

**PELAYANAN KESEHATAN DASAR BAGI MASYARAKAT MISKIN DI
PUSKESMAS TERAKREDITASI
(Studi tentang Prosedur dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar di
Puskesmas Rawat Inap Kedaton)**

(Skripsi)

Oleh

YUNIA MERTISANFARA



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2018**

ABSTRACT

BASIC HEALTH SERVICES FOR POOR SOCIETY IN ACCREDITED HEALTH CENTER (Study on Procedure and Quality of Basic Health Service at Health Center Kedaton)

By

YUNIA MERTISANFARA

Increasing the public health status of Bandarlampung City is very important in order to improve the productivity of the community. In the improvement of basic health services there are still problems such as health services to poor society are still very low, poor society often experience complaints such as medical services, medication services, administrative services and the creation of unsatisfactory referral letters. Health Center Kedaton is the first-rate health service that accredited as FKTP which is expected to improve public health especially poor society.

This study aims to describe the basic health service procedures for poor society and analyze the quality of basic health services for poor society at Health Center Kedaton. The type of research used in this research is descriptive research with qualitative approach.

The results of this research indicate that the basic health service procedures for poor society at Health Center Kedaton which is based on the Bandarlampung Mayor Regulation No. 24 of 2014 that all indicators have been covered and good implemented. The quality of basic health services for poor society can be assessed based on the five dimensions of service quality is tangibles in form of infrastructure facility of health center; reliability of health center staff; responsiveness of health center staff; assurance given by health center to patient; empathy of health center staff to patient. Based on these indicators, the quality of basic health services for poor society is running fairly good, as there are still some complaints against one of the indicators such as the lack of waiting room and the slow performance of the dentist, but overall it has been fairly good implemented.

Keywords: Public Service, Basic Health, Service Procedures, Service Quality, Health Center

ABSTRAK

PELAYANAN KESEHATAN DASAR BAGI MASYARAKAT MISKIN DI PUSKESMAS TERAKREDITASI (Studi tentang Prosedur dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Rawat Inap Kedaton)

Oleh

YUNIA MERTISANFARA

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kota Bandarlampung sangat penting dalam rangka meningkatkan produktivitas masyarakat. Dalam peningkatan pelayanan kesehatan dasar masih terdapat permasalahan, seperti pelayanan kesehatan kepada penduduk miskin masih sangat rendah, masyarakat miskin seringkali mengalami keluhan seperti pelayanan medis, pelayanan obat-obatan, pelayanan administrasi dan pembuatan surat rujukan yang belum memuaskan. Puskesmas Rawat Inap Kedaton merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang meraih akreditasi sebagai FKTP yang diharapkan dapat memperbaiki dan meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin.

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan prosedur pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin dan menganalisis kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Metode

penelitian yang digunakan ini adalah tipe penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa prosedur pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton yang didasarkan pada Peraturan Walikota Bandarlampung Nomor 24 Tahun 2014 semua indikator sudah dicakup dan dilaksanakan dengan baik. Kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin dapat dinilai berdasarkan lima dimensi kualitas pelayanan yaitu *tangibles* berupa bukti fisik sarana prasarana puskesmas; *reliability* berupa kehandalan petugas puskesmas; *responsiveness* berupa daya tanggap petugas puskesmas; *assurance* berupa jaminan yang diberikan puskesmas terhadap pasien; *emphaty* berupa kepedulian petugas puskesmas terhadap pasien. Berdasarkan indikator tersebut, kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin secara keseluruhan sudah berjalan cukup baik, meskipun masih ada beberapa keluhan terhadap salah satu indikator seperti kurangnya ruang tunggu dan lambatnya kinerja dokter gigi.

Kata Kunci : Pelayanan Publik, Kesehatan Dasar, Prosedur Pelayanan, Kualitas Pelayanan, Puskesmas

**PELAYANAN KESEHATAN DASAR BAGI MASYARAKAT MISKIN DI
PUSKESMAS TERAKREDITASI
(Studi tentang Prosedur dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar di
Puskesmas Rawat Inap Kedaton)**

Oleh

YUNIA MERTISANFARA

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA ILMU ADMINISTRASI PUBLIK**

Pada

**Jurusan Ilmu Administrasi Publik
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2018**

Judul Skripsi : **BENEFISASI DAN KARAKTERISASI
KALSIMUM SILIKAT BERBAHAN DASAR
CANGKANG KERANG DARAH PADA
SUHU KALSINASI 1200 °C**

Nama Mahasiswa : **Fauza Ramadhan Nekola**

Nomor Induk Mahasiswa : 1317041014

Jurusan : Fisika

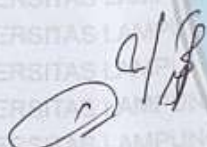
Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

MENYETUJUI

1. Dosen Pembimbing

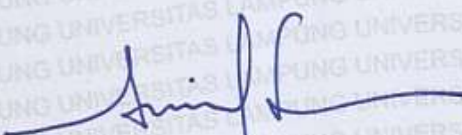
Pembimbing I

Pembimbing II


Dra. Dwi Asmi, M.Si., Ph.D.
NIP. 19631228 198601 2 001


Drs. Edlman Ginting, M.Si.
NIP. 19570825 198603 1 002

2. Ketua Jurusan Fisika



Arif Surtano, S.Si., M.Si., M.Eng.
NIP. 19710909 200012 1 001

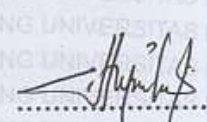
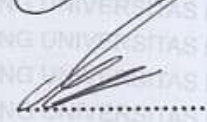
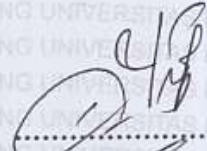
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Dra. Dwi Asmi, M.Si., Ph.D.

Sekretaris : Drs. Ediman Ginting M.Si.

**Penguji
Bukan Pembimbing : Suprihatin, M.Si.**



2. Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam



Prof. Dr. Warsito, S.Si., D.E.A.
NIP 19710212 199512 1 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 26 Juni 2018

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah dilakukan oleh orang lain, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis disebut dalam daftar pustaka, selain itu saya menyatakan skripsi ini dibuat oleh saya sendiri.

Apabila pernyataan saya ini tidak benar maka saya bersedia dikenai sanksi sesuai dengan hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, Juni 2018



Fauza Ramadhan Nekola
NPM. 1317041014

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Yunia Mertisanfara, lahir di Ketapang, Lampung Utara, pada tanggal 9 Juni 1996. Penulis merupakan anak pertama dari empat bersaudara, dari pasangan Bapak Mihsan, S.Pd dan Ibu Hartina, S.Pd. Pendidikan yang ditempuh oleh penulis dimulai dari Taman Kanak-kanak (TK) di TK Dharma Wanita Kota Agung, yang diselesaikan pada tahun 2002. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan ke Sekolah Dasar (SD) di SD Negeri 1 Ketapang Sungkai Selatan yang diselesaikan pada tahun 2008, kemudian melanjutkan pendidikan Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Negeri 6 Kotabumi, Lampung Utara yang diselesaikan pada tahun 2011, dan melanjutkan pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMA Al-Kautsar Bandar Lampung yang diselesaikan pada tahun 2014.

Selanjutnya pada tahun 2014, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung, melalui jalur SNMPTN. Pada tahun 2017, penulis melaksanakan KKN di Desa Binjai Ngagung, Kecamatan Bekri, Kabupaten Lampung Tengah selama 40 hari. Selama menjadi mahasiswa pernah mengikuti Organisasi Intra Kampus, yaitu Organisasi Himpunan mahasiswa Ilmu Administrasi Negara (HIMAGARA) sebagai Anggota Bidang Hubungan Luar (HUBLU) ditahun 2014 sampai 2016

dan Anggota Bidang Hubungan Masyarakat (HUMAS) ditahun 2016 sampai 2017.

Berbagai pengalaman organisasi selama menjadi mahasiswa ikut menginspirasi memberi pengalaman dan spirit kepada penulis. Tumbuh dan besar di lingkungan yang hangat dengan kasih sayang dan cinta dari keluarga, saudara, serta teman-teman membuat penulis termotivasi untuk membahagiakan orang-orang di sekeliling penulis.

MOTTO

“Pelayanan merupakan suatu pemecahan permasalahan antara manusia, tapi dalam hidup ini bukan hanya bagaimana kita meminta dan menerima pelayanan tapi bagaimana menempatkan diri kita dalam berupaya memberikan pelayanan”

(Yunia Mertisanfara)

“Learn from yesterday, live for today, hope for tomorrow”

(Albert Einstein)

“Barangsiapa bersungguh-sungguh, sesungguhnya kesungguhannya itu adalah untuk dirinya sendiri”

(QS. Al-Ankabut [29]:6)

“Jika kamu berbuat baik berarti kamu berbuat baik bagi dirimu sendiri, dan jika kamu berbuat jahat, maka kejahatan itu untukmu sendiri”

(QS. Al-Isra': 7)

PERSEMBAHAN

Bismillahirrohmanirrohim

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan yang telah memberikan kesempatan sehingga dapat kuselesaikan sebuah karya ilmiah ini dan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang selalu kita harapkan Syafaatnya di hari akhir kelak.

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

Papah dan Umi tercinta

Adik-adikku tersayang

Terima kasih untuk semua dukungan baik moril maupun materil, kasih sayang dan segala doa untukku.

Untuk keluarga besarku, sahabat-sahabatku dan juga teman-teman seperjuangan yang selalu memberikan dukungan dan motivasi serta menemaniku dalam suka maupun duka dalam mencapai keberhasilanku.

Para pendidik, pembimbing dan almamater tercinta...

SANWACANA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Terakreditasi (Studi tentang Prosedur dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Rawat Inap Kedaton)”, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Administrasi Publik (S.AP) di Universitas Lampung.

Selama penyusunan skripsi ini penulis menyadari keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki, sehingga penulis membutuhkan bantuan dari berbagai pihak, baik dosen, keluarga, maupun teman-teman. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Yulianto, M.S selaku dosen pembimbing utama. Terima kasih pak atas bimbingan dan motivasi serta masukannya yang banyak membantu dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan skripsi ini dan juga ilmu yang telah diberikan selama perkuliahan. Penulis memohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan penulis yang sekiranya kurang berkenan.
2. Bapak Eko Budi Sulistio, S.Sos., M.AP selaku dosen pembimbing kedua. Penulis mengucapkan terima kasih atas motivasi, saran dan bimbingannya yang sangat banyak membantu penulis dalam proses penyusunan skripsi.

Penulis juga memohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan penulis yang sekiranya kurang berkenan.

3. Bapak Dr. Noverman Duadji, M.Si selaku dosen penguji dan Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung. Penulis mengucapkan terima kasih atas segala ilmu yang diberikan serta masukan, saran dan bimbingannya yang telah banyak membantu penulis dalam proses penyusunan skripsi. Penulis juga memohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan penulis yang sekiranya kurang berkenan.
4. Bapak Nana Mulyana, S.IP., M.Si selaku dosen pembimbing akademik. Terimakasih pak atas nasehat, arahan, motivasi dan ilmu yang diberikan selama proses pendidikan hingga saat ini.
5. Bapak Dr. Syarief Makhya, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
6. Ibu Intan Fitria Meutia, M.A., Ph.D selaku Sekretaris Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
7. Kepada seluruh Dosen Jurusan Ilmu Administrasi Negara, Ibu Selvi, Ibu Rahayu, Ibu Dewi, Ibu Ita, Miss Devi, Ibu Dian, Ibu Novita, Pak Dedy, Pak Simon, Pak Bambang, Pak Syamsul, Pak Izzul, Ibu Meiliyana, Ibu Anisa, terimakasih banyak untuk semua ilmu yang telah diajarkan kepada penulis.
8. Pak Azhari dan Pak Jauhari selaku staf Jurusan Ilmu Administrasi Publik yang selalu membantu dalam hal administratif. Terimakasih atas kesabaran, bantuan dan kesediaannya selama ini.

9. Segenap Informan Penelitian di Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Penulis mengucapkan terimakasih kepada dr. Marisa Anggraini, M.Pd.Keb selaku Kepala Puskesmas Rawat Inap Kedaton, ibu Sri Waihayati selaku Kepala TU Puskesmas Rawat Inap Kedaton, ibu Yuliana, A.Md selaku Staf Loker Pendaftaran, Ibu Rani, Bapak Teguh, dan Bapak Afit Setiawan selaku pasien pengguna pelayanan pengobatan gratis di Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Penulis mengucapkan terimakasih kepada bapak dan ibu atas informasi dan juga data-data, bantuan, izin, dan juga waktu luang yang telah diberikan kepada penulis, penulis merasa sangat terbantu dengan bantuan-bantuannya dalam proses turlap, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Terimakasih untuk kedua orang tuaku, Ayahanda Mihsan, S.Pd. dan Ibunda Hartina, S.Pd. Terima kasih atas kasih sayang yang telah Papa dan Umi berikan kepadaku, terimakasih atas semua do'a, motivasi, pengorbanan, didikan, serta lelah yang selama ini kalian berikan kepadaku hingga aku bisa menjadi seperti sekarang ini. Terimakasih atas kepercayaan dan amanat yang selama ini kalian berikan kepadaku untuk menyelesaikan studiku sehingga aku bisa mencapai gelar Sarjana Administrasi Publik. Semoga dengan mendapatkan gelar S.A.P ini aku bisa membahagiakan Papa dan Umi, dan berusaha akan terus membahagiakan serta memberikan yang terbaik untuk Papa dan Umi.
11. Terimakasih untuk Adik-adikku tersayang, Milanda Prischa, Nilanda Fhahira, dan M. Ichza Arfasha dalam hal apapun itu yang sudah banyak kanjeng susahin, kita semua harus jadi anak kebanggaan Papa dan Umi. Kita harus semangat untuk mengejar cita-cita, kita tunjukkin kalau kita bisa jadi anak

yang dapat membahagiakan orang tua, harus jadi anak yang mandiri dan jangan mudah menyerah, dan kita bakal buktikan kalau kita semua bisa sukses. Amin. Semangat untuk studinya ya dek jangan males-malesan.

