



**IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PADA PELAYANAN PUBLIK BIDANG KESEHATAN
(STUDI KASUS PADA RUMAH SAKIT UMUM
dr. H. KOESNADI BONDOWOSO)**

DISERTASI

Oleh

**Untung Kuzairi
NIM 130930101001**

**PROGRAM DOKTOR ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2018



**IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PADA PELAYANAN PUBLIK BIDANG KESEHATAN
(STUDI KASUS PADA RUMAH SAKIT UMUM
dr. H. KOESNADI BONDOWOSO)**

DISERTASI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Doktor Ilmu Administrasi (S3) dan mencapai gelar Doktor Ilmu Administrasi

Oleh

Untung Kuzairi

NIM 130930101001

**PROGRAM DOKTOR ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2018

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim, dengan menyebut nama Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, serta sholawat dan salam semoga terlimpahkan kepada Nabi Muhammad SAW. Dengan penuh rasa syukur saya persembahkan disertai ini untuk:

1. Keluarga tercinta, Jazilatus Sholihah, Fatih Muhammad dan Sayidah Hilmi Dewi yang terus membuat saya bekerja keras dan merenungkan kehidupan bersama kalian semuanya.
2. Mami Hajjah Rohimah beserta semua adik-adik saya, keponakan saya dan Bapak Mohammad Anshar yang terus mendorong dan mendoakan saya dalam pendidikan program doktor ini, "wa-bil" khusus Almarhumah Ibunda saya, Ibu Mahcnunah yang telah bersama kami, memasak serta merawat dengan penuh cinta kasih sayangnya semoga Alloh SWT memulyakan di surgaNya dan mengampuni segala kesalahannya, amiin.

MOTTO

Sesungguhnya Allah menyuruh kamu berlaku adil dan berbuat kebajikan, memberi bantuan kepada kerabat, dan Allah melarang dari perbuatan keji, kemungkaran dan permusuhan. Dia memberi pengajaran kepadamu agar kamu dapat mengambil pelajaran.

(Terjemahan Surat An-Nahl : 90)¹



¹ Departemen Agama Republik Indonesia. 1971. *Al-Quran dan Terjemahan*. Jakarta

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Untung Kuzairi

NIM : 130930101001

menyatakan bahwa dengan sesungguhnya bahwa disertasi yang berjudul “Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Pelayanan Publik Bidang Kesehatan (Studi Kasus pada Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso)” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juli 2018

Yang menyatakan,

Untung Kuzairi

NIM. 130930101001

DISERTASI

**IMPLEMENTASI STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PADA PELAYANAN PUBLIK BIDANG KESEHATAN
(STUDI KASUS PADA RUMAH SAKIT UMUM
dr. H. KOESNADI BONDOWOSO)**

Oleh
Untung Kuzairi
NIM 130930101001

Pembimbing

Promotor : Prof. Dr. Hary Yuswadi, MA.
Co Promotor 1 : Dr. Agus Budihardjo, MA.
Co Promotor 2 : Himawan Bayu Patriadi, MA. Ph.D.

PENGESAHAN

Disertasi yang berjudul “Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Pelayanan Publik Bidang Kesehatan (Studi Kasus pada Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso)” merupakan karya Untung Kuzairi telah diuji dan disahkan pada:

Hari, Tanggal : 2018

Tempat : Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember

Tim Penguji

Pimpinan Sidang,

Penguji Tamu/Luar,

Dr. Ardiyanto, M.Si

Prof. Dr. Soesilo Zauhar, M.Si

NIP 195808101987021002

NIP 195403061979031005

Penguji Utama,

Penguji Anggota,

Dr. Nur Dyah Gianawati, M.A

Dr. Anastasia Murdyastuti, M.Si

NIP 195806091985032003

NIP 195805101987022001

Penguji Anggota,

Co Promotor II,

Dr. Edy Wahyudi, M.M

Drs. Himawan Bayu Patriadi, M.A., Ph.D

NIP 197508252002121002

NIP 196108281992011001

Co Promotor I,

Promotor,

Dr. Agus Budihardjo, M.A

Prof. Dr. Hary Yuswadi, M.A

NIP 195208141980031002

NIP 195207271981031003

Mengesahkan

Dekan,

Dr. Ardiyanto, M.Si

NIP 195808101987021002

RINGKASAN

Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Pelayanan Publik Bidang Kesehatan (Studi Kasus pada Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso); Untung Kuzairi, 130930101001; 2018: 329 halaman; Program Doktor Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Implementasi kebijakan kesehatan yang dijalankan oleh rumah sakit salah satunya adalah Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standar pelayanan minimal merupakan tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Berbicara permasalahan mutu pelayanan kesehatan, ditemukan fakta lapangan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso pada Tahun 2016 bahwa pencapaian indikator SPM RS masih belum memenuhi target indikator pedoman standar pelayanan rumah sakit Tipe B dan SPM RS. Indikator tersebut tercantum di buku Laporan Tahunan Rumah Sakit Tahun 2016, di antaranya terdapat 47,05% sarana dan prasarana rumah sakit tidak sesuai standar yang seharusnya terpenuhi rumah sakit tipe B non pendidikan, sebanyak 42% kekurangan SDM dokter spesialis dasar, tingkat hunian RS atau *Bed Occupancy Ratio* (BOR) belum efisien (BOR baru mencapai 56,42% dengan standar sebesar 60-85%), rerata Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) masih rendah (hanya memenuhi 78,74% dengan standar 90%), serta Angka Kematian Bayi (AKB) masih tinggi (sebesar 43 per 1.000 kelahiran hidup dengan standar yaitu ≤ 24 per 1.000 kelahiran hidup).

Selain itu, laporan evaluasi SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016 menunjukkan bahwa masih terdapat 14 jenis pelayanan yang belum memenuhi standar yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan SPM di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso belum optimal. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan implementasi kebijakan SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dan menganalisis hambatanya, menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.

Informan penelitian dipilih menggunakan teknik *purposive*, yaitu dipilih berdasarkan persyaratan tertentu sesuai dengan topik penelitian. Metode pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara mendalam, *Focus Group Discussion* (FGD), observasi dan studi dokumentasi. Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis data melalui tahapan reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Selanjutnya, kesimpulan yang dibuat merupakan hasil dari proses triangulasi (data dan metode) untuk memperoleh data yang valid dan tepat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso masih belum optimal. Hal ini dikarenakan beberapa hal meliputi komunikasi, struktur birokrasi, sumber-sumber, disposisi dan kepemimpinan dalam pengendalian ego sektoral. Pertama, kebijakan SPM RS belum diperhatikan secara detail karena standar pelayanan minimal hanya dijadikan sebagai bahan untuk pembuatan laporan saja. Selain itu, adanya hubungan yang tidak harmonis antara bagian struktural sebagai pemberi pelayanan administrasi dan bagian fungsional sebagai pemberi pelayanan medis, padahal kedua bagian tersebut merupakan aktor (pelaksana) kebijakan SPM RS. Kedua, terdapat kekurangan jumlah dan kualitas tenaga pada beberapa jenis pelayanan di rumah sakit. Selain itu, terdapat kekurangan dana untuk pelaksanaan kegiatan pelatihan bagi sumber daya manusia di rumah sakit. Selanjutnya, sarana dan prasarana kurang memadai khususnya pada peralatan penunjang medis. Ketiga, kurangnya koordinasi dari berbagai pihak di rumah sakit sehingga struktur birokrasinya belum kondusif. Keempat, disposisi atau sikap pelaksana kebijakan seringkali bertindak atas kemauan sendiri khususnya pelaksana kebijakan pada pelayanan medis (dokter spesialis) seperti datang visite tanpa memperhatikan jadwal pelayanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa sikap dari pelaksana kebijakan belum mendukung terhadap implementasi kebijakan standar pelayanan minimal. Kelima, munculnya ego sektoral dari latar belakang pendidikan implementor pada implementasi kebijakan SPM RS. Hal tersebut dikarenakan lemahnya kepemimpinan dalam menekan ego sektoral dan membangun kesadaran kolektif budaya organisasi sehingga menjadi hambatan dalam implementasi kebijakan SPM RS.

SUMMARY

The Implementation of Standardized Minimum Service For Public Service of Health Care (A Case Study at dr. H. Koesnadi Bondowoso General Hospital); Untung Kuzairi, 130930101001; 2018: 329 pages; Doctor Program of Administrative Science, Faculty of Social and Political Sciences, Jember University.

Implementation of health policies run by the hospital one of them is Minimum Service Standards (SPM). Standardized minimum service is a measure of hospital service quality in providing services to the public. Talking about health service quality problem, found fact field in RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso in the year 2016 that the achievement of RS SPM indicator still not fulfill target of standard B hospital service standard indicator and hospital minimum service standard. The indicators were listed in the 2016 Hospital Yearbook booklet, of which 47.05% of non-standard hospital facilities and infrastructure are supposed to be met by non-educational Type B hospitals, 42% lack of basic physicians, hospital occupancy rates or Bed Occupancy Ratio (BOR) is inefficient (BOR only reaches 56.42% with standard of 60-85%), average of Community Satisfaction Index (IKM) is still low (only fulfill 78,74% with 90% standard), and Mortality Rate Infants (IMR) are still high (amounting to 43 per 1,000 live births with a standard of ≤ 24 per 1,000 live births).

In addition, the evaluation report of standardized minimum service in dr. H. Koesnadi Bondowoso general hospital at Year 2016 showed that there were still 14 types of services that did not meet the Minimum Service Standards Hospital. These showed that the quality of health services in dr. H. Koesnadi Bondowoso was still low. This study aims to analyze and describe the policy implementation of standardized minimum service in dr. H. Koesnadi Bondowoso and analyze the obstacles, using qualitative research method with phenomenology approach. The research informant was chosen using purposive technique, that was chosen based on certain requirement according to the research topic. Methods of

data collection conducted through in-depth interviews, Focus Group Discussion (FGD), observation and documentation study. The data collected then performed data analysis through the data reduction stage, data presentation and conclusion. Furthermore, the conclusions made are the result of the triangulation process (data and methods) to obtain valid and precise data.

The results showed that the policy implementation of standardized minimum service in dr. H. Koesnadi Bondowoso general hospital still not optimal. This is because several matters include communication, bureaucratic structure, sources, dispositions and leadership in sectoral ego control. First, the policy of standardized minimum service has not been considered in detail because the minimum service standards are only used as material for reporting only. In addition, there is an unharmonious relationship between the structural part as the administration service provider and the functional part as the medical service provider, whereas the two parts are actors (implementers) of standardized minimum service policy. Secondly, there is a lack of quantity and quality of labor in some types of hospital services. In addition, there is a lack of funds for the implementation of training activities for human resources in hospitals. Furthermore, facilities and infrastructure are inadequate, especially on medical supporting equipment. Third, the lack of coordination from various parties in the hospital so that the bureaucracy structure is not conducive. Fourth, the disposition or attitude of the policy implementer often acts on his own volition, especially the implementer of the policy on medical services (specialist doctors) such as coming visite regardless of service schedule. This shows that the attitude of the policy implementers has not supported the implementation of standardized minimum service policy. Fifth, the emergence of sectoral ego from the educational background of the implementor on the policy implementation of hospital standardized minimum service. This is due to the lack of leadership in suppressing sectoral ego and build a collective awareness of organizational culture that becomes an obstacle in the policy implementation of hospital standardized minimum service.

KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga dapat terselesaikannya disertasi dengan judul *Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Pelayanan Publik Bidang Kesehatan (Studi Kasus pada Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso)*. Hasil penelitian ini menjelaskan tentang bagaimana implementasi kebijakan SPM dan faktor-faktor apa saja yang menghambatnya sehingga mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Adanya hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam implementasi kebijakan SPM RS pada masa yang akan datang sehingga dapat menjadi bahan pertimbangan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu.

Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat Prof. Dr. Hary Yuswadi, M.A selaku promotor, Dr. Agus Budihardjo, M.A selaku Co Promotor 1, Drs. Himawan Bayu Patriadi, M.A., Ph. D. selaku Co Promotor 2, Dr. Edy Wahyudi, M.M., Dr. Anastasia Murdyastuti, M.Si selaku penguji anggota, Dr. Nur Dyah Gianawati, M.A selaku penguji utama, dan Prof. Dr. Soesilo Zauhar, M.Si selaku penguji tamu/luar, yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran dengan penuh kesabaran hingga terwujudnya disertasi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Seluruh dosen dan staf administrasi Prodi S-3 Ilmu Administrasi FISIP Universitas Jember yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam kelancaran studi dan penelitian ini.
2. Teman-teman Program Doktor Jurusan Ilmu Administrasi angkatan Tahun 2013, yang telah berbagi kebersamaan dan kebahagiaan selama menempuh perkuliahan serta saling mengingatkan agar studi ini dapat terselesaikan.
3. Dekan, Wakil Dekan I, Wakil Dekan II, Wakil Dekan III, Ketua Jurusan Ilmu Administrasi dan Ketua Program Studi S-3 Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu

Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember yang telah memberikan dukungan dalam kelancaran proses studi ini.

4. Direktur dan teman seperjuangan bagian perencanaan dan pengembangan rumah sakit dan semua karyawan RSUD dr H Koesnadi Bondowoso, baik itu kalangan dokter, perawat, bidan dan seluruh pejabat struktural yang mendukung penuh dan bekerjasama dalam penyelesaian disertasi ini.
5. Keluarga tercinta, Jazilatus Sholihah, Fatih Muhammad dan Sayidah Hilmi Dewi yang terus membuat saya bekerja keras dan merenungkan kehidupan bersama kalian semuanya.
6. Mami Hajjah Rohimah beserta semua adik-adik saya, keponakan saya dan Bapak Mohammad Anshar yang terus mendorong dan mendoakan saya dalam pendidikan program doktor ini, "wa-bil" khusus Almarhumah Ibunda saya, Ibu Mahcnunah yang telah bersama kami, memasak serta merawat dengan penuh cinta kasih sayangnya semoga Allah SWT memulyakan di surgaNya dan mengampuni segala kesalahannya, amiin.
7. Semua pihak yang turut membantu dalam terselesaikannya disertasi ini Mbak Anita, S.KM., serta Mas Sulton dan yang lainnya yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Disertasi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya. Atas perhatian dan dukungannya, penulis mengucapkan terima kasih.

Bondowoso, 25 Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
<i>SUMMARY</i>	x
KATA PENGANTAR.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB.1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah	16
1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian.....	17
1.3.1 Tujuan Penelitian.....	17
1.3.2 Manfaat Penelitian.....	18
BAB.2 TELAAH PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN MODEL PENELITIAN.....	20
2.1 Telaah Pustaka	21
2.1.1 Administrasi Publik.....	22

2.1.2 Pelayanan Publik dan Kebijakan Publik	34
2.1.3 Birokrasi Pelayanan Publik	40
2.1.4 Implementasi Kebijakan Publik	44
2.1.5 Mutu Pelayanan	56
2.1.6 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.....	69
2.1.7 Hubungan Kerja dan Konflik	82
2.2 Posisi Penelitian dan Penelitian Terdahulu	88
2.2.1 Penelitian Terdahulu.....	89
2.2.2 Kerangka Pemikiran.....	101
BAB.3 METODE PENELITIAN	116
3.1 Alasan Pemilihan Metode Penelitian Kualitatif.....	116
3.2 Metode Penelitian	118
3.3 Alasan Pemilihan Lokasi Penelitian	121
3.4 Teknik Pemilihan Informan atau Narasumber.....	122
3.5 Posisi Peneliti dalam Penelitian.....	124
3.6 Fokus Penelitian.....	125
3.7 Teknik Pengumpulan Data.....	126
3.8 Teknik Analisis Data	129
3.9 Reliabilitas, Validitas, dan Keabsahan Data.....	133
3.10 Area dan Unit Analisis Penelitian.....	136
BAB.4 DESKRIPSI RUMAH SAKIT UMUM dr. H. KOESNADI BONDOWOSO	141
4.1 Sejarah Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso dalam Pelayanan Kesehatan	141
4.2 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso	162
4.3 Kebijakan dan Birokrasi Pemerintahan yang Dijalankan oleh Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	165
BAB.5 IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL	172

5.1 Struktur Birokrasi dalam Implementasi Kebijakan	179
5.2 Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan	184
5.3 Sumber Daya dalam Implementasi Kebijakan.....	188
5.4 Diposisi dalam Implementasi Kebijakan	195
BAB.6 KENDALA PADA IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL	209
6.1 Pelayanan Medis	209
6.2 Pelayanan Keperawatan	210
6.3 Pelayanan Administrasi	211
BAB.7 FAKTOR YANG MENGHAMBAT IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL	217
7.1 Ego Sektoral dalam Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal.....	217
7.2 Latar Belakang Pendidikan Individu Membentuk Karakter Individu yang Berperan pada Ego Sektoral Pelayanan Kesehatan.....	225
7.3 Peran Pemimpin dalam Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal.....	244
7.4 Peran Individu Implementor dalam Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal	275
7.5 Peran Nilai dan Sikap dalam Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal	286
BAB.8 KESIMPULAN	312
8.1 Temuan Empirik	312
8.2 Implikasi Teoritik	314
8.3 Implikasi Kebijakan.....	315
DAFTAR PUSTAKA	317

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Tahap-tahap Proses Pembuatan Kebijakan.....	38
2.2 Faktor yang Berpengaruh dalam Implementasi Kebijakan.....	53
2.3 Faktor yang Berpengaruh pada Implementasi Kebijakan di Rumah Sakit..	103
3.1 Model Analisis Interaktif	131
3.2 Sebaran Makna dan Tingkat Objek.....	137
3.3 Unit Analisis Penelitian, Posisi Area Kajian dan Pemaknaan Data Penelitian.....	138
4.1 Struktur Organisasi RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	163
4.2 Proses Kebijakan yang Dijalankan oleh RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	170
5.1 Proses Kebijakan SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	173
5.2 <i>Existing Model</i> Implementasi Kebijakan SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	176
6.1 Hubungan antara Implementasi Kebijakan dengan Ilmu Administrasi dan Kendala pada Implementasi Kebijakan SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	213
8.1 <i>Recommended Model</i> Implementasi Teoritis SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, Oleh Kuzairi (2018)	315

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1	Gambaran Ketenagaan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016 ... 7
1.2	Indikator Pencapaian dan Pemanfaatan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016..... 10
1.3	Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016..... 13
2.1	<i>Three Models For The Provision Of Social Services</i> 26
2.2	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Gawat Darurat..... 71
2.3	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rawat Jalan..... 71
2.4	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rawat Inap 72
2.5	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Bedah 73
2.6	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Persalinan dan Perinatologi 74
2.7	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Intensif 75
2.8	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Radiologi..... 75
2.9	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik..... 76
2.10	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rehabilitasi Medik..... 76
2.11	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Farmasi..... 76
2.12	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Gizi 77
2.13	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Transfusi Darah..... 77
2.14	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Keluarga Miskin 78
2.15	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rekam Medik..... 78
2.16	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pengelolaan Limbah 78
2.17	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen..... 79
2.18	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah..... 79
2.19	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pemulasaran Jenazah 80
2.20	Indikator dan Standar Pada Pelayanan <i>Laundry</i> 80
2.21	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit 81
2.22	Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)..... 81

2.23	Resume Penelitian Terdahulu	89
2.24	Kritik Penelitian Terdahulu terhadap Teori Edwards III.....	94
2.25	Penelitian Terdahulu Tentang Faktor Penghambat Implementasi Kebijakan	98
5.1	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Pemeliharaan Sarana	194
5.2	Analisis Model Implementasi Kebijakan SPM di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	201
5.3	Analisis Model Implementasi Kebijakan SPM di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	203
7.1	Hasil Triangulasi Data dari Informan Kunci, Informan Utama dan Informan Tambahan	300
7.2	Fokus, Temuan, Proposisi Minor, Proposisi Mayor dan Implikasi Teori	307

DAFTAR SINGKATAN

JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
BPJS	= Badan Pengendalian Jaminan Sosial
BOR	= <i>Bed Occupancy Ratio</i>
IKM	= Indek Kepuasan Masyarakat
AKB	= Angka Kematian Bayi
GAKIN	= Keluarga Miskin
BLUD	= Badan Layanan Umum daerah
OPA	= <i>Old Public Administration</i>
NPM	= <i>New Public Management</i>
NPS	= <i>New Public Service</i>
MEA	= Masyarakat Ekonomi Asean
AFTA	= <i>Asean Free Trade Area</i>
NAFTA	= <i>North America Free Trade Area</i>
APEC	= <i>Asia Pacific Economic Cooperation</i>
PERSI	= Persatuan Rumah Sakit Indonesia
ARSADA	= Asosiasi Rumah Sakit Daerah
BLS	= <i>Basic Life Support</i>
PPGD	= Pertolongan Pertama Gawat Darurat
GELS	= <i>General Emergemcy Life Support</i>
ALS	= Amyotrophic Lateral Sclerosis
TB	= Tuberculosis
KB	= Keluarga Berencana
PPI	= Pengendalian Penyakit Infeksi
APD	= Alat Pelindung Diri
HAI	= <i>Health care Associated Infection</i>
FGD	= <i>Focus Group Discussion</i>
VK	= <i>Verlos Kamer</i>
SPK	= Sekolah Pendjenang Kesehatan
IGD	= Intalasi Gawat Darurat



ICCU	= <i>Intensive Coronary Care Unit</i>
ICU	= <i>Intensive Care Unit</i>
PKRS	= Promosi Kesehatan Rumah Sakit
7 S	= Salam, Sapa, Senyum, Sopan, Santun, Sepenuh Hati dan Sabar
VIP	= <i>Very Important Person</i>
KIB	= Kartu Identitas Berobat
SIMRS	= Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
PIC	= <i>Person In Charge</i>
VCT	= <i>Voluntary Counseling Testing</i>
THT	= Telinga, Hidung dan Tenggorokan
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
TTE	= <i>Transthorakal Echocardiografi</i>
TEE	= <i>Transesophageal Echocardiografi</i>
USG	= <i>Ultra Sono Graphy</i>
PPK	= Pejabat Pembuat Komitmen
KSO	= Kerja Sama Operasional
SK	= Surat Keputusan
MDG`s	= Millenium Development Goals
AKI	= Angka Kematian Ibu
Kemenkes	= Kementerian Kesehatan
SPI	= Satuan Pemeriksa Internal
SOP	= <i>Standard Operating Procedure</i>
PPDS	= Program Pendidikan Dokter Spesialis
SMF	= Staf Medis Fungsional
VVIP	= <i>Very Very Important Person</i>
OECD	= <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
HFMA	= <i>Healthcare Financial Management Association</i>

BAB 1. PENDAHULUAN

Bagian ini membahas tentang latar belakang penulisan karya ilmiah yang berisi tentang jaminan pemenuhan hak dasar manusia dalam bidang kesehatan oleh pemerintah Indonesia. Selanjutnya, diikuti dengan penjelasan pembangunan dalam usaha pemenuhan hak dasar bidang kesehatan, yang meliputi pembangunan sumber daya manusia dan sarana prasarana penunjang pelayanan kesehatan lainnya. Kenyataannya, terdapat banyak masalah yang ditemui dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Bagian kedua dari pendahuluan, merumuskan masalah yang terjadi di pelayanan publik khususnya sektor pelayanan kesehatan di rumah sakit. Berdasarkan perumusan masalah tersebut, ditetapkan tujuan dan manfaat penelitian, agar penelitian yang akan dilakukan membawa dampak perbaikan. Selanjutnya, dampak ini diharapkan membawa perubahan baik dari segi teoritis maupun dari segi praktis khususnya bagi pemegang kebijakan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 Pasal 28 H dan konstitusi *World Health Organization* (WHO) 1948 menyatakan bahwa, kesehatan merupakan hak fundamental setiap penduduk. Pernyataan tersebut didukung oleh Undang-Undang Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 Pasal 28 H dan konstitusi *World Health Organization* (WHO) 1948 menyatakan bahwa, kesehatan merupakan hak fundamental setiap penduduk. Oleh karena itu, peran pemerintah sangat besar dalam pemenuhan hak fundamental bagi seluruh warga negara Indonesia.

Selanjutnya, didalam Pembukaan UUD 1945 pemenuhan hak fundamental dituangkan dalam tujuan pembangunan nasional bangsa Indonesia, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan

ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Selaras dengan itu, salah satu tujuan Pembangunan Nasional Indonesia di bidang kesehatan adalah memberikan pelayanan kesehatan secara optimal, bermutu, dan menyeluruh kepada seluruh lapisan masyarakat. Hal ini sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 4 bahwa, pembangunan pelayanan kesehatan di rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila, nilai kemanusiaan, keadilan, persamaan hak, dan anti diskriminasi.

Pembangunan pelayanan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan pelayanan publik. Rumah sakit merupakan wujud nyata dari pelayanan publik sehingga wajib memberikan pelayanan tanpa membedakan status sosial dan menyeluruh kepada semua lapisan masyarakat. Hal ini seperti yang diungkapkan dalam Pembukaan UUD 1945 yakni, mencapai kesejahteraan umum bagi seluruh Rakyat Indonesia dan diuraikan lebih rinci dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Pasal 4 Tentang Pelayanan Publik, bahwa pelayanan publik berasaskan pada kepentingan umum, kesamaan hak, dan persamaan perlakuan/tidak diskriminatif.

Pelayanan publik rumah sakit berkaitan dengan pengaturan dan keteraturan. Peran pemerintah sebagai penyelenggaraan pemerintahan negara, wajib melaksanakan visi yang jelas dan menerapkan prinsip-prinsip pemerintahan yang baik. Oleh karena itu, tugas pemerintah dalam proses pembangunan bangsa demikian kompleks, yang meliputi berbagai dimensi kehidupan dan melibatkan seluruh masyarakat dengan beragam latar belakang sosial budaya dan ekonomi sehingga memerlukan sistem dan proses manajemen pemerintahan yang handal. Dengan demikian, diperlukan revitalisasi dan pembangunan sektor publik yang diarahkan untuk mewujudkan birokrasi publik yang mampu mengelola tugas pemerintahan dan pembangunan secara efisien, efektif, responsif, dan bertanggung jawab. Oleh sebab itu, pelayanan kesehatan sebagai pelayanan publik juga mengemban amanah masyarakat yang tertuang di dalam peraturan perundangan dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan

Publik Pasal 4 bahwa pelayanan publik berasaskan pada kepentingan umum, keterbukaan, dan akuntabilitas.

Namun, kenyataannya masih banyak permasalahan pembangunan pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya organisasi rumah sakit, sampai saat ini belum tertangani dengan baik. Permasalahan tersebut mulai dari kurang tersedianya Sumber Daya Manusia (SDM) dan dokter spesialis, kurangnya pemerataan SDM kesehatan, sampai dengan masalah sarana dan prasarana rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar yang ada. Permasalahan ini merupakan permasalahan nasional yang harus dipecahkan oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun daerah untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat.

Sebagaimana kondisi tersebut, tidak semua rumah sakit pemerintah melakukan perbaikan pelayanan kesehatan secara optimal. Hal tersebut karena sebagian besar rumah sakit pemerintah masih terkendala oleh kurangnya SDM yang tersedia dan pembiayaan yang besar dalam pengembangan sarana dan prasarana pelayanan publik di rumah sakit. Oleh karena itu diperlukan suatu upaya yang luar biasa dalam perbaikan pelayanan kesehatan dari seluruh pemangku kepentingan rumah sakit agar kendala yang terjadi dapat diatasi dengan baik.

Perkembangan teknologi dan informasi turut mempengaruhi sektor pelayanan publik bidang kesehatan khususnya pada pengembangan sarana dan prasarana yang sangat membutuhkan biaya yang sangat besar. Hal ini, berdampak pada pemenuhan kebutuhan teknologi kedokteran, peralatan medis, dan kesehatan di rumah sakit belum terpenuhi, sehingga persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit juga berkurang. Keperluan peralatan medis yang modern masih sangat diperlukan oleh SDM tenaga kesehatan di rumah sakit. Demikian juga masyarakat, masyarakat masih menganggap bahwa jika dilakukan pemeriksaan dengan peralatan yang canggih merasa tenang dan berharap penyakit yang dideritanya bisa segera sembuh.

Diantara pengaruh perkembangan teknologi dan informasi bidang kesehatan di rumah sakit, ada pergeseran orientasi masyarakat dari pelayanan dokter ke pelayanan rumah sakit. Pergeseran tersebut misalnya dahulu pasien selalu memilih dokter yang dikehendaki untuk melayani, kalau tidak dokter itu, pasien tidak mau, atau “dokter-*minded*”. Ciri “dokter-*minded*” adalah pasien dirujuk ke rumah sakit melalui dokter pribadi yang merawatnya mulai dari masuk rumah sakit sampai keluar rumah sakit dokter tersebut yang menanganinya. Hubungan dokter pasien ini kemudian dikenal menjadi pola hubungan vertikal paternalistik, dimana posisi pasien atau keluarga pasien pasif dalam menerima pelayanan kesehatan, sedangkan dokter lebih dominan atau aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan. Namun sekarang, seiring dengan perkembangan ekonomi, pendidikan, khususnya kesadaran hukum masyarakat, dan sistem pelayanan kesehatan, maka terjadi pula pergeseran pola hubungan dokter dengan pasien dari hubungan aktif-pasif ke arah hubungan partisipasi bersama, atau dengan kata lain dari pola hubungan vertikal paternalistik ke arah pola hubungan horizontal kontraktual. Seorang pasien datang ke rumah sakit bukan memilih dokter tetapi mau dilayani oleh pelayanan yang tersedia di rumah sakit itu. Hal tersebut terjadi karena pergeseran nilai dari masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan yang menciptakan perubahan dalam memilih dan menentukan pelayanan kesehatan bagi pasien, misalnya sistem rujukan berjenjang (*reveral system*), asuransi kesehatan, kebijakan dan spesialisasi kedokteran yang memungkinkan pasien tidak leluasa menggunakan jasa dokter tertentu sehingga ada pergeseran dokter “dokter-*minded*” ke pelayanan sarana kesehatan.

Ketidak leluasaan pasien dalam menentukan dokter tertentu memaksa pasien untuk menggunakan sarana prasarana pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah. Kebijakan pemerintah tentang pelayanan kesehatan di rumah sakit yang berhubungan kompetensi tenaga kesehatan khususnya tenaga dokter yang dapat melakukan tindakan tertentu pada suatu kasus penyakit tertentu pula dan kebijakan rumah sakit yang memperbolehkan pasien dirawat pada ruang-ruang tertentu untuk spesialis yang telah ditentukan berdasarkan kompetensi dan pengelompokan ruangan, turut menambah pergeseran dari “dokter-*minded*” ke

pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan pola hubungan partisipasi bersama. Pergeseran orientasi tersebut, berdampak kepada masyarakat memilih rumah sakit yang akan dikunjungi tanpa melihat dokter siapa yang melayani. Dampak ini, ditandai dengan perkembangan jumlah pasien yang berkunjung ke rumah sakit, kunjungan pasien dari Tahun ke Tahun semakin meningkat. Peningkatan ini juga disebabkan oleh fasilitas yang disediakan rumah sakit, kenyamanan pasien selama di rumah sakit, ketepatan pelayanan, ketersediaan pelayanan kesehatan dasar dan keterjangkauan pelayanan yang diberikan semakin baik.

Perubahan kebijakan pemerintah tentang struktur pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia, turut mendorong orientasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Kebijakan pemerintah itu dilakukan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang dimulai Tahun 2014. Pembiayaan pelayanan diberikan kepada rumah sakit pemegang jaminan atau asuransi dengan ketentuan yang berlaku, dengan pengelolaan melalui Badan Pengendalian Jaminan Sosial (BPJS) bidang kesehatan sehingga masyarakat memperoleh pelayanan secara mudah, tanpa biaya, dan pasti mendapat pelayanan di rumah sakit.

