaga tanggung jawab komite etik didalam melaksanakan tugas, maka sifat sukarela keanggotaan komite etik harus disertai dengan ikatan sumpah dan dikenai sanksi, sesuai dengan berat ringannya pelanggaran.4).Diperlukan rencana dan pelaksanaan program diklat SDM tenaga medis /non medis sesuai dengan perkembangan kebutuhan dimasing-masing RSUD. Penyediaan anggaran program diklat SDM tenaga medis / non medis merupakan tanggung jawab pemerintah provinsi, daerah kota/kabupaten.

4. Analisa Celah Dan Alternatif Penyelesaian Masalah Etik Perilaku & Sanksi Pelanggaran Etik

Secara umum sikap dan perilaku petugas telah diatur kedalam kode etik berdasarkan aturan tertulis pada SOP (*Standart Operating Procedure*). Diketahui bahwa aturan SOP yang mengatur pelaksanaan kode etik merupakan hal teknis normatif internal rumah sakit yang tidak diketahui publik. Kondisi tersebut menjadi tantangan, terkait dengan persoalan transparansi keadilan dalam hal mendapat pelayanan publik yang semestinya. Karena dengan tidak diketahuinya kode etik petugas rumah sakit maka pasien tidak mengetahui kewajiban pelayanan publik yang harus dilakukan petugas rumah sakit terkait pelayanan publik yang semestinya harus diterima pasien.

Didalam kode etik yang mengatur etik perilaku petugas, juga tertera sanksi pelanggaran kode etik

atas sikap perilaku petugas rumah sakit dalam bertugas. Pelaksanaan sanksi pelanggaran atas kode etik yang selama ini terjadi di RSUD daerah penelitian ini terkait pelanggaran etik medis, maka dilakukan sidang komite etik atas pelanggaran yang dilakukan petugas medis. Hal teknis seputar sidang komite etik tidak diketahui publik. Menurut penjelasan anggota komite etik, bahwa kondisi persoalan teknis normatif medis sulit dipahami masyarakat awam, disamping itu tidak memiliki kewenangan profesi akademik. Lebih lanjut menurut, bahwa rekomendasi tindakan keras dari komite etik lebih dibatasi bilamana terdapat dokter melakukan pelanggaran kode etik yang bersifat fatal.

Adapun alasan pembatasan rekomendasi komite etik hanya pada pelanggaran kode etik yang bersifat fatal, tidak diketahui ada ukuran penjelasan secara pasti. Hal ini misalnya terkait perilaku petugas yang berkaitan dengan: keramahan, responsivitas, empati maupun keadilan pelayanan yang dilakukan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien Maskin. Pelanggaran yang dilakukan petugas atas etik pelayanan kepada pasien, tidak digolongkan dalam pelanggaran berat. Namun yang menjadi persoalan, bahwa pelanggaran terkait etik keramahan, responsivitas, empati maupun keadilan pelayanan, dapat saja terjadi berkali – kali dilakukan oleh petugas medis maupun non medis rumah sakit. Ini merupakan persoalan yang tidak dapat dipandang ringan, dan justru kesan yang ditangkap publik adalah buruknya kondisi pelayanan kesehatan pada rumah sakit umum milik pemerintah dikarenakan sikap buruk ditampilkan petugas rumah sakit, padahal pelayanan kesehatan Maskin telah dibebaskan dari tanggungan biaya pengobatan.