12. Terimakasih untuk keluarga besar Ichwan Aziz-Purhana dan Mat Amin-Nun Siha yang telah memberikan dukungan, semangat, dan telah banyak memberikan bantuan moril maupun materil kepada penulis selama ini, semoga kita bahagia selalu.
13. Sahabatku yang selalu menemani selama kurang lebih 4 tahun kuliah di jurusan administrasi negara. Fatwa Nurmalla Sari, terimakasih ya wa dari awal masih jadi maba paling mau disusahin, mau nemenin kemana-mana, selalu bantuin kalau lagi kesusahan, paling ngertiin, dan super ngalah banget sama aku yang egois, semangat terus skripsinya wa jangan pernah ditinggalin. Intan Destriana si bolo-bolo mak comblangku, terimakasih ya tan semangat serta bantuan yang tiada henti intan kasih, nasehat-nasehat panjang selama ini supaya buat yunia jadi lebih baik lagi, mau dengerin curhatan yunia yang super drama, terimakasih juga karena kamar kostannya sering ditebengin ntah buat sekedar main atau minep, sukses terus ya tan kedepannya. Annisa Utami si cebol yang pengertian, sa terimakasih semua bantuan dan dukungannya selama ini, yang sering juga direpotin tanpa ngeluh, yang kamar kostannya sering ditebengin buat kumpul atau buat minep, sukses terus cuy dan langgeng ya sama Andi hehehe. Sondang Gustina si batak yang super gupek tapi baik banget, kadang pengertian mau jemputin kuliah atau anterin pulang, selalu mau direpotin walaupun kita sering adu mulut ya ndang, semangat skripsiannya jangan males-malesan terus capek ngocehinnya. Nur Muharany,

ran makasih ya sering kasih semangat dan ngeyakinin terus waktu lagi ngerasa sulit-sulitnya ngerjain skripsi, makasih juga buat bantuannya selama ini, udah jadi temen yang gak banyak ikut campur, jadi temen yang pengertian, dulu pas masa-masa galau mau dicurhatin tiap hari, mau kasih nasehat supaya gak terus berlarut-larut galau hehe sekarang udah gak galau kok ran. Dira Uznul Azizah, buat dir ayo dir kita semangat skripsiannya ! Terimakasih buat dir yang dulu jadi partner pergi kemana-mana bertiga fatwa atas semangat dan bantuannya selama ini, yang mau juga disusahin, yang super cerewet tapi nasehat dari dir kadang ada kebenarnya, yang selalu nasehatin biar gak jadi orang yang egois, semangat terus dir skripsinya kita pasti bisa. Megita Amalia Maulana yang kadang suka nyebelin tapi sebenarnya baik hati, terimakasih semangat dan dukungannya, ya walaupun kita ngerencanakan wisuda bareng dulu tapi gapapa kalau megita duluan yang wisuda biar bisa yunia tagih janjinya liburan keluar kota bareng hehe, meg kurang-kurangnya meg pikiran-pikiran dewasanya ya haha, walaupun sekarang udah dewasa tetep harus dikurangnya. SUKSES BUAT KITA SEMUA GENGGS !

14. Sahabat tersayangku dari SMA. Zahra Zafira, terimakasih buat Ala yang udah nemenin dari jaman-jaman SMA, yang selalu nemenin yunia kemana-mana, yang selalu nasehatin tiada henti apalagi tentang cowok, yang selalu kasih semangat dan motivasi, yang selalu ada waktu lagi kesusahan, yang dari dulu gak pernah capek dengerin curhatan yunia, Ala semangat skripsinya terus semangat, kita harus jadi orang yang sukses. Oppie Yolanda, terimakasih buat Oppie walaupun beda tempat kuliah tapi Oppie hampir 3 tahun ada buat

nemenin yunia, selalu ngasih semangat waktu lagi kuliah, yang suka marahin kalau dulu males berangkat kuliah, yang sering ngasih makan karena kesian yunia anak kostan, yang selalu baik tiada henti sampai semua keluarga Oppie udah seperti keluarga sendiri, yang rumahnya selalu jadi tempat singgah, yang selalu ada dengerin keluh kesah waktu lagi susah dan lagi galau-galaunya, sedih karna sekarang jauh dari Oppie. Kevin Zulqarnain, congbe kesayangan yang selalu menghibur setiap tingkah lakunya, yang selalu kasih semangat dan support, kangen sama kevin yang sekarang terbang terus. Putri Chantika, Audrya Candra, Thanika Atika, Fitri Lian, Nadia Sausan terimakasih sudah jadi sahabat baik dari jaman SMA yang masih peduli dan kasih semangat sampai sekarang ini. Semoga kita semua sukses terus kedepannya ya dan persahabatan kita terus terjaga.

15. Untuk Guruh Leo Wibowo. Terimakasih atas dukungan motivasi, semangat, serta waktu luangnya sudah menemani yunia sampai saat ini, nasehat yang tiada henti selalu diberikan supaya yunia jadi pribadi yang lebih baik dan supaya yunia semangat dan berusaha dalam menyelesaikan perkuliahan dan skripsi ini. Semoga tujuan-tujuan baik kita untuk kedepannya dapat tercapai. Aamiin.
16. Teman-teman seperjuangan yang selalu hadir selama kurang lebih 4 tahun kuliah ini. Tanicha Aprilia, Pranita Miharti, Dwi Muharini, Athiya (Nces), Nabila Aisyah, Thizarani, Mia Arta Oktavia, Dinda Puji Lestari, Marselin Daiska, Fatriany Maulita, Roihanah, Istie Ramadhiana. Terimakasih sudah sempat menemani dan memberikan moment selama masa-masa kuliah. Semangat dan sukses buat kita ya guys !

17. Teman-teman Gelas Antik 2014, Feri Dugong, Nihan, Sukro terimakasih ya cuy dulu jaman kita masih maba mau disusahin terus hehe. Anggi Jambu, Ditho, Fadly, Rifki, Faiz, Fadly, Binter, Trias Cininta, Adon, Ririn, Nabila Cho, Martiana, Adi Black, Adi Kur, Ana, Andra, Nadya, Anggi Lestari, Dian, Ni'mah, Tengku, Ma'ruf, Ela, Septi, Suci, Widi, Satria, Deni, Rydho, Rani, Sangga, Yumas, Sintong, Triaz, Desy, Alvin, Andrianto, Annisa Yurida, Vita, Astri, Ara, Gusty, Nur Arifah, Okta, Bella, Otnay, Ely, Fatra, Ferdian, Fazry, Herwan, Taufik, Robi, Regi, Refiananda, Oci, Meliana, Niza, Asih, Idin, Sandi, Sintong, Yumas, Sisca, Septika, Tari, Wahyu Hidayat, Wahyu Syawaldi, Heni, Rian. Terimakasih atas segala kebersamaannya dan dukungannya selama proses perkuliahan ini. Semoga kita sukses semua. Aamiin.
18. Untuk MUCIMITI, Annisa Novilia, Ainun Cahaya, Addila Lutsmila, dan Heppy Purnama. Terimakasih semangat dan doanya selama ini guys. Walaupun sekarang jarang ketemu kalian selalu dihati gengs, semoga persahabatan bagai kepompong kita selalu abadi selamanya ya.
19. Terimakasih untuk senior 2009. Bang Nyom, Mbak Wiwit atas masukan dan sarannya, serta semangat yang diberikan supaya cepat menyelesaikan skripsi. Abang-Mbak Alas Menara 2013. Bang Dhimas si bodyguard terimakasih sudah banyak bantuin dari masih maba, Bang Leo, Bang Pindo, Bang Sidik, Bang Adi Gum, Mbak Ala, Mbak Uki, Mbak Gina, Mbak Uun. Terimakasih sudah menjadi abang-mbak yang baik dan membantu selama masa perkuliahan dikampus.

20. Untuk teman-teman Atlantik 2015. Ferdinan makasih ya nan udah mau bantuin dan disusahin selama kuliah, selalu ngasih semangat, trus mau denger segala keluh kesah yang super drama selama kuliah. I Gusti PDG (Goten), Maulidya Agustina, Andi Novrizal, M. Basri, Panjul, Ade Siska, Rizeki Kurniawan, Bayu, Hanif, Mahdalia, Meika, Iyan Gembul, dll yang namanya tidak bisa disebutkan satu persatu. Teman-teman Alaska 2018. Silya, Dicki, Rahman, Fadhil, Maya Shafa, dll. Terimakasih atas bantuan selama diperkuliahan, maaf kalau kalian kadang suka direpotin dan digupekin hehehe. Terimakasih juga atas doa dan dukungannya dalam meyelesaikan skripsi ini. Semoga segera menyusul ya diks, sukses kuliahnya.
21. Teman-teman KKN 2017 periode 1 Desa Binjai Ngagung, Kecamatan Bekri, Lampung Tengah. Nasa Dwi Anggraini, Chyntia Saputri, Lutfia Khoirunnisa, Kak Antoni Adi, Denny Habiburrohman, dan Kak Rioga N. Tanjung. Terimakasih atas pengalaman berharga suka duka, manis dan pahit yang kita lewati selama 40 hari bersama. Semoga silaturahmi kita tetap terjaga.
22. Seluruh pihak yang membantu penulis selama perkuliahan dan penyusunan skripsi yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Penulis ucapkan terimakasih untuk semuanya.

Akhir kata penulis sangat menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kata kesempurnaan, namun penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi diri penulis secara pribadi maupun mereka yang telah menyediakan waktu untuk membacanya. Semoga sebuah karya sederhana ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Bandarlampung, Juni 2018

Penulis

Yunia Mertisanfara

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	10
II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pelayanan Publik	12
1. Pengertian Pelayanan Publik.....	12
2. Klasifikasi Pelayanan Publik.....	14
3. Standar Pelayanan Publik.....	17
B. Pelayanan Kesehatan	19
1. Pengertian Pelayanan Kesehatan.....	19
2. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan	22
3. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan	24
4. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	26
5. Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat.....	28
C. Puskesmas	37
1. Pengertian Puskesmas	37
2. Fungsi dan Peran Puskesmas	39
D. Masyarakat Miskin.....	40
1. Pengertian Masyarakat Miskin	40
2. Klasifikasi Masyarakat Miskin.....	41
3. Kriteria Masyarakat Miskin.....	42
III. METODE PENELITIAN	
A. Tipe Penelitian.....	45
B. Fokus Penelitian	46
C. Lokasi Penelitian	48
D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	49

1. Jenis Data	49
2. Teknik Pengumpulan Data	50
E. Teknis Analisis Data	52
F. Teknis Keabsahan Data	56

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Puskesmas Rawat Inap Kedaton	61
1. Sejarah Singkat Puskesmas Rawat Inap Kedaton	61
2. Keadaan Geografi Puskesmas Rawat Inap Kedaton	63
3. Visi dan Misi Puskesmas Rawat Inap Kedaton	63
4. Kegiatan Pelayanan Kesehatan pada Puskesmas Rawat Inap Kedaton	64
B. Hasil Penelitian	67
1. Prosedur Pelayanan Kesehatan Dasar yang dilakukan Puskesmas Rawat Inap Kedaton bagi Masyarakat Miskin	67
a. Administrasi Pelayanan	71
b. Pelayanan Promotif dan Preventif	74
c. Pemeriksaan, Pengobatan, dan Konsultasi Medis, serta Tindakan Medis Non Spesialistik	77
d. Pelayanan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai	79
e. Pemeriksaan Penunjang Diagnostik Lanoratorium Tingkat Pertama	82
f. Rawat Inap Tingkat Pertama Sesuai Indikasi Medis	83
2. Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton	86
a. <i>Tangibles</i> atau Bukti Langsung	87
b. <i>Reliability</i> atau Kehandalan	91
c. <i>Responsiveness</i> atau Daya Tanggap	92
d. <i>Assurance</i> atau Jaminan	95
e. <i>Emphaty</i> atau Empati	97
C. Pembahasan	99
1. Prosedur Pelayanan Kesehatan Dasar yang dilakukan Puskesmas Rawat Inap Kedaton bagi Masyarakat Miskin	99
2. Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton	108

V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	123
B. Saran	126

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Identifikasi Penanganan Keluhan Masyarakat di Puskesmas Rawat Inap Kedaton Januari 2016.....	9
2. Daftar Informan Penelitian.....	51
3. Contoh Triangulasi.....	57
4. Daftar Kepala Puskesmas Rawat Inap Kedaton.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Komponen dalam Analisis Data (<i>interactive model</i>)	53
2. Alur Prosedur Pelayanan Pasien	69
3. Senam Program Prolanis Puskesmas Rawat Inap Kedaton	75
4. Senam Peregangan 10 Menit.....	76
5. Ruang Farmasi atau Tempat Penerimaan Resep	80
6. Pasien Tidak Mampu di Ruang Rawat Inap.....	85
7. Sarana Prasarana <i>Ambulance</i>	87
8. Ruang Tunggu Lantai 2.....	88
9. Ruang Tunggu Lantai 1.....	89
10. Contoh Sarana Informasi	89
11. Contoh Sarana Informasi	90
12. Petugas Memberikan Nomor Antrian pada Pasien Datang.....	94
13. Petugas Administrasi Melayani Kebutuhan Pasien.....	94

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dimensi utama dalam urusan pemerintahan adalah membangun pelayanan bagi masyarakat (*public service*) yang baik serta bertanggungjawab. Penyelenggaraan pelayanan publik merupakan upaya negara untuk memenuhi kebutuhan dasar dan hak-hak sipil setiap warga negara baik dalam produk barang maupun jasa. Salah satu bentuk pelayanan publik yang dilaksanakan oleh pemerintah adalah pemenuhan kebutuhan kesehatan masyarakat.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan unsur kesejahteraan masyarakat yang harus diwujudkan sebagaimana yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai suatu kesejahteraan. Oleh karena itu negara dan pemerintah bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, salah satunya dengan memberikan dan menjamin warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang layak, sesuai dengan fokus utama pemerintah dalam memperbaiki tingkat kesejahteraan masyarakat yang tercantum didalam Undang-Undang Dasar Pasal 3 ayat 3 yang berbunyi “Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Pelayanan kesehatan tersebut diselenggarakan dengan berdasarkan kepada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yaitu suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, adapun proses pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan berkaitan dengan ketersediaan sarana kesehatan yang terdiri dari pelayanan kesehatan dasar (puskesmas, balai pengobatan), pelayanan rujukan (rumah sakit), ketersediaan tenaga kesehatan, peralatan dan obat-obatan.