Tonggak sejarah perubahan pola pelayanan kesehatan di Indonesia berdampak pada pembiayaan pelayanan kesehatan mayoritas masyarakat prasejahtera dan mandiri. Perubahan pola pelayanan kesehatan tersebut menjadi daya dorong untuk memaksa rumah sakit melakukan perbaikan pelayanan dan fasilitas dengan tujuan agar pasien yang berkunjung merasa puas yang berefek lanjut kepada loyalitas pasien dan keberlangsungan pelayanan rumah sakit secara terus menerus.

Tentang mutu pelayanan, Sutoto (2009:13) mengemukakan bahwa mutu pelayanan kesehatan senantiasa berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien di rumah sakit, angka kematian ibu dan bayi, serta tingkat hunian/*Bed Occupancy Ratio* (BOR) rumah sakit. Ketiga indikator mutu pelayanan kesehatan tersebut, merupakan mata rantai saling mempengaruhi satu sama lainnya yang terjadi di rumah sakit. Kewajiban memperhatikan mutu pelayanan diperkuat oleh pendapat Handayani (2012:3) bahwa inti pelayanan adalah menjaga mutu (*quality*

assurance) pelayanan. Sutoto (2009:2) mengatakan, mutu pelayanan adalah suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan berdasarkan standar dan prosedur medis yang semestinya agar mutu pelayanan kesehatan tetap terjaga, ditinjau dari pandangan pemberi pelayanan kesehatan maupun kepuasan pasien.

Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, salah satunya diatur oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Selain itu, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM-RS) merupakan alat ukur mutu layanan rumah sakit yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan ikut berkontribusi memberi dukungan untuk pencapaian indikator kinerja kabupaten/kota bidang kesehatan yang terukur melalui Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kabupaten/Kota. Menurut Dirjen Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan RI (2008:3) menyatakan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah sebagai salah satu unit milik Pemerintah Daerah yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, Rumah Sakit Umum Daerah dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu serta profesional sehingga dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Upaya dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Menindaklanjuti pemberlakuan Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tersebut, maka RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso juga mengeluarkan Surat Keputusan Direktur No.154.32/1.a/320.12.11/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso periode Tahun 2008-2012 yang kemudian dilakukan pembaharuan pada periode berikutnya sehingga dikeluarkan kembali

Surat Keputusan Direktur No.188.45/1.a/430.11.8/2013 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso periode Tahun 2013-2017, yang didasari dari adanya Peraturan Bupati No.21 Tahun 2013 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Peraturan tersebut berisi jenis pelayanan, indikator dan standar yang ditetapkan oleh RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Hal ini bertujuan agar segala macam bentuk pelayanan kepada pasien baik pelayanan medis, pelayanan keperawatan maupun pelayanan administrasi disesuaikan dengan standar yang telah ditetapkan sehingga pelayanan yang diberikan kepada pasien dapat terjamin mutu atau kualitasnya.

Berbicara permasalahan mutu pelayanan kesehatan, sangat erat kaitannya dengan Sumber Daya Manusia (SDM) yang memberikan pelayanan kesehatan. Berikut ini ketersediaan sumber daya manusia pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso:

Tabel 1.1 Gambaran Ketenagaan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016

No.	Jenis Ketenagaan	Jumlah SDM	Status Ketenagaan	
			Tetap/PNS	Tidak Tetap/Kontrak
A. Tenaga Medik Dasar				
1.	Dokter Umum	20	13	7
2.	Dokter Gigi	3	3	0
B. Tenaga Medik Dasar				
1.	Dokter Spesialis Bedah	1	1	
2.	Dokter Spesialis Anak	1	1	
3.	Dokter Spesialis Obgyn	2	1	1
4.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	3	3	
C. Tenaga Medik Sub Spesialis Dasar				
1. Dokter Spesialis Bedah				
	Dokter Sub Spesialis Bedah Digestif	0	0	0
	Dokter Sub Spesialis Bedah Onkologi	1	1	
	Dokter Bedah Thoraks Kardiovascular	0	0	0
	Dokter Bedah Digesif	0	0	0
	Dokter Bedah Anak	0	0	0
	Dokter Sub Spesialis Lainnya	0	0	0
2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam				
	Dokter Sub Spesialis Ginjal Hipertensi (Sp.PD KGH)	0	0	0

Dokter Sub Spesialis Hematologi-Onkologi Klinik (Sp.PD KHOM)	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Endokrinologi-Metabolik Diabetes(Sp.PD KEMD)	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Gastroenterologi-Hepatologi (Sp.PD KGEH)	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Geriatri (Sp.PD Kger)	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Alergi-Immunologi Klinik	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Kardiovaskular (Sp.PD KKV)	0	0	0
Dokter Subspesialis Nutrisi Metabolik	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Lainnya	0	0	0
3. Dokter Spesialis Anak			
Dokter Sub Spesialis Perinatologi	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Alergi-Immunologi	0	0	0
Dokter Subspesialis Pediatri Gawat Darurat	0	0	0
Dokter Subspesialis Nutrisi Metabolik	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Lainnya	0	0	0
4. Dokter Spesialis Obgyn			
Dokter Sub Spesialis Onkologi (Sp.OG K.Onk)	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Fetomaternal (Sp.OG KFM)	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Fertilitas Endokrinologi Reproduksi (Sp.OG KFER)	0	0	0
Dokter Sub Spesialis Lainnya	0	0	0
5. Dokter spesialis lainnya			
D. Tenaga Spesialis Penunjang Medik			
1. Dokter Spesialis Anestesiologi	1	1	
2. Dokter Spesialis Radiologi	2	1	1
3. Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	1	1	
4. Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	1	
5. Dokter Spesialis Patologi Anatomi	1	1	
E. Tenaga Medik Spesialis Lain			
1. Dokter Spesialis Mata	1		1
2. Dokter Spesialis THT	1	1	
3. Dokter Spesialis Syaraf	1	1	
4. Dokter Spesialis Jantung & Pembuluh Darah	1	1	
5. Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	0		

6.	Dokter Spesialis Jiwa	1		1
7.	Dokter Spesialis Paru	1	1	
8.	Dokter Spesialis Orthopedik	1		1
9.	Dokter Spesialis Urologi	0		
10.	Dokter Spesialis Bedah Syaraf	0		
11.	Dokter Spesialis Bedah Plastik	0		
12.	Dokter Spesialis Forensik	0		
13.	Dokter Sub Spesialis Lainnya	0		
F. Tenaga Medik Spesialis Gigi Mulut				
1.	Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut	1	1	
2.	Dokter Gigi Spesialis Konservasi/Endodonsi	0		
3.	Dokter Gigi Spesialis Periodonti	0		
4.	Dokter Gigi Spesialis Orthodonti	1	1	
5.	Dokter Gigi Spesialis Prosthodonti	0		
6.	Dokter Gigi Spesialis Pedodonsi	0		
7.	Dokter Gigi Spesialis Penyakit Mulut	0		
G. Tenaga Paramedis dan Tenaga Kesehatan Lain				
1.	SPK	3	3	0
	D1 Perawat	0	0	0
	D3 Perawat	143	84	59
	S1 Perawat	71	66	5
	S2 Perawat	0	0	0
2.	D3 Bidan	36	24	12
	S1 Bidan	0	0	0
3.	Apoteker	12	4	8
4.	D1 Gizi	1		1
	D3 Gizi	5	5	
	S1 Gizi	3	1	2
5.	D3 Anestesi	3	1	2
6.	D3 Rekam Medik	6	3	3
7.	D3 Teknik Lingkungan	7	7	
8.	D3 Teknik Medik	2	2	
9.	D3 Farmasi	15	9	6
10.	D3 Analisis Kesehatan	16	10	6
11.	D3 Radiologi	7	6	1
12.	D3 Fisioterapi	3	3	0
13.	Tenaga Kesehatan Lain	0	0	0
14.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	8	3	5
15.	Sarjana Psikologi	2	2	0
16.	lain-lain	14	7	7

H. Tenaga Non Medis &Lainnya	220	120	100
Total Keseluruhan	623	394	229

Sumber: Bagian Perencanaan dan Pengembangan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016.

Berdasarkan tabel di atas, jika ditarik kedalam ketersediaan tenaga medis yang sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit Tipe B non pendidikan maka ditemukan adanya ketimpangan antara indikator pedoman pelayanan Rumah Sakit Tipe B dan standar pelayanan minimal rumah sakit dengan kenyataan. Indikator tersebut tercantum pada tabel berikut ini:

Tabel 1.2 Indikator Pencapaian dan Pemanfaatan sesuai Standar Pelayanan Minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016

NO	INDIKATOR	CAPAIAN	STANDAR	KETERANGAN
1.	Pemenuhan sarana dan prasarana rumah sakit tipe B non pendidikan	52,95%	100%	Terdapat 47,05% yang tidak sesuai standar
2.	Ketersediaan SDM dokter spesialis dasar.	Terdapat 7 dokter spesialis dasar terdiri dari:	Minimal terdapat 3 orang dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar	Terdapat 42 % kekurangan SDM dokter spesialis dasar
a.	Dokter spesialis anak	a. 1 orang dokter spesialis anak		
b.	Dokter spesialis penyakit dalam	b. 3 orang dokter spesialis penyakit dalam		
c.	Dokter spesialis kandungan dan kebidanan	c. 2 orang dokter spesialis kandungan dan kebidanan		
d.	Dokter spesialis bedah	d. 1 orang dokter spesialis bedah		
3.	Tingkat hunian rumah sakit/Bed Occupancy Ratio (BOR)	56,42%	60-85%	Belum sesuai standar sebesar 3,58%
4.	Rerata Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	78,74%	90%	Belum sesuai standar sebesar 11,26%

5.	Angka Kematian Bayi (AKB)	43 per 1.000 kelahiran hidup	Menurunnya AKB menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup	Terdapat 67 orang bayi meninggal dan 1.542 orang bayi lahir hidup sehingga tidak sesuai standar sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup.
----	---------------------------	------------------------------	---	--

Sumber: Bagian Perencanaan dan Pengembangan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016.

Berdasarkan tabel 1.2 di atas menjelaskan bahwa terdapat kesenjangan antara capaian indikator dengan standar yang ditetapkan meliputi pemenuhan sarana dan prasarana rumah sakit tipe B nonpendidikan, ketersediaan SDM dokter spesialis dasar, BOR, rerata IKM, dan AKB. RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso hanya memenuhi 52,95% sarana dan prasarana yang distandarkan untuk rumah sakit tipe B, berarti terdapat kesenjangan sebesar 47,05% sarana dan prasarana yang belum dipenuhi. Ketersediaan SDM dokter spesialis dasar memiliki kesenjangan 5 orang dokter spesialis yang belum dipenuhi meliputi 2 orang dokter spesialis anak, 1 orang dokter spesialis kandungan dan kebidanan, serta 2 orang dokter spesialis bedah. Selanjutnya, untuk indikator BOR terdapat kesenjangan sebesar 3,58% yang belum dicapai dengan standar BOR sebesar 60-85%. Kemudian, terdapat kesenjangan sebesar 11,26% yang belum terpenuhi untuk rerata IKM dengan standar sebesar 90%. Selain itu, pada indikator AKB terdapat kesenjangan sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup dengan standar sebesar ≤ 24 per 1000 kelahiran hidup.

Berbicara pada standar prosedur pelayanan, fakta lapangan menyatakan bahwa Standar Prosedur Operasional (SPO) belum dibuat sewaktu kebijakan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM RS) disosialisasikan pada Tahun 2008. Baru pada Tahun 2009, unit-unit pelayanan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sudah mulai memikirkan bagaimana cara mencapai target standar pelayanan minimal rumah sakit yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Oleh karena itu, SPO dibuat pada Tahun 2009 setelah Bagian Perencanaan dan Pengembangan gencar mengevaluasi kegiatan SPM RS. Adapun usaha yang dilakukan pada unit-unit pelayanan dalam membuat SPO mengacu pada target kinerja yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik

Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Misalnya, unit pelayanan farmasi untuk melayani pasien dengan resep obat jadi (tanpa obat racikan) maksimal 60 menit sudah terlayani (pasien mendapatkan obat yang diresepkan). Dari target 60 menit tersebut, kemudian kepala unit farmasi mengumpulkan semua staf dan tenaga administrasi agar dapat merumuskan pelayanan secara cepat, cermat dan benar sehingga pelayanan obat jadi bisa selesai dalam waktu 60 menit.

Kemudian, hasil penyusunan rapat bersama diwujudkan ke dalam langkah-langkah kongkrit menjadi standar prosedur operasional di unit farmasi, mulai penerimaan resep, pembacaan resep, penyediaan sediaan obat pengecekan kembali, labelisasi obat, aturan pemakaian obat, edukasi obat dan penyerahan obat kepada pasien. Demikian pula sistematika pembuatan prosedur pelayanan pada unit-unit pelayanan lainnya di unit kerja pelayanan yang menerapkan standar pelayanan minimal rumah sakit. Sehingga SPO yang dibuat merupakan langkah-langkah unit pelayanan untuk mencapai target yang ditetapkan oleh pemerintah. Selanjutnya, SPO tersebut disosialisasikan kepada internal unit-unit pelayanan agar dicapai satu pemahaman dalam memberi pelayanan kepada pasien. Untuk mengoreksi SPO yang telah dibuat oleh unit pelayanan maka dilakukan sosialisasi dan telaah kritis dari bagian lain yang terkait, agar memberi masukan dan saran perbaikan pada langkah-langkah pelayanan yang diberikan sehingga tidak tumpang tindih pada pelayanan lain. Hal ini bertujuan agar unit yang lain mengerti perihal SPO yang dilaksanakan oleh unit tersebut turut memberi masukan agar langkah yang dilakukan tidak berbenturan dengan standar prosedur operasional unit yang lain. Misalnya, SPO pengambilan obat hanya dilakukan oleh pasien yang bersangkutan atau keluarga terdekat dari pasien dengan menyertakan tanda bukti KTP (Kartu Tanda Penduduk). Hal tersebut tidak bisa berjalan optimal apabila semua orang boleh masuk berkunjung di area farmasi tanpa dibatasi dan pengecualian pengambilan obat. Sehingga, SPO satu dengan SPO lainnya sangat erat kaitannya. Oleh karena itu pentingnya mensinkronkan antara SPO unit satu dengan SPO unit lainnya agar saling mendukung pelayanan yang optimal kepada pasien dan keluarga pasien.

Setelah proses sosialisasi eksternal tersebut selesai, maka dibuatlah SPO unit pelayanan untuk disahkan oleh jajaran struktural yang membidangi (pejabat di lingkup kewenangan sesuai tugas pokok dan fungsinya) sebagai bentuk pertanggung jawaban dari SPO rumah sakit yang sudah sah dipergunakan oleh unit pelayanan. SPO yang sudah selesai melewati proses sosialisasi eksternal selanjutnya dapat dipergunakan oleh internal unit pelayanan.

Selanjutnya, evaluasi SPO yang dipergunakan menggunakan target prosentase dari standar pelayanan minimal. Tentunya evaluasi dari SPO tersebut mengacu kepada standar pelayanan minimal yang ditetapkan. Misalnya, SPO dalam menyediakan obat jadi tanpa racikan selam 60 menit, seberapa banyak jumlah pasien yang dilayani, seberapa besar jumlah target yang dicapai 60 menit dalam pelayanan obat jadi. Jadi, dari hasil capaian unit pelayanan farmasi untuk pelayanan obat jadi sudah dapat ditentukan prosentase pada periode tertentu sesuai evaluasi kegiatan yang diharapkan. Untuk pelaksanaan evaluasi indikator standar pelayanan minimal dilakukan setiap triwulan oleh Bagian Monitoring dan Evaluasi (dibawah struktur Bagian Perencanaan dan Pengembangan). Berdasarkan beberapa SPO pada tiap indikator unit pelayanan rumah sakit maka muncullah angka presentase kinerja unit pelayanan rumah sakit yang selanjutnya hasil evaluasi kegiatan standar pelayanan minimal dituliskan ke dalam laporan tahunan rumah sakit. Demikian hal tersebut, tiap indikator dalam unit pelayanan menentukan prosentase pencapaian target standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan. Berikut hasil Laporan Tahunan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016 terkait Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS.

Tabel 1.3 Laporan Hasil Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016

No.	Jenis Pelayanan	Σ Indikator yang memenuhi SPM	Σ Indikator tiap pelayanan	% Pencapaian
1.	Gawat Darurat	7	9	77,78
2.	Rawat Jalan	6	7	85,71
3.	Rawat Inap	11	15	73,33
4.	Bedah	6	7	85,71
5.	Persalinan dan Perinatologi	4	8	50
6.	Intensif	1	2	50

7.	Radiologi	2	4	50
8.	Laboratorium	4	4	100
9.	Rehabilitasi Medik	3	3	100
10.	Farmasi	2	4	50
11.	Gizi	2	3	66,67
12.	Transfusi Darah	1	2	50
13.	GAKIN (Keluarga Miskin)	1	1	100
14.	Rekam Medik	4	4	100
15.	Pengelolaan Limbah	2	2	100
16.	Administrasi dan Manajemen	7	9	77,78
17.	Ambulance/Kereta Jenazah	3	3	100
18.	Pemulasaran Jenazah	1	1	100
19.	Pemeliharaan Sarana RS	2	3	66,67
20.	Laundry	1	2	50
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	2	3	66,67

Sumber: Bagian Perencanaan dan Pengembangan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2016.

Tabel 1.3 menjelaskan bahwa masih terdapat 14 jenis pelayanan yang belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal RS meliputi pelayanan gawat darurat (terdapat 2 indikator yang belum memenuhi SPM), rawat jalan (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM), rawat inap (terdapat 4 indikator yang belum memenuhi SPM), bedah (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM), persalinan dan perinatologi (terdapat 2 indikator yang belum memenuhi SPM), intensif (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM), radiologi (terdapat 2 indikator yang belum memenuhi SPM), farmasi (terdapat 2 indikator yang belum memenuhi SPM), transfusi darah (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM), laundry (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM), administrasi dan manajemen (terdapat 2 indikator yang belum memenuhi SPM), pemeliharaan sarana RS (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM), pencegahan dan pengendalian infeksi (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM), dan pelayanan gizi (terdapat 1 indikator yang belum memenuhi SPM).

Selain data di atas, juga terdapat pernyataan hasil wawancara dengan pasien M berikut ini :

“Saya nunggu pelayanan pelaksanaan bedah sangat lama, dan bahkan bisa sehari-hari.....” (Wawancara dilakukan pada tanggal 08 Mei 2016)

Hasil wawancara di atas menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan bedah membutuhkan waktu yang lama. Hal ini apabila dikaitkan dengan ketersediaan dokter spesialis bedah (Tabel 1.1) yang hanya sebanyak 1 orang, maka sangatlah mungkin untuk menyebabkan pelayanan bedah terlambat.

Berbagai fakta lapangan tersebut menunjukkan bahwa mutu pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso masih rendah. Hal ini dilihat dari pencapaian indikator pada jenis pelayanan dalam kebijakan standar pelayanan minimal yang masih belum memenuhi standar yang telah ditetapkan mengingat standar pelayanan minimal merupakan suatu kebijakan dalam mewujudkan pelayanan yang bermutu. Menurut Parasuraman (dalam Sinaga, 2009:38-42) bahwa mutu merupakan suatu bentuk sikap yang berkaitan dengan kepuasan tetapi tidak sama dengan kepuasan, dihasilkan dari sebuah perbandingan antara jasa (pelayanan) yang diterima dengan jasa (pelayanan) yang diharapkan. Kualitas (mutu) pelayanan dapat dilihat dari lima dimensi meliputi *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan), *tangibles* (bukti fisik), *empaty* (empati), dan *reliability* (kehandalan). Adapun dalam konteks penelitian ini mutu hanya dijadikan sebagai alat untuk menemukan permasalahan penelitian. Sementara itu, penelitian memfokuskan pada implementasi kebijakan standar pelayanan minimal yang dapat mewujudkan pelayanan yang bermutu sehingga konsep Parasuraman terkait mutu pelayanan tidak digunakan dalam penelitian ini. Sebagaimana menurut Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik (2008:3) bahwa dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu diperlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM RS).

Berdasarkan tabel 1.3 di atas, maka patut diduga bahwa mutu atau kualitas pelayanan yang rendah tersebut terjadi karena implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal RS yang kurang optimal. Hal ini apabila dilihat dari segi kebijakannya sudah baik karena isi dari kebijakan standar pelayanan minimal RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sudah berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan No.129 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Selain itu, isi kebijakan standar pelayanan minimal tersebut juga sudah disesuaikan dengan kondisi rumah sakit dan berdasarkan kesepakatan bersama, dimana pemberlakuan

kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sudah melewati 9 tahun tetapi kinerja kebijakan masih belum mencapai tujuan yang diharapkan. Sebagaimana menurut Hogwood dan Gunn (dalam Wahab, 2008:61) bahwa kebijakan apapun bentuknya sebenarnya mengandung resiko untuk gagal. Biasanya kebijakan yang memiliki risiko untuk gagal itu disebabkan oleh faktor berikut yaitu: *bad execution* (pelaksanaannya jelek), dan *bad policy* (kebijakannya jelek) atau *bad luck* (kebijakannya memang bernasib jelek). Kemungkinan untuk dikatakan *bad policy* sangat kecil karena kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit ini merupakan salah satu kebijakan pemerintah yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang tentunya sudah melalui tahapan pertimbangan dan berlandaskan pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Jadi, lebih tepatnya kemungkinan yang terjadi yaitu adanya *bad execution* atau implementasinya kurang optimal. Oleh karena itu, diperlukan suatu kajian ilmiah tentang implementasi kebijakan SPM RS di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Adanya kajian tersebut diharapkan dapat menyelesaikan masalah dan menjadi pedoman perbaikan pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena perbaikan mutu pelayanan merupakan kewajiban penyelenggara pelayanan publik yang sangat vital dan dibutuhkan oleh masyarakat luas.

1.2 Perumusan Masalah

Sebagaimana dijelaskan diawal, bahwa terdapat mutu pelayanan kesehatan yang rendah di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, dan itu disebabkan oleh berbagai macam faktor. Rendahnya mutu pelayanan kesehatan tersebut dan berbagai faktor penyebabnya menjadi suatu masalah. Menurut Surakhmad (1999:33), masalah adalah kesulitan manusia yang dirasakan untuk memecahkannya, masalah merupakan suatu rintangan yang mesti dilalui manusia. Bungin (2007:53) menyatakan realitas masalah penelitian kualitatif sebagai

sebuah masalah yang cenderung melihat realitas tak kentara sebagai fenomena sosial yang diungkapkan maknanya yang berada dikedalaman fenomena tersebut. Sementara itu rumusan masalah menurut Suryabrata (2008:13) adalah sebagai berikut.

- a. Masalah hendaknya dirumuskan kedalam bentuk kalimat tanya.
- b. Rumusan itu hendaknya padat dan jelas.
- c. Rumusan itu hendaknya memberi petunjuk tentang kemungkinan mengumpulkan data guna menjawab pertanyaan-pertanyaan yang terkandung dalam rumusan masalah.

Berdasarkan penjelasan tersebut, peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu:

- a. Bagaimana implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso?
- b. Mengapa implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso belum berjalan secara optimal?

1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah seperti di atas, tujuan dan manfaat dari penelitian ini sebagai berikut.

1.3.1 Tujuan Penelitian

Tujuan yang hendak dicapai sebagai berikut:

- a. Mendeskripsikan implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- b. Menganalisis faktor-faktor penghambat implementasi kebijakan standar pelayanan minimal yang menyebabkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.3.2 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi baik teoritis maupun praktis terkait dengan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit pada umumnya dan manajemen rumah sakit pada khususnya.

a. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam memperkaya wawasan dan memberikan kontribusi konseptual bagi pengembangan ilmu pengetahuan kebijakan publik dan pelayanan publik. Pelayanan publik merupakan bagian dari kebijakan publik, yang berimplementasi dalam wujud pelayanan kepada masyarakat. Sebagai bagian dari kebijakan publik, maka wajib melaksanakan pelayanan dengan standar pelayanan yang bermutu. Oleh karena itu, secara teoritik implementasi kebijakan publik sangat erat kaitannya dengan pelayanan publik. Dimana rumah sakit merupakan suatu lembaga yang dibentuk untuk memberikan pelayanan publik bidang kesehatan kepada masyarakat sehingga dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan wajib menyusun dan menerapkan standar pelayanan. Standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan publik dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur. Sementara itu, dalam pelaksanaan kebijakan standar pelayanan minimal tentunya dapat berhadapan dengan berbagai kendala yang akan mempengaruhinya. Dengan demikian, adanya penelitian yang salah satu tujuannya untuk menganalisis faktor-faktor penghambat implementasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit maka diharapkan dapat ditemukan solusi untuk meminimalisir faktor-faktor penghambatnya guna mencapai keberhasilan implementasi kebijakan tersebut dalam menciptakan mutu pelayanan yang baik.

b. Secara Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi pemegang kebijakan rumah sakit dan pemerintah tentang peningkatan mutu pelayanan

kesehatan di rumah sakit, sekaligus berguna meningkatkan kinerja organisasi pelayanan kesehatan dan memberikan informasi tambahan dalam menyusun strategi pelayanan kesehatan bagi pihak manajemen rumah sakit, khususnya Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso.



BAB 2. TELAAH PUSTAKA DAN PENGEMBANGAN MODEL PENELITIAN

Bab dua berisi telaah pustaka dan pengembangan model penelitian yang terdiri atas beberapa bagian. Bagian pertama, tentang telaah pustaka yang menjelaskan kajian penelitian ilmiah dan tanggapan tentang teori dalam penelitian kualitatif. Bagian telaah pustaka dilanjutkan penjelasan tentang ilmu administrasi publik, yang didalamnya terdapat kajian ilmu administrasi publik dan perkembangan ilmu administrasi yang berhubungan dengan pelayanan publik bidang kesehatan di rumah sakit. Pelayanan publik dan kebijakan publik merupakan satu rangkaian yang turut dibahas dalam ilmu administrasi publik. Bagian lain dari telaah pustaka ini membahas tentang mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Selanjutnya, terdapat definisi mutu pelayanan, faktor fundamental manajemen pelayanan kesehatan rumah sakit, mutu pelayanan, dan perilaku pelayanan, serta kinerja organisasi rumah sakit. Selanjutnya, pada bagian keempat dari telaah pustaka menjelaskan tentang hubungan kerja serta konflik yang mengikuti di dalam hubungan kerja tersebut. Hal ini dilanjutkan dengan penjelasan tambahan antara lain, hubungan kerja di sektor pelayanan kesehatan dan jenis konflik yang terjadi.

Bagian kedua menjelaskan tentang posisi penelitian dengan penelitian terdahulu. Penjelasan ini diuraikan dengan argumentasi dari *resume* penelitian terdahulu dan posisi penelitian dalam lingkup penelitian tersebut. Oleh karena itu, semakin menarik untuk dicermati dalam penelitian ini dilengkapi dengan kajian kerangka pemikiran ilmiah (*framework of scientific*) yang akan dilakukan nanti, sehingga semakin yakin terhadap kajian yang akan diteliti serta menjadi pembatas dari penelitian ini.

2.1 Telaah Pustaka

Kajian penelitian ilmiah dituntut berfikir secara sistematis, logis, dan metodologis. Oleh karena itu, diperlukan sebuah telaah pustaka dengan berbagai macam konsep, teori, dan hasil penelitian yang mendasari dalam memecahkan masalah penelitian. Telaah pustaka menjadi pedoman yang dapat dipakai peneliti dalam menjelaskan atau menggambarkan fenomena yang terjadi pada objek penelitian.

Terdapat silang pendapat para ahli tentang perlunya telaah pustaka sebagai landasan teori pada penelitian kualitatif. Hal ini karena penelitian kualitatif menggunakan pendekatan induktif, sehingga dikhawatirkan penelitian sudah “tercemar” oleh teori yang ada. Sebagaimana diketahui bersama, bahwa peneliti tidak bebas nilai dari suatu teori yang terbawa di dalam alam bawah sadarnya. Pendapat ini dipertegas oleh Bungin (2012:23) bahwa, stereotip teoritis dalam penelitian kualitatif ketika suatu masalah harus dipecahkan, peneliti cenderung dipengaruhi oleh stereotip teoretis kuantitatif dengan menggunakan teori untuk menjawabnya.

Menjawab pengaruh stereotip teoretis kuantitatif, masih diperlukannya konsep dasar sebagai landasan teori untuk memecahkan suatu masalah dan menjelaskan persoalan sosial dalam penelitian. Hal tersebut sangat penting karena landasan teori sebagai “penyanding” dalam mengungkap suatu fakta sosial pelayanan kesehatan. Pernyataan ini diperkuat oleh pendapat Singarimbun dan Effendi (1995:34) bahwa masih diperlukannya konsep secara abstrak berupa definisi dan istilah dalam hal penggambaran kelompok, individu, keadaan, dan kejadian yang menjadi titik perhatian dalam ilmu sosial. Oleh sebab itu, pada penelitian kualitas pelayanan publik bidang pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, konsepsi dasar atau landasan teori yang dipergunakan sebagai berikut.

2.1.1 Administrasi Publik

Area penelitian pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah pada lingkup pelayanan publik, sedangkan pelayanan publik merupakan bagian dari ilmu administrasi. Hal ini ditegaskan oleh pendapat Perry dalam Dewi (2012:2) bahwa, pelayanan publik berada di lingkup ilmu administrasi.

Selanjutnya, administrasi adalah salah satu bagian dalam ilmu pengetahuan sosial tentang dinamika masalah yang dihadapi masyarakat dan memecahkan masalah sosial masyarakat. Sebagaimana halnya masalah sosial pada umumnya, pelayanan kesehatan merupakan masalah sosial yang sering terjadi di lingkungan rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan lainnya yang terus dicarikan jalan keluar pemecahannya.

Menurut Rosenbloom (2009:110) menyatakan bahwa adanya perbedaan pendapat tentang masalah sosial tersebut, pada hakikatnya memerlukan teknik atau cara untuk memecahkan masalah dan mencari kebenaran ilmu pengetahuan sosial. Oleh karena itu terdapat banyak perbedaan pendapat tentang ilmu administrasi, juga untuk mencari nilai kebenaran sesuai dengan perkembangan umat manusia. Berbagai pendapat ilmu administrasi dari para ahli yang sering menghadapi beberapa pertentangan dan harus menjelaskan terkait nilai kebenaran berdasarkan prinsip umum secara empirik.

Henry (1995:142) menyatakan bahwa ilmu administrasi merupakan istilah yang memiliki sifat generik dan semua bidang kehidupan manusia tercakup didalamnya. Administrasi negara merupakan salah satu bagian dari ilmu administrasi. Munculnya hal ini sebagai akibat dari perhatian dan kritik-kritik yang mengalir, administrasi negara masuk menginduksi ke dalam disiplin ilmu politik, yang menghasilkan diperbaharainya kembali penentuan lokus yaitu birokrasi pemerintah. Karena banyaknya perbedaan yang terjadi antara ilmu administrasi dan ilmu politik yang memandang negara sebagai sentral, para ahli menyatakan bahwa administrasi negara sebagai ilmu administrasi yang pada waktu bersamaan paradigma berasumsi pula bahwa administrasi negara sebagai ilmu politik. Oleh karena ilmu administrasi yang memberi perhatian utama kepada masalah manusia, khususnya yang berhubungan dengan upaya mengatur sebuah

keteraturan untuk meningkatkan kebahagiaan dan kesejahteraan manusia, maka penelitian tentang rendahnya mutu pelayanan kesehatan ini merupakan bagian dari pemecahan problem manusia untuk mendapatkan kebahagiaan, kesejahteraan, dan pelayanan kesehatan yang layak.