Alternatif pemecahan masalah dari celah persoalan kondisi Etik Perilaku dan Sanksi Pelanggaran Etik Perilaku Petugas RSUD pada daerah penelitian, adalah: 1). Pihak RSUD hendaknya secara transparan menginformasikan kode etik yang mengatur sikap perilaku petugas, pada board atau papan pengumuman yang mudah diketahui publik. Hal ini sebagai bentuk transparansi atas pengawasan publik yang dilakukan terhadap perilaku petugas medis non medis didalam menjalankan tugas pelayanan kesehatan. 2). Adanya jaminan konsistensi, kepastian pelaksanaan sanksi pelanggaran berat maupun ringan atas kode etik yang selama ini terjadi di RSUD. Informasi dilaksanakannya sanksi pelanggaran berat maupun ringan, dapat diketahui pihak manajemen rumah sakit, pihak masyarakat (pasien/keluarga) yang telah dirugikan secara langsung oleh petugas medis – non medis yang bersangkutan. 3). Merumuskan kejelasan ukuran sanksi pelanggaran perilaku petugas medis - non medis, yang bersifat berat maupun ringan (sikap keramahan, responsivitas, empati maupun keadilan petugas) dalam memberikan pelayanan kesehatan. 4). Sanksi pelanggaran tidak hanya diberikan kepada petugas medis maupun non medis yang melakukan

pelanggaran berat. Akan tetapi juga diberikan kepada petugas medis-non medis yang telah melakukan pelanggaran ringan yang telah ditentukan melampaui batas kuantitas.

SIMPULAN

Secara umum pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin pada RSUD Kabupaten Kediri dan RSUD Kabupaten Pasuruan memiliki indeks penilaian dengan predikat kondisi kerjanya “sangat baik”, dengan rincian berikut: Pada RSUD Kabupaten Kediri respon Maskin terhadap pelayanan kesehatan secara keseluruhan adalah 3.54 atau 88,50 pada nilai interval konversi, nilai mutu “A” yaitu kinerja pelayanan “sangat baik”; Pada RSUD Kabupaten Pasuruan penilaian masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan pada RSUD Kabupaten Pasuruan secara keseluruhan adalah 3.56 atau 89,00 pada nilai interval konversi, nilai mutu “A” yaitu kinerja pelayanan “sangat baik”. Sedangkan pada RSUD Kota Mojokerto penilaian masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan secara keseluruhan adalah 2.88 atau 72,00 pada nilai interval konversi, nilai mutu “B” yaitu kinerja pelayanan “baik”.

Walaupun penilaian masyarakat miskin terhadap semua pelayanan kesehatan RSUD ke tiga daerah penelitian, yaitu Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Kediri dan Kediri pada umumnya berkinerja baik, akan tetapi masih ada kesenjangan (gap) pelayanan. Dari gap (kesenjangan) yang ada di tiga rumah sakit milik pemerintah daerah tersebut telah diambil berbagai pemecahan masalah sebagai kebijakan rumah sakit ke depan, baik menyangkut kebijakan program jamkesda, prasarana-sarana RSUD, sistem dan prosedur administrasi, klaim dan informasi layanan, kondisi SDM RSUD.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. 2004. Manajemen Rumah Sakit. Edisi Kedua. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Adi, Isbandi Rukminto. 1994. Psikologi Pekerjaan Sosial dan Ilmu Kesejahteraan Sosial. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Azwar, Azrul. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Donabedian, A. 1998. The Quality Care. New York: Prgrave.
- Kotler, Philips. 1995. Manajemen Pemasaran: Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian. Jakarta: Salemba empat.
- Monier, H.A.S. 2001. Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia. Jakarta: Bumi Aksara.
- Ratminto dan Winarsih, Atik. 2009. Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual Penerapan Citizen’s Charter dan Standar Pelayanan Minimal. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Surat Keputusan Menteri Pendayagunaan aparatur Negara Nomor: KEP25/M.PAN/2/2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah
- Tangkilisan, Hessel Nogi S. 2005. Manajemen Publik. Jakarta: PT.Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Trisnantoro, Laksono. 2005. Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Widodo, Joko. 2002. Good Governance Telaah dari Dimensi Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi Pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah. Surabaya: Insan Cendekia.
- Widodo, Samodra. 2001. Evaluasi Pelayanan Sektor Publik. Jakarta: Persada.
- Yami, Zulian, 2004. Manajemen Kualitas Produk dan Jasa. Yogyakarta: Ekonisia,
- Jawa Pos, 30 Juni 2011.