Bentuk pelayanan yang dilakukan oleh pemerintah kepada masyarakat sesuai dengan kemampuan dan kapabilitas negara melalui Jaminan Sosial yang tujuannya untuk memberikan keringanan dan kemudahan bagi masyarakat. Segala bentuk jaminan sangatlah penting bagi negara dalam upaya memberikan pelayanan kepada masyarakat melalui badan atau institusi penyelenggara negara yang bernaung masing-masing didalam bidang jaminan sosial tersebut dengan kebijakan-kebijakan yang telah dirumuskan, dibentuk, dan diterapkan kepada masyarakat dengan berbagai jenis variasinya dalam menghadapi berbagai permasalahan yang kompleks. Pemerintah telah menyelenggarakan beberapa

bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi dan terbagi-bagi, sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

Mengingat pentingnya jaminan perlindungan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia maka untuk mengatasi hal itu, pemerintah menerbitkan Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program-program SJSN bertujuan memberikan perlindungan dasar bagi seluruh masyarakat Indonesia. Program tersebut dimaksudkan untuk memenuhi semua kebutuhan dari setiap individu. UU Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang telah diimplementasikan sejak 1 Januari 2014.

Ada dua kelompok peserta BPJS Kesehatan yaitu Non Penerima Bantuan Iuran dan Penerima Bantuan Iuran. Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari pemerintah sebagai peserta

program jaminan kesehatan. Dalam menjalankan program layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tersebut, BPJS Kesehatan bekerjasama dengan penyelenggara pelayanan kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) untuk membuka pintu pelayanan bagi masyarakat khususnya mereka yang berpenghasilan rendah. (*Diakses pada <http://www.jkn.kemkes.go.id>, tanggal 15 Januari 2018 pukul 17.15 wib*)

Salah satu unit FKTP pada BPJS Kesehatan yaitu Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat). Menurut Departemen Kesehatan RI dalam Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI No. 128 Menkes/SK/II/2004, puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja. Puskesmas juga merupakan salah satu sarana pelayanan publik yang secara langsung dapat dirasakan masyarakat pengguna, khususnya dalam pelayanan kesehatan perorangan. Cakupan pelayanan yang diterima masyarakat miskin selaku peserta BPJS Kesehatan di FKTP atau puskesmas yaitu rawat jalan tingkat pertama, pelayanan gigi, rawat inap tingkat pertama dan pelayanan darah sesuai indikasi medis.

Seperti yang dikutip Sampurna (2015:1) dalam skripsinya, pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas merupakan pelayanan yang menyeluruh yang meliputi pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan). Pelayanan tersebut ditujukan kepada semua penduduk dengan tidak membedakan jenis kelamin dan golongan

umur, sejak dari pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia. Walaupun sempat berada pada era yang berbeda (Era Askes dan Era BPJS), puskesmas tetap konsisten memberikan layanan kesehatan untuk masyarakat, dan ditambah dengan keberadaan puskesmas yang mudah untuk dijangkau.

Pemberian pelayanan tingkat pertama merupakan suatu ketentuan yang harus diikuti oleh pasien penerima jaminan sosial sebelum mendapatkan tingkat pelayanan yang lebih intensif atau pelayanan lanjutan. Namun sering kali pemberian pelayanan oleh instansi terkait kurang memberikan yang terbaik bagi pelanggan yakni masyarakat. Pengguna layanan kesehatan khususnya peserta BPJS termasuk masyarakat miskin banyak yang mengeluhkan ketepatan dan kecepatan waktu pelayanan, kedatangan dokter yang sering terlambat, tingkat cepat tanggapnya aparat, kejelasan informasi, rendahnya tingkat kesopanan dan keramahan, kurangnya tingkat perhatian dan keadilan, dan fasilitas yang tidak terawat dengan baik.

Pemerintah Kota Bandar Lampung memiliki wewenang dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan otonomi daerah, dan telah diselenggarakan melalui Peraturan Walikota Bandar Lampung Nomor 24 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota Bandar Lampung pada Fasilitas Kesehatan di Kota Bandar Lampung. Penyelenggaraan program pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menjamin perlindungan kesehatan masyarakat dan peruntukannya untuk semua masyarakat Kota Bandar Lampung.

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat Kota Bandar Lampung sangat penting dalam rangka meningkatkan produktivitas masyarakat. Beberapa indikator utama yang dapat dijadikan standar antara lain mortalitas, morbiditas, status gizi masyarakat, keadaan lingkungan, perilaku hidup masyarakat dan akses serta mutu pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan kepada penduduk miskin masih sangat rendah, dari 59.183 jumlah keluarga miskin yang memiliki kartu sehat hanya 27.530 Kartu Keluarga (KK). Berarti masih terdapat 30% keluarga miskin yang belum terjangkau Jamkesmas, sedangkan yang mendapatkan pelayanan kesehatan hanya 38.783 KK serta ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *anternal care* dari 8.720 ibu hamil keluarga miskin hanya 3.327 ibu hamil yang mendapatkan pelayanan. Dalam konteks ini terlihat bahwa persoalan dasar kesehatan masih merupakan masalah serius dalam konteks Bandar Lampung. (*Diakses pada <http://depkes.go.id>, tanggal 16 januari 2018 pukul 20.45 wib*)

Kesehatan dan kemiskinan adalah dua hal yang sangat berkaitan satu sama lain. Walaupun keduanya tidak berhubungan namun sekarang dapat dikaji keterkaitan antara keduanya. Dalam suatu masyarakat tentunya dapat dibedakan mana yang merupakan tergolong sebagai masyarakat kaya, menengah, dan miskin. Adanya penggolongan tersebut juga berimbas dalam masalah aspek kehidupannya, termasuk didalamnya yaitu aspek kesehatan. Masyarakat miskin cenderung memiliki derajat kesehatan yang rendah, penyebab utama dari rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin selain ketidakcukupan pangan adalah keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dasar, rendahnya mutu layanan kesehatan dasar, kurangnya pemahaman terhadap perilaku hidup sehat, dan kurangnya layanan kesehatan reproduksi. Faktor-faktor lain seperti kemampuan finansial,

ketersediaan peralatan kesehatan, kecukupan tenaga medis maupun paramedis, informasi tentang kondisi kesehatan, serta jaringan bisnis di sektor kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesenjangan pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kota Bandar Lampung salah satunya adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama. Salah satu FKTP di wilayah Kota Bandar Lampung adalah puskesmas. Puskesmas sebagai salah satu mitra Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) diharapkan mampu memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat tanpa ada diskriminasi khususnya peserta BPJS dan masyarakat miskin. Hal tersebut merupakan salah satu tujuan yang ingin dicapai setiap daerah dalam rangka meningkatkan mutu kesehatan suatu Negara. Berdasarkan Bank Data Depkes RI 2018, jumlah puskesmas di Kota Bandar Lampung ada 30 puskesmas, baik puskesmas dengan jenis perawatan maupun non perawatan. 5 diantaranya sudah meraih akreditasi sebagai FKTP, yaitu Puskesmas Rajabasa Indah, Puskesmas Kedaton, Puskesmas Satelit, Puskesmas Susunan Baru, dan Puskesmas Sumur Batu.

Puskesmas Rawat Inap Kedaton merupakan salah satu puskesmas yang telah meraih akreditasi sebagai FKTP, akreditasi ini merupakan salah satu bentuk komitmen Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dalam peningkatan kualitas puskesmas dalam pelayanan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, Reihana, akreditasi FKTP ini diharapkan dapat memperbaiki dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Yang mana para petugas atau tenaga kesehatan di puskesmas mempunyai peran dan tanggungjawab yang besar mengenai masalah kesehatan masyarakat. Terutama

dalam hal pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat apalagi kepada masyarakat miskin. Pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu akan memberikan kepuasan bagi diri pasien yang berdampak pada keinginan pasien untuk kembali pada institusi yang memberikan pelayanan kesehatan yang efektif. (Diakses pada <http://lampungmediaonline.com>, tanggal 10 Januari 2018 pukul 16.00 wib)

Sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan dasar dan mendukung program kerja BPJS Kesehatan, Puskesmas Rawat Inap Kedaton melayani pasien *Home Visite*, yakni pelayanan dilakukan di rumah pasien. Syarat bagi pasien untuk mendapatkan layanan *Home Visite* ini adalah sudah 3 bulan tidak ada perbaikan kesehatannya, baru pulang dari rumah sakit, dan 3 bulan tidak kontrol. Dalam memberikan pelayanan yang maksimal, Puskesmas Kedaton juga tetap buka pada saat hari raya guna memaksimalkan pelayanan bagi masyarakat yang menderita sakit. (Diakses pada <http://lampung.tribunnews.com>, tanggal 10 Januari 2018 pukul 17.20 wib)

Akan tetapi, dalam peningkatan pelayanan kesehatan dasar pasti masih terdapat permasalahan yang membuat belum optimalnya pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama atau puskesmas karena pelayanan kesehatan khususnya kepada pengguna BPJS Kesehatan selaku masyarakat miskin seringkali mengalami keluhan seperti pelayanan medis, pelayanan obat-obatan, pelayanan administrasi dan pembuatan surat rujukan yang belum memuaskan. Seperti yang dilansir dalam laman translampung.com tentang keluhan pasien bernama Rina Fitriana sebagai warga yang menerima pelayanan BPJS pada Rabu, (16/11/16) mengeluhkan

pelayanan dari salah satu dokter umum di Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Dokter Umum tersebut berlaku kasar dengan melayani pasien secara ketus dan menjelaskan dengan nada keras bahwa pasien sakit karena belum makan, padahal pasien sudah memberikan keterangan bahwa sudah makan. (*Diakses pada <http://translampung.com>, tanggal 17 January 2018 pukul 15.20 wib*)

Tabel 1. Identifikasi Penanganan Keluhan Masyarakat di Puskesmas Rawat Inap Kedaton Januari 2016

No	Keluhan	Rencana Tindak Lanjut	Pelaksanaan
1	Tolong dibuat tempat bermain anak pada saat imunisasi anak bisa bermain jadi tidak menangis	Membuat tempat bermain anak di Puskesmas Kedaton	Sudah dibuat tempat bermain anak
2	Pelayanan pada loket pendaftaran agar lebih baik lagi, lebih ramah, dan jangan mempersulit jalur pelayanan askes	Memanggil petugas loket untuk diberikan pengarahan	Petugas sudah diberi pengarahan untuk lebih ramah pada pasien
3	Kamar mandi umum puskesmas licin tidak pernah dibersihkan	Memanggil petugas kebersihan membuat ceklist kebersihan kamar mandi menunjuk petugas supervision	Petugas sudah diberi pengarahan untuk melakukan kebersihan minimal 2 kali sehari ceklist sudah disusun petugas, petugas supervisor harian sudah ditetapkan

(Sumber: Dokumentasi Puskesmas Rawat Inap Kedaton 2018)

Pada tabel 1 menjelaskan adanya beberapa keluhan masyarakat terhadap fasilitas pelayanan di Puskesmas Rawat Inap Kedaton pada bulan Januari tahun 2016, dan keluhan tersebut telah ditindak lanjuti Puskesmas Rawat Inap Kedaton untuk diperbaiki agar lebih baik. Salah satu keluhan tersebut terhadap pelayanan pada loket pendaftaran agar petugas lebih ramah dan tidak mempersulit pasien yang

sudah ditindak lanjutin denganmemberikan pengarahan kepada petugas loket pendaftaran.