Berbicara tentang administrasi publik bidang pelayanan kesehatan, Hendrayady (2011:1) menyatakan bahwa di Indonesia pada Tahun 2000-an telah terjadi reformasi administrasi publik yang meliputi perbaikan mutu pelayanan kesehatan yang mengarah terhadap upaya melaksanakan fungsi manajemen pemerintahan secara menyeluruh. Pernyataan tersebut berdasarkan kebutuhan dalam upaya meningkatkan keefektifan dan mutu pelayanan yang didasarkan pada tantangan sebuah pembangunan dan dinamika kemajuan masyarakat. Sementara itu, Nugroho (2008:17) menyatakan bahwa kuatnya administrasi publik harus memiliki arti, akuntabilitas dan kredibilitas untuk memecahkan beberapa masalah pemerintahan menuju kompleksitas tinggi secara berkelanjutan. Permasalahan ini bertujuan khususnya sebagai perwujudan upaya untuk meningkatkan kesejahteraan dengan adil dan upaya peningkatan daya saing dalam rangka pemantapan diri dalam menjalani masa otonomi daerah dan desentralisasi.

Indonesia merupakan negara yang sedang berkembang, dimana masih terdapat banyak kendala yang dijumpai dalam pengembangan ilmu administasi publik. Berkenaan dengan hal itu, Henry (1995:112) menemukan dua ciri umum administrasi publik di negara-negara berkembang, yaitu: (1) pola dasar (*basic pattern*) administrasi publik bersifat ciplakan (*imitative*) dari aslinya (*indigenous*), (2) birokrasi di negara berkembang kekurangan (*diefficient*) sumber daya manusia terampil untuk menyelenggarakan pembangunan. Berbicara pada lingkup rumah sakit, berdasarkan kedua ciri tersebut, faktor kekurangan SDM terampil yang sering dijumpai pada sektor pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini disebabkan oleh masih belum meratanya institusi pendidikan penghasil tenaga SDM profesional, baik itu tenaga dokter maupun tenaga ahli kesehatan lainnya, sehingga SDM yang berkompeten di bidang kesehatan, seringkali terpusat di kota-kota besar pada perguruan tinggi penghasil SDM terampil.

Berdasarkan pendapat Risal (2005:2) menyatakan bahwa permasalahan mutu pelayanan merupakan cermin dari gerak perubahan ilmu administrasi publik. Perkembangan tersebut merupakan cermin gerak perubahan sosial budaya dan konfigurasi ekonomi politik baik di lingkup domestik maupun internasional. Oleh karena itu, permasalahan pembaharuan administrasi sebagai pengembangan dari administrasi publik dapat dirasakan pada sektor pelayanan kesehatan. Di antara perkembangan perubahan sosial budaya bidang pelayanan kesehatan adalah menurunnya peran Negara dalam melayani masyarakat. Menurut pendapat Dwiyanto (2007:3) bahwa, setidaknya ada empat faktor yang menjadi penyebab semakin menurunnya dominasi peran negara dalam pengembangan administrasi publik, yaitu sebagai berikut.

- a. Dinamika ekonomi, politik dan budaya yang membuat kemampuan pemerintah semakin terbatas untuk dapat memenuhi semua tuntutan masyarakat.
- b. Globalisasi membutuhkan daya saing yang tinggi di berbagai sektor menuntut makin dikurangnya peran negara melalui debirokratisasi dan deregulasi.
- c. Tuntutan demokratisasi mendorong semakin banyak munculnya organisasi kemasyarakatan yang menuntut untuk dilibatkan dalam proses perumusan kebijakan dan implementasinya.
- d. Munculnya fenomena *hybrid organization* yang merupakan perpaduan antara pemerintah dan bisnis.

Rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat tentu tidak lepas dari pengaruh semakin menurunnya dominasi peran negara tersebut. Hal ini ditandai dengan munculnya beberapa rumah sakit swasta dan rumah sakit asing di Indonesia. Munculnya beberapa rumah sakit swasta tersebut mungkin karena tuntutan masyarakat yang cukup tinggi terhadap mutu pelayanan kesehatan. Tuntutan masyarakat yang sangat tinggi terhadap mutu pelayanan kesehatan seiring dengan perkembangan taraf hidup masyarakat dan pengetahuan masyarakat yang semakin meningkat, sehingga masyarakat mempersepsikan mutu

pelayanan semakin baik dan kompleks. Munculnya fenomena *hybrid organization* pada bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit sangat membantu dalam meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Bentuk *hybrid organization* pada rumah sakit pemerintah berupa pengelolaan rumah sakit secara BLUD. Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka pengelolaan BLUD rumah sakit diberikan fleksibilitas dalam rangka pelaksanaan anggaran, termasuk pengelolaan pendapatan dan belanja, pengelolaan kas, dan pengadaan barang/jasa, dengan tetap mengacu pada perencanaan dan penganggaran yang telah disusun serta dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini merupakan terobosan baru dalam pemenuhan sarana prasarana rumah sakit yang cepat tersedia. Misalnya, jika dahulu sebelum berbentuk BLUD rumah sakit akan melakukan perbaikan dan pengadaan AC di ruang rawat inap harus menunggu untuk dianggarkan terlebih dahulu. Dengan perubahan bentuk BLUD maka perbaikan AC segera dapat dilakukan dengan anggaran yang tersedia dan ada fleksibilitas pada penggunaan anggaran rumah sakit tersebut. Hal tersebut berdampak pada waktu tunggu terhadap kebutuhan pelayanan rumah sakit menjadi singkat, pemenuhan kebutuhan pasien tersedia tanpa menunggu waktu lama sehingga kepuasan pasien dan keluarga pasien selama dirawat di rumah sakit menjadi terjaga.

Rumah sakit yang berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) merupakan wujud yang berbentuk *hybrid organization* dengan berbasis pelayanan yang mencari keuntungan tetapi semata-mata tidak mengejar keuntungan (*profit non profit*). Bentuk ini merupakan suatu usaha rumah sakit dalam menjalankan pelayanan yang tidak hanya mengejar keuntungan dan pemenuhan ambisi bisnis semata, tetapi lebih memikirkan sisi sosial dalam pelayanan kepada masyarakat. Hal ini dapat dicapai dengan efektivitas dan efisiensi anggaran agar pelayanan dapat terselenggara dengan baik. Oleh karena itu, rumah sakit BLUD diberi keleluasaan dalam pengelolaan keuangannya dalam rangka mencapai profitabilitas dan peningkatan mutu pelayanan. Peran pemerintah daerah sebagai “*owner*” rumah sakit yang selama ini menjadi penentu

kebijakan keuangan rumah sakit, sekarang tidak lagi mempunyai hak dalam pengaturan keuangan internal rumah sakit. Oleh karena itu, fleksibilitas yang diperoleh rumah sakit berdampak pada gerak pencapaian mutu pelayanan kesehatan yang lebih dinamis sesuai dengan harapan masyarakat.

Sebagaimana pendapat Dwiyanto di atas, tentang adanya globalisasi, dinamika budaya, politik dan ekonomi dunia, mendorong perubahan ilmu administrasi publik dalam hal pelayanan publik di masyarakat. Perubahan ini, dari bentuk administrasi publik lama menjadi manajemen publik baru serta mendorong lahirnya pelayanan publik baru. Hal ini seperti yang dikemukakan Denhardt and Denhardt (2003:32), tentang adanya pergeseran pelayanan publik dari *Old Public Administration* (OPA), menuju *New Public Management* (NPM), dan menuju *New Public Service* (NPS), seperti tertuang pada Tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1. *Three Models for The Provision of Social Services*

<i>Aspect</i>	<i>Old Public Administration</i>	<i>New Public Management</i>	<i>New Public Service</i>
<i>Primary theoretical and epistemological foundations</i>	<i>Political theory, social and political commentary augmented by naïve social science</i>	<i>Economic theory, more sophisticated dialogue based on positivist social science</i>	<i>Democratic theory, varied approaches to knowledge including positive, interpretive, critical, and postmodern</i>
<i>Prevailing rationality and associated models of human behaviour</i>	<i>Synoptic rationality, 'synoptic man'</i>	<i>Technical and economic rationality, 'economic man' or the self-interested decision maker</i>	<i>Strategic rationality, multiple tests of rationality (political, economic, organisational)</i>
<i>Conception of the public interest</i>	<i>Politically defined and expressed in law</i>	<i>Represents the aggregation of individual interests</i>	<i>Result of a dialogue of shared values</i>
<i>To whom are public servants responsive?</i>	<i>Clients and constituents</i>	<i>Customers</i>	<i>Citizens</i>
<i>Role of government</i>	<i>Rowing (designing and implementing policies)</i>	<i>Steering (acting as a catalyst to</i>	<i>Serving (negotiating and brokering</i>

	<i>focusing on a single, politically defined objective)</i>	<i>unleash market forces)</i>	<i>interests among citizens and community groups, creating shared values)</i>
<i>Mechanisms for achieving policy objectives</i>	<i>Administering programmes through existing government agencies</i>	<i>Creating mechanisms and incentive structures to achieve policy objectives through private and non-profit agencies</i>	<i>Building coalitions of public, non-profit, and private agencies to meet mutually agreed upon needs</i>
<i>Approach to accountability</i>	<i>Hierarchical – administrators are responsible to democratically elected political leaders</i>	<i>Market-driven – the accumulation of self-interests will result in outcomes desired by broad groups of citizens (or customers)</i>	<i>Multifaceted – public servants must attend to law, community values, political norms, professional standards, and citizen interests</i>
<i>Administrative discretion</i>	<i>Limited discretion allowed administrative officials</i>	<i>Wide latitude to meet entrepreneurial goals</i>	<i>Discretion needed but constrained and accountable</i>
<i>Assumed organisational structure</i>	<i>Bureaucratic organisation market by top-down authority within agencies and control or regulation of clients</i>	<i>Decentralised public organisations with primary control remaining within the agency</i>	<i>Collaborative structures with leadership shared internally and externally</i>
<i>Assumed motivational basis of public servants and administrators</i>	<i>Pay and benefits, civil-service protections</i>	<i>Entrepreneurial spirit, ideological desire to reduce size of government</i>	<i>Public service, desire to contribute to society</i>

Sumber: Denhardt and Denhardt, (2003:28).

Berkenaan dengan *three models for the provision of social services* Denhardt tentang perubahan sektor pelayanan publik, pengalaman yang dirasakan oleh peneliti selama lebih dari 24 Tahun bekerja di rumah sakit, telah terjadi perubahan di sektor pelayanan publik, yaitu dari sisi ekonomi bisnis, orientasi

masyarakat dan teknologi informasi. Perubahan dari sisi ekonomi bisnis misalnya telah terjadi peningkatan pendapatan pemerintah dari bidang pelayanan kesehatan. Salah satu indikator meningkatnya pendapatan pemerintah yang berhubungan dengan pendapatan masyarakat seperti meningkatnya taraf hidup masyarakat sehingga masyarakat sudah dapat memelihara kesehatan secara mandiri dan mulai menjamur rumah sakit-rumah sakit swasta di berbagai kota. Hal ini merupakan indikator yang nyata dan turut serta meningkatkan pendapatan pemerintah dari sektor pelayanan kesehatan. Orientasi masyarakat tentang pencegahan dan deteksi dini penyakit mempunyai peran penting terhadap perubahan orientasi tersebut, sehingga masyarakat memilih pelayanan rumah sakit untuk memeriksakan kesehatannya (*medical check up*) dari pada mengobati penyakitnya. Teknologi informasi yang begitu cepat berubahannya sehingga informasi yang tersedia beragam, terkini (*up to date*) dan lengkap, masyarakat dapat memilih berbagai “menu” pilihan pelayanan kesehatan yang ditawarkan tanpa ada sekat wilayah dan sekat sosial. Hal ini dimungkinkan karena tekanan perubahan ekonomi global dan perubahan arus reformasi demokrasi, sehingga dampak ini menimbulkan daya saing yang tinggi antar rumah sakit, baik rumah sakit milik pemerintah maupun swasta/masyarakat. Perubahan ini, berkenaan dengan peralihan pemerintahan Orde Baru ke era Reformasi dan adanya bentuk rumah sakit *hybrid organization* dalam wujud Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang berorientasi *profit non profit*, yang turut menyumbang terjadinya perubahan di sektor pelayanan publik.

Tentang perubahan sektor pelayanan publik, peneliti merasakan perubahan pelayanan di era globalisasi ekonomi saat ini. Perubahan tersebut terdapat fase baru paradigma administrasi publik, yaitu *citizens public service*. Perubahan ini dapat diungkap dari gejala yang timbul kepermukaan, antara lain sebagai berikut. Pertama, adanya era perdagangan bebas yang mengikatkan diri, mulai tingkat Asia Tenggara, Asia, sampai kawasan lainnya, seperti: Masyarakat Ekonomi Asean (MEA), *Asean Free Trade Area (AFTA)*, *North America Free Trade Area (NAFTA)*, *Asia Pacific Economic Cooperation (APEC)*. Perdagangan bebas tersebut mengikatkan diri menjadi satu bentuk yang lebih konkret dan jelas terutama pada sektor pelayanan publik yang berbasis bisnis ekonomi.

Selanjutnya, tampilan pelayanan yang diberikan diikuti oleh perang tarif, fasilitas lebih, dan pelayanan tambahan antarnegara sangat terbuka, sehingga masyarakat dapat memilih pelayanan kesehatan melampaui batas negara, seakan-akan tidak ada sekat negara dalam pemilihan pusat pelayanan kesehatan. Sejalan dengan itu, dokter dan perawat serta tenaga lainnya di bidang kesehatan dengan mudahnya dapat mengembangkan karier di suatu negara lain dalam kawasan tertentu. Hal ini berdampak pada kesiapan kompetisi SDM dokter dan tenaga kesehatan yang lain dalam pemenuhan regulasi dalam wilayah tersebut, sehingga SDM yang tidak kompeten menjadi tersingkir. Hal ini menyebabkan SDM asing mengisi formasi yang dibutuhkan dalam kawasan tersebut, dengan daya saing, kemampuan, profesional yang lebih baik. Pernyataan tentang SDM tersebut diperkuat oleh pendapat Nindy (2012:3) bahwa dalam menghadapi pasar bebas Asia (AFTA), mutu SDM Indonesia cukup mengkhawatirkan dan masih diperlukan *man power planning* secara nasional dengan seksama. Oleh karena itu, penyiapan SDM sejak dini diperlukan agar regulasi yang akan dihadapi bukan merupakan suatu ancaman tetapi merupakan peluang yang cukup bagus untuk berkarier dan mengembangkan kemampuan.

Selain itu, SDM merupakan inti dari pelayanan yang dapat berkompetisi dalam era globalisasi. Untuk itu, pemerintah diharapkan untuk menerapkan rencana strategis dalam peningkatan SDM terutama tenaga dokter dan tenaga kesehatan lainnya agar era kompetisi tersebut dapat diubah menjadi faktor kekuatan (*strength*), kompetitif serta menumbuhkan sikap beraliansi dan bersinergi antara dokter dan rumah sakit. Hal ini sangat diperlukan dan masih bisa dikembangkan dalam menghadapi kompetisi global saat ini. Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat Adisasmito (2008:7), bahwa aliansi, sinergi, kompetisi, dan “ko-kreasi” merupakan kekuatan utama yang dapat menjadi kunci keberhasilan dalam menghadapi globalisasi. Sehingga harapan yang diinginkan oleh semua masyarakat kesehatan, Indonesia menjadi tuan rumah di negara sendiri.

Berdasarkan pernyataan di atas, tentunya regulasi SDM dan kawasan berdampak pada sistem pembayaran dan regulasi keuangan kawasan. Regulasi kawasan tersebut berdampak pada keleluasaan pengelolaan keuangan dan kemudahan dalam mengontrol usaha bisnis yang dikelolanya, misalnya, kawasan mandiri Batam yang dijadikan kawasan mandiri bisnis internasional dengan segala fasilitasnya termasuk rumah sakit internasional yang menggunakan mata uang asing sebagai mata uang yang bisa di terima atau selama melakukan kegiatan dalam bertransaksi. Bertolak dari kenyataan itu, saat ini nilai tukar rupiah semakin melemah terhadap nilai dolar Amerika. Hal ini berdampak semakin mahal biaya pelayanan kesehatan karena biaya pengadaan dan operasional alat medis rata-rata buatan luar negeri yang memerlukan biaya tinggi. Oleh karena itu, jika pelayanan publik pada masyarakat miskin yang tidak mampu untuk membayar biaya pelayanan dan belum ter"cover" dalam asuransi kesehatan dalam suatu kawasan, maka akan semakin berat beban yang akan dipikulnya dalam menanggung besaran biaya pelayanan. Melindungi masyarakat miskin dan melindungi masyarakat dari eksploitasi bisnis bidang kesehatan merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintah. Tugas pemerintah tersebut sangat berat, terutama dalam memerangi liberalisme ekonomi khususnya bidang bisnis pelayanan kesehatan. Menurut pendapat Adisasmito (2008:3), daya saing yang ketat pada industri jasa kesehatan asing disebabkan oleh orientasinya bersifat *profit*, jarang ada motivasi pemerataan, kuat baik *financial* maupun sumber daya manusia, kemudian industry memasuki Indonesia melalui jaringan negara asal. Berdasarkan pernyataan tersebut, peran pemerintah sangat dibutuhkan untuk melindungi masyarakat miskin dan semakin jelas bahwa besarnya biaya tentu berdampak lebih lanjut pada ketertarikan dan daya beli masyarakat pengguna pelayanan kesehatan, sehingga pelayanan publik yang diharapkan dapat terjangkau dan merata akan semakin jauh dari kenyataan.

Kedua, pelayanan publik pada sektor pelayanan kesehatan telah terjadi pergeseran, peran dominasi pemerintah sudah diganti oleh perwakilan masyarakat masing-masing negara/internasional, yang mengikatkan diri dalam kelompok urusan sektor bisnis ekonomi. Akuntabilitas yang menjadi acuan

adalah akuntabilitas kelompok/masyarakat yang berkepentingan, sedangkan posisi pemerintah sebagai regulasi dari kelompok/masyarakat yang berkepentingan berorientasi bisnis global dan struktur organisasi yang disusun berdasarkan semangat pelayanan publik global, sehingga struktur tersebut berdasarkan kebutuhan kelompok pengelola urusan sektor ekonomi bisnis yang ada. Dengan demikian, wujud pelayanan global benar-benar nyata dan menjadi gerak dinamis perubahan pelayanan publik. Menurut Adisasmito (2008:10), dampak “tergantikannya” peran pemerintah di era globalisasi pada sektor pelayanan publik, khususnya pelayanan kesehatan ini berbentuk *joint ventura* usaha pelayanan publik berupa rumah sakit yang semakin terbuka lebar. Penanam modal asing juga akan lebih terbuka dalam berinvestasi di Indonesia, terutama di bidang kesehatan.

Berdasarkan bacaan Wikipedia (2015:2), tentang perubahan global yang merupakan satu paket dari perubahan umum secara menyeluruh di seluruh penjuru dunia, karena globalisasi adalah proses pengintegrasian secara umum/internasional dan kejadiannya disebabkan oleh adanya pertukaran produk, pandangan dunia, pemikiran, serta unsur budaya lain. Penjelasan pertukaran pandangan tersebut, jika dahulu seseorang berpandangan bahwa rumah sakit hanya dapat dilakukan oleh pemerintah dan swasta/masyarakat saja, tetapi kini rumah sakit menjadi lahan yang basah untuk dunia usaha bisnis yang sudah terbuka di tingkat internasional. Sementara itu, Ismaya (2012:3) mengemukakan bahwa pengaruh yang terjadi dari aspek kebudayaan antara lain, masuknya budaya bersaing, kompetensi global dan *profit oriented* berdampak kepada perilaku pelayanan kesehatan konsumtif dan *hedonism*. Oleh karena itu, diperlukan suatu usaha agar rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta yang menyediakan pelayanan kesehatan harus menitikberatkan pada unsur sosial, kemanusiaan dan humanis. Namun kenyataannya, ternyata rumah sakit tersebut sudah melakukan adopsi beberapa unsur ekonomi yang berbasis kapital dan orientasinya menuju neoliberalisme bidang pelayanan kesehatan, maka terjadilah disorientasi pemahaman terhadap substansi makna kesehatan.

Hal tersebut dapat dirasakan dari keberadaan rumah sakit pada beberapa kota besar di Indonesia seperti Jakarta, Bandung, Surabaya dan Semarang yang sudah banyak bermunculan rumah sakit swasta, yang pada kenyataannya hanya semata-mata mengejar keuntungan saja. Oleh karena itu, Adisasmito (2008:9) mengemukakan bahwa rumah sakit sebagai pelayanan publik dalam menghadapi globalisasi harus siap untuk berbenah diri. Di antaranya dengan mengatasi kelemahan-kelemahan yang menghambat untuk dapat bersaing secara global, dengan cara-cara; (1) menyempurnakan sistem-sistem di rumah sakit (2) menyempurnakan sarana untuk mendukung manusia dan sistem (3) melakukan perubahan dalam manajemen rumah sakit. Berdasarkan penjelasan tersebut, dampak langsung yang dirasakan bagi sektor pelayanan publik seperti halnya rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta yang menyediakan pelayanan kesehatan harus menitikberatkan unsur sosial dan kemanusiaan. Bertolak dari kenyataan tersebut, muncul disorientasi pemahaman terhadap substansi makna pelayanan kesehatan. Menurut Ismaya (2012:5), rumah sakit merupakan salah satu dari sektor prospektif yang sangat menggiurkan sebab dapat menghasilkan keuntungan terhadap siapa yang mengelola. Dampak *riil* pada pelayanan publik tersebut, rumah sakit telah menjadi salah satu komoditas ekonomi yang arahnya terhadap pengeksploitasian hak kesehatan secara umum. Oleh karena itu untuk mendapatkan pelayanan publik di sektor pelayanan kesehatan yang profesional, bermutu, murah dan mudah dijangkau, masih jauh dari harapan masyarakat luas.

Namun, pada konteks yang lain, tentang isu permasalahan administrasi publik di pelayanan publik yang tumbuh di tengah masyarakat dapat terjadi kesalahan yang disebabkan oleh beberapa hal. Kesalahan tersebut, antara lain seperti dikemukakan oleh Starling (2008:24) sebagai berikut:

a. Pelayanan Publik

Secara mendasar, dalam administrasi publik mengandung pemberian pelayanan pada publik. Hal tersebut searah dengan demokrasi, yang mana masyarakat memiliki kesamaan hak dalam penerimaan pelayanan dari pemerintah.

Hal yang penting didalamnya yaitu sejauh mana pelayanan diberikan dengan bermutu, cepat dan baik kepada semua masyarakat oleh pemerintah.

b. Motivasi Pelayanan Publik

Motivasi merupakan hal penting yang harus melekat pada administrator untuk pemberian sebuah pelayanan publik. Motivasi tersebut berdasarkan rasional, perasaan dan norma.

c. Maladministrasi

Maladministrasi adalah terjadinya kesalahan pada pelayanan administrasi. Adapun hal yang dibahas terdiri dari permasalahan terkait adanya kesalahan contohnya: kegiatan rutin, pelayanan formal dan birokrasi yang lambat.

d. Etika Administrasi Publik

Sorotan utama pada etika administrasi publik yaitu penilaian baik dan buruk. Khususnya, penilaian masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan pada mekanisme administrasi publik apakah termasuk baik atau buruk seperti halnya korupsi.

e. Kinerja dan Efektivitas

Konteks ini seringkali menjadi isu sentral dari administrasi publik. Kinerja dan efektivitas menjadi penting disebabkan oleh administrasi merupakan suatu upaya pencapaian tujuan sehingga penting dalam hal permasalahan pencapaian dan metode pencapaiannya. Dengan demikian, sangat diperlukan adanya evaluasi terhadap prosedur yang dilaksanakan, sudah berjalan dengan baik atau belum, sehingga pencapaian tujuan dapat dilakukan.

f. Akuntabilitas Publik

Pelayanan dalam administrasi publik wajib dilakukan pertanggungjawaban terhadap semua masyarakat. Pelayanan yang diberikan harus dilakukan pengontrolan, pengawasan dan pertanggungjawaban terhadap semua masyarakat.

Berdasarkan pernyataan Starling tersebut, masih diperlukannya audit internal pelayanan publik, mengingat pelayanan publik merupakan bagian

administrasi publik yaitu interaksi manusia di dalam kelompok. Hal ini penting untuk dilakukan, mengingat akuntabilitas dan keefektivan kinerja pelayanan publik berupa pelayanan yang diselenggarakan secara terus menerus, yang tentu di dalam perjalanannya mengalami naik turun mutu yang ditampilkan kepada masyarakat/pengguna pelayanan. Evaluasi secara berkala, merupakan kontrol terhadap keberlangsungan mutu pelayanan tersebut. Dilain pihak, dilaksanakannya audit internal pelayanan agar proses pembelajaran organisasi di sektor pelayanan publik dapat diperbaiki secara mandiri dan optimal dengan tujuan akhir menghasilkan organisasi yang bersaing di kancah pelayanan publik.

2.1.2 Pelayanan Publik dan Kebijakan Publik

Sumbangsih ilmu pengetahuan pelayanan publik dan ilmu kebijakan publik sangat besar pada penelitian ini, karena keduanya merupakan ruh dari pelayanan publik. Kebijakan publik tanpa adanya pelayanan ibarat "jasad tanpa roh", pelayanan menjadi semena-mena dan tidak ada keberpihakan kepada kepentingan masyarakat luas. Pelayanan publik dan kebijakan publik merupakan hal yang berbeda. Kebijakan diperlukan untuk mengatasi masalah-masalah sosial, termasuk masalah pelayanan masyarakat banyak (pelayanan publik), sedangkan pelayanan publik sendiri merupakan implemetasi dari kebijakan yang telah dibuat. Dalam hal ini, Dunn (2003:24) mengemukakan bahwa pelayanan publik adalah unsur kebijakan yang dilakukan oleh bagian-bagian administrasi dan berfungsi dalam mobilisasi SDM dan biaya.

Hubungan kebijakan publik dengan pelayanan publik di sektor pelayanan kesehatan rumah sakit sangat erat. Pelayanan publik yang menampilkan pelayanan prima sudah menjadi tugas bagi pemerintah dalam melayani kepentingan masyarakat yang tertuang di dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Jika kita melihat "roh" dari Undang-Undang Nomor 25 tersebut, jelaslah bahwa pemerintah dengan aparatur sipil negaranya sebagai unsur utamanya merupakan "pelayan" masyarakat, yang menempatkan kebijakannya

menjadi unsur pelayanan publik dalam rangka melindungi kepentingan masyarakat.

a. Pelayanan Publik

Pelayanan publik adalah salah satu bagian kebijakan publik, yang berimplementasi dalam wujud pelayanan kepada masyarakat yang berupa pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebagai bagian dari kebijakan publik, maka wajib melaksanakan pelayanan dengan standar pelayanan yang bermutu. Mutu pelayanan kesehatan berwujud jasa pelayanan sebagai tugas utama rumah sakit pemerintah pemberi pelayanan kepada masyarakat luas. Hal ini dilakukan karena tugas negara yang utama diantaranya yaitu upaya pemberian pelayanan terhadap seluruh masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, baik dalam bentuk jasa maupun fasilitas pelayanan lainnya. Kebijakan ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik, bahwa negara memberikan jaminan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup masyarakat.

Selanjutnya, Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik pada Pasal 1 (1) menegaskan, pelayanan publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik, rumah sakit merupakan bagian dari usaha pemerintah. Kebutuhan masyarakat pada bidang dasar yang menguasai hajat hidup orang banyak merupakan salah satu tugas pemerintah. Demikian juga pelayanan bidang kesehatan, bahwa peran pemerintah sangat vital. Hal ini, seperti yang dinyatakan oleh Kristiadi (1994:23) bahwa penyediaan barang publik (*public utility*) dan pemberian pelayanan (*public service*) merupakan hal dominan dari tugas pemerintah. Tugas pemerintah tersebut, misalnya dalam bidang pendidikan, kesejahteraan sosial, kesehatan, perkembangan perlindungan tenaga kerja, pertanian, keamanan, dan sebagainya.

Mutu pelayanan dan rumah sakit merupakan bagian dari usaha pemerintah bidang jasa pelayanan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan publik.

Selanjutnya, penyelenggara pelayanan publik menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik pada Pasal 1 (2) menyatakan bahwa setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik. Rumah sakit dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan wajib menyusun dan menerapkan standar pelayanan. Hal ini diungkapkan dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 Tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik Pasal 1 (1), standar pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan publik dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.

Penyelenggara pelayanan publik bidang kesehatan dewasa ini masih terkendala oleh kecukupan SDM, mahalnya peralatan medis dan sarana prasarana sehingga mempengaruhi mutu pelayanan. Permasalahan kompetensi dan sebaran SDM yang terbatas, dapat menimbulkan biaya pelayanan semakin melambung tinggi dan pelayanan yang diberikan tidak memadai. Dengan demikian, pemberian pelayanan terhadap masyarakat menjadi perhatian pemerintah yang wajib terus diupayakan. Banyak campur tangan pemerintah untuk mengatasi problematika tersebut, mulai dari kebijakan pengaturan tenaga dokter spesialis dan SDM kesehatan, memberikan standarisasi biaya satuan dan pemenuhan anggaran peralatan medis dari anggaran belanja pemerintah baik pusat maupun daerah. Namun, hasil yang dirasakan masih belum menyentuh pelayanan di tingkat masyarakat bawah.

Campur tangan pemerintah dalam hal kebijakan, masih diperlukan lebih konkret dan bersifat memaksa. Hal itu perlu dilakukan untuk mengatasi keterbatasan SDM dan dokter spesialis di rumah sakit daerah tertinggal. Kenyataan yang terjadi saat ini, banyak SDM tenaga kesehatan masih terkonsentrasi di tempat-tempat kota besar dengan bermacam alasan. Kebijakan

tersebut juga dalam rangka melindungi kepentingan masyarakat luas yang berhak mendapat pelayanan kesehatan secara optimal oleh SDM dokter spesialis profesional. Kebijakan pemerintah semacam itu diharapkan efektif untuk memecahkan masalah SDM tenaga kesehatan di rumah sakit yang berdampak pada mutu pelayanan kesehatan.

b. Kebijakan Publik

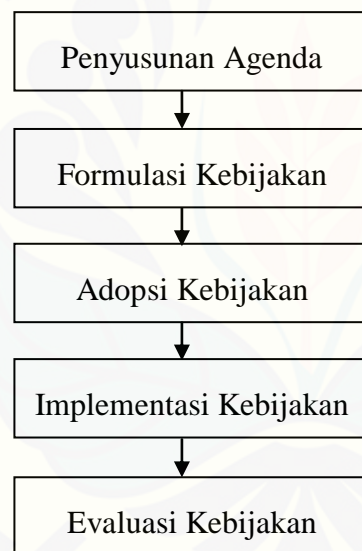
Definisi *public policy* ini masih banyak silang pendapat yang dipertentangkan oleh para ahli kebijakan. Perdebatan ilmiah kebijakan publik mencakup makna, isi dan manfaat yang akan dicapai oleh kebijakan itu sendiri. Dari sisi makna misalnya, menurut Irvan (2000:12), *public policy* merupakan kebijakan negara. Dari sisi manfaat misalnya, pendapat Mustopadipadidjaja (2003:5) yang mengungkapkan kebijakan publik yang mendefinisikannya sebagai suatu keputusan untuk memecahkan masalah tertentu untuk melakukan kegiatan tertentu, atau untuk mencapai kegiatan tertentu yang dilakukan oleh instansi berwenang dalam rangka penyelenggaraan tugas pemerintahan negara dan pembangunan. Definisi kebijakan publik yang lain menurut Anderson dalam Winarno (2007:18), adalah tindakan yang mempunyai maksud untuk ditetapkan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor dalam mengatasi masalah atau suatu persoalan.