Pelayanan kesehatan dirasa tidak memuaskan ketika kurangnya keramahan dan kesopanan para petugas kesehatan tersebut hal ini dikarenakan petugas menganggap remeh pasien yang menggunakan kartu BPJS dan ada perlakuan mendiskriminasikan pengguna layanan BPJS terutama bagi masyarakat miskin. Melihat permasalahan pelayanan di atas, khususnya dalam hal pelayanan baik medis dan administrasi, serta fasilitas kesehatan yang ada, dan dalam hal tatakrma. Sebagai salah satu bentuk dari pelayanan publik, penilaian kinerja serta penunjang kinerja para pegawai tentunya mendapat perhatian dari para peneliti administrasi publik karena aspek pelayanan publik merupakan salah satu kajian penting yang dipelajari dalam studi administrasi publik. Oleh karena itu, berdasarkan uraian dari latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian secara lebih mendalam tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Terakreditasi (Studi tentang Prosedur dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Rawat Inap Kedaton)”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka yang menjadi rumusan masalah adalah:

1. Bagaimanakah prosedur pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan Puskesmas Rawat Inap Kedaton bagi masyarakat miskin ?
2. Bagaimanakah kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton ?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang diangkat, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk mendeskripsikan prosedur pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton
2. Untuk menganalisis kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah:

1. Secara teoritis, hasil penelitian ini dapat memperluas wawasan peneliti, dan menambah penelitian/kajian yang berguna bagi perkembangan ilmu pengetahuan dalam kajian Ilmu Administrasi Publik, terutama dalam pelayanan publik.
2. Secara praktis
 - Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan menjadi masukan bagi masyarakat dalam melihat bagaimana pelayanan publik khususnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton.
 - Dapat memberikan pengetahuan bagi peneliti dalam memahami sejauh mana Puskesmas Rawat Inap Kedaton dalam memberikan pelayanan publik di bidang kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin.

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Publik

1. Pengertian Pelayanan Publik

Pelayanan sangat dibutuhkan oleh setiap manusia, dapat juga dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia. Pelayanan merupakan suatu pemecahan permasalahan antara manusia sebagai konsumen dan perusahaan sebagai pemberi atau penyelenggara pelayanan, maka Moenir (2003:16) dalam Pasolong (2007:128) mengatakan bahwa pelayanan adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktifitas orang lain secara langsung. Proses yang dimaksudkan dilakukan sehubungan dengan saling memenuhi kebutuhan antara penerima dan pemberi pelayanan. Sedangkan menurut Lovelock 1991:7) dalam Hardiansyah (2011:10) *service* adalah produk yang tidak berwujud, berlangsung sebentar dan dirasakan atau dialami. Artinya *service* merupakan produk yang tidak ada wujud atau bentuknya sehingga tidak ada bentuk yang dapat dimiliki, dan berlangsung sesaat atau tidak tahan lama, tetapi dialami dan dapat dirasakan oleh penerima layanan.

Pelayanan publik menurut Sinambela (2005:5) dalam Pasolong (2007:128) adalah sebagai kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap sejumlah manusia yang memiliki setiap kegiatan yang menguntungkan dalam suatu kumpulan atau

kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasilnya tidak terikat pada suatu produk secara fisik. Kurniawan dalam (Pasolong, 2007:128), mengatakan bahwa pelayanan publik adalah pemberian pelayanan (melayani) keperluan orang lain atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang ditetapkan. Pengertian lain tentang pelayanan umum oleh Lembaga Administrasi Negara diartikan sebagai segala bentuk kegiatan pelayanan umum yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah pusat, di daerah, dan di lingkungan badan usaha milik negara/daerah dalam bentuk barang dan atau jasa, baik dalam rangka pelaksanaan ketentuan-ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelayanan umum menurut Moenir (2006) dalam Hardiyansyah (2011:18) adalah kegiatan yang dilakukan oleh seorang atau sekelompok orang dengan landasan faktor materiel melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam rangka usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya. Pelayanan publik atau pelayanan umum menurut Ratminto dan Atik (2007:4-5) dalam Hardiansyah (2011:11) dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggungjawab dan dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dan Badan Usaha Milik Daerah (BUMD), dalam upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pada dasarnya pelayanan publik adalah sangat sederhana, variabel pentingnya hanya ada pada pemberi dan penerima, namun kemudian menjadi rumit tatkala

menyangkut pada aspek penilaian tentang kualitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi layanan. Secara konseptual untuk melaksanakan paradigma ini, maka pelayanan yang diberikan kepada masyarakat bisa menilai kinerja pemberi layanan.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa pelayanan publik adalah kegiatan pemberian layanan oleh penyelenggara pelayanan publik yaitu pemerintah, BUMN, atau BUMD yang dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip, asas-asas dalam pelayanan publik dan ketentuan perundang-undangan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik dengan tujuan agar dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

2. Klasifikasi Pelayanan Publik

Menurut Mahmudi dalam Hardiyansyah (2011:20-23) pelayanan publik yang harus diberikan oleh pemerintah diklasifikasikan kedalam dua kategori utama, yaitu:

a. Pelayanan Kebutuhan Dasar

Pelayanan kebutuhan dasar adalah pelayanan yang meliputi kebutuhan dasar masyarakat, yaitu:

1) Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, maka kesehatan adalah hak bagi setiap warga masyarakat yang dilindungi oleh Undang-Undang Dasar. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan

kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera (*welfare society*).

2) Pendidikan dasar

Bentuk pelayanan dasar lainnya adalah pendidikan dasar, sama seperti kesehatan, pendidikan merupakan suatu bentuk investasi sumber daya manusia. Masa depan suatu bangsa akan sangat ditentukan oleh seberapa besar perhatian pemerintah terhadap pendidikan masyarakatnya. Tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap tingkat kemiskinan karena pendidikan merupakan salah satu komponen utama dalam lingkaran setan kemiskinan sebagaimana digambarkan diatas. Oleh karena itu, untuk memotong lingkaran setan kemiskinan salah satu caranya adalah melalui perbaikan kualitas pendidikan.

3) Bahan kebutuhan pokok masyarakat

Selain kesehatan dan pendidikan, pemerintah juga harus memberikan pelayanan kebutuhan dasar yang lain, yaitu bahan kebutuhan pokok. Bahan kebutuhan pokok masyarakat itu misalnya beras, minyak goreng, minyak tanah, gula pasir, daging, telur ayam, susu, garam beryodium, tepung terigu, sayur mayur, semen, dan sebagainya. Dalam hal penyediaan bahan kebutuhan pokok, pemerintah perlu menjaga stabilitas harga kebutuhan pokok masyarakat dan menjaga ketersediannya di pasar maupun di gudang dalam bentuk cadangan atau persediaan.

b. Pelayanan Umum

Selain pelayanan kebutuhan dasar, pemerintah sebagai instansi penyedia pelayanan publik juga harus menyediakan pelayanan umum kepada

masyarakatnya. Pelayanan umum yang harus diberikan pemerintah terbagi dalam tiga kelompok, yaitu:

1) Pelayanan Administratif

Merupakan pelayanan berupa penyediaan berbagai bentuk dokumen yang dibutuhkan oleh publik misalnya: pembuatan Kartu Tanda Penduduk (KTP), sertifikat tanah, Akta Kelahiran, Akta Kematian, Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB), Surat Tanda Nomor Kendaraan Bermotor (STNK), Izin Mendirikan Bangunan (IMB), pasport.

2) Pelayanan Barang

Pelayanan barang adalah pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang yang menjadi kebutuhan publik, meliputi: jaringan telepon, penyediaan tenaga listrik, penyediaan air bersih.

3) Pelayanan Jasa

Pelayanan jasa adalah pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa yang dibutuhkan publik, misalnya: pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan transportasi, jasa pos, sanitasi lingkungan persampahan, drainase, jalan dan trotoar, parkir, penanggulangan bencana banjir, gempa, gunung meletus dan kebakaran, pelayanan sosial (asuransi atau jaminan sosial).

Sedangkan jenis-jenis pelayanan publik menurut Lembaga Administrasi Negara yang dimuat dalam SANKRI Buku III dalam Hardiyansyah (2011:24) adalah:

- a. Pelayanan pemerintahan adalah jenis pelayanan masyarakat yang terkait dengan tugas-tugas umum pemerintahan, seperti pelayanan KTP, SIM, pajak, perizinan, dan keimigrasian.

- b. Pelayanan pembangunan adalah suatu jenis pelayanan masyarakat yang terkait dengan penyediaan sarana dan prasarana untuk memberikan fasilitas kepada masyarakat dalam melakukan aktivitas sebagai warga negara. Pelayanan ini meliputi penyediaan jalan-jalan, jembatan-jembatan, pelabuhan-pelabuhan, dan lainnya.
- c. Pelayanan utilitas adalah jenis pelayanan yang terkait dengan utilitas bagi masyarakat seperti penyediaan listrik, air, telepon, dan transportasi lokal.
- d. Pelayanan sandang, pangan, dan papan adalah pelayanan yang menyediakan bahan kebutuhan pokok masyarakat dan kebutuhan perumahan, seperti penyediaan beras, gula, minyak, gas, tekstil, dan perumahan murah.
- e. Pelayanan kemasyarakatan adalah jenis pelayanan yang dilihat dari sifat dan kepentingannya lebih ditekankan pada kegiatan-kegiatan sosial kemasyarakatan, seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, penjara, rumah yatim piatu, dan lainnya.

3. Standar Pelayanan Publik

Penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur. Menurut UU Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, komponen standar pelayanan harus meliputi sekurang-kurangnya:

- a. Dasar hukum;
- b. Persyaratan;
- c. Sistem, mekanisme, dan prosedur;
- d. Jangka waktu penyelesaian;
- e. Biaya/tarif;
- f. Produk pelayanan;
- g. Sarana, prasarana, dan fasilitas;
- h. Kompetensi pelaksana;
- i. Pengawasan internal;
- j. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan;
- k. Jumlah pelaksana;
- l. Jaminan pelayanan yang diberikan kepastian pelayanan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan;
- m. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan dalam bentuk komitmen untuk memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, dan risiko keragu-raguan;
- n. Evaluasi kinerja pelaksana.

Standar pelayanan tersebut diatas merupakan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan publik oleh instansi pemerintah dan juga berfungsi sebagai indikator dalam penilaian serta evaluasi kinerja bagi penyelenggara pelayanan publik. Dengan adanya standar dalam kegiatan pelayanan publik ini diharapkan masyarakat bisa mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan prosesnya memuaskan dan tidak menyulitkan masyarakat.

B. Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Sebelum membahas mengenai pelayanan kesehatan terlebih dahulu kita harus mengetahui definisi dari kesehatan. Kesehatan berdasarkan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 bahwa kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sedangkan upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat.

Defenisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk dari pelayanan publik yang sangat dibutuhkan masyarakat luas. Pelayanan kesehatan sendiri merupakan *merit goods*, yakni memiliki manfaat yang penting bagi masyarakat banyak dan penyediaannya tidak dapat diserahkan sepenuhnya kepada swasta.

Pelayanan kesehatan menurut Pohan (2007:28) merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan kedalam terminologi operasional, sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan

kesehatan ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam melaksanakan tugas dan perannya masing-masing. Menurut Levey dan Loomba dalam Azwar (1996:35) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan (*promotif*), mencegah (*preventif*) dan menyembuhkan penyakit (*kuratif*) serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (*rehabilitatif*).

Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan yang disebut sarana atau pelayanan kesehatan (*health service*). Sedangkan mengenai stratifikasi pelayanan kesehatan, secara umum dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu (Azwar, 1994:48-49):

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (*Primary Health Service*)

Adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*Basic Health Service*) yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan ini bersifat rawat jalan (*Ambulatory/out patient service*).

b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua (*Secondary Health Service*)

Adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient service*) dan dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan ini.

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga (*Tertiary Health Service*)

Adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan dibutuhkan tenaga-tenaga subspecialis untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat ketiga ini.

Hodgetts dan Casio (Azwar, 1996:43) menyatakan bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut terbagi menjadi dua yaitu:

a. Pelayanan Kesehatan

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

b. Pelayanan kesehatan masyarakat

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

Berdasarkan definisi mengenai pelayanan kesehatan diatas, maka dapat disimpulkan pelayanan kesehatan merupakan pelayanan baik dilakukan oleh perseorangan maupun secara bersama-sama dengan tujuan memulihkan dan menyembuhkan penyakit, meningkatkan kesehatan seseorang dan atau masyarakat.

2. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Azwar (1996:38–39) mengungkapkan agar pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan, banyak syarat yang harus dipenuhi. Syarat yang dicakup paling tidak mencakup hal pokok yaitu sebagai berikut:

a. Tersedia dan Berkesinambungan (*Available & Continuous*)

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

b. Dapat diterima dan Wajar (*Acceptable & Appropriate*)

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima dengan wajar. Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah dicapai (*Accessible*)

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi, dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

d. Mudah dijangkau (*Affordable*)

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan disini terutama dari sudut biaya, untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

e. Bermutu (*Quality*)

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksudkan disini adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Standar layanan kesehatan menjadi bagian dari layanan kesehatan itu sendiri serta memainkan peranan sangat penting dalam mengatasi masalah pelayanan kesehatan. Jika suatu organisasi ingin menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu secara taat-asas atau konsisten, keinginan tersebut harus dijabarkan menjadi suatu standar layanan kesehatan. Menurut Pohan (2007:28) standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan kedalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen

organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam melaksanakan tugas dan perannya masing-masing. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah Kabupaten atau Kota, bahwa tujuan strategi pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan yang erat kaitannya dengan penetapan kewenangan wajib dan SPM bidang kesehatan adalah:

- a. Terlindunginya kesehatan masyarakat khususnya penduduk miskin, kelompok rentan, dan daerah miskin.
- b. Terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan.

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

3. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996:1) secara umum penyelenggaraan pelayanan kesehatan memiliki kesamaan, yakni setiap masalah kesehatan diselesaikan melalui penerapan kemajuan ilmu teknologi kedokteran serta kemajuan ilmu dan teknologi administrasi. Pada saat ini berkat perkembangan ilmu dan teknologi, dan juga kehidupan masyarakat, bentuk dan jenis penyelenggaraan pelayanan

kesehatan memiliki keragaman. Menurut Azwar (1996:36) Keragaman bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditentukan oleh:

- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegah penyakit, pengobatan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Sasaran pelayanan kesehatan, apakah untuk perseorangan, kelompok ataupun masyarakat secara keseluruhan. Sedangkan, menurut Hodgetts dan Cascio (Azwar, 1996:43) dari banyaknya variasi pelayanan kesehatan, secara umum pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua macam, yaitu pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*). Penyelenggara pelayanan kesehatan yang utama adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama atau lebih sering disebut dengan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*). Pelayanan dasar ialah pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan yang bersifat pokok (*basic health service*).

Pelayanan kesehatan dasar mencakup pelayanan meningkatkan derajat kesehatan, misalnya menjaga kesehatan lingkungan, pencegahan pemberantasan penyakit menular, perbaikan gizi masyarakat, penyembuhan penyakit dan pelayanan kesehatan, melayani kesehatan keluarga dan reproduksi. Dalam hal ini, puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan publik merupakan organisasi penyelenggara fungsi pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin.

Berdasarkan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya mewujudkan pelayanan kesehatan tersebut, dapat dilihat dari dua aspek, yaitu: pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan Kesehatan mencakup dua aspek yaitu (a) Penyembuhan Penyakit (*Kuratif*); (b) Pemulihan Kesehatan (*Rehabilitatif*). Sedangkan, Peningkatan Kesehatan mencakup dua aspek yaitu (a) Pencegahan Penyakit (*Preventif*); (b) Peningkatan Kesehatan (*Promotif*).

4. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama atau sebutan lainnya FKTP adalah tempat pertama yang harus didatangi ketika masyarakat pengguna BPJS maupun Jamkesmas ingin berobat. Berdasarkan peraturan yang tertulis pada Peraturan Walikota Bandar Lampung Nomor 24 tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota pada Fasilitas Kesehatan di Kota Bandar Lampung, bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan FKTP kepada masyarakat mencakup beberapa indikator Pelayanan Kesehatan Non Spesialistik yang meliputi:

- a. Administrasi Pelayanan
- b. Pelayanan Promotif dan Preventif
- c. Pemeriksaan, Pengobatan, dan Konsultasi Medis

- d. Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun nonoperatif
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- f. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama
- g. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama sebagaimana yang dimaksud diatas untuk pelayanan medis mencakup:

- a. Kasus medis yang dapat diselesaikan secara tuntas di Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
- b. Kasus medis yang membutuhkan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan
- c. Kasus medis rujuk balik
- d. Pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan pelayanan kesehatan gigi tingkat pertama
- e. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita oleh bidan atau dokter
- f. Rehabilitasi medik dasar

Pelayanan Kesehatan juga dilakukan sesuai dengan panduan klinis yang ditetapkan oleh menteri. Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis mencakup: a. rawat inap pada pengobatan atau perawatan kasus yang dapat diselesaikan secara tuntas pada pelayanan kesehatan tingkat pertama; b. pertolongan persalinan normal. Berdasarkan peraturan yang telah ditetapkan diatas, peneliti menggunakan indikator-indikator Pelayanan Kesehatan Non Spesialistik, karena peneliti ingin mendeskripsikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton.

5. Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Mutu atau kualitas dapat ditinjau dari sudut pandang pasien, petugas kesehatan dan manajemen kesehatan. Untuk pasien mutu pelayanan berarti empati, respek, tanggapan akan kebutuhannya dan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Menurut Azwar (1996:39), menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien atau pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

Menurut Pohan (2007:13) kualitas layanan kesehatan dapat dilihat berdasarkan beberapa perspektif, yaitu:

a. Perspektif pasien atau masyarakat

Bahwa pasien atau masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit.

b. Perspektif pemberi layanan kesehatan

Pemberi layanan kesehatan (*provider*) mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan peralatan, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi dalam melakukan layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (*outcome*) atau hasil layanan

kesehatan itu.

Menurut Sampara (1999) dalam Hardiyansyah (2011:35), mengemukakan bahwa kualitas pelayanan adalah pelayanan yang diberikan kepada pelanggan sesuai dengan standar pelayanan yang telah dibakukan dalam memberikan layanan sebagai pembakuan pelayanan yang baik. Sementara itu menurut Ibrahim (2008:22) dalam Hardiyansyah (2011:40), kualitas pelayanan publik merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan dimana penilaian kualitasnya ditentukan pada saat terjadi pemberian pelayanan publik tersebut.

Setiap organisasi modern dan maju senantiasa mengedepankan bentuk-bentuk aktualisasi kualitas layanan. Kualitas layanan yang dimaksud adalah memberikan bentuk pelayanan yang optimal dalam memenuhi kebutuhan, keinginan, harapan dan kepuasan dari masyarakat yang meminta pelayanan dan yang meminta dipenuhi pelayanannya. Konsep kualitas layanan yang berkaitan dengan kepuasan ditentukan oleh lima unsur yaitu *responsiveness*, *assurance*, *tangible*, *empathy* dan *reliability*. Konsep kualitas layanan intinya adalah membentuk sikap dan perilaku dari pengembang pelayanan untuk memberikan bentuk pelayanan yang kuat dan mendasar, agar mendapat penilaian sesuai dengan kualitas layanan yang diterima.

Menurut Kemenkes RI (2010), mutu pelayanan kesehatan meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tapi tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Mutu layanan kesehatan akan selalu menyangkut dua aspek yaitu pertama aspek teknis dari penyedia layanan kesehatan itu sendiri dan kedua, aspek kemanusiaan yang timbul sebagai akibat hubungan yang terjadi antara pemberi layanan kesehatan dan penerima layanan kesehatan (Pohan, 2007: 15).

Sedangkan secara umum yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan menurut Pohan (2007:17) adalah suatu layanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien atau konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat. Kualitas pelayanan bisa dikatakan berkualitas ataupun tidak berkualitas sebenarnya didasarkan pada penilaian dari pelayanan yang diberikan.

Faktor-faktor yang digunakan konsumen untuk mengukur kualitas jasa adalah outcome, process dan image jasa tersebut, ketiga kriteria tersebut dapat dijabarkan menjadi enam unsur:

a. Professionalism and skill

Kriteria ini berhubungan dengan *outcome* yaitu tingkat kesembuhan pasien. Pelanggan menyadari bahwa jasa pelayanan kesehatan dihasilkan oleh sumber daya manusia yang memiliki pengetahuan dan keterampilan profesional yang berbeda. Institusi penyedia pelayanan kesehatan harus menjamin reputasi dokter dan petugas lainnya yang bekerja pada institusi pelayanan kesehatan tersebut.

b. Attitudes and behavior

Kriteria sikap dan perilaku staf akan berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan institusi jasa pelayanan kesehatan akan merasakan kalau dokter dan

paramedis rumah sakit sudah melayani mereka dengan baik sesuai standar prosedur operasional pelayanan. Situasi ini ditunjukkan oleh sikap dan perilaku positif staf yang akan membantu para pengguna pelayanan kesehatan mengatasi keluhan sakitnya.

c. Accessibility and flexibility

Kriteriaini berhubungan dengan proses pelayanan. Pengguna jasa pelayanan akan merasakan bahwa institusi penye dia pelayanan jasa, lokasi, jam kerja, dan sistemnya dirancang dengan baik untuk memudahkan para pengguna mengakses pela yanan sesuai dengan kondisi pengguna jasa (fleksibilitas), yaitu disesuaikan dengan keadaan sakit pasien, jarak yang harus ditempuh, tarif pelayanan, dan kemampuan ekonomi pasien atau keluarga untuk membayar tarif pelayanan.

d. Reliability and trusworthiness

Kriteria ini berhubungan dengan proses pelayanan. Pengguna jasa pelayanan bukan tidak memahami risiko yang mereka hadapi jika memilih jasa pelayanan yang ditawarkan oleh dokter. Pasien dan keluarganya sudah mempercayai sepenuhnya dokter yang akan melakukan tindakan karena pengalaman dan reputasinya.

e. Recovery

Kriteria penilaian ini juga berhubungan dengan proses pelayanan. Pelanggan memang menyadari kalau ada kesalahan atau risiko akibat tindakan medis yang diambil, tetapi para pengguna jasa pelayanan mempercayai bahwa institusi penyedia jasa pelayanan sudah melakukan perbaikan (recovery) terhadap mutu pelayanan yang ditawarkan kepada publik untuk mengurangi risiko medis yang akan diterima pasien.

f. Reputation and credibility

Kriteria ini berhubungan dengan image. Pelanggan akan meyakini benar bahwa institusi penyedia jasa pelayanan memang memiliki reputasi baik, dapat dipercaya, dan punya nilai (*rating*) tinggi di bidang pelayanan kesehatan.

Kebanyakan penilaian para pengguna jasa pelayanan kesehatan seperti yang dijabarkan dari kriteria penilaian tersebut lebih mementingkan proses pelayanan dibandingkan dengan *outcome*. Dalam rangka menilai sejauh mana kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh aparatur pemerintah, perlu ada kriteria yang menunjukkan apakah suatu pelayanan publik yang diberikan dapat dikatakan baik atau buruk, berkualitas atau tidak.

Kualitas pelayanan bisa dikatakan berkualitas ataupun tidak berkualitas sebenarnya didasarkan pada penilaian dari pelayanan yang diberikan. Penilaian kualitas pelayanan, menurut Parasuraman dalam Hardiyansyah (2011:92), mendefinisikan penilaian kualitas pelayanan sebagai suatu pertimbangan global atau sikap yang berhubungan dengan keunggulan (*superiority*) dari suatu pelayanan. Penilaian kualitas pelayanan sama dengan sikap individu secara umum terhadap kinerja perusahaan. Selanjutnya, ditambahkan bahwa penilaian kualitas pelayanan adalah tingkat dan arah perbedaan antara harapan dan persepsi pelanggan.

Dalam rangka menilai sejauh mana kualitas pelayanan publik yang diberikan oleh aparatur pemerintah, perlu ada kriteria yang menunjukkan apakah suatu pelayanan publik yang diberikan dapat dikatakan baik atau buruk, berkualitas atau tidak. Berkenaan dengan hal tersebut, Zeithaml *et. Al.* (1990) dalam Hardiansyah

(2011:40) mengatakan bahwa:

“SERVQUAL is an empirically derived method that may be used by a services organization to improve service quality. The method involves the development of an understanding of the perceived service needs of target customers. The resulting gap analysis may then be used as a driver for service quality improvement.”

SERVQUAL merupakan suatu metode yang diturunkan secara empiris yang dapat diturunkan secara empiris yang dapat digunakan oleh organisasi pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Metode ini meliputi pengembangan pemahaman mengenai kebutuhan layanan yang dirasakan oleh pelanggan. Hal ini diukur dari persepsi kualitas layanan bagi organisasi yang bersangkutan. Analisis kesenjangan yang dihasilkan kemudian dapat digunakan sebagai panduan untuk peningkatan kualitas layanan.

Selanjutnya, Zeithaml (1990) dalam Hardiyansyah (2011:41) menyatakan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh dua hal, yaitu:

“...expected service dan perceived service. Expected service dan perceived ditentukan oleh dimension of service quality yang terdiri dari sepuluh dimensi, yaitu: (1) Tangibles. Appearance of physical facilities, equipment, personnel, and communication materials; (2) Reliability. Ability to perform the promised service dependably and accurately; (3) Responsiveness. Willingness to help customers and provide prompt service; (4) Competence. Possession of required skill and knowledge to perform service; (5) Courtesy. Politeness, respect, consideration and friendliness of contact personnel; (6) Credibility. Trustworthiness, believability, honesty of the service provider; (7) Feel Secure. Freedom from danger risk, or doubt; (8) Access. Approachable and easy of contact; (9) Communication. Listens to its customers and acknowledges their comments. Keeps customers informed. In a language which they can understand; and (10) Understanding the customer. Making the effort to know customers and their needs.”

Berdasarkan uraian di atas, Zeithaml dalam Hardiyansyah (2011:41) menjelaskan bahwa ukuran kualitas pelayanan memiliki sepuluh dimensi, yaitu:

1) *Tangibles* (berwujud fisik), terdiri atas fasilitas fisik, peralatan, personil dan

komunikasi; 2) *Reliability* (kehandalan), terdiri dari kemampuan unit pelayanan dalam menciptakan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat; 3) *Responsiveness* (ketanggapan), kemauan untuk membantu konsumen, bertanggungjawab terhadap kualitas pelayanan yang diberikan; 4) *Competence* (kompeten), terdiri atas tuntutan yang dimilikinya, pengetahuan dan keterampilan yang baik oleh aparatur dalam memberikan pelayanan; 5) *Courtesy* (ramah), sikap atau perilaku ramah, bersahabat, tanggap terhadap keinginan konsumen serta mau melakukan kontak; 6) *Credibility* (dapat dipercaya), sikap jujur dalam setiap upaya untuk menarik kepercayaan masyarakat; 7) *Security* (merasa aman), jasa pelayanan yang diberikan harus bebas dari berbagai bahaya atau resiko; 8) *Access* (akses), terdapat kemudahan untuk mengadakan kontak dan pendekatan; 9) *Communication* (komunikasi), kemauan pemberi pelayanan untuk mendengarkan suara, keinginan atau aspirasi pelanggan; 10) *Understanding the customer* (memahami pelanggan), serta melakukan segala usaha untuk mengetahui kebutuhan pelanggan.