Kebijakan publik mempunyai implikasi tertentu dalam pelaksanaannya, menurut Winarno (2007:20), implikasi kebijakan publik adalah sebagai berikut:

- 1) Perilaku serampangan tidak menjadi titik perhatian ketika berbicara kebijakan publik, melainkan orientasinya terhadap tujuan atau maksud.
- 2) Kebijakan tidak dihasilkan dari keputusan tersendiri melainkan dihasilkan dari arah tindakan yang dilakukan oleh para pejabat pemerintah.
- 3) Kebijakan bukan berarti tentang suatu hal terkait keinginan pemerintah melainkan hal-hal yang dilaksanakan pemerintah untuk pengaturan perdagangan, pengendalian inflasi, dan lainnya.
- 4) Kebijakan publik bisa memiliki sifat positif maupun negatif. Sifat positifnya, kebijakan dapat mengandung satu keputusan dari pejabat

pemerintah, tapi bukan dalam hal pengambilan tindakan dan bukan dalam hal yang dilakukan terkait permasalahan yang membutuhkan adanya keterlibatan pemerintah. Artinya, pengambilan kebijakan oleh pemerintah membutuhkan peran serta, baik pada bagian umum ataupun khusus.

Selain implikasi dari kebijakan publik, ada pula unsur penting dalam pembuatan kebijakan publik. Unsur penting dalam pembuatan kebijakan publik, merupakan tahap-tahap proses pembuatan kebijakan publik. Tahapan tersebut dilakukan pada seluruh organisasi pelayanan publik khususnya rumah sakit di Indonesia, adapun tahapan tersebut dimulai dari penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan implementasi kebijakan, sampai pada evaluasi kebijakan, yang digambarkan sebagai berikut:



Sumber: Dunn, William (2003:24): Pengantar Analisis Kebijakan Publik.

Gambar 2.1 Tahap-tahap Proses Pembuatan Kebijakan

Penjelasan tahapan dalam proses pembuatan kebijakan publik adalah sebagai berikut. *Pertama*, hal yang dilakukan pada tahap penyusunan agenda yaitu penetapan masalah dalam agenda publik oleh para pejabat yang telah dipilih dan diangkat. Dari proses penyusunan ini, hanya beberapa agenda yang masuk untuk dirumuskan kebijakannya sedangkan lainnya ditunda beberapa waktu.

Kedua, hal yang dilakukan pada tahap formulasi kebijakan yaitu pembahasan terhadap permasalahan yang masuk pada agenda kegiatan oleh pejabat pembuat kebijakan, dicarikan jalan terbaik sebagai pemecah masalah yang terjadi. Alternatif ini menjadi pilihan kebijakan (*policy alternative/policy option*). Masing-masing pembuat kebijakan bersaing menyodorkan konsep-konsep pemecahan masalahnya.

Ketiga, tahap adopsi kebijakan berupa perumusan kebijakan tentang pemilihan dari sekian alternatif kebijakan untuk dipakai sebagai jalan keluar dari pemecahan masalah yang terjadi.

Keempat, tahap implementasi kebijakan, yaitu dilaksanakan kebijakan tersebut oleh badan administrasi atau agen pemerintah yang memobilisasi dari sumber daya manusia dan keuangan.

Kelima, evaluasi kebijakan merupakan proses penilaian terhadap kebijakan yang sudah dilaksanakan untuk mengetahui seberapa besar pengaruhnya terhadap pemecahan masalah hasil pelaksanaan dari hasil implementasi kebijakan. Ukuran atau kriteria tertentu menjadi pedoman dalam mengevaluasi kebijakan.

Berdasarkan penjelasan teori Dunn, rumah sakit sebagai lembaga kepanjangan pemerintah dalam melaksanakan pelayanan publik, tentu tidak lepas dari kebijakan publik pemerintah pusat. Kebijakan, hubungan, dan wewenang pemerintah pusat dan pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten, dan kota telah diatur oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintah Daerah. Berdasarkan pasal 1 di dalam undang-undang tersebut, bahwa urusan pemerintahan wajib berupa urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh semua daerah dan pelayanan dasar tersebut merupakan pelayanan publik dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar warga negara. Dengan demikian, pengaturan kebijakan pemerintah pusat bersifat nasional yang dijalankan oleh pemerintah daerah di bawahnya. Rumah sakit sebagai pelayanan publik dan pemberi pelayanan kebutuhan dasar warga negara tidak lepas dari pengaruh kebijakan publik yang telah digariskan oleh pemerintah pusat.

2.1.3 Birokrasi Pelayanan Publik

Rumah sakit sebagai sebuah organisasi yang menyelenggarakan pelayanan publik bidang kesehatan kepada masyarakat tentunya harus memiliki berbagai komponen dasar yang bisa menunjang penyelenggaraan pelayanan tersebut. Sebagaimana menurut Mintzberg (1979:18-34), bahwa terdapat lima komponen yang harus ada dalam setiap organisasi (*five basic parts of the organization*), antara lain:

a. *The Operating Core*

The operating core merupakan inti operasional yang mencakup orang-orang pelaksana (operator) pekerjaan yang berkaitan langsung dengan produksi produk atau layanan. Operator tersebut memiliki empat fungsi, antara lain: melakukan pengamanan input produksi seperti membeli dan menerima bahan baku, mengubah input menjadi output yang biasa disebut proses transformasi, mendistribusikan output (hasilnya) seperti menjual produk, memberikan dukungan langsung terhadap fungsi input, transformasi dan output seperti melakukan perawatan pada operasi dan inventarisasi bahan baku.

Berdasarkan uraian tersebut, maka yang termasuk dalam *the operating core* ini pada konteks organisasi rumah sakit adalah tenaga fungsional (dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan) yang berperan sebagai pemberi pelayanan medis kepada pasien karena output dari organisasi rumah sakit berbentuk jasa pelayanan. Selain itu, juga tenaga struktural (staf di Sub Bagian Rumah Tangga, Seksi Pemeliharaan dan Pengembangan Fasilitas Pelayanan Medik, Keperawatan, Penunjang Medik dan Non Medik, serta Seksi Ketenagaan dan Pengembangan Mutu Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Medik dan Non Medik).

b. *The Strategic Apex*

The strategic apex merupakan puncak strategis (manajer tingkat tinggi) yang merujuk pada seseorang yang bertanggung jawab penuh atas organisasi tertentu. Biasanya disebut komite eksekutif baik disebut sebagai presiden, inspektur,

ataupun lainnya). *The strategic apex* ini dituntut untuk memastikan bahwa organisasi tersebut menjalankan misinya dengan cara yang efektif dan juga melayani kebutuhan orang yang memiliki kendali atau memiliki kekuasaan atas organisasi (seperti pemilik (*owner*), instansi pemerintah, serikat pekerja, dan kelompok penekan). Selain itu, *the strategic apex* ini merupakan orang sebagai pengambil keputusan dalam penyusunan strategi pada upaya pencapaian misi organisasi secara keseluruhan.

Berdasarkan uraian tersebut, maka yang termasuk dalam *the strategic apex* ini pada konteks organisasi rumah sakit adalah direktur rumah sakit sebagai manajer puncak yang melayani kebutuhan bupati sebagai *owner* rumah sakit milik pemerintah daerah.

c. *The Middle Line*

The middle line merupakan manajer lini menengah yang merujuk pada orang-orang yang menjembatani antara *the operating core* dengan *the strategic apex*. Fungsi *the middle line* yaitu melakukan pengawasan langsung kepada bagian operasional (*operator*) dan melaporkannya terhadap manajemen puncak. Hal ini diperlukan apabila terjadi pada organisasi yang besar dan memiliki rentang kendali yang luas. Manajer lini menengah ini melakukan tugas manajerialnya dalam merumuskan strategi untuk unitnya sendiri. Selain itu, juga melakukan pengelolaan sumber daya di dalam unitnya dan memelihara hubungan dengan manajer lain, analis, staf pendukung dan orang luar yang pekerjaannya saling terkait dengan unitnya.

Berdasarkan uraian tersebut, maka yang termasuk dalam *the middle line* ini pada konteks organisasi rumah sakit adalah wakil direktur umum dan keuangan serta wakil direktur medik dan keperawatan, maupun wakil direktur lainnya. Dimana wakil direktur tersebut menjembatani hubungan antara direktur dengan tenaga fungsional maupun struktural yang termasuk sebagai *the operating core*.

d. The Technostructure

The technostructure merupakan analisis yang merujuk pada orang-orang yang diberikan tugas dalam membuat standarisasi organisasi. Ada tiga jenis kontrol antara lain: analisis studi kerja yang bertugas menstandarisasi proses kerja, analisis perencanaan dan pengendalian (perencana jarak jauh, analisis anggaran dan akuntan) yang bertugas membakukan output, serta analisis pribadi (termasuk pelatih dan perekrut) yang bertugas menstandarkan keterampilan yang dimiliki karyawan.

e. Support Staff

Support staff merupakan staf pendukung yang merujuk pada orang-orang yang mendukung secara tidak langsung dalam upaya pencapaian misi organisasi. Staf pendukung ini merupakan staf yang mengisi unit-unit yang bukan berfungsi sebagai unit operasional.

Berdasarkan uraian tersebut, maka yang termasuk dalam *support staff* ini pada konteks organisasi rumah sakit adalah Bagian Perencanaan dan Pengembangan, Bagian Umum, Bagian Keuangan yang merupakan bagian struktural yang bertugas mendukung kerja bagian fungsional sebagai unit operasional penghasil produk berupa pelayanan kesehatan kepada pasien.

Selain itu, rumah sakit sebagai sebuah organisasi terdiri dari beberapa orang yang mengelola serta melaksanakan tugas dan pekerjaan untuk mencapai tujuan organisasi. Seiring berjalannya waktu, suatu organisasi tentu mengalami berbagai macam pembagian tugas dan pekerjaan mulai dari secara alamiah hingga pada suatu pembagian tugas yang memang sudah terstruktur dan terencana dengan baik. Begitu juga organisasi rumah sakit, sejak pertama kali berdiri hingga puluhan tahun sesudahnya kemungkinan besar telah mengalami perubahan pembagian tugas dan pekerjaan. Hal ini bertujuan agar dengan semakin besarnya suatu organisasi tentunya memerlukan karyawan yang semakin banyak sehingga pembagian tugas dan pekerjaan terstruktur dengan baik. Sebagaimana menurut

Mintzberg (1979:305-480), tahap perkembangan struktur organisasi (*stage of structural development*) dibagi menjadi lima, antara lain:

a. Stage 1(a): Craft Structure

Craft structure merupakan struktur dari suatu organisasi yang mengatur kelompok kecil secara informal. Pembagian kerja pada *craft structure* terbentuk secara alamiah berdasarkan keterampilan masing-masing, bahkan bersifat tidak konstan dan cenderung mengalami pertukaran pekerjaan. Manajer bekerja secara berdampingan dan berkolaborasi langsung dengan operator dalam tugas yang sebanding sehingga sangat dimungkinkan adanya komunikasi tatap muka diantaranya. Selain itu, terdapat sedikit standarisasi proses kerja maupun output dalam *craft structure* ini.

b. Stage 1(b): Entrepreneurial Structure

Entrepreneurial structure merupakan struktur dari suatu organisasi yang sudah mengalami perkembangan dari struktur *craft* sehingga komunikasi tatap muka secara langsung sudah semakin sulit untuk dilakukan. Dengan demikian, maka tingkat manajemen harus dikembangkan dalam melakukan pengawasan langsung. Struktur pembagian kerja masih bersifat informal dan alamiah, namun berdasarkan keputusan pengusaha/manajer sendiri sehingga pembagian kerjanya dilakukan secara vertikal. Organisasi yang berada pada tahap ini tergolong organisasi yang kecil dan baru yang memusatkan upayanya pada pasar tunggal dan menekankan pada fungsi tunggal.

c. Stage 2: Bureaucratic Structure/Machine Structure

Bureaucratic structure merupakan stuktur dari suatu organisasi yang telah sukses menggunakan struktur *entrepreneurial*. Tentunya dimulai dari pembentukan struktur informal yang kecil, kemudian mengalami pertumbuhan dan perkembangan organisasi dengan cepat sehingga organisasi mengalami peningkatan baik dari segi beban kerja maupun prosedur yang semakin memberatkan karyawan. Akibatnya, terjadi hambatan dalam hal penyampaian informasi dan akses dengan manajer berkurang. Dengan demikian, tentunya

deskripsi pekerjaan semakin khusus dan lebih tajam. Pada struktur ini terjadi adopsi pola perilaku dan koordinasi yang formal dan pembentukan komponen administratif yang lebih rumit (terjadi pergeseran dari struktur alamiah/organik ke struktur birokrasi). Transisi ini mengakibatkan pekerjaan semakin terspesialisasi dan terstandarisasi.

d. Stage 3: Divisionalized Structure

Divisionalized structure merupakan struktur dari suatu organisasi yang melakukan diversifikasi produk atau jasa dan kemudian berkembang secara geografis. Struktur ini meliputi beberapa unit yang mempunyai otonomi tinggi dan tiap unit menggunakan birokrasi mesin yang dilakukan pengkoordinasian dengan kepala divisi (manajer tingkat menengah).

e. Stage 4: Matrix Structure

Matrix structure merupakan struktur dari suatu organisasi yang mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang luas, dimana terdapat pengelompokan geografis, produk, bahkan terkadang fungsionalnya juga. Dengan demikian, maka terbentuk suatu divisi wilayah, divisi produk atau campuran antara divisi produk dan wilayah. Terdapat hambatan komunikasi antar divisi dan koordinasi kegiatan cabang organisasi atau perusahaan di berbagai divisi sulit untuk dilakukan.

2.1.4 Implementasi Kebijakan Publik

Studi kasus pada penelitian ini yaitu seputar pelayanan kesehatan di rumah sakit yang erat kaitannya dengan kebijakan publik. Kebijakan publik di rumah sakit banyak diwarnai oleh kebijakan yang dikeluarkan oleh kementerian teknis yakni kementerian kesehatan. Sedangkan implementasi kebijakan yang dilaksanakan oleh rumah sakit berdasarkan kebijakan oleh kementerian kesehatan, kementerian dalam negeri dan struktur birokrasi dibawahnya yang berhubungan dengan kesehatan dan pemerintahan kabupaten. Hal ini terjadi karena rumah sakit adalah organisasi pelayanan publik milik pemerintah Kabupaten Bondowoso.

Menurut Peter deLeon dan Linda deLeon dalam Nugroho (2009:494-495), studi implementasi kebijakan publik dibagi ke dalam tiga generasi. Tahun 1970-an merupakan generasi pertama. Generasi ini menjelaskan bahwa implementasi kebijakan bersinggungan terhadap studi pengambilan keputusan pada sektor publik. Selain itu, berbagai masalah yang ada diantara kebijakan dan eksekusinya merupakan hal yang dipahami terkait implementasi kebijakan. Peneliti pengembang teori implementasi kebijakan publik pada generasi ini yaitu Graham T. Allison dengan studi kasus misil kuba (1971: 1999). Menurut Mardiana (2012), kasus misil kuba memiliki 3 bentuk model analisis dalam upaya pencapaian keputusan yang terdiri dari *rational actor model*, *organizational model* dan *bureaucratic polity model*. *Rational actor model* merupakan model yang berusaha menemukan opsi yang rasional dengan aktor utama presiden dan penasehat kuncinya beserta orang-orang terdekatnya. Sedangkan *organizational model* merupakan model yang berisi bahwa setiap struktur (hirarkis) atau departemen selalu ada *Standard Operating Procedure* (SOP), dimana tidak perlu menunggu perintah dari presiden karena sudah ada SOP yang jelas dalam susunan atau struktur pemerintahan. Selanjutnya, *bureaucratic polity model* merupakan proses pengambilan keputusan ada pengaruh dari berbagai aktor atau pihak.

Kemudian, Tahun 1980-an merupakan generasi yang nomer dua. Generasi ini melakukan pengembangan pendekatan terhadap kebijakan yang memiliki sifat “dari atas ke bawah” (*top-down*) dan *bottom up*. Pendekatan *top down* ini dilakukan oleh para ilmuwan sosial yang terdiri dari Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier (1983), Robert Nakamura dan Frank Smallwood (1980), dan Paul Berman (1980). Pendekatan ini memfokuskan terhadap tugas birokrasi pada pelaksanaan kebijakan yang secara politik sudah diambil keputusannya. Sedangkan pendekatan *bottom-up* dikembangkan oleh Michael Lipsky (1971,1980), dan Benny Hjern (1982,1983). Pada generasi kedua inilah terjadi pergulatan dialektika teoritis mengenai implementasi kebijakan tersentralisir pada pergulatan antar-dua kutub teori yaitu *Top-Down* dan *Bottom-Up*.

Selanjutnya, setelah perdebatan panjang yang tidak memunculkan satu kesepakatan pun munculah generasi ketiga yaitu pada Tahun 1990-an, yang menjadi penengah atau *alternative kompromis* dari perdebatan dua-kutub teori implementasi kebijakan tersebut. Dari sinilah kemudian muncul suatu alternatif penengahnya yang mencoba untuk memediasikan perdebatan teoritis tersebut. Muncullah teori yang menyebut dirinya sebagai *hybrid theory*. Teori yang mencoba melihat masalah implementasi kebijakan publik secara lebih objektif dan empiris, teori *hybrid* mendasarkan dirinya pada indikator-indikator terukur dan rasional untuk menganalisis masalah implementasi kebijakan. Bahkan cenderung lebih pragmatis dalam mendekati masalah. Generasi ini mengungkap bahwa keberhasilan implementasi kebijakan lebih ditentukan oleh variabel perilaku pelaksana implementasi kebijakan. Generasi ini dikembangkan oleh ilmuwan sosial Malcolm L. Goggin (1990). Pada periode yang sama timbul pemikiran bahwa adaptabilitas implementasi kebijakan mendukung implementasi kebijakan yang kemudian disebut pendekatan kontijensi atau situasional. Adaptabilitas menunjuk pada kemampuan suatu kebijakan beradaptasi dan menyesuaikan dengan kondisi dimana kebijakan tersebut dilaksanakan. Ilmuwan pengembang pendekatan ini meliputi, Richard Matland (1995), Helend Ingram (1990), dan Denise Scheberle (1997). Menurut deLeon, pada Tahun 2000-an, studi mengenai implementasi kebijakan secara intelektual berada diujung buntu. Namun, dewasa ini studi kebijakan berada di sebuah muara yang banyak cabang ilmu pengetahuan berkontribusi dalam studi implementasi kebijakan. Apabila memahaminya hanya pada domain ilmu administrasi negara dan ilmu politik, maka studi implementasi menjadi kaku dan tidak mengalami perkembangan.

Adapun model-model implementasi kebijakan dikemukakan oleh beberapa ahli. Salah satunya yaitu menurut Van Meter dan Van Horn (dalam Subarsono, 2011:99), menunjukkan bahwa terdapat lima variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi kebijakan, meliputi:

a. Standar dan Sasaran Kebijakan

Standar dan sasaran suatu kebijakan publik harus jelas dan terukur. Hal ini dimaksudkan untuk menyamakan penafsiran dan pemahaman terhadap suatu kebijakan. Apabila terdapat perbedaan penafsiran dan pemahaman terhadap suatu kebijakan maka akan mudah memunculkan adanya salah paham dan konflik diantara para agen pelaksana implementasi sehingga akan mempengaruhi kinerja implementasi dari suatu kebijakan.

b. Sumber Daya

Sumber daya sangat diperlukan dalam implementasi kebijakan, baik berupa SDM (*human resources*) maupun sumber daya materi (*material resources*) dan sumber daya metoda (*method resources*). Selain sebagai subyek pada implementasi kebijakan, sumber daya manusia juga merupakan objek kebijakan publik sehingga SDM menjadi hal terpenting diantara yang lainnya.

c. Hubungan Antarorganisasi

Hubungan antarorganisasi yang baik dengan adanya komunikasi yang baik antar instansi yang terkait merupakan hal yang penting untuk dilakukan sebagai realitas pada program implementasi kebijakan. Dengan demikian, koordinasi dan kerjasama antar instansi sangat diperlukan dalam mencapai keberhasilan program.

d. Karakteristik Agen Pelaksana

Pengidentifikasian terhadap karakteristik agen pelaksana implementasi kebijakan sangat penting dilakukan dalam upaya pencapaian keberhasilan seoptimal mungkin. Hal tersebut meliputi norma-norma, pola-pola hubungan dan struktur birokrasi yang nantinya akan berpengaruh pada pelaksanaan program kebijakan yang sudah ditetapkan.

e. Kondisi Lingkungan Sosial, Politik dan Ekonomi

Aspek ini meliputi sumberdaya ekonomi lingkungan yang bisa memberikan dukungan terhadap keberhasilan implementasi kebijakan, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan mendukung implementasi kebijakan; karakteristik para partisipan apakah mendukung atau menolak; bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan dan apakah elite politik memberikan dukungan terhadap implementasi kebijakan.

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa Van Meter dan Van Horn selain menekankan pada faktor internal kebijakan, juga mempertimbangkan faktor eksternal atau faktor lingkungan. Tetapi, model tersebut dirasa kurang sesuai apabila digunakan untuk menganalisis implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal RS karena pelaksana kebijakannya lebih didominasi oleh internal kebijakan dan jarang melibatkan faktor eksternal kebijakan atau faktor lingkungan seperti pada unsur sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan mendukung implementasi kebijakan; bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan dan apakah elite politik memberikan dukungan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu contoh, yaitu pada indikator waktu tunggu di rawat jalan, hanya melibatkan perawat dan dokter di rawat jalan tersebut. Oleh karena itu, peneliti masih perlu mengkaji model implementasi kebijakan yang lainnya.

Model implementasi kebijakan yang selanjutnya yaitu menurut Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn (dalam Wahab, 2008:71-78), menyatakan bahwa dalam kesempurnaan implementasi kebijakan, maka diperlukan beberapa persyaratan yang terdiri dari:

- a. Instansi pelaksana kebijakan tidak menghadapi suatu hambatan serius dari kondisi eksternal. Oleh karena hambatan berada diluar jangkauan wewenang kebijakan dari instansi pelaksana, maka hambatan tersebut seringkali berada diluar kendali para administrator. Beberapa hambatan itu dapat bersifat politik, fisik, atau lainnya.

- b. Adanya ketersediaan waktu dan sumber daya yang dapat memenuhi kebutuhan implementasi kebijakan.
- c. Tersedianya perpaduan sumber-sumber yang dibutuhkan. Seharusnya ada persiapan serentak terhadap perpaduan antara sumber daya manusia, sumber daya dana, dan sumber daya peralatan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program. Tetapi, bisa saja salah satu diantara unsur tersebut terlambat ketersediaannya sehingga mengakibatkan pelaksanaan program menjadi tertunda.
- d. Hubungan kausalitas mendasari kebijakan yang hendak dilaksanakan. Kebijakan yang jelek dapat menyebabkan ketidakefektifan implementasi kebijakan. Hal ini dikarenakan kurang memahami terhadap permasalahan yang hendak dikendalikan, penyebab munculnya masalah dan solusi penyelesaiannya, atau tersedianya peluang dalam penyelesaian masalah, sifat masalah dan hal yang dibutuhkan dalam pemanfaatan peluang itu.
- e. Adanya sifat hubungan kausalitas secara langsung. Kebijakan akan mudah mengalami keretakan apabila ia mempunyai hubungan sebab-akibat yang biasanya memiliki mata rantai kausalitas yang amat panjang. Karena adanya mata rantai kausalitas yang panjang menyebabkan hubungan timbal balik yang besar sehingga berakibat pada semakin kompleksnya sebuah implementasi kebijakan.
- f. Rendahnya hubungan saling ketergantungan. Pencapaian keberhasilan implementasi kebijakan membutuhkan instansi pelaksana tunggal dalam melaksanakan misi dan sangat rendah ketergantungannya terhadap instansi lain. Artinya, apabila kebijakan memiliki banyak kepentingan dengan instansi lain maka peluang mencapai keberhasilan menjadi rendah.
- g. Tujuan kebijakan harus disepakati dan dipahami secara mendalam. Semua pihak terkait harus merumuskan, menguantifikasi dan menyepakati tujuan kebijakan secara spesifik dan jelas sehingga mudah dipahami.

- h. Urutan beberapa tugas harus dilakukan perincian dan penempatan dengan benar. Ada kemungkinan untuk dilakukan perincian dan penyusunan menjadi urutan yang benar terhadap semua tugas yang harus dilaksanakan oleh seluruh pihak terkait.
- i. Adanya kesempurnaan komunikasi dan koordinasi. Semua pihak terkait dalam implementasi kebijakan diharuskan untuk membangun komunikasi dan koordinasi yang sempurna.
- j. Adanya tuntutan kepatuhan oleh pihak pemilik wewenang kekuasaan. Dengan kata lain, diharuskan adanya kepatuhan penuh tanpa menolak perintah pada sistem administrasinya sehingga pihak pemilik wewenang dapat menumbuhkan kepatuhan sikap secara menyeluruh dari pihak lain baik dar dalam organisasi maupun luar organisasi.

Penjelasan model implementasi kebijakan menurut Hogwood dan Gunn di atas memiliki keunggulan yaitu pembagian tugas jelas, kesiapan para aktor dalam mengimplementasikan kebijakan dan pemimpin memiliki rentang kendali bawahan yang baik. Tetapi model tersebut memiliki kekurangan yaitu tidak adanya aspirasi dari bawah, cenderung mengabaikan kondisi lingkungan dan tidak ada kontrol pada pimpinan sehingga rentan penyalahgunaan wewenang. Meskipun model tersebut cenderung mengabaikan kondisi lingkungan, tetapi kurang sesuai apabila digunakan untuk menganalisis implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal RS karena model ini masih menekankan pada hubungan kausalitas yang andal (kebijakan kadangkala tidak dapat diimplementasikan secara efektif bukan lantaran ia telah diimplementasikan secara asal-asalan, tetapi kebijakan itu sendiri memang jelek). Padahal dalam kebijakan SPM RS sudah tersusun secara relevan dan sistematis yang memiliki tujuan utama yaitu menciptakan mutu pelayanan kesehatan yang baik sehingga dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Oleh karena itu, peneliti masih perlu untuk mengkaji model implementasi kebijakan yang lainnya.

Selanjutnya, menurut Grindle (dalam Subarsono, 2011:93) menyatakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan publik dipengaruhi oleh dua variabel yang fundamental, antara lain:

- a. Isi kebijakan (*content of policy*). Hal-hal yang tercakup pada variabel ini yaitu; pemuatan kepentingan kelompok sasaran atau *target group* pada isi kebijakan publik, jenis manfaat yang diterima oleh sasaran, sejauh mana perubahan yang diinginkan oleh kebijakan, ketepatan letak sebuah program, penyebutan implementor secara detail dalam kebijakan, dan ketersediaan sumber daya yang memadai.
- b. Lingkungan kebijakan (*context of implementation*). Hal-hal yang tercakup pada variabel ini yaitu; besarnya strategi, kepentingan dan kekuatan yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat pada implementasi kebijakan. Selain itu, juga karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa serta adanya kepatuhan dan respon yang cepat dari sasaran kebijakan.

Sama halnya dengan model implementasi kebijakan oleh Van Meter dan Van Horn, model implementasi kebijakan oleh Grindle ini juga menekankan pada faktor lingkungan yang melibatkan karakteristik rezim yang sedang berkuasa. Selanjutnya, yang berperan secara dominan dalam pencapaian indikator pada kebijakan SPM RS, yaitu internal rumah sakit dalam memberikan pelayanan sehingga model implementasi kebijakan oleh Grindle kurang sesuai apabila digunakan untuk menganalisis implementasi kebijakan SPM RS. Oleh karena itu, peneliti masih perlu melakukan kajian terhadap model implementasi kebijakan yang lain.

Model implementasi kebijakan yang berikutnya yaitu menurut Mazmanian dan Sabatier (dalam Subarsono, 2011:94), keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh tiga kelompok variabel, antara lain:

- a. Karakteristik Masalah (*Tractability of The Problems*)

Pada karakteristik masalah ini meliputi beberapa hal berikut ini : tingkat kesulitan teknis dari masalah yang dihadapi, cakupan perubahan perilaku

yang diinginkan, proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi dan tingkat kemajemukan dari sasaran kebijakan.

b. Karakteristik Kebijakan (*Ability os Statute to Structure Implementation*)

Hal-hal yang tercakup didalamnya yaitu: isi kebijakan yang jelas, dukungan teoritis terhadap kebijakan, seberapa besar adanya keterikatan dan dorongan antar badan pelaksana, aturan yang dibuat oleh badan pelaksana harus jelas dan konsisten, tingkat komitmen pejabat pada tujuan kebijakan, seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan dan seberapa banyak ketersediaan biaya untuk kebijakan.

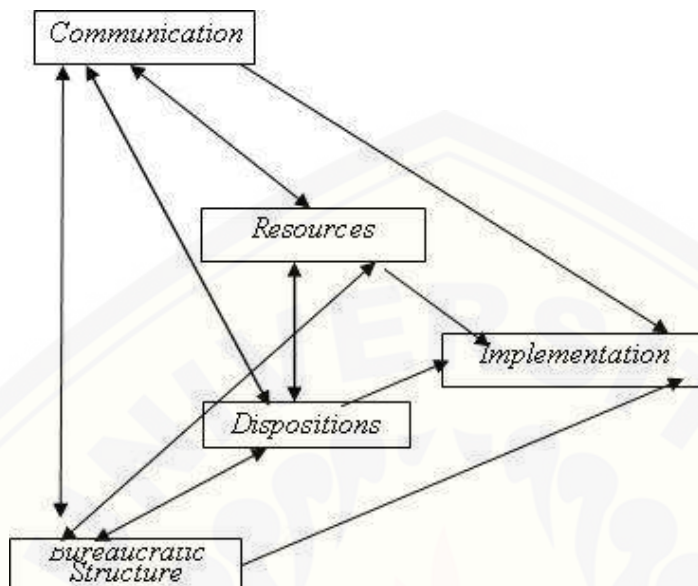
c. Lingkungan Kebijakan (*Nonstatutory Variables Affecting Implementation*)

Lingkungan kebijakan ini meliputi: dukungan publik pada kebijakan, kemajuan teknologi, kondisi sosial ekonomi masyarakat, tingkat komitmen dan keterampilan dari pejabat dan pelaksana kebijakan serta sikap kelompok pemilih (*constituency groups*).

Penjelasan model implementasi kebijakan menurut Mazmanian dan Sabatier di atas memiliki kelebihan yaitu adanya rasa tanggung jawab bagi semua aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan. Selain itu, model tersebut juga memiliki kekurangan yaitu tidak ada kontrol/pengawasan terhadap proses implementasi kebijakan. Model tersebut dirasa kurang sesuai apabila digunakan untuk menganalisis implementasi kebijakan SPM RS karena sama halnya dengan model implementasi kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn serta Grindle, model di atas juga menekankan pada faktor lingkungan seperti pada unsur kondisi sosial ekonomi masyarakat, sedangkan kebijakan SPM RS dominan dilakukan oleh internal rumah sakit. Oleh karena itu, selanjutnya peneliti masih perlu mengkaji model implementasi lainnya.

Model implementasi kebijakan yang selanjutnya yaitu menurut Edwards III (1980:26), faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan meliputi:

komunikasi, sumber-sumber, disposisi dan struktur birokrasi. Berikut ini gambar dampak langsung dan tidak langsung pada implementasi kebijakan Edwards III.



Sumber: Edwards III, C. George (1980:148): *Implementing Public Policy*.

Gambar 2.2 Faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan

Penjelasan tentang faktor komunikasi berdasarkan Gambar 2.2 di atas, faktor komunikasi memberi pengaruh dalam implementasi kebijakan publik. Edwards III (dalam Winarno, 2014:178) menyatakan bahwa komunikasi dipahami dari segi transisi, konsistensi, dan kejelasan. Pemahaman implementor terhadap ukuran dan tujuan kebijakan diperlukan agar mencapai keefektifan implementasi. Komunikasi terhadap implementor diperlukan dalam mencapai kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan sehingga dapat diketahui dengan benar mengenai ukuran dan tujuan kebijakan. Tetapi, komunikasi menjadi upaya yang sangat sulit dalam organisasi karena terkadang komunikasi tidak dilakukan karena adanya kepentingan tertentu. Selain itu, informasi yang didapatkan dari sumber yang berbeda dapat memunculkan penafsiran yang berbeda pula. Untuk mencapai keefektifan implementasi, maka implementor harus tahu kemampuannya dalam pelaksanaan. Maksud dan tujuan kebijakan harus diterima dan dipahami oleh seluruh pihak terkait secara benar dan tepat. Seandainya pejabat pembuat kebijakan sudah mengetahui adanya ketidakjelasan spesifikasi (maksud dan

tujuan) kebijakan, maka hal-hal yang hendak diarahkan tidak dapat dimengerti sehingga dapat membuat implementor jadi bingung mengenai hal yang harus dilakukan. Ketika kebingungan tersebut terjadi, maka sulit untuk mencapai keberhasilan implementasi. Oleh karena itu, implementasi kebijakan dipengaruhi oleh komunikasi.

Menurut Winarno (2014:184), sumber-sumber dari implementasi kebijakan sangat diperlukan dalam pelaksanaannya, agar implementasi kebijakan dapat berjalan efektif. Sumber-sumber tersebut terdiri dari ketersediaan sumber daya manusia sebagai implementor baik jumlah maupun kualitas (keahlian), ketersediaan dana, sarana dan prasarana serta terpenuhinya informasi yang relevan dalam implementasi kebijakan.

Ketersediaan sumber daya manusia yang kurang, baik jumlah maupun kualitasnya dapat menyebabkan implementasi kebijakan tidak sempurna karena tidak bisa mengawasi kebijakan dengan benar. Peningkatan kemampuan implementor dapat dilakukan dengan manajemen sumber daya manusia yang baik dalam upaya peningkatan kinerja pada implementasi kebijakan.

Sumber daya penting lainnya dalam implementasi kebijakan yaitu komunikasi, komunikasi dibagi menjadi dua antara lain: informasi tentang metode penyelesaian kebijakan dan mengetahui tindakan apa yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan. Tetapi, terkadang informasi tentang hal-hal yang dibutuhkan oleh implementor dilapangan tidak diketahui oleh tingkat pusat. ketidakefisienan implementasi dapat terjadi karena kurangnya informasi tentang cara pelaksanaan kebijakan sehingga konsekuensinya yaitu bisa saja implementor menjadi tidak bertanggung jawab. Oleh karena itu, informasi sangat dibutuhkan dalam implementasi kebijakan.

Disposisi atau sikap merupakan salah satu faktor yang dapat berpengaruh pada efektivitas implementasi kebijakan. Ketika implementor menerima dan menyetujui isi dari kebijakan, tentunya mudah untuk dilaksanakan dengan baik. Tetapi ketika implementor tidak menyetujuinya maka akan sulit untuk melaksanakan implementasi kebijakan. Ada tiga bentuk sikap atau respon

implementor terhadap kebijakan, yaitu kesadaran pelaksana, petunjuk atau arahan pelaksana untuk merespon kebijakan ke arah penerimaan atau penolakan dan intensitas dari respon tersebut. Ketika sikap implementor menolak tujuan yang ada dalam kebijakan maka pelaksanaan kebijakan tidak akan berjalan dengan baik meskipun sebenarnya implementor mungkin sudah tahu tentang maksud dan sasaran kebijakan, karena sesungguhnya secara diam-diam implementor melakukan pengalihan dan penghindaran terhadap implementasi kebijakan. Selain itu, pencapaian sasaran kebijakan membutuhkan dukungan para pejabat pelaksana sebagai bentuk sebuah perhatian penuh dalam implementasi kebijakan.

Upaya pencapaian tujuan implementasi kebijakan secara optimal juga memerlukan dukungan dari pemimpin. Salah satu bentuk dukungan dari pemimpin dapat digambarkan dari penyediaan dana yang cukup dalam pemberian insentif bagi implementor dengan tujuan implementor dapat melaksanakan pekerjaan pada implementasi kebijakan dengan sungguh-sungguh.

Winarno (2014:1205) menyatakan bahwa struktur birokrasi yakni membahas badan pelaksana suatu kebijakan. Struktur birokrasi mempunyai karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering melaksanakan secara keseluruhan sehingga menjadi pelaksana kebijakan. Oleh karena itu, diperlukan sumberdaya yang cukup untuk melaksanakan suatu kebijakan sehingga para implementor mengetahui apa yang harus dilakukan dalam melaksanakan implementasi kebijakan.

Berdasarkan kelima model implementasi kebijakan yang telah dipaparkan, model yang digunakan peneliti yaitu model implementasi kebijakan Edwards III. Mengapa demikian? Karena Edwards III menekankan pada empat unsur yang mempengaruhi implementasi kebijakan meliputi komunikasi, sumber-sumber, disposisi dan struktur birokrasi. Penjelasan selanjutnya, implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit terdiri dari pelaksana kebijakan yang

beragam dengan latar belakang yang berbeda baik itu profesi maupun latar belakang pendidikannya yang kesemuanya itu menjadi satu bekerjasama di internal rumah sakit. Pelaksana kebijakan tersebut meliputi para profesional medis, birokrasi, profesi penunjang, profesi keperawatan dan administrasi penunjang lainnya. Berdasarkan penjelasan tersebut, sangat memungkinkan teori Edwards III digunakan dalam penyelesaian permasalahan pada implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit. Ditambah, rumah sakit merupakan struktur atau komposisi kelompok organisasi yang heterogen. Sebagaimana pendapat Liliweri (2014), kelompok organisasi heterogen memiliki ciri-ciri yang terdiri dari tugas-tugas yang kompleks, tugas-tugas yang kolektif, dan tugas-tugas yang membutuhkan kreativitas yang tinggi. Walaupun demikian sangat sedikit inovasi pelayanan di rumah sakit karena aturan birokrasi yang ketat untuk sebuah perubahan pelayanan kesehatan di rumah sakit dan struktur biaya yang penuh aturan untuk perubahan pelaksanaan kegiatan pelayanan di rumah sakit. Kembali pada model Edwards III, meskipun model tersebut memiliki kekurangan yaitu tidak memperhatikan aspek lingkungan kebijakan seperti kondisi sosial, politik dan ekonomi dari sasaran kebijakan. Namun hal tersebut menjadi pembatas untuk pemilihan model implementasi kebijakan publik dalam penelitian karena kenyataannya implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit hanya melibatkan implementor dari internal rumah sakit saja tanpa memperhatikan sasaran kebijakan. Dengan demikian semakin kuat peneliti memiliki alasan yang menentukan untuk menjadi dasar pemilihan model teori Edwards III sebagai alat untuk menganalisis implementasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit.

2.1.5 Mutu Pelayanan

Kontribusi teori mutu pelayanan pada penelitian ini sangat penting dan menjadi titik sentral kajian pelayanan publik, karena mutu pelayanan di sektor pelayanan kesehatan rumah sakit pada akhir-akhir ini terus dikupas untuk dikembangkan ke arah kepuasan pasien, masyarakat luas, dan seluruh pemangku

kepentingan rumah sakit. Walaupun terdapat banyak pertentangan pendapat tentang mutu pelayanan, hal tersebut tidak mengurangi semangat perbaikan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang memproduksi jasa pelayanan, yang dipergunakan oleh pelanggannya dengan tujuan tertentu. Keuntungan (*profitability*) merupakan tujuan organisasi yang bergerak dalam produksi manufaktur ataupun jasa. Hal yang sama juga pada jasa pelayanan kesehatan, keuntungan (*profitability*) diharapkan dapat dihasilkan dari jasa pelayanan meskipun termasuk organisasi nirlaba.

Menurut Juhaeni (2008:4), adanya isu global memberikan dampak positif terhadap manajemen pelayanan kesehatan yang berkembang. Isu tersebut berupa peningkatan kemampuan bersaing baik secara lokal maupun internasional dalam upaya mencapai keuntungan yang hendak dicapai. Kemampuan bersaing tersebut, juga dalam hal pengembangan mutu pelayanan.

Dampak negatif globalisasi sektor pelayanan kesehatan membutuhkan perubahan pola perilaku penyelenggara pelayanan, investasi modal yang sangat besar, pengembangan SDM dan melengkapi sarana dan prasarana lainnya. Hal ini diharapkan pelayanan kesehatan tersebut dapat bersaing dengan *trend mode* pelayanan global. Organisasi pemberi pelayanan kesehatan dapat merasakan perubahan global tersebut, antara lain: investasi alat kesehatan/kedokteran yang mahal, perkembangan teknologi informasi medis mutakhir tanpa bisa dikendalikan pemerintah, dan keberadaan SDM asing bidang kesehatan di lingkungan sekitar kita.

Dilain pihak, tujuan pelayanan kesehatan rumah sakit menjadi lembaga *non profit* dan menjaga mutu pelayanan bagi seluruh lapisan masyarakat. Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) yang menekankan pentingnya pengelolaan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas untuk mempertahankan usaha di bidang jasa pelayanan.

Aturan kebijakan dan regulasi rumah sakit tentang kebijakan akreditasi rumah sakit, teknis pelaksanaan dan model baku mutu pelayanan menjadi perdebatan semua pihak. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2008 Tentang Rumah Sakit sebagai "jembatan" dari kepentingan "owner"/pemerintah daerah disatu pihak dengan ahli perumahsakitan dan akademisi kesehatan dilain pihak. Kepentingan tersebut merupakan nilai positif sebagai bagian dari pembangunan pelayanan bidang kesehatan yang memandang bahwa pentingnya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kebijakan tersebut merupakan konsekuensi wajib bagi penyelenggara pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam menjaga mutu pelayanan yang diberikan. Tentunya, efek dari globalisasi pelayanan publik dan perbaikan mutu pelayanan ada konsekuensi biaya yang harus ditanggung oleh masyarakat. Oleh karena itu, untuk mengurangi dampak perbaikan mutu pelayanan dan globalisasi yang memakan biaya tinggi di sektor pelayanan kesehatan, sebaiknya ada regulasi secara penuh dari pemerintah pada pelayanan kesehatan dari kalangan masyarakat pra sejahtera dan masyarakat lainnya yang ditanggung oleh negara berdasarkan ketentuan perundangan yang berlaku. Selain itu, agar dampak perbaikan mutu pelayanan yang berkenaan dengan pembiayaan tersebut dapat di *cover* sepenuhnya oleh pemerintah selaku penyelenggara pelayanan publik.

Pengelolaan mutu pelayanan kesehatan sangat penting dilakukan agar kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat di rumah sakit dapat terpenuhi sehingga pelayanan dapat berjalan secara optimal. Hal ini, dijelaskan oleh Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan (1994:8) yang mengemukakan bahwa, mutu merupakan tingkat kesempurnaan suatu pelayanan rumah sakit dalam pemenuhan kebutuhan konsumen terhadap pelayanan kesehatan. Aturan tersebut disesuaikan dengan standar profesi, sumberdaya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen.

Definisi lain dari mutu pelayanan menurut Wijono (1999:12,25), mutu merupakan alat untuk menentukan pelanggan, pasar atau ketetapan manajemen. Pendapat tersebut sesuai dengan pengalaman yang dialami pelanggan pada produk dan jasa pelayanan, kemudian dilakukan pengukuran, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subjektif sama sekali dan selalu melakukan upaya penggambaran target pada pasar yang bersaing. Mutu pelayanan kesehatan dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja. Hal tersebut diterangkan lebih luas tentang mutu pelayanan kesehatan dari sudut pandang sosial dan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan, dan tenaga kesehatan lainnya. Berbicara mutu pelayanan kesehatan, memang banyak yang bisa dikupas dari berbagai macam dimensi pengetahuan, baik itu dimensi fundamental manajemen, maupun dimensi sosial, dan dimensi nilai.

Mutu produk dan jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa faktor fundamental manajemen. Hal ini berpengaruh langsung kepada bagaimana memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di rumah sakit. Menurut Wijono (1999:10), penjelasan kesembilan area fundamental pelayanan, sebagai berikut:

- a. *Man*, merupakan kebutuhan terhadap karyawan yang berkualitas dengan spesialis tertentu seiring adanya kemajuan teknologi, dan lainnya.
- b. *Money*, merupakan biaya yang harus disesuaikan dengan adanya peningkatan persaingan.
- c. *Materials*, meliputi bahan serta sarana dan prasarana yang dibutuhkan.
- d. *Machines* dan *mechanization*, merupakan kebutuhan peralatan teknologi yang dibutuhkan untuk mencapai kepuasan pelanggan.
- e. *Modern information methods*, merupakan metode informasi secara modern dengan adanya kemajuan teknologi komputer yang senantiasa perlu diikuti perkembangannya.
- f. *Markets*, merupakan tuntutan pasar yang semakin tinggi dan luas.

- g. *Management*, merupakan organisasi memiliki tanggung jawab terhadap manajemen mutu.
- h. *Motivation*, merupakan kesadaran mutu bagi karyawan dibutuhkan dalam upaya peningkatan mutu yang kompleks.
- i. *Mounting product requirement* merupakan penyesuaian mutu secara berkelanjutan yang dibutuhkan dalam upaya menciptakan peningkatan produk sesuai permintaan pelanggan.

Kesembilan faktor fundamental manajemen dalam pengelolaan organisasi rumah sakit yang menjadi faktor dominan seperti; *men*, *management* dan *motivation*. Ketiga faktor tersebut sangat berarti dalam membina hubungan kerja di pelayanan kesehatan. Menurut Amiruddin (2007:23), nilai pengorbanan yang diberikan unsur *men*, *management* dan *motivation* lebih besar dari faktor fundamental manajemen lainnya dalam hubungan kerja di organisasi pelayanan. Oleh karena itu, manusia sebagai titik sentral pelayanan memang selayaknya di tempatkan menjadi unsur utama pada pengembangan mutu pelayanan, sedangkan pengaturan unsur lainnya mengikuti setelahnya. Adapun unsur yang lain, selain ketiga faktor fundamental tersebut, merupakan faktor pendukung yang mengikuti dalam pengelolaan organisasi rumah sakit. Sebagaimana pendapat faktor fundamental manajemen, RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso juga mengalami permasalahan diseperti *man*, *management* dan *motivation*. SDM RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso saat ini masih belum memenuhi harapan masyarakat dan pemerintah, baik masalah kualitasnya maupun kecukupan berdasarkan standar pelayanan rumah sakit tipe B dan masalah SDM telah dikemukakan pada bab 1 sebagai pendahuluan di proposal ini. Sedangkan dari sisi *management* rumah sakit saat ini RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso masih dalam pembenahan guna mengikuti akreditasi tahap lanjutan yakni akreditasi versi Tahun 2012 yang diselenggarakan oleh pemerintah pada Tahun 2015.

Pendapat tentang faktor fundamental tidak semuanya benar, ada satu hal yang sangat penting menjadi fundamental dalam perbaikan mutu pelayanan di rumah sakit, yaitu hubungan kerja yang solid. Menurut Klopper (2010:3),

hubungan kerja ini sangat menentukan mutu pelayanan yang akan dihasilkan karyawan rumah sakit. Mutu pelayanan sangat ditentukan oleh adanya hubungan kerja yang baik. Hubungan ini mengarah kepada "klik pribadi" antar-karyawan di rumah sakit sehingga terbentuk kehangatan dalam bekerjasama.

Mutu pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi faktor fundamental, tetapi ada unsur lainnya yang menyebabkan naik turunnya mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Menurut Azwar (1998:21), unsur lain tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Unsur masukan meliputi tenaga, dana dan sarana. Mutu pelayanan sangat sulit didapat ketika tenaga dan sarana tidak memenuhi standar yang ditetapkan serta juga ketika dana belum dapat memenuhi kebutuhan.
- b. Unsur lingkungan meliputi kebijakan, manajemen dan organisasi.
- c. Unsur proses meliputi tindakan pelayanan medis dan tindakan pelayanan non-medis.

Pendapat diatas tidaklah cukup dalam menjelaskan pengelolaan mutu pelayanan. Menurut Juhaeni (2008:4), ada hal lain yang perlu melengkapi dari ketiga unsur penting yang perlu diperhatikan dalam organisasi pelayanan kesehatan. Ketiga komponen tersebut yaitu: efisiensi, pengembangan mutu dan produktivitas. Fungsi dari ketiga komponen tersebut dapat ditingkatkan oleh manajemen mutu yang memiliki dampak terhadap peningkatan hasil guna aset, penambahan margin dan peningkatan keunggulan mutu sehingga dapat dilakukan upaya peningkatan terhadap perkembangan dan kemampuan mencapai pangsa pasar yang semakin luas.

Mutu pelayanan kesehatan dapat tercapai secara optimal jika proses pembelajaran internal organisasi terus digulirkan. Proses ini sebagai bagian proses pengembangan SDM rumah sakit dan peningkatan mutu pelayanan. Pembelajaran internal merupakan bagian dari proses terbentuknya perilaku organisasi untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Berbicara tentang kualitas, kualitas produk jasa menghasilkan kepuasan (*satisfaction*) bagi pengguna pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kualitas produk jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit di samping memperoleh kepuasan juga mendapat keuntungan, baik keuntungan yang berupa uang (*profit*) maupun bukan berupa uang yaitu kepuasan (*satisfaction*). *Profit* dan *satisfaction* merupakan sasaran antara sebelum tercapai sasaran akhir. Saran antara tersebut, yaitu kepuasan para pelaku organisasi pelayanan (*stakeholders*). Oleh sebab itu, diperlukan langkah pertama untuk mencapai kedua sasaran tersebut. Langkah pertama, menentukan kompetensi dasar yang dimiliki organisasi pelayanan yaitu keterampilan, baik keterampilan *core skill* maupun *quality skill*, yang pada dasarnya dapat ditingkatkan dengan pendidikan, pelatihan dan kerjasama "*team*" serta diakumulasikan menjadi proses keterampilan SDM.

Menurut Juhaeni (2008:4), keterampilan yang dimiliki organisasi bisa menetapkan sasaran dari upaya pengendalian yang dapat berupa kualitas produk jasa yang hendak dipasarkan dalam masyarakat dengan kesesuaian biaya. Hal tersebut, berdampak kepada optimalnya pendapatan dan semua pihak yang terlibat merasakan kepuasan. Oleh karena itu, maka bisa disimpulkan bahwa ada hubungan diantara keterampilan yang dimiliki organisasi, dengan keuntungan dan kepuasan pelanggan.

Mutu pelayanan kesehatan masing-masing rumah sakit tidak sama, sesuai dengan perbedaan antara persepsi pelanggan atau masyarakat kepada jasa produk yang diberikan. Perbedaan mutu pelayanan rumah sakit cenderung menjadi ancaman sekaligus tantangan antara rumah sakit daerah yang satu dengan rumah sakit daerah yang lainnya sehingga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit bisa disesuaikan dengan dinamika yang berkembang di masyarakat tersebut. Ilmu pengetahuan bidang kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan, menjadi jembatan penentu dari *gap* antara persepsi masyarakat dengan tampilan mutu yang dihasilkan oleh penyelenggara pelayanan/rumah sakit.

1) Mutu Pelayanan dan Perilaku Pelayanan

Kajian teori tentang mutu dan perilaku pelayanan berkontribusi penting pada kajian penelitian pelayanan publik, karena topik ini membahas tingkah laku manusia dan kelompoknya di sebuah organisasi pelayanan kesehatan. Tingkah laku ini juga mengupas sisi dari hubungan kerja kelompok-kelompok yang terhimpun dalam sebuah atribut sosial yang ada. Artinya, memasukkan kajian perilaku pelayanan yang merupakan suatu hal yang inovatif agar sisi hubungan kerja bisa "dipotret" lebih mendalam lagi.

Kajian mutu dan perilaku pelayanan pada prinsipnya sangat dinamis mengikuti perkembangan hidup umat manusia. Oleh karena itu, perkembangan dinamika kehidupan perlu dijelaskan lebih mendalam lagi di sektor pelayanan kesehatan. Hal ini karena bagaimanapun juga, kalau kita berbicara mutu dan perilaku pelayanan tidak bisa dipisahkan dengan dinamika perkembangan kehidupan manusia.

Hubungan mutu dan perilaku pelayanan sangat erat. Hubungan ini, ditandai dari perilaku pelayanan yang ditampilkan oleh sebuah organisasi tersebut. Diindikasikan ada keterkaitan antara perilaku pelayanan dengan mutu pelayanan pada sebuah organisasi yang ditunjukkan oleh Zeithaml dalam Chang dan Chen (1998:21), bahwa dampak perilaku pelayanan berkualitas dalam organisasi sangat berpengaruh pada perilaku konsumen, contohnya: kemauan untuk membayar lebih, tingkat loyalitas konsumen, dan tidak mau menggunakan produk yang lainnya. Seringkali pasien dan keluarga pasien saat membayar biaya pelayanan merasa berat hati walaupun pembiayaan pelayanan tersebut telah sesuai dengan standar ketentuan yang berlaku. Bertolak dari pernyataan tersebut, dari perilaku pelayanan yang positif dan mutu pelayanan yang baik, dapat berefek kepada kepuasan pasien dan loyalitas pasien terhadap organisasi, disertai pasien "mudah hati" mengeluarkan pembiayaan pelayanan yang telah diterimanya.

Pemikiran dasar perilaku pelayanan merupakan perilaku pelayanan dan membawa mutu pelayanan pada kinerja yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan Chang dan Chen (1998:21) bahwa perilaku pelayanan karyawan

mempunyai hubungan yang erat dengan dampak positif pada upaya meningkatkan profitabilitas perusahaan. Hal tersebut merupakan gambaran hubungan antara kualitas pelayanan dan orientasi pasar terhadap kinerja perusahaan. Pada konteks ini, perbedaan yang terlihat yaitu adanya hubungan positif antara kinerja organisasi dan kualitas pelayanan. Oleh karena itu, Church (1995:6) mengemukakan bahwa keterkaitan antara perilaku pelayanan dengan kinerja organisasi dapat meningkatkan kinerja organisasi. Dalam hal ini, pengaruh positif kepada kinerja perusahaan atau organisasi dapat diberikan oleh kualitas pelayanan dari karyawan. Keterkaitan ini, baik dari sisi psikologi maupun nilai-nilai yang tertanam pada sebuah organisasi dan terbawa dalam kehidupan kerjanya, mutu pelayanan yang ditampilkan mengikuti kinerja organisasi pelayanan.

Konsep mutu dalam perilaku pelayanan ditunjukkan oleh segitiga layanan tradisional. Menurut Chien *et al.* (2008:12), sebuah teori yang dibangun dari hubungan antara orientasi tujuan, perilaku pelayanan dan mutu pelayanan yang menghasilkan temuan bahwa terdapat hubungan antara perilaku pelayanan yang berorientasi pada pelanggan berkorelasi positif dengan tujuan organisasi dan mutu yang dihasilkan. Kedua bentuk perilaku, pada gilirannya berhubungan positif terhadap kinerja pelayanan dan karyawan. Dijelaskan pula bahwa karyawan yang memiliki orientasi pembelajaran tinggi maka lebih fokus pada pelanggan dan memperhatikan perilaku organisasi dengan baik. Penelitian ini membahas tentang pelayanan kesehatan yang baik (perilaku positif) pada konsumen dan mendorong produktivitas serta efisiensi organisasi sebagai kunci pembeda dengan organisasi lain. Dengan demikian, organisasi akan menerima penghargaan positif. Sebetulnya dapat dilakukan pemahaman terhadap hubungan antara variabel perilaku pelayanan dengan kinerja organisasi, karena pemberian pelayanan yang baik kepada pelanggan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan.

Parasuraman (dalam Pujilestari dan Sahib, 2012:14-27) mengemukakan bahwa konsep kualitas layanan berhubungan dengan kepuasan dan ditentukan oleh lima unsur yang terdiri dari *responsiveness*, *assurance*, *tangible*, *empathy* dan *reliability*. Pertama, *responsiveness* artinya daya tanggap. Daya tanggap

merupakan suatu kemampuan pemberi pelayanan dalam memberikan pelayanan kepada orang penerima layanan, baik dari segi ketepatan pelayanan, upaya pemberian informasi yang jelas dan bijaksana terkait pelayanan yang diberikan, upaya pembinaan dan pengarahan terhadap pelayanan yang dianggap masih belum sesuai dengan prosedur tindakan dalam pelayanan serta upaya menangani berbagai permasalahan yang terjadi dalam pemberian pelayanan. Apabila upaya tersebut dapat dilakukan dengan baik dalam pemberian pelayanan terhadap pasien, maka akan terbentuk persepsi positif dari penerima layanan terhadap kualitas layanan yang diterima. Kedua, *assurance* artinya jaminan. Jaminan merupakan hal-hal yang harus dimiliki pemberi pelayanan sehingga menciptakan rasa aman dan nyaman bagi penerima layanan tanpa adanya keragu-raguan. Hal-hal tersebut meliputi pengetahuan, keterampilan, kesopanan, dan lain sebagainya. Dengan adanya jaminan ini, diharapkan dapat membangun rasa kepercayaan dan keyakinan penerima layanan terhadap kualitas layanan karena jaminan dapat memberikan kepastian pelayanan yang diberikan serta keamanan dan kenyamanan.

Ketiga, *tangible* artinya bukti fisik. Bukti fisik ini merupakan bentuk nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan yang meliputi sarana dan prasarana pelayanan yang tersedia, perlengkapan dan peralatan yang digunakan (teknologi), dan penampilan pegawai yang sesuai dengan karakteristik pelayanan yang diberikan. Adanya bukti fisik tersebut dapat memunculkan kepuasan bagi penerima layanan sehingga dapat menciptakan kualitas pelayanan yang baik. Keempat, *empathy* artinya empati, dengan kata lain yaitu peduli. Empati merupakan kemampuan pemberi layanan dalam merasakan dengan tepat perasaan orang lain dan untuk mengkomunikasikan pengertian ini kepada orang tersebut. Dengan kata lain, kemampuan petugas dalam memahami dan menempatkan diri pada kondisi yang dialami pasien dengan memberi perhatian pribadi kepada pasien. Pelayanan akan berjalan dengan baik apabila pemberi pelayanan menunjukkan kepeduliannya dalam menyelesaikan permasalahan dalam pelayanan yang diberikan kepada pasien. Tentunya, pasien merasa diperhatikan

dengan adanya rasa kepedulian dari petugasnya dan dapat menciptakan kepuasan terhadap pelayanan yang diterimanya.

Kelima, *reliability* artinya kehandalan. Kehandalan merupakan kemampuan organisasi pemberi pelayanan dalam memberikan pelayanan secara akurat dan terpercaya berdasarkan standar yang telah ditentukan. Dalam hal ini pemberi pelayanan dituntut untuk memiliki keterampilan, kemampuan dan penampilan dalam menyelesaikan pekerjaan yang diberikan sesuai dengan apa yang ditetapkan sehingga menimbulkan rasa percaya pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Kepuasan pelanggan pada pelayanan kesehatan dapat menghemat *cost* sebagai upaya menarik pelanggan baru. Hal ini karena kepuasan yang muncul dari pelanggan lama akan menjadi sarana promosi bagi calon pelanggan baru. Dengan kata lain, pelanggan baru tidak akan datang ke pelayanan kesehatan jika pelanggan lama kecewa terhadap pelayanan yang diberikan. Oleh karena itu, sebaiknya pemberi pelayanan harus hati-hati melayani terhadap semua pelanggan pelayanan kesehatan, dengan memberikan pelayanan yang baik merupakan *marketing* yang baik pula.

Menurut Zeithaml (dalam Chang dan Chen, 1998:21), pemberian pelayanan yang berkualitas pada pelanggan, akan memungkinkan organisasi mempertahankan atau bahkan meningkatkan transaksi dengan pelanggan lama. Hal tersebut berarti, berkurangnya kemungkinan hilang atau berpindah loyalitas pelanggan lama ke organisasi lain. Oleh karena itu, menjadi wajar apabila beberapa penelitian terdahulu secara konsisten menunjukkan bahwa pelayanan yang berkualitas ditemukan akan menghasilkan kinerja keuangan yang lebih tinggi.

Hubungan antara profitabilitas dan kualitas produk jasa layanan (mutu) sangat erat sekali. Menurut Pelham (1997:12), kemampuan organisasi dalam menciptakan produk berkualitas unggul dan andal dapat menentukan profitabilitas organisasi. Oleh karena itu, profitabilitas perusahaan bergantung pada sejauh mana perusahaan dapat menciptakan pelayanan bermutu kepada para pelanggan. Tentang profitabilitas dan kunjungan pasien, berhubungan dengan kualitas

pelayanan yang dirasakan pasien, baik sewaktu kunjungan di rawat jalan maupun kunjungan di rawat inap di rumah sakit. Menurut Hafizurrachman (2009:344), profitabilitas rumah sakit diperoleh berasal dari mekanisme kunjungan pasien yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dengan demikian, profitabilitas perusahaan dapat berjalan baik dengan memberi kepuasan kepada konsumen atau pelanggan.

Hubungan organisasi pelayanan kesehatan dan pelanggan wajib dijaga dengan baik. Hal ini diungkapkan oleh Baldauf *et al.* (2001:22), bahwa peningkatan capaian hasil dapat berkontribusi terhadap efektivitas organisasi (peningkatan *market share* dan *sales volume*) melalui bagaimana usaha karyawan menjalani hubungan dengan pelanggan.

Perilaku pelayanan pada organisasi yang membina hubungan jangka panjang dengan pelanggan akan mendorong karyawannya untuk memberikan pelayanan prima. Hal ini terjadi karena hubungan emosional terjalin antara pelanggan dan petugas pemberi pelayanan, sehingga pemberi pelayan cenderung lebih mengetahui karakteristik pelanggannya, demikian juga sebaliknya. Hal inilah, yang mendorong perilaku karyawan memberikan pelayanan prima kepada pelanggannya. Wujud lain perilaku pelayanan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan berupa mengoptimalkan fungsi manager dalam menciptakan suasana yang kondusif dan organisasi mendorong perilaku yang mendukung pelayanan berorientasi terhadap pelanggan, sehingga seluruh komponen karyawan fokus melayani pasien di rumah sakit secara optimal.