Berdasarkan sepuluh dimensi kualitas pelayanan tersebut, kemudian Zeithaml *et.al.* (1990) dalam Hardiyansyah (2011:42) menyederhanakan menjadi lima dimensi, yaitu dimensi *SERVQUAL* (kualitas pelayanan) yang didasarkan pada lima dimensi kualitas yaitu:

- a. *tangibles*, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi;
- b. *realibility*, yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan tepat waktu dan memuaskan;
- c. *responsiveness*, kemampuan para staf untuk membantu para pelanggan dan

- memberikan pelayanan yang tanggap;
- d. *assurance*, mencakup kemampuan, kesopanan, bebas dari bahaya resiko atau keraguan;
 - e. *emphaty*, yaitu mencakup kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Menurut Zeithaml (1990) dalam Hardiansyah (2011:41) menyatakan bahwa kualitas pelayanan dapat diukur dari 5 dimensi, yaitu: *Tangible* (Berwujud), *Reliability* (Kehandalan), *Responsiveness* (Ketanggapan), *Assurance* (Jaminan), dan *Emphaty* (Empati). Masing-masing dimensi memiliki indikator sebagai berikut:

- a. Untuk dimensi *Tangible* (Berwujud), terdiri atas indikator:
 - 1) Penampilan petugas/aparatur dalam melayani pelanggan
 - 2) Kenyamanan tempat melakukan pelayanan
 - 3) Kedisiplinan petugas/aparatur dalam melakukan pelayanan
 - 4) Kemudahan proses dan akses layanan
 - 5) Penggunaan alat bantu dalam pelayanan
- b. Untuk dimensi *Reliability* (Kehandalan), terdiri atas indikator:
 - 1) Kecermatan petugas dalam melayani pelanggan
 - 2) Memiliki standar pelayanan yang jelas
 - 3) Kemampuan petugas/aparatur dalam menggunakan alat bantu dalam proses pelayanan
 - 4) Keahlian petugas dalam menggunakan alat bantu dalam proses pelayanan

- c. Untuk dimensi *Responsiveness* (Respon/Ketanggapan), terdiri atas indikator:
- 1) Merespon setiap pelanggan/ pemohon yang ingin mendapatkan pelayanan
 - 2) Petugas/aparatur melakukan pelayanan dengan cepat dan tepat
 - 3) Petugas/aparatur melakukan pelayanan dengan cermat
 - 4) Semua keluhan pelanggan direspon oleh petugas
- d. Untuk dimensi *Assurance* (Jaminan), terdiri atas indikator:
- 1) Petugas memberikan jaminan tepat waktu dalam pelayanan
 - 2) Petugas memberikan jaminan legalitas dalam pelayanan
 - 3) Petugas memberikan jaminan kepastian biaya dalam pelayanan
- e. Untuk dimensi *Emphaty* (Empati), terdiri atas indikator:
- 1) Mendahulukan kepentingan pemohon/pelanggan
 - 2) Petugas melayani dengan sikap ramah
 - 3) Petugas melayani dengan sikap sopan santun
 - 4) Petugas melayani dengan tidak diskriminatif (membeda-bedakan)
 - 5) Petugas melayani dan menghargai setiap pelanggan

Salim dan Woodward (1992) dalam Ratminto (2006:174) mengemukakan empat indikator, antara lain :

- a. *Economy* atau ekonomis adalah penggunaan sumberdaya yang sesedikit mungkin dalam proses penyelenggaraan pelayanan publik.
- b. *Efficiency* atau efisiensi adalah suatu keadaan yang menunjukkan tercapainya perbandingan terbaik antara masukan dan keluaran dalam suatu penyelenggaraan pelayanan publik.
- c. *Effectiveness* atau efektivitas adalah tercapainya tujuan yang telah

ditetapkan, baik itu dalam bentuk target, sasaran jangka panjang maupun misi organisasi.

- d. *Equity* atau keadilan adalah pelayanan publik yang diselenggarakan dengan memperhatikan aspek-aspek pemerataan.

Pada penelitian ini, peneliti memilih teori dan ukuran atau dimensi kualitas pelayanan yang dikemukakan oleh Zeithaml. Menurut peneliti, bahwa kelima dimensi kualitas pelayanan yang dikemukakan oleh Zeithaml sangat relevan untuk dijadikan dimensi dan indikator dalam penelitian ini, karena dalam konsepnya ia mengatakan bahwa metode tersebut dapat digunakan dan dapat diterapkan pada semua tipe pelayanan dari berbagai organisasi, baik organisasi yang berorientasi laba maupun nirlaba, termasuk pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan Puskesmas Rawat Inap Kedaton untuk masyarakat miskin.

C. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Menurut Depkes RI (2004) puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, Pusat kesehatan masyarakat atau yang selanjutnya disebut puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diberikan oleh puskesmas kepada masyarakat, mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem.

Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan dan merupakan Unit Pelaksanaan Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Upaya pelayanan yang diselenggarakan adalah:

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu upaya promotif dan preventif pada masyarakat di wilayah kerja puskesmas.
- b. Pelayanan medik dasar yaitu upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga melalui upaya perawatan yang tujuannya untuk menyembuhkan penyakit untuk kondisi tertentu.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu. Program puskesmas merupakan program kesehatan dasar, meliputi: (a) Promosi kesehatan; (b) Kesehatan Lingkungan; (c) KIA & KB; (d) Perbaikan gizi; (e) Pemberantasan penyakit menular; (f) Pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medik (laboratorium dan farmasi).

2. Fungsi dan Peran Puskesmas

Fungsi dan peran puskesmas sesuai dengan SKN Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama mempunyai tiga fungsi sebagai berikut :

a. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Puskesmas harus mampu membantu menggerakkan (motivator, fasilitator) dan turut serta memantau pembangunan yang diselenggarakan di tingkat kecamatan agar dalam pelaksanaannya mengacu, berorientasi serta dilandasi oleh kesehatan sebagai faktor pertimbangan utama.

b. Pusat Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari lintas sektoral, LSM dan tokoh masyarakat. Pemberdayaan keluarga adalah segala upaya fasilitas yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan mengambil keputusan untuk melakukan pemecahannya dengan benar, tanpa atau dengan bantuan pihak lain.

c. Pusat Pelayanan Tingkat Pertama

Upaya pelayanan kesehatan tingkat pertama yang diselenggarakan puskesmas bersifat holistic, komprehensif menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan bersifat pokok (*basic health service*) yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta

mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan medik dan pada umumnya bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out pasien service*).

Sebagai pusat pelayanan tingkat pertama di wilayah kerjanya puskesmas merupakan sarana kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau, adil dan merata. Upaya pelayanan yang diselenggarakan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, dengan pendekatan kelompok masyarakat serta sebagian besar diselenggarakan bersama masyarakat melalui upaya pelayanan dalam dan luar gedung di wilayah kerja puskesmas.
- b. Pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan.

D. Masyarakat Miskin

1. Pengertian Masyarakat Miskin

Masyarakat miskin adalah suatu kondisi dimana fisik masyarakat yang tidak memiliki akses ke prasarana dan sarana dasar lingkungan yang memadai, dengan kualitas perumahan dan pemukiman yang jauh di bawah standart kelayakan serta mata pencaharian yang tidak menentu yang mencakup seluruh multidimensi, yaitu dimensi politik, dimensi social, dimensi lingkungan, dimensi ekonomi dan dimensi asset (P2KP, Pedoman Umum, 2004:1).

2. Klasifikasi Masyarakat Miskin

Penggolongan kemiskinan didasarkan pada suatu standar tertentu yaitu dengan membandingkan tingkat pendapatan orang atau keluarga dengan tingkat pendapatan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum. Berdasarkan criteria ini maka dikenal kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. Kemiskinan absolut adalah mereka yang tidak mampu memenuhi kebutuhan pokok minimum, sedangkan komunitas yang termasuk dalam kemiskinan relatif adalah mereka yang memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum tetapi secara relatif mereka masih di bawah rata-rata pendapatan masyarakat yang ada di sekitarnya.

Sedangkan diskursus lain mencoba mengetengahkan pembahasan kemiskinan yang dibedakan menjadi natural, kultural dan struktural. Kemiskinan natural sama pengertiannya dengan kemiskinan turun temurun, disebabkan oleh suatu kondisi keterbatasan secara alamiah yang dihadapi suatu komunitas sehingga sulit melakukan perubahan. Kemiskinan kultural adalah suatu kondisi miskin yang dihadapi komunitas, disebabkan oleh faktor budaya. Budaya yang hidup, diyakini dan dikembangkan dalam suatu masyarakat menyebabkan proses pelestarian kemiskinan dalam masyarakat itu sendiri.

Kemiskinan struktural merupakan suatu kemiskinan yang melanda suatu komunitas yang disebabkan oleh faktor-faktor tertentu yang dibangun manusia. Faktor-faktor tersebut muncul karena dibangun dan dikondisikan oleh manusia, sehingga menyebabkan kerugian pada suatu sisi (Sulistiyani, 2004 : 29-30).

3. Kriteria Masyarakat Miskin

a. Fakir miskin dan orang tidak mampu teregister

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister, yang berasal dari Rumah Tangga memiliki kriteria:

- 1) Tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar;
- 2) Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana;
- 3) Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau yang disubsidi pemerintah;
- 4) Tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga;
- 5) Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama;
- 6) Mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester;
- 7) Kondisi lantai terbuat dari tanah atau kayu/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
- 8) Atap terbuat dari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/ kualitas rendah;

- 9) Mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran;
- 10) Luas lantai rumah kecil kurang dari 8m²/orang; dan
- 11) Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

b. Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister terdapat di dalam Lembaga Kesejahteraan Sosial maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial. Lembaga Kesejahteraan Sosial sebagaimana yang dimaksud meliputi:

- 1) Panti sosial;
- 2) Rumah Singgah;
- 3) Rumah Perlindungan Sosial Anak;
- 4) Lembaga Perlindungan Sosial Anak;
- 5) Panti/balai rehabilitasi sosial;
- 6) Taman Anak Sejahtera/Tempat Penitipan Anak miskin;
- 7) Rumah Perlindungan dan Trauma Centre; atau
- 8) Nama lain yang sejenis.

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister sebagaimana dimaksud terdiri atas:

- 1) Gelandangan;
- 2) Pengemis;
- 3) Perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil;
- 4) Perempuan rawan sosial ekonomi;

- 5) Korban tindak kekerasan;
- 6) Pekerja migran bermasalah sosial;
- 7) Masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan 1 (satu) tahun setelah kejadian bencana
- 8) Perseorangan penerima manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial;
- 9) Penghuni Rumah Tahanan/Lembaga Pemasyarakatan;
- 10) Penderita Thalassaemia Mayor; dan
- 11) Penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI).

(Sumber: Kepmensos RI Nomor 146/Huk/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu)

III. METODE PENELITIAN

A. Tipe Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif, yakni jenis penelitian yang berupaya menggambarkan suatu fenomena atau kejadian dengan apa adanya. Menurut Moleong (2011:11), dalam jenis penelitian ini data yang dikumpulkan adalah berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka. Laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan data untuk memberi gambaran penyajian laporan tersebut. Data tersebut dapat berasal dari naskah wawancara, catatan lapangan, *videotape*, dokumen pribadi, catatan atau memo, dan dokumen resmi lainnya.

Pendekatan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Moleong (2011:6) mendefinisikan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain, secara holistik, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah. Jadi dapat disimpulkan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang digunakan untuk meneliti dan memahami fenomena yang dialami oleh subjek penelitian dimana peneliti merupakan instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan

dengan beberapa cara sehingga menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis/lisan dari orang-orang atau perilaku yang dapat diamati. Untuk itu Alasan penulis menggunakan jenis karena melakukan deskripsi dan analisis mengenai bagaimana pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton yang telah terakreditasi.

B. Fokus Penelitian

Menurut Moleong (2011:93), dalam penelitian kualitatif hal yang harus diperhatikan adalah masalah dan fokus penelitian. Batasan masalah dalam penelitian kualitatif disebut dengan fokus, yang berisi pokok masalah yang masih bersifat umum. Dalam penelitian kualitatif, penentuan fokus lebih didasarkan pada tingkat kebaruan informasi yang dapat diperoleh dari situasi sosial (lapangan).

Berdasarkan pemaparan diatas maka fokus yang digunakan untuk mendeskripsikan dan menganalisis pelayanan kesehatan dasar menggunakan Peraturan Walikota Bandar Lampung Nomor 24 Tahun 2014 terkait pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup (a) administrasi pelayanan; (b) pelayanan promotif dan preventif; (c) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis; (d) tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif; (e) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; (f) pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama; (g) rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis, yang dapat diukur dari prosedur pelayanan kesehatan yang ada pada penyelenggara kesehatan. Menurut Zeithaml (Hardiansyah, 2011:42) untuk

menentukan sejauhmana kualitas dari pelayanan, dapat dilihat dari lima dimensi yaitu *Tangibles*, *Realibility*, *Responsiveness*, *Assurance*, dan *Emphaty*. Dalam penelitian ini yang dikategorikan masyarakat miskin ialah masyarakat kedaton yang menggunakan program kesehatan gratis dari pemerintah Kota Bandarlampung sesuai dengan Peraturan Walikota Bandarlampung Nomor 24 Tahun 2014.