2) Mutu Pelayanan dan Kinerja Organisasi

Menurut Putra (2005:21) menyatakan bahwa kinerja organisasi dengan mutu pelayanan merupakan suatu hubungan yang sangat erat. Hubungan tersebut diibaratkan seperti hubungan "kakak adik" atau "urut kacang". Hampir bisa dipastikan, organisasi yang berkinerja baik menghasilkan mutu pelayanan yang baik. Berdasarkan ketegasan hubungan keduanya ini, peneliti memberanikan diri memasukkan menjadi kajian penelitian mutu pelayanan. Selanjutnya dari

pernyataan tersebut, diharapkan keduanya (mutu dan kinerja) dapat mengungkap esensi pelayanan publik bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Mutu pelayanan dapat diukur dan diterjemahkan melalui penilaian kinerja. Jadi, mutu merupakan bagian dari kinerja rumah sakit. Pentingnya penilaian kinerja organisasi pada sebuah pelayanan publik agar organisasi tersebut dapat mengalami perkembangan dan menghadapi persaingan. Hal tersebut membutuhkan perbaikan terhadap semua aspek kinerja rumah sakit, yang dapat diawali dengan pengukuran kinerja rumah sakit.

Robbins (dalam Muzakhani, 2010:2) mengemukakan bahwa penilaian kinerja penting untuk dilaksanakan karena pada hakekatnya setiap rumah sakit membutuhkan evaluasi kinerja untuk mengetahui capaian tujuan organisasi sehingga peningkatan kinerja juga dapat dilakukan. Hal ini sependapat tentang diperlukannya evaluasi kinerja organisasi, yang menyatakan bahwa evaluasi kinerja merupakan pengukur sejauh mana tujuan organisasi telah tercapai.

Kinerja organisasi menuju posisi ideal sebuah tujuan organisasi. Hal ini, disebabkan oleh kondisi ideal sebuah organisasi satu dengan lainnya berbeda-beda. Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Baldauf *et al.* (2001:13) serta penelitian Chang dan Chen (1998:7) menyebutkan bahwa, kondisi ideal menjadi sasaran atau sebuah tujuan dari kinerja organisasi. Kondisi ideal yang dapat diamati beberapa gejala kinerja sekaligus menjadi tujuan rumah sakit antara lain, berupa BOR rumah sakit, IKM pasien sebagai pelanggan rumah sakit. Pernyataan tersebut sesuai dengan indikator kinerja organisasi rumah sakit yang dipakai dalam penelitian Zerbe *et al.* (1998:11), dengan mengukur beberapa item kinerja di rumah sakit, antara lain: peningkatan BOR, peningkatan kepuasan pasien, peningkatan kualitas administrasi.

Pengukuran kinerja yang berkembang di rumah sakit saat ini berupa teknik/metode *balanced scorecard*. Menurut Rohani (2011:2), pengukuran kinerja tersebut untuk menganalisis dan mendeskripsikan tingkat kinerja rumah sakit pada perspektif keuangan, pelanggan, proses internal bisnis, pembelajaran dan pertumbuhan. Pendekatan ini merupakan hal yang tidak boleh dipisah dari

penilaian kinerja organisasi dan pertanggungjawabkan oleh seluruh unit layanan yang ada di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Di lapangan penelitian, indikator penilaian kinerja dan pembuatan rencana bisnis anggaran menggunakan pendekatan metode *balanced scorecard*. Dengan demikian, indikator penilaian kinerja, mutu pelayanan kesehatan, dan rencana yang akan dikembangkan oleh rumah sakit menjadi semakin jelas dan terarah sasaran yang akan dicapainya. Selain *balanced scorecard*, rumah sakit juga menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM). SPM ini merupakan salah acuan penilaian mutu pelayanan, tolok ukur kinerja pelayanan publik di rumah sakit.

2.1.6 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Sebelum Tahun 2003 yang menjelaskan tentang aturan standar pelayanan minimal di rumah sakit belum diatur dalam kebijakan khusus oleh pemerintah, waktu itu kebijakan standar pelayanan minimal masih bersifat lokal kedaerahan lewat asosiasi perkumpulan rumah sakit maupun profesi masing-masing karyawan rumah sakit. Mencermati hal tersebut maka Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merumuskan suatu kebijakan nasional berupa Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Lewat momentum kebijakan tersebut maka dimulailah kelahiran standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang seragam di seluruh wilayah Indonesia, akan tetapi tidaklah cukup kebijakan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia saja waktu itu. Mengingat besarnya peran pemerintah provinsi, kabupaten dan kota di era desentralisasi dan otonomi daerah yang dipimpin oleh seorang kepala daerah sesuai dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 Tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah untuk mensukseskan Urusan Wajib pemerintahan yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga Negara, maka terbitlah Peraturan Pemerintah Republik

Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Oleh sebab itu, standar pelayanan minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar dan merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

Berdasarkan riwayat lahirnya standar pelayanan minimal tersebut yang hanya mencakup sektor pelayanan kesehatan dasar tingkat puskesmas dan dinas kesehatan saja, maka rumah sakit yang merupakan sentral pelayanan kesehatan rujukan setelah puskesmas belum mempunyai acuan khusus tentang standar pelayanan minimal waktu itu. Kemudian, melalui organisasi perkumpulan rumah sakit-rumah sakit dan asosiasi rumah sakit se Indonesia seperti PERSI (Persatuan Rumah Sakit Indonesia) dan ARSADA (Asosiasi Rumah Sakit Daerah) yang terus mendorong pemerintah untuk memulai penyusunan dan formulasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit dengan mengadakan seminar, *workshop* dan kajian ilmiah sejak Tahun 2005 sampai Tahun 2007. Melalui penyusunan agenda dan perumusan-perumusan kebijakan tersebut maka pemerintah memperoleh suatu keputusan tentang diberlakukannya standar pelayanan minimal rumah sakit dengan Keputusan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Implementasi kebijakan yang dijalankan oleh rumah sakit salah satunya adalah standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal rumah sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator, dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit. Berdasarkan SPM yang telah disusun dalam Keputusan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan, meliputi sebagai berikut:

a. Pelayanan Gawat Darurat

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 9 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.2 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Gawat Darurat

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Gawat Darurat	1) Kemampuan menangani <i>Life Saving</i> anak dan dewasa	100%
	2) Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam
	3) Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
	4) Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
	5) Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	\leq lima menit terlayani setelah pasien datang
	6) Kepuasan Pelanggan	$\geq 70\%$
	7) Kematian pasien < 24 Jam	\leq dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
	8) Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam	100%
	9) Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

b. Pelayanan Rawat Jalan

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 7 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.3 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rawat Jalan

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Rawat Jalan	1) Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis
	2) Ketersediaan pelayanan	a) Klinik Anak b) Klinik Penyakit Dalam c) Klinik Kebidanan d) Klinik Bedah

3) Ketersediaan Pelayanan di RS jiwa	a) Anak Remaja b) NAPZA c) Gangguan Psikotik d) Gangguan Neurotik e) Mental Retardasi f) Mental Organik g) Usia Lanjut
4) Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00
5) Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
6) Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
a) Penegakan diagnosis TB (tuberkolosis) melalui pemeriksaan mikroskop TB	a) ≥ 60 %
b) Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b) ≤ 60 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

c. Pelayanan Rawat Inap

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 15 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.4 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rawat Inap

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Rawat Inap	1) Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a) Dr. Spesialis b) Perawat minimal pendidikan D3
	2) Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
	3) Ketersediaan pelayanan rawat inap	a) Anak b) Penyakit Dalam c) Kebidanan d) Bedah
	4) Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja

5) Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
6) Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %
7) Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100 %
8) Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %
9) Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
10) Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
11) Rawat inap TB :	a) ≥ 60 %
a) Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	b) ≥ 60 %
b) Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	
12) Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
13) Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 %
14) Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100 %
15) Lama hari perawatan gangguan jiwa	Pasien ≤ 6 minggu

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

d. Pelayanan Bedah

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 7 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.5 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Bedah

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Bedah Sentral (Bedah saja)	1) Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
	2) Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
	3) Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
	4) Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
	5) Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %

-
- 6) Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 100 %
-
- 7) Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi *endotracheal tube* (alat bantu pernafasan) $\leq 6\%$
-

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 8 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.6 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1) Kejadian kematian ibu karena persalinan	a) Perdarahan $\leq 1\%$ b) Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c) Sepsis $\leq 0,2\%$
	2) Pemberi pelayanan persalinan normal	a) Dokter Sp.OG b) Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c) Bidan
	3) Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
	4) Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a) Dokter Sp.OG b) Dokter Sp.A c) Dokter Sp.An
	5) Kemampuan menangani BBLR (berat badan lahir rendah) 1500 gr – 2500 gr	100 %
	6) Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i> (operasi seksio)	$\leq 20\%$
	7) Keluarga Berencana	100 %
	a) presentase KB (vasektomi & tubektomi) dilakukan oleh tenaga Kompeten dokter spesialis kandungan, dokter spesialis bedah, dokter spesialis urologi dan dokter umum terlatih	
	b) Presentse peserta KB mantap yang	

mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	
8) Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

f. Pelayanan Intensif

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 2 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.7 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Intensif

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Intensif	1) Kejadian kematian ibu karena persalinan	$\leq 3\%$
	2) Pemberi pelayanan persalinan normal	a) Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b) 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

g. Pelayanan Radiologi

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 4 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.8 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Radiologi

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Radiologi	1) Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto (foto <i>rontgen</i> dada)	≤ 3 jam
	2) Pelaksana ekspertisi (baca hasil foto <i>rontgen</i>)	Dokter Sp.Rad
	3) Kejadian kegagalan pelayanan <i>Rontgen</i>	Kerusakan foto $\leq 2\%$
	4) Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 4 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.9 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Laboratorium Patologi Klinik	1) Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
	2) Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
	3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%
	4) Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

i. Pelayanan Rehabilitasi Medik

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 3 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.10 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rehabilitasi Medik

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Rehabilitasi Medik	1) Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang di rencanakan	≤ 50 %
	2) Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
	3) Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008

j. Pelayanan Farmasi

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 4 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.11 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Farmasi

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan	1) Waktu tunggu pelayanan	a) ≤ 30 menit

Farmasi	a) Obat jadi	b) ≤ 60 menit
	b) Racikan	
	2) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
	3) Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
	4) Penulisan resep sesuai formularium	100 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

k. Pelayanan Gizi

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 3 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.12 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Gizi

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Gizi	1) Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %
	2) Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
	3) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

l. Pelayanan Transfusi Darah

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 2 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.13 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Transfusi Darah

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Transfusi Darah	1) Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi
	2) Kejadian Reaksi transfusi	$\leq 0,01$ %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

m. Pelayanan Keluarga Miskin

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 1 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.14 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Keluarga Miskin

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN (keluarga miskin) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

n. Pelayanan Rekam Medik

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 4 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.15 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Rekam Medik

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Rekam Medik	1) Kelengkapan pengisian rekam medik setelah selesai pelayanan	100 %
	2) Kelengkapan <i>informed concent</i> (persetujuan tindakan medis) setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
	3) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
	4) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

o. Pengelolaan Limbah

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 2 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.16 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pengelolaan Limbah

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan	1) Baku mutu limbah cair	a) BOD < 30 mg/l b) COD < 80 mg/l

Pengelolaan Limbah	c) TSS < 30 mg/l d) PH 6-9
2) Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

p. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 9 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.17 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Administrasi dan Manajemen	1) Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
	2) Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
	3) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
	4) Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %
	5) Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
	6) <i>Cost recovery</i> (pengembalian uang)	≥ 40 %
	7) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
	8) Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
	9) Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

q. Pelayanan *Ambulance*/Kereta Jenazah

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 3 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.18 Indikator dan Standar Pada Pelayanan *Ambulance*/Kereta Jenazah

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan <i>Ambulane</i>	1) Waktu pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah	24 jam

2) Kecepatan memberikan pelayanan ≤ 230 menit <i>ambulance/kereta jenazah di rumah sakit</i>	
3) <i>Response time</i> (waktu tanggap) pelayanan $(?)$ Sesuai ketentuan daerah $(?)$ <i>ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan	

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 1 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.19 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	1) Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 3 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.20 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1) Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %
	2) Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
	3) Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

t. Pelayanan Laundry

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 2 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.21 Indikator dan Standar Pada Pelayanan *Laundry*

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan <i>Laundry</i>	1) Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
	2) Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

u. Pencegah Pengendalian Infeksi

Standar pelayanan minimal dipelayanan gawat darurat terdiri dari 3 indikator beserta standarnya, sebagai berikut:

Tabel 2.22 Indikator dan Standar Pada Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1) Ada anggota tim PPI (pengendalian penyakit infeksi) yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
	2) Tersedia APD (alat pelindung diri) di setiap instalasi/ departemen	60 %
	3) Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial (perpindahan infeksi di rumah sakit) / HAI (<i>health care associated infection</i>) di RS (minimal 1 parameter)	75 %

Sumber: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan, Tahun 2008.

Selanjutnya, kebijakan standar pelayanan minimal yang menyangkut pelayan kesehatan di rumah sakit tidak hanya diatur dalam satu kebijakan saja, tetapi ada aturan yang lainnya. Aturan kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit tersebut dituangkan dalam bentuk Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota. Terdapat dua item pelayanan yang diatur yakni Pelayanan Kesehatan Rujukan, berupa:

- 1) Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100%.
- 2) Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 100 %.

Kaitannya dengan penelitian yang dilaksanakan dengan SPM rumah sakit adalah menjelaskan secara terperinci tentang implementasi kebijakan rumah sakit dengan fokus membahas standar pelayanan minimal rumah sakit. Dalam hal ini, RSUD dr. H. Koesnadi pada empat Tahun terakhir ini, telah melakukan monitoring dan evaluasi SPM di rumah sakit. Namun, dampak dari monitoring ini belum dirasakan manfaatnya terhadap peningkatan pelayanan kesehatan. Hal ini, karena belum dipahaminya tentang tanggung jawab terhadap pelaksanaan SPM oleh seluruh karyawan rumah sakit, sehingga pelaksanaan SPM tidak sesuai target yang telah ditetapkan. Dampak ini, bukan saja terhadap pelayanan, tetapi pertanggungjawabkan kepada masyarakat luas atas indikator pelayanan yang disepakati. Oleh karena itu, SPM sangat diperlukan dalam usaha perbaikan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan meningkatkan komitmen karyawan terhadap SPM sangat diperlukan, agar pelayanan kesehatan kepada masyarakat bisa optimal.

2.1.7 Hubungan Kerja dan Konflik

Berikut ini bagian penjelasan tentang hubungan kerja di pelayanan kesehatan rumah sakit. Penjelasan tersebut antara lain memuat sisi organisasi rumah sakit dan interaksi hubungan yang terjadi di dalamnya. Interaksi hubungan kerja di rumah sakit sangat unik dan kompleks, sehingga banyak hal yang dapat diungkap kepermukaan dan memerlukan penjelasan lebih lanjut.

a. Hubungan Kerja di Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan tempat pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang padat karya, tidak bisa begitu saja bisa dilepaskan dari masalah Sumber Daya Manusia (SDM), yang tingkat kompleksitasnya sangat tinggi. Menurut Azwar (1996:55), kompleksitas permasalahan SDM adalah bagian dari pengembangan untuk mendorong organisasi rumah sakit agar dapat berfungsi secara optimal. Hal tersebut, sebagaimana yang diisyaratkan dalam pokok pelayanan kesehatan yakni, tersedia dan berkesinambungan pelayanan kesehatan (*availabelity and continuity*), dapat diterima dan wajar (*acceptable and*

appropriate), mudah dicapai oleh masyarakat (*acceptable*), mudah dijangkau (*affordable*), dan bermutu (*qualifaed*).

Hubungan kerja di pelayanan kesehatan tidak terlepas dari Sumber Daya Manusia. SDM menduduki posisi penting keberhasilan pelayanan di rumah sakit. Salah satu kunci sukses keberhasilan sebuah organisasi rumah sakit terletak pada pengembangan hubungan kerja pelayanan kesehatan dan manajemen SDM, karena setiap *input* dan proses pelayanan kesehatan selalu melibatkan SDM sebagai *center* pelayanan kesehatan. Pengelolaan SDM rumah sakit yang sifatnya spesifik harus selalu menyelaraskan berbagai kebutuhan, nilai, dan prinsip manajemen modern agar pelayanannya yang diberikan dapat bermutu, efektif, dan efisien.

Organisasi rumah sakit mempunyai bentuk yang unik, berbeda dengan organisasi lain pada umumnya. Menurut Wirawan (2008:15), rumah sakit mempunyai kekhususan yang lahir dari adanya hubungan kerja antara *medical staf* (kelompok dokter) dan administrator atau manajemen serta *governing body*. Keunikan lain dari rumah sakit terletak pada hubungan yang spesifik antara dokter sebagai sentral pelayanan medis, manajemen, dan pasien yang melahirkan bentuk sebuah organisasi. Sehingga, rumah sakit menjadi sebuah usaha pelayanan kesehatan yang berbasis pemberian pelayanan klinis kepada masyarakat pengguna pelayanan.

Keunikan organisasi tersebut mendorong penyelenggara pelayanan kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Hal ini, sesuai dengan amanah Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 33 poin (1), dan penjelasan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 29 huruf r. Rumah sakit mengacu pada prinsip organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

Menurut Kiellin (2011:5) menyatakan bahwa hubungan kerja di organisasi rumah sakit dapat dikatakan sebagai hubungan konflik karena tenaga medis,

tenaga keperawatan dan manajer rumah sakit sebagai inti/*core* bisnis pelayanan kesehatan rumah sakit. Hubungan kerja sebagai hubungan dinamis yang unik, maka dapat menimbulkan dinamika pertentangan di dalam organisasi rumah sakit. Hubungan kerja tersebut sebagai hubungan konflik yang harus dikelola dengan baik agar arah organisasi pelayanan kesehatan di rumah sakit memberikan dampak optimal pada pelayanan pasien. Seringkali hubungan kerja yang dilaksanakan di RSUD dr H Koesnadi menimbulkan konflik yang berkepanjangan dan cenderung tidak terkendali, misalnya sistem pembagian jasa pelayanan rumah sakit, tugas dan pembagian kerja yang tidak jelas sehingga menimbulkan konflik pada hubungan kerja pelayanan kesehatan di rumah sakit. Oleh karena itu, sangat memungkinkan pada pembahasan lebih lanjut tentang hubungan kerja pelayanan ini kedalam kajian implementasi kebijakan di rumah sakit umum dr H Koesnadi Bondowoso.

b. Konflik dan Jenis-Jenis Konflik

Berbicara tentang hubungan kerja dalam sebuah organisasi, memang tidak bisa dilepaskan dari masalah konflik. Konflik dapat disebabkan dari nilai, sikap dan tujuan yang ingin dicapai di organisasi rumah sakit. Konflik adalah bagian dari perilaku normal hubungan kerja sebuah organisasi, demikian pula yang terjadi di lingkungan kerja RSUD. Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Oleh sebab itu, banyak definisi tentang konflik yang diberikan oleh ahli manajemen, bergantung pada sudut pandang yang digunakan dan persepsi oleh para ahli tersebut tentang konflik dalam organisasi. Namun, menurut Hakim (2007:24) dikatakan bahwa di antara makna yang berbeda itu nampaknya ada suatu kesepakatan bahwa konflik dilatarbelakangi oleh adanya ketidakcocokan atau perbedaan dalam hal nilai, tujuan, status, dan budaya. Froyd (2007:11) mengemukakan bahwa konflik didefinisikan suatu pertentangan antar orang-orang dengan menentang kebutuhan, gagasan, kepercayaan, nilai-nilai, atau tujuan.

Berkaitan dengan organisasi rumah sakit, Winardi (1994:41,43) menerangkan bahwa, konflik adalah oposisi atau pertentangan pendapat antara orang dengan orang, kelompok dengan kelompok atau organisasi dengan

organisasi. Dalam hal ini, yang menjadi intisari konflik adalah berhubungan dengan masalah ketidak sesuaian opini, kontradiksi, atau ketidakcocokan. Konflik disusun menjadi sebuah kondisi dimana adanya maksud dan tujuan; kidaksesuaian emosi pada diri individu atau antar individu dengan lainnya yang kemudian menimbulkan aksi yang bertentangan atau sikap antagonis. Sehubungan hal tersebut, organisasi rumah sakit yang didalamnya ada berbagai macam individu, kelompok fungsional dan kelompok struktural lainnya, tidak lepas dengan konflik yang terjadi. Ketidak sesuaian pendapat, kontradiksi dan ketidakselarasan, merupakan suatu hal yang biasa terjadi di rumah sakit. Oleh karena itu, pengelolaan konflik sangat diperlukan dalam mengendalikan perbedaan tersebut. Menurut Pakpahan (2011:57), pengelolaan konflik yang baik, menjadi daya dorong produktifitas kerja karyawan rumah sakit).

Konflik dapat meningkatkan ketegangan dalam sebuah hubungan kerja. Hal ini dijelaskan oleh Luthans (dalam Wahyudi, 2006:26), bahwa konflik merupakan ketidak sesuaian nilai dan tujuan antara anggota organisasi yang menimbulkan ketegangan. Menurut Dubrin (dalam Wahyudi, 2006:35), konflik adalah keadaan dimana individu atau kelompok saling bertentangan sehingga menimbulkan ketegangan yang diakibatkan oleh sikap saling menghalangi dalam mencapai tujuan.

Berdasarkan definisi tersebut di atas, maka konflik dapat dipelajari dari unsur-unsurnya, adapun unsur konflik tersebut terdiri dari berikut ini.

- 1) Adanya suatu perselisihan atau pertentangan
- 2) Melibatkan dua orang atau lebih
- 3) Adanya beberapa faktor penyebab.

Dengan demikian dapat dianalisis bahwa, konflik internal organisasi merupakan suatu pertentangan yang muncul dari individu maupun antar individu di dalam organisasi berkaitan dengan pelaksanaan tugas atau aktifitas organisasi.

Selain unsur-unsur konflik, konflik dalam sebuah organisasi rumah sakit dapat dibagi menurut jenis-jenisnya, menurut Winardi (1994:22) jenis konflik dibedakan menjadi empat jenis, yakni:

- 1) konflik individu,
- 2) konflik antar individu,
- 3) konflik antar kelompok dalam organisasi, dan
- 4) konflik antar organisasi.

Organisasi pelayanan dapat terjadi konflik hirarke struktural, menurut Soeroso (2003:71), jenis konflik berdasarkan hirarkie strukturalnya, dibagi sebagai berikut.

- 1) Konflik hirarkie, yaitu konflik yang terjadi antara berbagai tingkatan dalam organisasi.
- 2) Konflik fungsional, yaitu konflik antara berbagai departemen fungsional.
- 3) Konflik lini-staf, yaitu konflik antara lini dan staf.
- 4) Konflik formal-informal, yaitu konflik yang terjadi antara organisasi formal (pejabat struktural) dengan organisasi informal.

Konflik yang berbeda jenisnya, berdasarkan tujuan sasaran pekerjaan dapat terjadi pada sebuah organisasi. Dalam hal ini, hubungan kerja yang dilakukan secara terus menerus dengan tujuan organisasi dan sasaran yang jelas dapat menyebabkan konflik di dalam organisasi sebagaimana pendapat Robbins (2006:115), ada lima jenis konflik, yakni sebagai berikut:

- 1) Konflik fungsional, konflik yang mendukung sasaran kelompok dan memperbaiki kinerjanya.
- 2) Konflik disfungsional, konflik yang menghambat kinerja kelompok.
- 3) Konflik tugas, konflik pada isi dan sasaran pekerjaan.
- 4) Konflik hubungan, konflik berdasarkan hubungan interpersonal

5) Konflik proses, konflik atas cara melakukan pekerjaan.

Sebagaimana jenis konflik yang biasa terjadi di dalam sebuah organisasi rumah sakit, konflik juga dibedakan berdasarkan macam tipe konflik. Menurut James Stoner dan Charles Wankel (dalam Manuaba, 2004:31), menyebutkan lima macam tipe konflik yang mungkin muncul dalam kehidupan organisasi, yaitu sebagai berikut.

- 1) Konflik di dalam individu.
- 2) Konflik antara individu-individu di dalam organisasi yang sama.
- 3) Konflik antar individu dengan kelompok dalam organisasi.
- 4) Konflik antar kelompok dalam organisasi.
- 5) Konflik antar organisasi.

Nampaknya tipe konflik sebuah organisasi tidak hanya diidentifikasi berdasarkan kelompok-kelompoknya saja, tetapi juga berdasarkan hubungan pendekatan. Hal ini, dikemukakan lebih jauh oleh Winardi (2004:4), yang membagi beberapa macam tipe konflik ke dalam sebuah hubungan pendekatan, sebagai berikut.

- 1) Konflik pendekatan-pendekatan (*approach-approach conflict*). Jika seseorang memiliki pilihan diantara dua jenis alternatif atau lebih, dan dengan hasil-hasil positif maka konflik ini akan terjadi.
- 2) Konflik menghindari-menghindari (*avoidance-avoidance conflict*). Jika seseorang diharuskan untuk melakukan pemilihan diantara dua jenis alternatif atau lebih dan berdampak negatif maka konflik ini akan terjadi.
- 3) Konflik pendekatan-menghindari (*approach-avoidance conflict*). Jika seseorang dihadapkan dengan keputusan dalam pelaksanaan hal yang berdampak positif dan sekaligus pula memiliki dampak negatif.

Menurut Kalliath (2013:5), konflik organisasi dapat disebabkan oleh masalah rumah tangga karyawan. Konflik rumah tangga ini diakibatkan dari masalah rumah tangga, yang dapat terbawa ke dalam suasana kerja. kajian ini,

masih relatif sedikit peneliti yang mengupas pengaruh masalah rumah tangga yang terbawa ke dalam hubungan kerja di organisasi. Bertolak dari pernyataan tersebut, konflik sebagai peran keluarga dalam rumah tangga berdampak pada pelayanan publik, masih diperlukan kajian lebih mendalam lagi.

Berkaitan dengan konflik di rumah sakit, hubungan kerja di rumah sakit diperlukan hubungan yang erat dan hangat. Menurut Robbins (2006:10), hubungan erat dan penuh kehangatan dapat menimbulkan suasana keakraban di dalam hubungan kerja karyawan. Oleh karena itu, dampak yang ditimbulkan setelahnya, sangat membantu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Berdasarkan penjelasan hubungan kerja tersebut, nampaknya, perilaku organisasi di rumah sakit tidak hanya memerlukan tiga komponen penting (individu, kelompok dan struktur), sebagaimana yang disampaikan. Komponen lain yang diperlukan berupa hubungan kedekatan secara emosional (baik individu maupun keluarga karyawan) serta *empathy*. Komponen tambahan tersebut, berperan penting pada kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Karena interaksi keempatnya sangat menentukan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit.

Kontribusi terhadap penelitian ini, yang berkaitan dengan konsep hubungan kerja dan mutu pelayanan masih harus dijelaskan lebih mendalam lagi. Hubungan kerja beserta konflik yang terjadi didalamnya, merupakan bagian yang dinamis dalam sebuah organisasi pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, kajian yang menyangkut pengaruh hubungan kerja terhadap permasalahan mutu pelayanan kesehatan memerlukan jawaban lebih lanjut.

2.2 Posisi Penelitian dengan Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu diperlukan sebagai "penuntun" peneliti dalam pengembangan model penelitian. Oleh karena itu, penelitian terdahulu dan kajian keilmuan penelitian (*analysis of scientific research*) dirumuskan ke dalam sebuah model. Model ini diperlukan untuk mengetahui keberadaan atau posisi peneliti dan sebagai pembeda dari penelitian sebelumnya. Dengan demikian, menjadi jelas letak sumbangsih penelitian dalam konteks kajian keilmuan yang telah tersusun

sebelumnya. Sumbangsih temuan baru ini sekaligus menjadi satu kesatuan dalam kerangka keilmuan masa kini.

2.2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu bersinggungan dengan kajian yang akan dilakukan peneliti. Hal tersebut sangat bermakna dan dapat dipertimbangkan, jika topik penelitian yang hendak dilakukan bersinggungan dengan penelitian terdahulu. Selanjutnya, penelitian terdahulu terkait langsung dengan penelitian yang akan dilakukan. Penelitian kualitatif mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, didahului dari tinjauan dan telaah pustaka dengan pemaparan masalah seputar pelayanan kesehatan. Hal ini bertujuan menjadi pembanding peneliti dari penelitian terdahulu, sehingga dapat ditarik "benang merah", posisi yang menghubungkan penelitian sekarang dan penelitian terdahulu. Perbedaan tersebut, baik arah penelitiannya, kajian keilmuannya, originalitas penelitian dan pembaharuan di bidang penelitian tentang mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Tujuan dicantumkannya penelitian terdahulu untuk mengetahui bangunan keilmuan yang sudah diletakkan oleh orang lain, sehingga penelitian yang akan dilakukan benar-benar baru dan belum diteliti oleh orang lain. Oleh karena itu, menelaah penelitian terdahulu memungkinkan peneliti dapat menempatkan keilmuan yang telah disusun sebelumnya.

Terdapat beberapa catatan tentang penelitian terdahulu dari para ahli, tentang mutu pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan hubungan kerja, antara lain dijelaskan dalam Tabel 2.23 dibawah ini.

Tabel 2.23 *Resume* Penelitian Terdahulu

Judul dan Peneliti	Topik Penelitian	Metode Penelitian	Kesimpulan dan Hasil Penelitian	Faktor Pembeda, Kritik dan Posisi Penelitian
<i>Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in</i>	Hubungan antar profesi di rumah sakit	Kuantitatif <i>Cross-sectional</i>	Perawat memiliki sikap lebih positif terhadap kolaborasi dokter-perawat daripada dokter. Selanjutnya, hubungan kolaborasi antar profesi yang saling menghormati	Implementasi kebijakan berdampak pada mutu pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh hubungan kerja antara dokter dan perawat saja, tetapi ada faktor lain yang

<i>hospitals, (Krogstad, 2010).</i>		dianjurkan untuk menciptakan mutu pelayanan yang baik	mempengaruhinya. Faktor tersebut berasal dari segi kebijakan, meliputi komunikasi, sumber-sumber, disposisi, struktur birokrasi dan ego sektoral.	
<i>Management Tools and Organization as Key Factors Towards Quality Care: Reflections from Experience, (Tonneau, 1997).</i>	Kualitas pelayanan kesehatan	Kualitatif	Kebijakan asuransi kesehatan menyebabkan perubahan perilaku pelayanan kesehatan	Mutu pelayanan bukan hanya dipengaruhi oleh asuransi bidang kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh implementasi kebijakan pemerintah. Faktor pembeda dari penelitian yang akan dilakukan yaitu lebih ditekankan pada perubahan di internal organisasi pelayanan tersebut. Perubahan tersebut dapat terjadi karena interaksi yang dinamis dari hubungan antar karyawan, terutama hubungan manajemen dengan medis di rumah sakit. Selain itu, juga dapat berasal dari kebijakan standar pelayanan minimal RS
<i>Goal Orientation, Service Behavior and Service Performance, (Chien et.al., 2008).</i>	Segitiga layanan tradisional, sebuah model konseptual dari hubungan antara orientasi tujuan, perilaku pelayanan dan kinerja pelayanan.	Kuantitatif	Perilaku pelayanan yang berorientasi pada pelanggan berpengaruh positif terhadap kinerja pelayanan.	Peningkatan kinerja pelayanan yang disebabkan oleh perilaku karyawan tidak cukup untuk menjelaskan secara keseluruhan. Faktor pembeda dari penelitian yang akan dilakukan yaitu dari aspek implementasi kebijakan khususnya aspek ego sektoral
<i>Effective cooperation influencing performance: a study in Dutch hospitals, (Klopper, 2010).</i>	Kerjasama antara dokter dan manajer rumah sakit dengan tujuan meningkatkan kinerja rumah sakit	Kualitatif	Efektivitas kerja sama antara dokter dan manajer dapat meningkatkan kualitas inisiatif dan kinerja rumah sakit.	Keefektifan kerja sama antara dokter dan manajer dalam meningkatkan kinerja rumah sakit tidak hanya dijelaskan melalui analisis psikologi kerja saja, tetapi lebih bersifat normatif kelembagaan pelayanan kesehatan. Faktor pembeda dari penelitian yang akan dilakukan yaitu lebih ditekankan pada hubungan resmi kelembagaan

				<p>elayanan kesehatan seperti; transparansi kebijakan, komunikasi, serta nilai dan sikap yang dapat berpengaruh pada kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.</p>
<p><i>Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice,</i> (Andaleeb, SyedSaad, 2000).</p>	<p>Kualitas pelayanan publik rumah sakit</p>	<p>Kuantitatif</p>	<p>Pasien lebih memilih kualitas pelayanan yang lebih baik.</p>	<p>Kualitas pelayanan di rumah sakit ditinjau dari sisi pemilihan pasien selain dipengaruhi dari insentif yang diterima karyawan, masih banyak faktor lain yang mempengaruhinya, antara lain; karakter pasien, pendidikan pasien, kualitas yang ditampilkan, pemasaran dan kebijakan rumah sakit. Faktor pembeda dari penelitian yang akan dilakukan yaitu kualitas pelayanan juga disebabkan oleh implementasi kebijakan yang ditinjau dari aspek ego sektoral.</p>
<p><i>Examining Local Social Welfare Policy Implementation Using System Dynamics Perspective</i> (Lee, 2005)</p>	<p>Implementasi kebijakan dan kualitas pelayanan untuk memenuhi kesejahteraan sosial masyarakat.</p>	<p>Kualitatif</p>	<p>Temuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Struktur birokrasi sangat berdampak pada implementasi kebijakan. 2. Pemberian Jasa Pelayanan sangat penting dalam implementasi kebijakan 3. Komunikasi sangat penting mempengaruhi kinerja pelayanan. 4. Pelaksana birokrasi yang rendah mengganggu pelayanan. 	<p>Penelitian tersebut membatasi diri pada lingkungan masyarakat dengan struktur sosial yang kecil sedangkan kenyataannya struktur masyarakat dinamis dan luas. Faktor pembeda dari penelitian yang akan dilakukan yaitu penelitian akan dilakukan di rumah sakit dan adanya aspek ego sektoral yang mempengaruhi kualitas pelayanan meliputi karakteristik pendidikan, kepemimpinan, individu, serta nilai dan sikap</p>
<p>Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang</p>	<p>Implementasi kebijakan standar pelayanan minimal dan kualitas pelayanan kesehatan</p>	<p>Kualitatif</p>	<p>Kebijakan Standar Pelayanan Minimal dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat,. Adapun tidak terukurnya</p>	<p>Temuan yang disampaikan penelitian tersebut hanya mencakup di lingkungan pelayanan kesehatan dasar saja, tetapi pada pelayanan kesehatan tingkat lanjutan belum dibahas lebih</p>

Kesehatan Di Kabupaten Gunungkidul (Khozin, 2010).			capaian kinerja implementasi kebijakan SPM ini disebabkan karena egoisme Puskesmas yang hanya menganggap pekerjaan catat mencatat bukanlah pekerjaan mereka, karena tugas mereka adalah memberikan pelayanan medis.	mendalam. Faktor pembeda dari rencana penelitian yang akan dilakukan ini lebih mendalam pada kajian implementasi standar pelayanan minimal rumah sakit yang berhubungan dengan kualitas pelayanan kesehatan pada struktur sosial yang lebih jelas
Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Lingkungan Hidup Di Kabupaten Nunukan (Matto, 2016)	Implementasi kebijakan SPM dan faktor-faktor yang mempengaruhinya	Kualitatif	Implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Lingkungan Hidup di Kabupaten Nunukan masih belum optimal, hal ini disebabkan karena kebijakan yang ada kurang dikomunikasikan atau disosialisasikan dengan baik kepada penerima layanan, sumber daya yang masih kurang terutama sumber daya manusia dan sarana penunjang, serta sikap pelaksana yang belum menunjukkan kinerja yang baik serta struktur birokrasi yang panjang.	Temuan dari penelitian ini membahas tentang faktor komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Sedangkan penelitian yang akan dilaksanakan oleh peneliti, selain memasukkan faktor-faktor tersebut, juga memasukkan aspek ego sektoral pelayanan dan hal-hal yang dapat memunculkan ego sektoral dalam implementasi kebijakan.
<i>Public Service Quality Of Health Care.A Case Study of Dr. H. Koesnadi Hospital Bondowoso</i> (Kuzairi, Untung, 2015).	Kualitas pelayanan kesehatan sebagai bentuk implementasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit	Kualitatif	Kualitas pelayanan kesehatan ditentukan oleh implementasi kebijakan dan hubungan kerja pelayanan kesehatan di rumah sakit.	Implementasi kebijakan dan hubungan kerja tidaklah cukup menjelaskan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Faktor pembeda dari penelitian yang akan dilakukan yaitu adanya aspek ego sektoral yang dimodifikasi dari teori George Edwards III. Dengan munculnya aspek ego sektoral tersebut diharapkan dapat menjawab masalah mutu pelayanan kesehatan
Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Pelayanan Publik Bidang Kesehatan (Kuzairi, 2017)	Kebijakan publik	Kualitatif	Terdapat beberapa kendala dan hambatan yang dapat menjadi faktor yang mempengaruhi implementasi SPM di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso meliputi komunikasi, struktur	Penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian yang sebelumnya karena penelitian ini membahas lebih mendalam tentang aspek ego sektoral dalam implementasi kebijakan SPM RS dan hal-hal yang berperan dalam terbentuknya

birokrasi, sumber-sumber, disposisi (sikap) dan ego sektoral. Dari beberapa faktor yang ada, faktor yang paling banyak peranannya dalam menghambat implementasi di rumah sakit ini yaitu ego sektoral pada pelayanan medis. Ego sektoral terbentuk dari pendidikan Sumber Daya Manusia (SDM) medis. ego sektoral dalam memberikan pelayanan sehingga berdampak pada mutu pelayanan kesehatan yang diberikan.

Sumber: Data diolah, Tahun 2016.

Pentingnya mengetahui posisi penelitian ini, sebagaimana yang dilakukan peneliti terdahulu dalam area kajian pelayanan kesehatan di rumah sakit agar *road map* “peta jalan” diketahui dengan baik. Hal ini dimaksudkan agar peneliti tahu apa yang akan dilakukan dan dapat menentukan secara pasti langkah yang diperlukan untuk mempersiapkan diri di lapangan penelitian.

Hasil penelitian di atas mempunyai kelemahan masing-masing, secara umum kelemahan tersebut yaitu : (1) belum ada yang memfokuskan pada penegndalian aspek ego sektoral yang menjadi hambatan dan dapat mempengaruhi implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal RS sehingga dapat menyebabkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan, (2) belum ada yang memfokuskan pada implementasi SPM pada pelayanan kesehatan tingkat lanjutan.

Penelitian yang akan dilakukan akan mengkaji mutu pelayanan kesehatan dari sisi faktor hubungan internal rumah sakit pada implementasi kebijakan SPM RS, baik hubungan antara pimpinan dengan karyawan maupun hubungan pemberi pelayanan medis dan pihak manajemen. Selanjutnya, dalam hubungan internal di rumah sakit ini terkadang muncul adanya aspek ego sektoral sehingga dapat mempengaruhi implementasi SPM RS yang berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan. Hal ini berbeda dari penelitian terdahulu oleh Krogstad (2010), yang mengkaji mutu pelayanan dari sisi pemberi pelayanan medis saja yaitu hubungan dokter dan perawat. Pemilihan fokus penelitian ini didasarkan pada

alasan teoritis sebagaimana Khozin (2010) yang menyatakan bahwa egoisme organisasi pelayanan dan implementasi kebijakan SPM bidang kesehatan bisa mempengaruhi kualitas pelayanan. Sebagaimana teori Edwards III menyatakan faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan terdiri dari komunikasi, sumber-sumber, disposisi dan struktur birokrasi.

Penjelasan selanjutnya, area kajian penelitian yang akan dilakukan bersifat makrosubjektif dari perspektif hubungan internal di rumah sakit. Hal tersebut berbeda dari penelitian Klopper (2010), dimana memandang mutu pelayanan kesehatan dari sisi hubungan individu-individu dan cenderung mencerminkan hubungan psikologi individu medis dengan manajer rumah sakit. Karena bersifat makrosubjektif, unit analisis penelitian ini adalah organisasi rumah sakit. Demikian juga, berkenaan dengan perbedaan penelitian yang telah dilakukan Tonneau (1997), yang masih bergerak diseperti perilaku karyawan. Oleh karena itu, penelitian yang akan dilakukan mengupas hubungan internal di rumah sakit secara utuh, agar informasi mutu pelayanan dapat ditangkap secara lengkap serta menjadi dasar pengembangan teori implementasi kebijakan pada pelayanan publik di rumah sakit.

Oleh karena fokus penelitian yang dilakukan pada implementasi kebijakan. Maka, peneliti berusaha seobyektif mungkin untuk menjelaskan beberapa penelitian terdahulu yang terkait dengan teori Edwards III yang pernah dilakukan oleh peneliti lain. Adapun beberapa penelitian terdahulu terkait teori Edwards III dapat dipaparkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.24 Kritik Penelitian Terdahulu terhadap Teori Edwards III

Judul Penelitian dan Peneliti	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Kritik terhadap Teori Edward	Faktor Pembeda
<i>The Influence of Policy Implementation from the Change of Institutional Status</i>	Kuantitatif	Adanya pengaruh unsur kultur budaya setempat menjadi variable tersendiri disamping ke empat variable yang telah di kemukakan oleh Edwards III yakni, komunikasi, sumber-sumber, struktur birokrasi	Keempat unsur yang dikemukakan Edwards III tidaklah cukup untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit, tetapi ada unsur budaya lokal (kultur) yang menjadi ungkit	Penelitian ini tidak menelusuri lebih dalam terkait hambatan lain selain dari variabel menurut

<i>Toward Quality of Patient Service in Hospital</i> (Kusnadi, Dadang .2015)		dan disposisi.	meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.	Edwards III, sedangkan penelitian yang akan dilakukan akan menelusuri lebih dalam terkait hambatan lain seperti ego sektoral dan hal-hal yang dapat memunculkan ego sektoral tersebut
Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Lingkungan Hidup di Kabupaten Nunukan (Matto, Rahmawati. 2016)	Metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif	Implementasi kebijakan SPM Bidang Lingkungan Hidup di Kabupaten Nunukan masih belum optimal, hal ini disebabkan karena kebijakan yang ada kurang dikomunikasikan dengan baik kepada penerima layanan, sumber daya yang masih kurang terutama sumber daya manusia dan sarana penunjang, sikap pelaksana yang belum menunjukkan kinerja yang baik serta struktur birokrasi yang terlalu panjang sehingga menghambat implementasi kebijakan berjalan secara optimal.	Keempat variabel menurut Edwards III tersebut sama-sama berkontribusi dalam menghambat implementasi kebijakan SPM berjalan secara optimal, tetapi hambatan yang memiliki kontribusi terbesar sebagai faktor penghambat yaitu variabel sumber daya khususnya Sumber Daya Manusia terkait kualitas dan kuantitasnya, serta dari aspek pendanaan.	
Analisis Implementasi Program Bantuan Operasional Sekolah pada SDN di Kota Jakarta Selatan (Nurani, Dwi. 2009)	Penelitian deskriptif dengan metode penelitian kualitatif	Implementasi program BOS pada SDN di kota Jakarta Selatan cukup efektif, meskipun tidak cukup sempurna. Hal ini terbukti dari kondisi yang diharapkan tidak sesuai dengan kondisi kenyataan, dalam pelaksanaannya program BOS mengalami hambatan dari aspek komunikasi dan sumber daya, untuk aspek sikap dan struktur birokrasi cukup efektif.	Dari keempat variabel menurut Edwards III, variabel yang paling dominan sebagai hambatan dalam implementasi program BOS yaitu sumber daya dan komunikasi. Sedangkan untuk variabel disposisi dan struktur birokrasi sudah sangat mendukung implementasi program BOS tersebut tetapi tidak menjamin implementasinya berhasil diterapkan dengan baik.	
Implementasi	Metode	Keempat variabel model	Dari keempat variabel	

Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Nonkuota (JAMKESD A dan SPM) (Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar) (Sukowati, <i>et al.</i> , 2013)	deskriptif dengan pendekatan kualitatif	implementasi George C. Edwards III dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Maskin Nonkuota (SPM dan Jamkesda) telah terpenuhi namun masih ada kekurangan yang sering ditemukan, yaitu pada variabel sumber daya terkait keterbatasan anggaran/dana dan fasilitas/peralatan medis	model implementasi menurut Edwards III, variabel yang paling dominan sebagai penghambat dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Maskin Nonkuota yaitu variabel sumber daya. Sedangkan untuk variabel komunikasi, disposisi dan struktur birokrasi sudah terpenuhi, tetapi tidak menjamin keberhasilan dari implementasi program tersebut.	
Implementasi Kebijakan Program Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan (P2KP) di Kota Gorontalo (Aneta, Asna. 2010)	Pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus	Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan program penanggulangan kemiskinan di Kota Gorontalo, meliputi faktor komunikasi, sumber daya, sikap pelaksana dan struktur birokrasi merupakan faktor yang didalami dalam penelitian, dan pada realitasnya dapat mendukung terhadap pelaksanaan seluruh tahapan program dan kegiatan dalam kebijakan P2KP di Kota Gorontalo.	Di samping keempat faktor tersebut, masih ada faktor lain yang juga memahami kondisi sosial budaya masyarakat Gorontalo, bahwa keberhasilan program pembangunan khususnya kebijakan P2KP juga ditentukan oleh faktor empirik masyarakat dalam hal ini meliputi; tidak adanya diskriminasi pada masyarakat sebagai sasaran pembangunan, adanya bingkai moral masyarakat adat Gorontalo: Adat bersendi syara', syara' bersendikan kitabullah", semangat kegotong royongan yang disebut "Huyula", dan saling mengajak bermufakat bekerjasama dalam membangun	Penelitian ini sudah mendalami terkait hambatan lain selain keempat variabel menurut Edwards III, tetapi fokus yang diteliti berbeda dengan fokus yang akan diteliti yaitu aspek ego sektoral dalam implementasi kebijakan

				daerag yang disebut dengan “Heluma”.	
Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Kota Baubau (Studi Kasus SPM Pelayanan Rujukan di RSUD Kota Baubau) (Saputra, Dedi Rahmat. 2014)	Penelitian deskriptif kualitatif	Implementasi Pelayanan bidang kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Baubau sudah baik. Sedikit kekurangan pelaksanaan SPM bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau yaitu pada jumlah sumber daya manusia yang dibutuhkan. Adapun faktor yang mempengaruhi implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau berjalan baik yaitu; Komunikasi, disposisi dan struktur birokrasi. Sedangkan untuk faktor sumber daya masih terdapat kekurangan karena hanya 80% dalam mencukupi kebutuhan SDM RSUD Kota Baubau.	Standar Minimal rujukan di RSUD Kota Baubau	Dari keempat variabel menurut Edwards III, variabel yang masih kurang mendukung implementasi SPM bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau yaitu variabel sumber daya.	Penelitian ini tidak menelusuri lebih dalam terkait hambatan lain selain dari variabel menurut Edwards III, sedangkan penelitian yang akan dilakukan akan menelusuri lebih dalam terkait hambatan lain seperti ego sektoral dan hal-hal yang dapat memunculkan ego sektoral tersebut

Sumber: Data diolah, Tahun 2017.

Tabel 2.24 menjelaskan bahwa dari beberapa penelitian terdahulu yang menggunakan teori Edwards III dalam penelitiannya, namun demikian tidak ada yang menelusuri lebih mendalam terkait aspek ego sektoral yang dapat dikendalikan dalam implementasi kebijakan publik. Sebagian besar hanya menjelaskan terkait aspek dalam teori Edwards III saja yaitu aspek komunikasi, sumber-sumber, disposisi dan struktur birokrasi. Oleh karena itu, adanya aspek ego sektoral yang akan diteliti pada penelitian ini akan menjadi faktor pembeda dengan penelitian terdahulu. Adanya pengendalian aspek ego sektoral diharapkan bisa memberikan kontribusi pada keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik pada masa yang akan datang.

Adapun penelitian terdahulu terkait faktor penghambat implementasi kebijakan dan perbedaannya dengan penelitian ini akan dijelaskan pada table berikut:

Tabel 2.25 Penelitian Terdahulu Tentang Faktor Penghambat Implementasi Kebijakan

Judul Penelitian dan Peneliti	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Faktor Penghambat Implementasi Kebijakan	Faktor Pembeda
Analisis Implementasi Kebijakan Tentang Keterbukaan Informasi Publik Studi Kasus pada Kementerian Pertanian (Rahadian, Adinda P.2011)	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Secara umum kebijakan Keterbukaan Informasi Publik di Kementerian Pertanian masih belum sesuai dengan prinsip <i>transparency</i> dalam <i>good governance</i> , karena masih ada informasi yang seharusnya dibuka namun tidak dipublikasikan.	Faktor penghambat implementasi kebijakan meliputi faktor komunikasi yang kurang efektif, disposisi, sumber daya manusia yang kurang memadai, dan struktur birokrasi yang tidak sesuai.	Secara umum, faktor penghambat implementasi kebijakan pada beberapa penelitian terdahulu tersebut selain terletak pada teori
Implementasi Kebijakan Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun di Kota Malang (Sukmana <i>et al.</i>)	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Implementasi kebijakan wajib belajar pendidikan dasar sembilan tahun sudah terimplementasi dengan baik melalui tercapainya APK dan APM yang ditetapkan, akan tetapi masih terdapat kendala. Hal itu dikarenakan dana yang diberikan melalui BOSNAS (Bantuan Operasional Sekolah Nasional) dan BOSDA (Bantuan Operasional Sekolah Daerah) hanya cukup untuk guru dan fasilitas utama, sehingga apabila sekolah ingin memajukan secara lebih harus diperlukan ide kreatif untuk bisa mengelola dana dengan baik. Bahkan masih terdapatnya masyarakat yang belum mengikuti	Faktor penghambat implementasi kebijakan meliputi sumber daya manusia dan dana yang belum memadai, serta struktur birokrasi terkait pembagian tanggung jawab ganda.	Edwards III yang meliputi komunikasi, disposisi, sumber daya, struktur birokrasi, tetapi juga menemukan hambatan lain seperti korupsi, kurangnya dukungan sasaran kebijakan, kebijakan yang belum berkesinambungan. Faktor penghambat tersebut berbeda

		wajib belajar pendidikan dasar sembilan tahun karena kurangnya dukungan orang tua dan minat untuk bersekolah.	dengan fokus penelitian ini yang menekankan pada munculnya aspek ego sektoral implementor yang tidak bisa dikendalikan sehingga berdampak pada kurang optimalnya implementasi kebijakan
Implementasi Kebijakan Promosi Kesehatan (Studi pada Pusat Kesehatan Masyarakat Dinoyo, Kecamatan Lowokwaru, Kota Malang) (Wibawati, <i>et al.</i>)	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Implementasi kebijakan promosi kesehatan yang dilakukan sudah terlaksana dengan baik sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 585/MENKES/SK/V/2007 Tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas Namun masih kurang optimal dalam memotivasi masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.	Faktor penghambat implementasi kebijakan promosi kesehatan meliputi kurangnya sumber daya manusia dan adanya keterbatasan dana puskesmas dalam penyediaan media pendukung seperti video dan bahan bacaan yang dapat mendorong rasa ketertarikan masyarakat untuk lebih dapat memperhatikan informasi mengenai kesehatan yang diberikan oleh puskesmas.
Implementasi Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 18 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Gratis Di Kelurahan Nenang Kecamatan Penajam Kabupaten Penajam Paser Utara (Hamid, Abdul. 2015)	Penelitian deskriptif kualitatif	Implementasi Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 18 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Gratis di Kelurahan Nenang Kecamatan Penajam Kabupaten Penajam Paser Utara sudah berjalan, namun belum optimal.	Faktor penghambat implementasi Peraturan Bupati No. 18 Tahun 2012 adalah masih kurangnya sosialisasi mengenai pendidikan gratis dan kurangnya perhatian masyarakat tentang pendidikan.
<i>Problems of Policy Implementation in Developing Nations: The Nigerian</i>	Penelitian kualitatif	Kesenjangan implementasi dapat muncul dari kebijakan itu sendiri ketika perencanaan kebijakan berasal dari pemerintah	Beberapa masalah yang dapat menghambat implementasi kebijakan meliputi korupsi, kurangnya

<i>Experience</i> (Makinde, Taiwo. 2005)	dan bukan dari kelompok sasaran. Penyebab lainnya adalah kegagalan pembuat kebijakan untuk mempertimbangkan variabel sosial, politik, ekonomi dan administrasi saat menganalisis rumusan kebijakan serta sumber daya yang tidak memadai dalam menopang implementasi. Dan masalah serius lainnya adalah penyusunan dan korupsi yang telah memberikan kontribusi besar terhadap kegagalan implementasi kebijakan di negara-negara berkembang.	kesinambungan dalam kebijakan pemerintah, sumber daya manusia dan material yang tidak memadai, yang kesemuanya seringkali mengarah pada kesenjangan pelaksanaan, yaitu pelebaran jarak antara tujuan kebijakan yang telah ditetapkan dan realisasi tujuan yang direncanakan tersebut.	
<i>Obstacles to the Implementation of Tourism Policies and Regulations in Phuket, Thailand</i> (Krutwaysho, Ms Oratai)	Penelitian kualitatif	Kebijakan pariwisata sering menghadapi banyak tantangan antara lain kekurangan tenaga ahli dan keuangan yang tidak memadai, serta kurangnya koordinasi, ketaatan dan komunikasi muncul dalam proses implementasi.	Hambatan implementasi kebijakan meliputi kurangnya sumber daya, komunikasi, dan sikap

Sumber: Data diolah, Tahun 2017.

Berdasarkan Tabel 2.25 menyatakan bahwa ada perbedaan antara faktor penghambat implementasi kebijakan yang akan diteliti oleh peneliti dengan faktor penghambat implementasi kebijakan yang ditemukan pada beberapa penelitian terdahulu. Sebagian besar beberapa penelitian terdahulu menyatakan bahwa faktor penghambat implementasi kebijakan selain terletak pada teori Edwards III yang meliputi komunikasi, disposisi, sumber daya, struktur birokrasi, tetapi juga menemukan hambatan lain seperti korupsi, kurangnya dukungan sasaran kebijakan, kebijakan yang belum berkesinambungan. Sedangkan faktor penghambat implementasi kebijakan dalam penelitian ini menfokuskan pada munculnya aspek ego sektoral implementor yang tidak bisa dikendalikan sehingga kemungkinan dapat berdampak pada kurang optimalnya implementasi kebijakan.

2.2.2 Kerangka Pemikiran

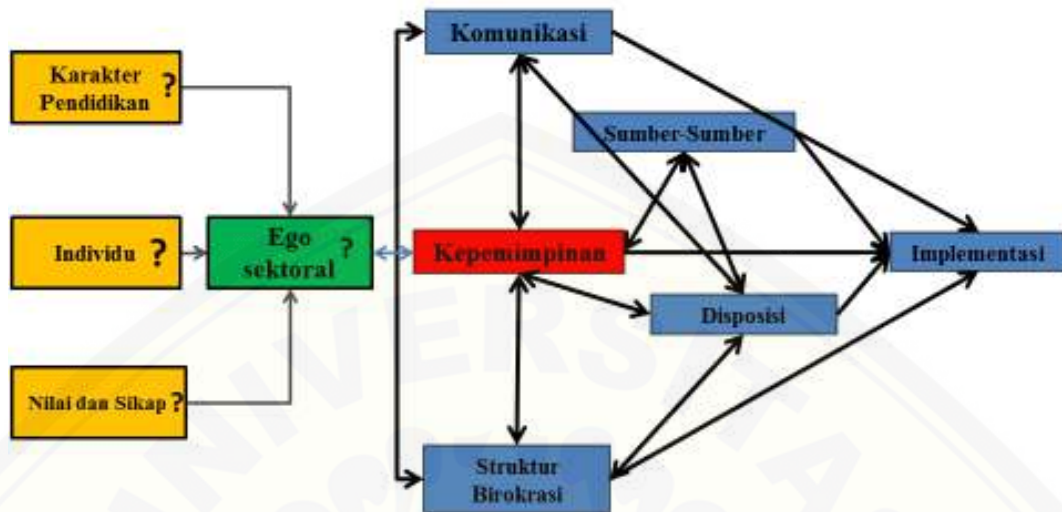
Timbulnya pemikiran tentang kerangka ilmiah didasari dari sesuatu teori yang menyusun atau menopang teori yang lain, sehingga sesuatu yang lain dapat berdiri dan berpikir merupakan gerak akal dari satu titik ke titik yang lain. Oleh karena itu dalam menopang kerangka pemikiran, tentunya diperlukan keilmuan dan landasan teori yang kuat. Kuatnya landasan tersebut karena sesuai dengan hukum-hukum dan sifat ilmu pengetahuan atau sesuatu yang dapat dipertanggungjawabkan dengan menggunakan pendekatan atau metode ilmiah.

Sebagaimana penjelasan landasan teori dan posisi penelitian terdahulu yang telah dikemukakan sebelumnya, maka peneliti mencoba menyusun kerangka pemikiran/*framework* yang mengkaji implementasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit serta faktor yang menjadi kendala dan hambatan yang mempengaruhinya. Berdasarkan hasil studi pendahuluan bahwa yang terjadi di rumah sakit faktor dominannya adalah komunikasi dan sikap para pelaksana kebijakan yang menjadi kendala implementasi kebijakan. Hal ini disebabkan oleh perasaan yang berlebihan pada individu atau unit kerja pelayanan yang disebut ego sektoral pelayanan. Ego sektoral tersebut dapat melekat baik pada diri profesional pelaksana kebijakan maupun unit kerja pelayanan. Bercampurnya persepsi tentang ego sektoral ke dalam pelayanan, dapat disebabkan oleh tuntutan profesi yang memerlukan kemandirian dalam menentukan tujuan perawatan atau pelayanan pasien. Tuntutan tersebut sekaligus sebagai pelayan masyarakat yang melaksanakan kebijakan publik pemerintah di sektor pelayanan kesehatan. Di sisi lain, hal tersebut dapat menjadi pemicu utama belum optimalnya implementasi kebijakan publik di sektor pelayanan kesehatan rumah sakit. Mengingat tenaga profesional di bidang pelayanan kesehatan tidaklah sama dengan tenaga pelaksana kebijakan publik bidang kesehatan di rumah sakit, karena kebijakan publik masih memerlukan potensi-potensi, sumber-sumber yang lainnya dalam melaksanakan suatu kebijakan. Dokter atau profesi tenaga kesehatan lainnya sebagai pemberi pelayanan profesional bidang kesehatan merupakan bagian/unsur pelayanan publik. Sedangkan implementasi kebijakan publik bidang kesehatan lebih ke arah manajemen pelayanan kesehatan bidang perumahasakitan. Artinya, seorang dokter

atau tenaga kesehatan lainnya masih diperlukan suatu usaha lagi dalam mengatasi persoalan pelayanan publik, karena keduanya merupakan dunia yang berbeda antara profesi pelayanan kesehatan dengan usaha bidang pelayanan dalam menerapkan implementasi kebijakan pelayanan publik di sektor kesehatan.

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, Edwards III membantu dalam menjelaskan tentang kebijakan publik, tetapi nampaknya pada lingkup rumah sakit faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan kurang menjelaskan. Hal ini diperlukan adanya suatu penjelasan lain yang sesuai dengan fakta yang sebenarnya terjadi di lingkungan rumah sakit tentang implementasi kebijakan. Berdasarkan pengamatan awal di RSUD dr. H. Koesnadi ditemukan adanya aspek ego sektoral pelayanan yang mempengaruhi terganggunya implementasi kebijakan, sehingga ego sektoral pelayanan sangat berpengaruh dan terasa sekali dampaknya terhadap implementasi kebijakan publik di rumah sakit. Misalnya di RSUD dr. H. Koesnadi masih di temukan beberapa poliklinik yang belum menerapkan standar pelayanan kesehatan sesuai SPM, sehingga pelayanan poliklinik tersebut tidak optimal dan indeks kepuasan masyarakat menurun. Hal ini terjadi karena adanya seorang dokter yang mempertahankan diri bahwa pelayanan poliklinik cukup dilakukan oleh seorang dokter umum yang didelegasikan. Berdasarkan kebijakan pemerintah tentang SPM, poliklinik wajib dilaksanakan oleh seorang dokter spesialis. Dengan kenyataan seperti itu, dapat disimpulkan sementara adanya ego sektoral pelayanan yang mengganggu pada implementasi kebijakan yang dapat dimasukkan kedalam unsur yang berpengaruh baik langsung maupun tidak langsung pada implementasi kebijakan di rumah sakit. Penjelasan selanjutnya, pentingnya meletakkan pengendalian ego sektoral pelayanan ke dalam unsur yang mempengaruhi implementasi kebijakan di rumah sakit karena pada kenyataannya di RSUD dr. H. Koesnadi masih terdapat rendahnya mutu pelayanan kesehatan sebagaimana yang dikemukakan pada bab satu.

Dengan demikian, digambarkan kerangka pemikiran itu, seperti pada gambar berikut ini:



Sumber: Modifikasi Alternatif Teori Edwards III, C. George (1980), oleh Kuzairi (2017).

Gambar 2.3 Faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan di Rumah Sakit.

Penjelasan dari gambar 2.3 bahwa dugaan sementara kurang optimalnya implementasi kebijakan disebabkan oleh komunikasi, sumber-sumber, disposisi, struktur birokrasi dan kepemimpinan yang mampu mengendalikan ego sektoral pemberi pelayanan. Ego sektoral mengacu pada adanya rasa yang berlebihan dari suatu hubungan kerja di pelayanan kesehatan rumah sakit. Rasa berlebihan tersebut merupakan perasaan abnormal yang muncul pada individu yang dapat mengganggu pelayanan di rumah sakit. Dampak ego sektoral pelayanan pada implementasi kebijakan SPM di rumah sakit dapat mengganggu pemberian pelayanan kepada pasien karena merasa ada sesuatu hal yang berlebihan dalam aspek pelayanan kesehatan. Misalnya, pelayanan yang sesuai dengan Standar pelayanan minimal dirawat jalan yang semestinya dilakukan oleh dokter spesialis, tetapi kenyataan yang terjadi di lapangan ada beberapa poliklinik rawat jalan dilaksanakan oleh dokter umum yang didelegasikan oleh dokter spesialis.

Terganggunya implementasi dan hambatan pelaksanaan kebijakan tersebut dapat berdampak pada rendahnya kualitas pelayanan, yang pelayanan tersebut seharusnya diberikan oleh seorang dokter spesialis tetapi kenyataannya dilayani dokter umum yang didelegasikan. Dampak lain dari hal tersebut, dapat menyebabkan salah diagnosa suatu penyakit, pelayanan menjadi lebih lama jika pada kasus tertentu yang dikonsultasikan pada dokter spesialis penanggung jawab dalam lamanya pasien menunggu pelayanan. Oleh karena itu, pelayanan yang diberikan kepada pasien tidak kompeten dan tidak sesuai prosedur yang telah ditetapkan standar pelayanan minimal.