Berdasarkan teori diatas, maka yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah:

1. Prosedur pelayanan kesehatan yang dilakukan Puskesmas Rawat Inap Kedaton bagi masyarakat miskin sesuai dengan Peraturan Walikota Bandar Lampung Nomor 24 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota Bandar Lampung pada Fasilitas Kesehatan di Kota Bandar Lampung.
2. Kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton yang dilihat berdasarkan:
 - a) *Tangibles* (Bukti Langsung), berupa fasilitas fisik sarana dan prasarana Puskesmas Rawat Inap Kedaton, perlengkapan, kebersihan, dan sarana komunikasi, ruang tunggu, tempat informasi.
 - b) *Realibility* (Kehandalan), berupa kemampuan dan keandalan Puskesmas Rawat Inap Kedaton dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang terpercaya dan tepat waktu.
 - c) *Responsiveness* (Daya Tanggap), berupa keinginan para staff atau pegawai Puskesmas Rawat Inap Kedaton untuk membantu masyarakat miskin dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat, serta tanggap terhadap keinginan konsumen.

- d) *Assurance* (Jaminan), mencakup kemampuan, keramahan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para petugas medis Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Dengan adanya jaminan ini diharapkan pasien bebas dari bahaya, resiko, atau keraguan.
- e) *Empathy* (Empati), berupa sikap tegas tapi penuh perhatian terhadap pasien, sehingga memudahkan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pasien di Puskesmas Rawat Inap Kedaton.

C. Lokasi Penelitian

Menurut Moelong (2011:128), lokasi penelitian merupakan tempat dimana peneliti melakukan penelitian terutama dalam menangkap fenomena atau peristiwa yang sebenarnya terjadi dari objek yang diteliti dalam rangka mendapatkan data-data peneliti yang akurat. Dalam penentuan lokasi penelitian, cara terbaik yang ditempuh dengan jalan mempertimbangkan teori substantive dan menjajaki lapangan untuk mencari kesesuaian dengan kenyataan. Selain diperlukan pertimbangan dalam penentuan lokasi seperti keterbatasan geografis dan praktis, seperti waktu, biaya serta tenaga.

Dengan mempertimbangkan hal diatas dan membatasi penelitian, maka lokasi penelitian dan unit analisis penelitian akan dilakukan di Puskesmas Rawat Inap Kedaton Bandar Lampung. Unit analisis penelitian ini berada di alamat Jl. Teuku Umar No. 68 B, Kedaton, Kota Bandar Lampung, sehingga akan diperoleh data

yang cukup untuk melaksanakan penelitian ini. Beberapa alasan yang menjadi dasar pemilihan lokasi penelitian adalah:

1. Puskesmas Rawat Inap Kedaton merupakan salah satu puskesmas yang telah mendapatkan akreditasi sebagai FKTP yang artinya puskesmas harus memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat terutama masyarakat miskin, dan juga menyediakan pelayanan rawat inap, selain itu letaknya strategis karena dipinggir jalan utama Kota Bandar Lampung sehingga mudah sekali untuk mengaksesnya.
2. Terdapat kesenjangan pelayanan kesehatan yang dilakukan dokter atau petugas Puskesmas Rawat Inap Kedaton bagi pengguna BPJS Kesehatan maupun masyarakat miskin selaku pengguna program kesehatan gratis dari Pemerintah Kota Bandar Lampung.

D. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini ialah:

a. Data Primer

Sumber data primer yaitu sumber data utama. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang berisi kata-kata dan tindakan. Data-data primer merupakan unit analisis utama yang digunakan dalam analisis data. Data primer akan didapatkan oleh peneliti selama berada di lokasi penelitian dan dikumpulkan menggunakan teknik wawancara dan observasi mengenai pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin pada Puskesmas Kedaton.

b. Data Sekunder

Lofland dan Lofland dalam Moleong (2011:157) mengemukakan bahwa sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Data tambahan atau sering kita sebut dengan data sekunder dalam penelitian ini ialah peraturan perundang-undangan dan berupa dokumen-dokumen tertulis yang terkait dengan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Kedaton.

2. Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya sebagai berikut:

a. Wawancara

Sumber data yang berasal dari informan melalui kata-kata langsung dan tanya jawab disebut dengan wawancara. Wawancara adalah kegiatan tanya jawab antara dua orang atau lebih secara langsung. Wawancara bisa dilakukan secara langsung (*personal interview*) maupun tidak langsung (*telephone* atau *mail interview*). Pewawancara disebut *interviewer*, sedangkan orang yang diwawancarai disebut *interviewee* atau informan. Informan adalah orang yang diperkirakan menguasai dan data, informasi, ataupun fakta dari suatu objek penelitian. Peneliti menyusun panduan wawancara berdasarkan fokus masalah penelitian untuk dijadikan materi dalam wawancara agar menjadi terarah dan tidak menyimpang. Peneliti menggunakan wawancara semi terstruktur, artinya proses wawancara lebih terbuka dengan meminta pendapat atau gagasan

narasumber yang terlibat dalam pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Kedaton, sehingga peneliti dapat menemukan data yang lebih mendalam dengan mencatat dan mendengarkan keterangan dari informan.

Tabel 2. Daftar Informan Penelitian

No	Nama	Jabatan	Waktu Wawancara
1	dr. Marisa Anggraini, M.Pd.Keb	Kepala Puskesmas Rawat Inap Kedaton	27 Maret 2018
2	Sri Waihayati	Kepala Tata Usaha Puskesmas Rawat Inap Kedaton	28 Maret 2018 & 4 April 2018
3	Yuliana, A.Md	Staf Bagian Loker Pendaftaran	4 April 2018
4	Ibu Rani	Masyarakat Kedaton Pengguna Program Pelayanan Kesehatan Gratis	28 Maret 2018
5	Bapak Afit Setiawan	Masyarakat Kedaton Pengguna Program Pelayanan Kesehatan Gratis	3 April 2018
6	Bapak Teguh	Masyarakat Kedaton Pengguna Program Pelayanan Kesehatan Gratis	3 April 2018

(Sumber : Diolah oleh peneliti tahun 2018)

b. Observasi

Observasi adalah kegiatan untuk melakukan pengamatan yang dilakukan secara sengaja dan secara sistematis. Melalui teknik observasi ini peneliti melakukan pengamatan secara langsung terhadap objek penelitian selama kurang lebih 2 bulan yang dimulai dari bulan maret sampai bulan mei tahun 2018, yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin pada Puskesmas Rawat Inap Kedaton.

c. Dokumentasi

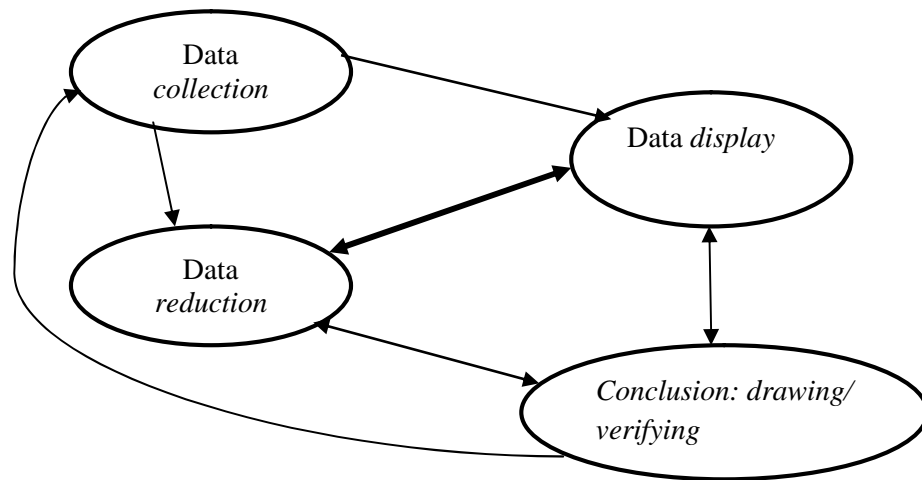
Teknik ini digunakan untuk menghimpun berbagai data yang memuat informasi tertentu yang bersumber dari dokumen-dokumen tertulis berupa persyaratan berobat bagi masyarakat yang tidak mampu, Peraturan Walikota Bandarlampung Nomor 24 Tahun 2014. Data berupa dokumen seperti ini bisa dipakai untuk menggali informasi yang terjadi di masa silam. Dokumentasi bisa disebut sebagai pelengkap teknik wawancara karena melalui dokumen-dokumen yang ada peneliti dapat mengumpulkan data lebih banyak lagi.

E. Teknik analisis data

Data yang telah diperoleh selanjutnya akan dianalisis. Menurut Bogdan dan Biklen analisis data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensitensiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (Moleong, 2011:320).

Langkah-langkah analisis data dapat dilihat dari model komponen dalam analisis data seperti:

Gambar 1. Komponen dalam Analisis Data (*interactive model*)



(Sumber: Sugiyono, 2012:247)

Analisis dalam penelitian kualitatif merupakan suatu proses kegiatan yang berjalan secara *continue*, berkesinambungan dan interaktif. Adapun tahapan data yang akan peneliti ambil dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penyajian Data

Penyajian data yaitu penyusunan informasi yang kompleks ke dalam suatu bentuk sistematis, sehingga menjadi lebih selektif dan sederhana serta memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan data dan pengambilan tindakan. Dalam penyajian data ini peneliti akan berusaha menyajikan data yang didapat secara interpretatif dan dibatasi dengan informasi yang tersusun dari para informan.

Dalam penelitian ini peneliti menyajikan data berupa hasil wawancara dari informan, hasil observasi, dan dokumentasi yang dibentuk dalam teks deskriptif untuk mempermudah pembaca memahami secara jelas yang disusun berdasarkan fokus penelitian terkait prosedur pelayanan kesehatan dasar bagi

masyarakat miskin dan kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Hasil wawancara dilakukan pada Kepala dan Staf Puskesmas Rawat Inap Kedaton, serta masyarakat miskin terkait pengguna pelayanan kesehatan gratis dari pemerintah, hasil data diikuti dengan menyajikan tabel, gambar, dokumen-dokumen, dan foto untuk memperjelas data tersebut sehingga nantinya akan mempermudah peneliti dalam menarik kesimpulan.

2. Reduksi Data

Reduksi data yaitu data yang diperoleh di lapangan dituangkan dalam bentuk laporan, untuk selanjutnya direduksi, dirangkum, difokuskan kepada hal-hal penting, dicari tema dan polanya atau disusun secara sistematis. Pada penelitian ini data yang diperoleh dipilih diseleksi serta dirangkum, difokuskan pada hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton.

Dalam penelitian ini data yang peneliti dapatkan berupa prosedur pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan data-data yang berkaitan dengan penilaian kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Hal-hal penting yang peneliti rangkum salah satunya yaitu wawancara terhadap Kepala Puskesmas Rawat Inap Kedaton, Kepala TU Puskesmas Rawat Inap Kedato, Staf Pendaftaran Puskesmas Rawat Inap Kedaton, masyarakat miskin yang berobat di Puskesmas Rawat Inap Kedaton dengan menggunakan pertanyaan yang sama yang disesuaikan dengan kriteria setiap informan untuk mendapatkan jawaban yang sesuai dengan apa

yang sedang diteliti dan juga memisahkan jawaban yang tidak sesuai dengan fokus penelitian.

3. Penarikan Kesimpulan

Mengambil kesimpulan atau verifikasi adalah suatu kegiatan dalam pembentukan konfigurasi yang utuh dan menyeluruh. Dalam kegiatan menarik kesimpulan atau verifikasi dilakukan sejak di lapangan, ini agar memudahkan pencarian data ulang apabila ada kekurangan data. Peneliti akan menarik kesimpulan sejak melakukan penelitian di lapangan yaitu saat peneliti turun langsung ke lokasi penelitian di Puskesmas Rawat Inap Kedaton untuk meninjau langsung bagaimana prosedur pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton.

Maka dari itu peneliti menarik kesimpulan bahwa mengenai prosedur pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin yang didasarkan pada Peraturan Walikota tersebut maka semua indikator sudah tercukupi dilakukan dengan baik oleh Puskesmas Rawat Inap Kedaton yang disesuaikan dengan Peraturan Menteri Kesehatan, dan Peraturan Walikota Bandar Lampung. Sehingga masyarakat yang kurang mampu tidak akan merasa kesulitan dalam memperoleh prosedur pelayanan yang dilakukan Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Selain itu peneliti juga menarik kesimpulan bahwa kualitas pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton yaitu mencakup kelima dimensi kualitas pelayanan, dirasa kualitasnya sudah cukup baik. Hal ini dikarenakan dari beberapa dimensi sudah sesuai dengan apa

yang diharapkan oleh masyarakat, walaupun masih ada dimensi yang dikeluhkan seperti permintaan masyarakat untuk menambah kapasitas ruang tunggu dan lambatnya kinerja dokter gigi, tapi hal tersebut tidak mempengaruhi baiknya kualitas pelayanan yang diberikan Puskesmas Rawat Inap Kedaton, peneliti melihat bahwa Puskesmas Rawat Inap Kedaton telah memenuhi dimensi-dimensi dari kualitas pelayanan tersebut.

F. Teknik Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar validitas dari data yang diperoleh. Menurut Moloeng (2011:324) mengemukakan bahwa untuk menentukan keabsahan data dalam penelitian kualitatif harus memenuhi beberapa persyaratan, yaitu dalam pemeriksaan data dan menggunakan kriteria :

1. Derajat Kepercayaan (*credibility*)

- a. Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Oleh karena itu dengan menggunakan teknik triangulasi dalam pengumpulan data, maka data yang diperoleh akan lebih konsisten, tuntas dan pasti. Menurut Sugiyono (2012:373) terdapat tiga macam triangulasi menentukan keabsahan data yakni:

- 1) Triangulasi sumber

Triangulasi sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang diperoleh melalui beberapa sumber.

		<p>peraturan-peraturan yang berlaku. Peraturan Walikota tentang program pelayanan kesehatan masyarakat pun kami jadikan acuan dalam melaksanakan prosedur pelayanan kesehatan ini. Tidak ada perbedaan pelayanan mau itu gratis atau yang bayar semua sama saja sesuai alur pelayanan yang kami tetapkan.”</p>	<p><i>Puskesmas Rawat Inap Kedaton tahun 2018)</i></p> <p>Keterangan : Foto diatas merupakan alur prosedur pelayanan pasien di Puskesmas Rawat Inap Kedaton.</p>
--	--	--	--

b. Kecukupan referensial

Kecukupan referensial yaitu, dengan memanfaatkan bahan-bahan terakan sebagai patokan untuk menguji sewaktu diadakan analisis dan penafisiran data.

Kecukupan refensial peneliti melakukan dengan cara mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan penelitian baik melalui literatur buku, arsip, catatan lapangan, foto dan rekaman yang digunakan untuk menganalisis data.

Dalam penelitian ini peneliti mengumpulkan informasi yang digunakan untuk mengolah data melalui empat literatur buku sebagai refensinya, jurnal dan skripsi penelitian terdahulu yang mengkaji tentang pelayanan kesehatan dasar, peraturan perundang-undangan tentang pelayanan dan kesehatan, peraturan walikota Bandarlampung, media online, transkrip wawancara, foto dokumentasi dan observasi, serta rekaman wawancara yang mendukung penelitian ini.

2. Keteralihan (*transferbility*)

Penguji keteralihan dalam penelitian kualitatif digunakan supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil peneliti tersebut maka peneliti harus membuat laporan yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Dalam penelitian ini penelitian membuat rincian berupa transkrip wawancara melalui tabel triangulasi, peneliti juga menyusul hasil penelitian berupa hasil wawancara, observasi dan dokumentasi berupa foto atau gambar yang disusun secara berurut sesuai fokus dalam penelitian ini dan dikaitkan satu sama lain dengan teori yang peneliti gunakan.

3. Kebergantungan (*dependability*)

Pengujian kebergantungan dilakukan dengan audit terhadap keseluruhan proses peneliti yang dilakukan oleh pembimbing. Sering terjadi peneliti tidak melakukan proses peneliti tetapi dapat memberikan data maka dari itu diperlukannya uji kebergantungan. Apabila proses peneliti tidak ada tetapi datanya ada, maka peneliti tidak *reliable* atau *dependable*.

Dalam penelitian ini pengujian kebergantungan hasil penelitian diperiksa dan diaudit oleh pembimbing selama melaksanakan bimbingan. Pada tahap ini penelitian didiskusikan bersama dengan pembimbing secara bertahap mengenai data-data yang telah ditemukan dilapangan. Setelah penelitian dianggap benar maka diadakannya seminar dengan mengundang teman-teman sejawat, pembimbing, serta pembahas.

4. Kepastian (*confirmability*)

Menguji kepastian dikaitkan dengan proses yang dilakukan dalam penelitian, jangan sampai prosesnya tidak ada tetapi hasilnya ada. Kepastian yang dimaksud berasal dari konsep objektivitas, sehingga dengan disepakati hasil penelitian tidak subjektif tetapi sudah objektif. Penguji kepastian dapat dilakukan secara bersamaan dengan pembimbing. Menguji kepastian berarti menguji hasil penelitian yang sudah dilakukan.

Pada tahap penelitian ini uji kepastian dilakukan bersamaan dengan uji kebergantungan, perbedaannya terletak pada orientasi penilaiannya. Uji kepastian digunakan untuk menilai hasil dari penelitian sedangkan uji kebergantungan menilai proses penelitian. Dalam penelitian ini pengujian kepastian diperiksa dan diaudit kepastian datanya oleh pembimbing, hasil data yang diperoleh diperiksa kembali apakah sudah sesuai dengan fokus penelitian, apakah data-data yang diperoleh benar adanya yang ada saat dilapangan, menguji kelogisan hasil penelitian, menilai hasil penelitian. Setelah diuji kepastiannya dan dianggap benar maka diadakan seminar dan ujian yang dilaksanakan bersama pembimbing dan pembahas.

V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai Pelayanan kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Terakreditasi (Studi tentang Prosedur dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Rawat Inap Kedaton), maka dapat diambil kesimpulan bahwa Prosedur dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar bagi masyarakat miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton sudah dijalankan dengan cukup baik. Hal ini dapat dilihat melalui:

1. Prosedur Pelayanan Kesehatan Dasar Bagi Masyarakat Miskin didasarkan pada Peraturan Walikota Bandarlampung Nomor 24 Tahun 2014, indikator yang harus dicakup pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama meliputi:
 - a. Administrasi pelayanan kesehatan dasar untuk masyarakat miskin cukup sederhana yaitu hanya membawa persyaratan berupa identitas diri (fotokopi KTP dan KK).
 - b. Pelayanan kesehatan dasar untuk masyarakat miskin terdiri atas pelayanan promotif dan preventif, dalam pelayanan promotif dan preventif untuk masyarakat miskin dilaksanakan penyuluhan kesehatan pencegahan dan mengatasi penyakit, serta program kesehatan gratis.

- c. Pada layanan pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis, tindakan medis, pelayanan obat, dan bahan medis habis pakai untuk masyarakat miskin semua mendapatkan sesuai dengan panduan medis dan SOP, serta sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.
 - d. Jenis-jenis pelayanan diagnostik laboratorium pada kesehatan dasar untuk masyarakat miskin berupa pemeriksaan darah sederhana, urin sederhana, feses sederhana. Contohnya seperti pemeriksaan golongan darah, malaria, dan gula darah yang dilakukan secara gratis.
 - e. Pelayanan rawat inap untuk masyarakat miskin dilayani sesuai indikasi medisnya, fasilitas yang didapat lengkap disesuaikan pada pelayanan kesehatan dasar sesuai dengan peraturan walikota.
2. Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas Rawat Inap Kedaton dinilai sudah cukup baik berdasarkan lima dimensi kualitas pelayanan menurut Zeithaml dalam Hardiansyah (2011:42) yaitu *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *emphaty*, yang meliputi:
- a. Dari aspek *tangibles* (bukti fisik) dalam pelaksanaannya meliputi petugas Puskesmas Rawat Inap Kedaton menggunakan pakaian yang seragam dan juga rapi, menyediakan sarana prasaranan seperti adanya ruang tunggu, televisi, tempat sampah, loket pendaftaran, toilet, adanya sarana informasi yang dipasang di setiap sudut ruangan, adanya tempat parkir, untuk memudahkan dalam proses pelayanan juga disediakan komputer, dan beberapa alat elektronik lainnya. Meskipun masih adanya keluhan dan permintaan masyarakat atau pasien untuk menambah tempat duduk

diruang tunggu yang hanya dapat menampung kurang lebih 75 orang, sedangkan pasien yang datang sehari bisa 200-300 orang.

- b. Dari aspek *reliability* (kehandalan) dalam pelaksanaannya meliputi pegawai atau staff Puskesmas Rawat Inap Kedaton sudah melaksanakan tugas sesuai dengan tupoksi dan juga menjalankan pelayanan sesuai dengan SOP, seperti apoteker yang bertanggungjawab dalam pelayanan obat dan bahan medis habis pakai pada tempat penerimaan resep yang ada di Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Akan tetapi masih ada keluhan terkait kinerja Dokter Gigi yang masih lambat dalam menangani pasien, hal ini dikarenakan jumlah Dokter Gigi yang masih sedikit dibandingkan jumlah pasien yang berobat setiap harinya yang menyebabkan pasien antri dan menunggu cukup lama.
- c. Dari aspek *responsiveness* yang berupa daya tanggap meliputi petugas dengan cepat merespon apa yang dibutuhkan atau diminta oleh pasien,, saat pasien yang kurang mampu datang langsung disambut ramah oleh petugas dan langsung diberikan nomor antrian, petugas melakukan pelayanan tersebut dengan tepat dan cepat, keluhan dari pasien cepat ditanggapi oleh petugas, dan petugas juga siap menjelaskan jika ada pasien yang bingung dan tidak mengerti.
- d. Dari aspek *assurance* (jaminan) secara pelaksanaannya keseluruhannya aspek jaminan ini sudah dilaksanakan dengan baik sesuai indikatornya bahwa semua petugas yang ada di Puskesmas Rawat Inap Kedaton bekerja sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing, staff di puskesmas juga mampu memberikan jaminan kepada para masyarakat

miskin jika ingin berobat bisa mendapatkan pelayanan gratis melalui program pelayanan kesehatan gratis dari walikota tanpa dipungut biaya sepeserpun, dan tidak ada keluhan mengenai ketidakpercayaan pasien terhadap petugas.

- e. Dari aspek *emphaty* (empati) secara keseluruhan pelaksanaannya sudah berjalan baik dan sesuai indikator penilaiannya yaitu petugas di Puskesmas Rawat Inap Kedaton mendahulukan kepentingan pasien yang kurang mampu, petugas melayani pasien pengguna program gratis dengan sopan dan santun, petugas disana juga melayani dengan tidak diskriminatif atau membedakan antara pasien si kaya atau si miskin, dan petugas melayani serta menghargai setiap pasien yang berobat, seperti staff loket pendaftaran dengan lembut dan sopan melayani seorang pasien yang sudah tua dan kurang mengerti sehingga petugas harus menjelaskan dengan sabar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, saran-saran yang penulis berikan antara lain:

1. Puskesmas Rawat Inap Kedaton dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin sebaiknya membuat jadwal kunjungan, diklasifikasikan langkah-langkah untuk batasan waktu berobat berdasarkan jenis klinik pelayanan agar tidak terjadi penumpukan pasien pada waktu yang sama.
2. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan terhadap masyarakat miskin maka Puskesmas Rawat Inap Kedaton sebaiknya menambah sarana berupa ruang

tunggu, mengingat pasien yang datang berobat setiap harinya sangat banyak jadi ruang tunggu harus ditambah terutama di lantai dua.

3. Puskesmas Rawat Inap Kedaton sebaiknya menegur dokter gigi agar lebih memperhatikan kinerjanya terhadap pasien agar segera melayani pasien-pasien yang sudah antri, agar tidak terjadinya penumpukan pasien yang lama menunggu. Selain itu menambah jumlah dokter gigi di puskesmas tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

Sumber Buku :

Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ketiga Jakarta: Bina Rupa Aksara Publisher.

Hardiansyah . 2011. *Kualitas Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gava Media.

Moleong, J Lexy. 2011, *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakaya

Pasolong, Harbani. 2007. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta

Pohan, Imbalo. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan : Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC

Ratminto. dan Atik. 2006. *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sulistiyani, Ambar Teguh. 2004. *Memahami Good Governence: Dalam Perspektif Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta. Gava Media

Skripsi dan Jurnal :

Agustiana. 2015. *Kinerja Puskesmas Cot Seumeureung Dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Kecamatan Samatiga Kabupaten Aceh Barat*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Teuku Umar Meulaboh..

Pramana, Luthfi Hianata. Publika (2015). *Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Poli Geriatri Rumah Sakit Umum (Rsu) Dr Soetomo Surabaya*. Jurnal Unesa, Vol 3, No. 4, hlm. 3

Sampurna, Aldy. 2015. *Implementasi Pelayanan Kesehatan Gratis Sebagai Hak Warga Negara dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten Kuningan*. Skripsi Fakultas Pendidikan Ilmu Pengetahuan Sosial. Universitas Pendidikan Indonesia.

Sumber Lain :

Kepmenkes RI No. 128 Menkes/SK/II/2004

Kepmensos RI Nomor 146/Huk/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas

Peraturan Walikota Bandar Lampung Nomor 24 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kota Bandar Lampung

Undang-undang Dasar Republik Indonesia 1945.

Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

<http://www.dpr.go.id/doksetjen/dokumen/minangwan-seminar-Seminar-Strategis-Penanggulangan-Kemiskinan-di-Indonesia-1435206184> (Diakses pada tanggal 20 desember 2017 pukul 19.00 wib)

<http://lampungmediaonline.com/2016/12/12-puskesmas-raih-akreditasi-fktp/> (Diakses pada tanggal 10 Januari 2018 pukul 16.00 wib)

http://www.bankdata.depkes.go.id/puskesmas/laporan_puskesmas_detail_kab.php?kd_propinsi=18&kd_kabupaten=71&tahun=2013&nama_kabupaten=KOTA%20BANDAR%20LAMPUNG (Diakses pada tanggal 10 Januari 2018 pukul 17.00 wib)

<http://lampung.tribunnews.com/2016/04/02/puskesmas-kedaton-terus-dukung-program-bpjs-kesehatan?page=1> (Diakses pada tanggal 10 Januari 2018 pukul 17.20 wib)

<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/123852-SK%20009%2009%20Suk%20p%20%20Pelayanan%20Kesehatan-Literatur.pdf> (Diakses pada tanggal 11 Januari 2018 pukul 19.30 wib)

<http://www.orgilib.litbang.depkes.go.id>. (Diakses pada tanggal 13 Januari 2018 pukul 17.15 wib)

<http://www.jkn.kemkes.go.id/faq.php> (Diakses pada tanggal 15 Januari 2018 pukul 17.15 wib)

http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2014/1871_Lampung_Kota_Bandar_Lampung_2014.pdf (Diakses pada tanggal 16 Januari 2018 pukul 20.45 wib)

<http://digilib.unila.ac.id/29493/3/TESIS%20TANPA%20BAB%20PEMBAHASA%20N.pdf> (Diakses pada tanggal 17 Januari 2018 pukul 19.16 wib)

<http://translampung.com/oknum-dokter-puskesmas-kedaton-kasari-pasien/> (Diakses pada tanggal 18 Januari 2018 pukul 10.10 wib)