Ego sektoral pelayanan dalam implementasi kebijakan di rumah sakit kemungkinan dapat disebabkan beberapa faktor dan faktor tersebut sangat berperan dalam terbentuknya ego sektoral pada bidang pelayanan kesehatan di rumah sakit, antara lain: karakter pendidikan; individu, dalam hal ini yaitu individu petugas pemberi pelayanan; nilai dan sikap. Untuk lebih konkretnya, berikut dibawah ini dijelaskan satu per satu pengaruh masing-masing faktor sehingga faktor tersebut bersentuhan langsung dan membentuk ego sektoral di pelayanan kesehatan.

Karakteristik pendidikan dapat memunculkan "keakuannya". Hal ini mungkin dapat dijelaskan karena latar belakang pendidikan kesehatan, terutama pendidikan kedokteran yang dituntut mandiri dalam menangani pasien untuk memperoleh kesembuhannya kembali. Dokter dalam pendidikannya dituntut mandiri untuk dapat membebaskan pasien dari penderitaan dan rasa sakitnya yang di keluhkan, sehingga dokter di "doktrin" bisa menangani permasalahan pasien tersebut dengan baik. Dengan terbentuknya karakter tersebut dan cenderung bekerja secara mandiri pada sebuah problem yang kompleks, dimana pasien menderita suatu penyakit tentunya ada beberapa aspek lainnya yang juga sakit. Misalnya, seorang pasien sakit jantung tentunya disamping mengeluhkan penyakit yang berhubungan dengan jantung juga mengeluhkan tentang hubungan dia dengan keluarga yang lain dan beban pekerjaan yang dipikulnya. Karena manusia tidak lepas dari interaksi holistik (bio, psikologi, sosial budaya, dan iman serta spiritual) sehingga pada kenyataannya, dokter dalam bekerja masih membutuhkan

tim ahli yang lain dalam menyembuhkan penyakit pasien, seperti ahli jiwa, psikologi, analis medis, perawat dan seterusnya. Sehingga pada esensinya dokter tidak bisa bekerja secara mandiri masih diperlukan profesi yang lainnya untuk mendukung kesembuhan pasien secara holistik tersebut. Berdasarkan kenyataan yang ada, kemandirian pendidikan profesi kedokteran lebih menonjol lagi jika profesi dokter tersebut sudah menginjak ke spesialisasi. Hal ini disebabkan karena semakin mengerucutnya keahlian dibidangnya tentu memiliki konsekuensi dan kemampuan bidang khusus yang "dibarengi" kemandirian serta otoritas khusus dibidangnya. Kemandirian khusus dibidangnya memberikan keleluasaan yang lebih dibandingkan dengan dokter lainnya diluar bidang keahlian. Sehingga "benih-benih" munculnya ego sektoral pelayanan sejak pendidikan kedokteran mulai nampak disini, yang selanjutnya dokter tersebut menjadi faktor penentu sukses tidaknya kesembuhan pasien selama di rawat di rumah sakit.

Sehubungan dengan adanya otoritas khusus, otoritas dokter dalam menangani pasien semakin kuat bila dokter tersebut dengan predikat dan spesialisasi tertentu, otoritas dokter tersebut terutama pada spesialis "pemegang pisau bedah". Dengan kemampuan khususnya, dokter spesialis "pemegang pisau bedah" membantu kesembuhan dan keselamatan pasien melakukan pertolongan lewat pembedahan/operasi. Misalnya kasus yang dapat ditolong lewat pembedahan seperti; pasien dengan indikasi *sectio caesaria*/melahirkan bayi dengan cara pembedahan perut, hernia/usus turun, perdarahan otak akibat kecelakaan lalu-lintas, *tonsilitis*/amandel, catarak, bibir sumbing dan sebagainya. Pendidikan dokter spesialis terutama spesialis bedah pada universitas-universitas di Indonesia telah menentukan sedemikian ketatnya persyaratan masuk dan pendidikan serta beberapa prosedur yang harus dilalui sebelum dinyatakan lulus dan layak menjadi spesialis, sehingga tidak semua dokter bisa mengikuti pendidikan lanjutan untuk menuju spesialisasi. Kenyataan regulasi dan kebijakan di Indonesia tentang rumah sakit selalu dikaitkan dengan jumlah/keberadaan dokter spesialis, kebijakan pemerintah tersebut yang berhubungan dengan tenaga dokter antar lain: tipe rumah sakit, direktur/kepala rumah sakit, standar pelayanan rumah sakit dan akreditasi rumah sakit. Dari beberapa alasan tersebut, hal inilah

kemungkinan dapat menimbulkan ego sektoral pelayanan di rumah sakit, karena kesehuan pasien hanya bergantung kepada keberadaan dan keahlian dokter terutama dokter "pemegang pisau bedah".

Karakter pendidikan kedokteran di universitas yang menuntut kemandirian profesi dengan kenyataan setelah bekerja di rumah sakit yang berbeda mungkin saja dapat menimbulkan persepsi ego sektoral pelayanan. Perbedaan ini dapat disebabkan karena tujuan antara dokter dengan manajemen rumah sakit dalam pelayanan kesehatan. Dokter selama masa pendidikannya dituntut mandiri merawat pasien hanya semata-mata bagaimana pasien tersebut sembuh dan terbebas dari sakitnya, sedangkan manajemen bertujuan bagaimana kepentingan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan pasien dapat tercapai dengan baik dan prima. Manajemen berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan dapat berkolaborasi, menyelaraskan, dan menyerasikan bersama tim-tim ahli yang lain agar pelayanan pasien berjalan secara optimal serta kepentingan dan kepuasan bersama dapat tercapai dengan baik. Sedangkan dokter, cenderung mandiri dalam menangani kesembuhan pasien, sehingga dapat ditafsirkan terkesan "egosentris" profesi pada tim kolaborasi di pelayanan kesehatan rumah sakit. Perbedaan tujuan inilah yang dapat terjadi di sektor pelayanan kesehatan, sehingga menjadi kendala utama dalam implementasi kebijakan di rumah sakit.

Selanjutnya, terkait individu petugas/karyawan penyelenggara pelayanan kesehatan di rumah sakit, banyak silang pendapat dari para ahli tentang sikap individu yang melekat menjadi karakteristiknya yang mempengaruhi ego sektoral. Allport dalam Hatimi (2013:5) berpendapat bahwa individu dilahirkan dengan membawa ciri dan watak yang sudah terbentuk. Manusia lahir dengan karakter sendiri-sendiri yang terus berkembang sesuai dengan kematangan kepribadian orang tersebut. Ia dapat menerima keadaan ataupun menolak keadaan sangat dipengaruhi oleh watak yang dibawanya sejak ia lahir. Dalam kaitannya dengan ego sektoral pelayanan kesehatan, mungkin karakter inilah yang sudah melekat dalam diri individu pemberi pelayanan, sehingga karakter tersebut sangat kuat dan sulit menerima perubahan dan kritik dari orang lain. Hal ini terkadang dapat berdampak negatif terhadap pelayanan yang diberikan dan sulitnya berhubungan

antar sesama kolega/sejawat dan mitra kerja lainnya, sehingga dapat mengganggu hubungan kerja dengan unit yang lain. Prinsip yang "keukeh" itu merupakan prinsip yang baik terhadap keinginan individu yang bersifat positif, tetapi pada sikap yang menuntut suatu perubahan pola dasar dalam menyikapi perubahan pola pelayanan global yang fokus pada kepuasan pasien, sikap ini perlu ditata ulang. Pentingnya menata perubahan sikap dalam rangka membangun pelayanan kesehatan masyarakat dengan mengesampingkan karakter/watak negatif tersebut misalnya melalui diskusi-diskusi kelompok kerja, audit kinerja dan presentasi kasus-kasus pada pasien dengan tingkat kesulitan yang kompleks pada unit-unit pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Kemudian, tentang nilai dan sikap individu kaitannya dengan ego sektoral pelayanan kemungkinan dipengaruhi oleh adanya prasangka sosial yang terjadi atau tumbuh dalam kehidupan berorganisasi yang secara terus-menerus berinteraksi sosial pada pelayanan kesehatan. Allport (dalam Hatimi, 2013:24) menyatakan bahwa dasar munculnya prasangka tersebut karena adanya kekeliruan dan generalisasi yang tidak fleksibel. Pendapat lainnya menurut Walgito (2003:95) menjelaskan bahwa prasangka sosial terdiri dari *attitude-attitude* sosial yang *negative* terhadap golongan lain dan mempengaruhi tingkah lakunya terhadap golongan manusia lain tadi. Oleh karena itu, prasangka sosial tersebut cenderung bersifat negatif, baik pada penerimaan seseorang terhadap informasi, komunikasi dan pesan yang disampaikan melalui kebijakan rumah sakit diterima secara negatif. Terkadang tanggapan seseorang terhadap suatu respon diterima secara negatif walaupun respon tersebut bersifat umum dan produktif. Hal ini disebabkan sebagian individu yang hidup di tengah organisasi pelayanan kesehatan memiliki prasangkas sosial yang peka di dalam menanggapi kebijakan dan perubahan lainnya. Dengan demikian, implementasi kebijakan yang dilakukan di organisasi rumah sakit cenderung diterima negatif dan sebuah keterpaksaan SDM untuk melakukan kebijakan tersebut.

Mengingat aspek ego sektoral pelayanan merupakan sesuatu hal yang terjadi di luar kendali manajemen dan dapat menyebabkan pelayanan tidak optimal kepada pasien sehingga menyebabkan terganggunya hubungan dan suasana kerja

di pelayanan kesehatan rumah sakit yang akan bermuara pada iklim organisasi. Menurut Liliweri (2014:303), iklim organisasi sangat mendukung perilaku kerja karyawan dalam menjalankan kompetensinya untuk bekerja secara produktif. Iklim kerja yang terbentuk dengan adanya ego sektoral maka akan berdampak pada perilaku karyawan yang mengedepankan egonya masing-masing dan tidak memperhatikan standar kebijakan yang telah ditetapkan. Hal ini akan berdampak pada pemberian pelayanan kesehatan yang cenderung kurang optimal. Oleh karena itu, manajemen rumah sakit dalam hal ini direktur rumah sakit menjadi penanggung jawab terhadap pengelolaan ego sektoral pelayanan di rumah sakit. Munculnya ego sektoral pelayanan dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal kemungkinan karena kepemimpinan dalam organisasi pelayanan yang tidak efektif dalam mengatasinya. Menurut Yukl (2010:5), kepemimpinan yang efektif adalah sejauh mana unit organisasi dari pemimpin tersebut melaksanakan tugas dengan berhasil dan mencapai tujuan-tujuannya. Unit organisasi sebagai ujung tombak di tiap bagian pelayanan merupakan ujung tombak terkecil pelayanan kesehatan di rumah sakit. Oleh karena itu, peran keefektifan pemimpin organisasi sangatlah penting untuk mengendalikan pelayanan kesehatan tersebut. Sementara itu, tujuan-tujuan sebagaimana yang didefinisikan Yukl merupakan target-target yang wajib dicapai organisasi rumah sakit pemerintah dalam indikator implementasi kebijakan yang telah digariskan oleh pemerintah. Yukl (2010:15) menyatakan bahwa aspek kepemimpinan merupakan sebuah proses mempengaruhi sosial dengan pengaruh yang disengaja digunakan oleh seseorang terhadap orang lain untuk menstruktur kegiatan-kegiatan dan hubungan-hubungan dalam sebuah kelompok atau organisasi. Oleh karena itu, peran pemimpin di organisasi rumah sakit sangat penting, karena pemimpin rumah sakit menyangkut pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan kepuasan pasien.

Peran penting pemimpin lainnya yaitu dalam menstruktur kegiatan-kegiatan seperti: mensinergikan, mengontrol, dan mereduksi konflik di unit-unit kerja agar arah pelayan menjadi lebih fokus pada mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam hal kepemimpinan di RSUD dr H Koesnadi, pemimpin merupakan titik

sentral keputusan kebijakan rumah sakit yang mempunyai implikasi penting sebuah arah kebijakan rumah sakit pada pelaksanaan pelayanan kesehatan. Dalam hal strukturisasi kegiatan, peran pemimpin menjadi penting untuk menstruktur kegiatan guna menekan terjadi ego sektoral yang berlebihan. Peran tersebut dengan memberi pengarahan yang baik, menggerakkan individu-individu, unit-unit untuk mencapai senergitas pelayanan optimal. Memberi pengarahan merupakan salah satu tugas pemimpin untuk mencapai kejelasan tugas, tanggung jawab dan tugas pokok pada unit-unit kerja pelayanan. Menurut Donna (2007:28), ego sektoral timbul karena lemahnya pengawasan langsung oleh pimpinan karena ketidakjelasan *leading sector*. Oleh karena itu, mengontrol hal-hal yang tidak perlu dilakukan dalam pelayanan merupakan persoalan utama yang wajib dilakukan oleh pemimpin dalam organisasi rumah sakit. Berdasarkan kenyataan yang terjadi di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso peran pemimpin cukup efektif dalam menstruktur kegiatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Misalnya, pelarangan aturan membayar uang muka bagi semua pasien sebelum pelayanan dilakukan dapat menekan terjadinya ego sektoral bagian keuangan rumah sakit. Namun sebaliknya ada beberapa kebijakan pimpinan rumah sakit yang nampaknya belum bisa menekan terjadinya ego sektoral pelayanan. Misalnya di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, belum adanya evaluasi kebijakan aturan yang mewajibkan diskusi antarbagian bila menemui kendala baik teknis maupun non teknis pada pelayanan pasien di rumah sakit. Diskusi dilakukan untuk mencari solusi dan menemukan titik temu antarbagian tentang problematika yang dapat di tangani secara bersama-sama untuk mengatasi masalah tersebut. Hal ini penting dilakukan untuk mengetahui potensi bagian lain dalam mengatasi masalah yang dihadapi, sehingga terbuka wawasan bersama bahwa dalam penanganan pasien diperlukan tim yang solid dan kerjasama secara komprehensif agar penanganan kesehatan pasien berhasil dengan baik. Dengan demikian diharapkan ego sektoral unit pelayanan dapat dikendalikan dengan baik serta ego sektoral tersebut menjadi daya ungkit dalam memacu persaingan positif antarunit kerja di organisasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien.

Tentang kepemimpinan dan komunikasi, didalam kepemimpinan sangat membutuhkan komunikasi yang baik. Sebagaimana menurut Luthans (2006:645), kepemimpinan yang efektif dicerminkan dengan beberapa perilaku pemimpin sebagai berikut: membangun dan mengkomunikasikan visi; menginspirasi, membangkitkan percaya diri; memberdayakan, *coaching*, memfasilitasi, menyerahkan kendali; membangun hubungan yang kuat dengan pengikut; pembelajaran dan akomodasi timbal-balik. Berdasarkan teori tersebut dapat diketahui bahwa dalam upaya membangun dan mengkomunikasikan visi organisasi sangat membutuhkan kemampuan pemimpin dalam mengkomunikasikannya terhadap bawahan sehingga bawahan mengetahui dan bisa memahami visi organisasi. Selanjutnya, dalam upaya menginspirasi dan membangkitkan kepercayaan diri bawahannya juga membutuhkan komunikasi yang baik dengan bawahan sehingga pemimpin bisa memberi keyakinan bagi bawahan untuk menginspirasi dan menumbuhkan percaya diri. Sama halnya juga, dalam upaya *coaching* atau pembinaan dan membangun hubungan yang kuat dengan pengikut tentu membutuhkan komunikasi yang baik agar hal-hal dalam upaya pembinaan dapat tersampaikan dengan baik. Selain itu, dengan adanya komunikasi yang baik antara pemimpin dan bawahan maka akan tercipta hubungan yang kuat antara keduanya. Oleh karena itu, dalam mewujudkan kepemimpinan efektif membutuhkan komunikasi yang baik dalam hal produktivitas dan membangun kesadaran kolektif seluruh unit dan pemberi pelayanan di rumah sakit.

Upaya mencapai efektivitas implementasi kebijakan dalam melaksanakan kebijakan tersebut yaitu dengan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan. Keputusan kebijakan dan perintah pelaksanaan harus diberikan kepada personil yang sesuai sebelum hal tersebut dilakukan. Misalnya, di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso tentang implementasi kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) tidak semua karyawan mengetahui terutama tenaga profesional di rumah sakit. Kejadian seperti ini mungkin disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif sehingga kebijakan tidak berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Menurut Rubent and Stewart (2013:325), keberfungsian komunikasi melalui para anggota

organisasinya bertujuan untuk: (1) mendefinisikan tujuan; (2) menggambarkan peran dan tanggung jawab anggotanya; (3) mengkoordinasikan pelaksanaan pekerjaannya; (4) membentuk jaringan informasi; (5) mengembangkan budaya dan iklim organisasi, yang kesemuanya memandu perilaku para anggotanya. Peran komunikasi dalam organisasi dapat mengubah struktur-struktur, orang-orang, posisi-posisi di dalam organisasi. Hal ini juga berlaku di organisasi rumah sakit, dimana peran komunikasi sangat dirasakan penting dan menduduki posisi strategis dalam mengubah perilaku pelayanan di rumah sakit. Melalui komunikasi definisi tujuan organisasi pelayanan kesehatan akan semakin jelas, visi dan misi rumah sakit dapat tersampaikan pada semua anggota organisasi rumah sakit, bahkan pada anggota unit kerja terkecil sekalipun. Luthans (2006:391) menyatakan bahwa koordinasi tugas dan tujuan untuk terciptanya interaktif kepala unit pelayanan dalam membahas kontribusi unit kerja kepada tujuan organisasi yang akan dicapainya. Dengan demikian maka komunikasi yang terdefiniskan secara jelas akan mereduksi ego sektoral pelayanan yang berlebihan yang sifatnya merusak tujuan pelayanan kesehatan organisasi rumah sakit.

Peran komunikasi sebagai pengkoordinasi pelaksanaan pekerjaan merupakan suatu hal yang sentral di dalam organisasi. Dalam hal ini, diperlukan pemimpin yang menjadi penentu arah kebijakan pelaksanaan pekerjaan dari para anggotanya. Donna (2007:35) mengemukakan bahwa pembagian peran memerlukan kepemimpinan yang baik dengan komunikasi yang jelas dan kerjasama yang solid antar sektor pelayanan. Pemimpin organisasi pelayanan kesehatan tentunya seorang yang spesifik dalam perannya mengkoordinasikan para anggotanya. Sebagaimana diketahui bersama, organisasi rumah sakit terdiri atas beberapa SDM yang kompleks, mulai dari super spesialis sampai tingkat pendidikan dasar. Berdasarkan kenyataan itu, menjadi tantangan tersendiri bagi pemimpin/direktur rumah sakit dalam pengembangan komunikasi ke arah koordinasi para anggotanya. Menurut Ruben dan Stewart (2013:337), komunikasi dalam organisasi adalah proses mengarahkan organisasi ditetapkan, kepemimpinan, kolaborasi berlangsung, informasi dikumpulkan dan disebarluaskan dari dan kepada pemangku kepentingan internal dan eksternal.

Mengingat peran pemimpin di tengah-tengah keanekaragaman SDM rumah sakit, tentunya banyak tantangan dan kendala yang dihadapi, di antaranya memahami informasi yang keliru, perbedaan pemahaman informasi dan informasi tidak sampai kepada para anggota organisasinya. Dari kenyataan tersebut, peran manajerial yang merupakan seni dan pengetahuan (*art and science*) memimpin, dituntut lebih besar dalam mengkomunikasikan kebijakan-kebijakan rumah sakit secara baik dan benar. Dampak yang diharapkan dari pengkoordinasian pelaksanaan bagi para anggota organisasi rumah sakit bertujuan mengendalikan diri dan memahami kedudukan diri para anggotanya. Para anggota dapat memahami kedudukan dan fungsinya dalam sebuah tatanan subkoordinasi dari unit-unit pelayanan kesehatan lainnya. Menurut Luthans (2006:391), memahami kedudukan dan pengendalian diri erat kaitannya dengan pembagian tugas informal dan perannya dalam koordinasi unit-unit sebuah kelompok, sehingga ego sektoral yang tumbuh di pelayanan kesehatan berjalan secara normal sebagai bagian dari pelaksanaan tugas pelayanan dan ego sektoral merupakan penggerak dari bagian subkoordinasi yang koordinatif di dalam organisasi pelayanan.

Menurut Robbins (2006:211), komunikasi mempunyai peran dalam penciptaan suasana suatu organisasi, komunikasi terkadang menjadi masalah dalam konflik antar individu karyawan dengan karyawan lainnya. Selanjutnya, Robbins dan Coulter (2004:110) menyatakan bahwa komunikasi dengan tujuan penyampaian dan pemahaman suatu maksud agar dapat tercapai iklim organisasi yang terarah dan sesuai dengan *value* organisasi yang dibangunnya. Oleh karena itu, Robbins (2006:216) menyatakan bahwa pemindahan dan pemahaman makna wajib terbebas dari kepentingan individu dan golongan tertentu. Hal ini penting, terutama organisasi rumah sakit, mengingat iklim organisasi rumah sakit yang pertama-tama dibangun adalah misi sosial pelayanan kesehatan masyarakat luas. Sehingga tujuan sosial ini perlu ditanamkan terlebih di era persaingan dan bisnis yang tumbuh subur disekitar pelayanan kesehatan. Dengan demikian, ego sektoral yang “dibarengi” nilai-nilai organisasi rumah sakit yang kuat, diharapkan membawa perubahan iklim organisasi. Robbins (2006:83) menyatakan bahwa nilai yang dimaksud adalah mengandung aspek pertimbangan yang mengemban

berbagai gagasan terkait hal yang baik, benar atau diinginkan. Oleh karena itu, upaya pemimpin dalam membangun komunikasi melalui nilai organisasi yang kuat disertai cara berfikir dan pandangan anggotanya yang positif dapat membantu menekan munculnya ego sektoral yang berlebihan khususnya dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit.

Mengenai kepemimpinan dan sumber-sumber, didalam mewujudkan beberapa efek (langsung maupun tidak langsung) dari pemimpin yang menerapkan kepemimpinan yang efektif dalam suatu organisasi maka membutuhkan dukungan pemenuhan sumber-sumber baik SDM, dana maupun sarana dan prasarana. Menurut Yukl (1994:6), efektivitas kepemimpinan dari pemimpin dapat dilihat dengan adanya efek-efek langsung atau tidak langsung. Efek-efek langsung merujuk pada keputusan-keputusan dan tindakan pemimpin yang mempunyai dampak langsung terhadap apa yang dilakukan, bagaimana hal itu dilakukan, atau sejauh mana efisiensi melakukannya. Ada banyak cara bagi seorang pemimpin untuk mempengaruhi kinerja jangka pendek para bawahan. Salah satunya yaitu para pemimpin dapat mengorganisasi dan mengkoordinasi aktivitas-aktivitas dengan cara yang lebih efisien. Hal tersebut dapat diwujudkan dengan mencocokkan secara tepat antara orang dengan tugasnya. Apabila sumber daya manusia kurang memadai baik kuantitas maupun kualitasnya, maka pemimpin akan kesulitan dalam mencocokkan secara tepat antara orang dengan tugasnya. Sama halnya apabila dana serta sarana dan prasarana tidak memadai, maka akan mengganggu keberlangsungan kerja sumber daya manusia karena dalam mewujudkan tujuan organisasi membutuhkan dana sebagai kunci pelaksanaan kegiatan serta sarana dan prasarana dalam mengoperasikan kegiatan kerja. Oleh karena itu, dalam konteks implementasi kebijakan SPM di rumah sakit maka sumber-sumber menjadi suatu hal penting yang harus terpenuhi agar kegiatan didalamnya dapat dilaksanakan dengan optimal yang kemudian juga didukung dengan adanya kepemimpinan yang efektif.

Pembahasan selanjutnya yaitu tentang kepemimpinan dan disposisi, dengan adanya pemimpin yang menerapkan kepemimpinan yang efektif maka dapat mengubah disposisi (sikap) bawahannya agar sikap yang dimunculkan dapat

mencapai tujuan organisasi. Menurut Luthans (2006:572), tujuan merupakan target kinerja yang berusaha dicapai seseorang atau kelompok dalam pekerjaannya. Oleh karena itu, tujuan mengandung sifat dan sikap, maka kepemimpinan tidak lepas dari bagaimana bisa mempengaruhi sikap atau perilaku seseorang dalam sebuah organisasi. Sebagaimana menurut Liliweri (2014:62), kepemimpinan merupakan kemampuan seorang pemimpin melalui kekuasaan dan kewenangan yang dia miliki, atau melalui perilaku yang dia tampilkan sehingga bisa mempengaruhi (mengubah) perilaku para pengikutnya. Kepemimpinan dapat mengubah sikap pada individu atau unit kerja ke arah tujuan kontra produktif atau sebaliknya menjadi produktif. Sikap tersebut dapat dibelokkan atau lurus pada tujuan yang akan dicapai organisasi tergantung pada penerapan kepemimpinan dari seorang pemimpin apakah efektif atau tidak. Dalam konteks implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit, dengan adanya kepemimpinan yang efektif dari seorang direktur diharapkan dapat mempengaruhi sikap karyawan (implementor) dalam mengimplementasikan standar yang telah ditetapkan sehingga pelayanan yang diberikan menjadi berkualitas.

Salah satu karakteristik struktur birokrasi yaitu nilai atau norma dan berbagai pola dari hubungan yang dilakukan secara berulang kali pada badan eksekutif. Kebijakan ditentukan oleh hubungan yang baik antarunit pelaksana atau implementor kebijakan. Berdasarkan penjelasan sebelumnya, perilaku yang mencerminkan kepemimpinan yang efektif yaitu “memberdayakan”, dalam hal ini memberdayakan bawahan dengan adanya partisipasi dan koordinasi. Dimana dalam struktur birokrasi itu membutuhkan adanya koordinasi dari berbagai pihak sehingga dengan penerapan kepemimpinan yang efektif diharapkan dapat menjalankan struktur birokrasi yang kondusif dan tidak berbelit-belit. Oleh karena itu, menjadi penting tentang kajian area implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit, karena organisasi rumah sakit terdiri dari struktur birokrasi yang mengatur didalamnya. Menurut Winarno (2005:155), sifat dari struktur birokrasi yang berpengaruh pada implementasi kebijakan adalah fragmentasi, yaitu penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi dari berbagai kalangan.

Berdasarkan pendapat Winarno tersebut, maka kebutuhan akan koordinasi pada struktur birokrasi dapat diwujudkan dengan adanya kepemimpinan yang efektif dari seorang pemimpin sehingga hal-hal yang dikoordinasikan dalam konteks penelitian ini yaitu kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit dapat terimplementasikan dengan optimal.



BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab metode penelitian dibagi menjadi sembilan bagian. Pertama membahas terkait alasan pemilihan metode penelitian kualitatif dan mengulas tentang beberapa alasan yang dipakai untuk menjelaskan area kajian, unsur utama yang akan diteliti dan karakteristik yang melekat pada penelitian kualitatif.

Bagian kedua mengulas tentang metode penelitian dengan pendekatan fenomenologi. Sebagaimana tujuan penelitian yang hendak dicapai, adalah menganalisis mutu pelayanan kesehatan rumah sakit di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, maka penelitian ini menggunakan data deskriptif dengan tujuan agar dapat mengetahui dan membangun pemahaman terkait pengalaman, kondisi dan keadaan yang dialami oleh subjek penelitian.

Bagian selanjutnya berturut-turut membicarakan tentang alasan pemilihan lokasi penelitian, bagian sumber informasi dan teknik pemilihan informan/narasumber, bagian posisi peneliti didalam penelitian, bagian teknik pengumpulan data, bagian teknik analisis data dan terakhir adalah peneliti menjelaskan tentang reabilitas, validitas dan keabsahan data.

3.1 Alasan Pemilihan Metode Penelitian Kualitatif

Alasan pemilihan metode pada penelitian implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, adalah sebagai berikut:

- a. Area kajian penelitian sebagian besar berada pada mikrosubjektif karena memfokuskan pada perilaku dan tindakan apa yang dilakukan oleh implementor sehingga dapat diketahui sejauh mana kebijakan standar pelayanan minimal terimplementasikan dan hambatan apa saja yang terjadi. Hal tersebut berlandaskan pada fakta realita (kenyataan) mengenai hal-hal yang dialami oleh implementor. Hal ini diperlukan agar esensi yang terjadi dapat terungkap kepermukaan. Selanjutnya dapat berguna bagi khasanah ilmu pengetahuan dan kepentingan pelayanan kesehatan itu sendiri. Dalam area kajian penelitian mikrosubjektif, maka pemilihan metode penelitian kualitatif

merupakan “pisau” yang cocok untuk mengungkapkan semua masalah yang terjadi pada pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebagaimana menurut Semma (2008:267), bahwa mikrosubjektif mengarah pada penggunaan data kualitatif sebagai data primer dan data sekundernya sehingga mengarah pada penelitian kualitatif.

- b. Untuk menjamin optimalisasi mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, diperlukan unsur *policy research* pelayanan kesehatan. Dimana, hubungan kerja antara tenaga medis dan manajemen mengandung unsur *policy research* (penelitian kebijakan). Oleh karena itu, diperlukan proses penelitian yang sungguh-sungguh dalam menganalisis terhadap masalah-masalah sosial yang mendasar, sehingga temuan yang dihasilkan dapat dijadikan rekomendasi bagi pembuat keputusan, dalam upaya penyelesaian masalah pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- c. Karakteristik yang melekat pada penelitian kualitatif tentang mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah hubungan pendekatan yang disebut dengan *naturalistic inquiry* (inkuiri alamiah). Cara atau corak analisis data yang dikumpulkan ini, senyatanya adalah, peneliti membaca fenomena yang terjadi pada pelayanan kesehatan di rumah sakit. Argumentasi area *naturalistic inquiry* (inkuiri alamiah) antara lain diperkuat dengan beberapa penjelasan sebagai berikut.
 - 1) *Setting*/latar alamiah atau wajar dengan konteks utuh (holistik) dilapangan penelitian rumah sakit.
 - 2) Instrumen penelitian berupa manusia (*human instrument*) hubungan kerja antara medis dan manajemen rumah sakit.
 - 3) Metode pengumpulan data observasi sebagai metode utama.
 - 4) Analisis data dilapangan penelitian rumah sakit dilakukan secara induktif.
 - 5) Proses pengambilan data dan “penerjemahan” data dilapangan penelitian rumah sakit lebih berperan penting daripada hasil.
 - 6) Penelitian dibatasi oleh fokus implemetasi SPM yang berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan melalui analisis hubungan kerja medis dan manajemen rumah sakit.

- d. Kajian penelitian ini merupakan penelitian *post facto* (sesudah kejadian). Hal ini terjadi, mengingat kejadian mutu pelayanan dan hubungan kerja medis manajemen yang ditimbulkan telah lampau terjadi di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Penelitian ini juga sering disebut *after the fact* atau sesudah fakta dan ada pula peneliti yang menyebutnya sebagai *retrospective study* atau studi penelusuran kembali. Berdasarkan penjelasan tersebut, maka sangatlah “pas” jika peneliti memilih metode penelitian kualitatif.
- e. Kualitas pelayanan kesehatan dari sisi hubungan kerja di rumah sakit adalah fakta sosial yang disebut fenomena. Oleh karena itu, fakta sosial tersebut dapat dijelaskan melalui pendekatan penelitian fenomenologi. Selanjutnya Holstein dan Gubrium (2000:336-337) menjelaskan bahwa, fenomenologi merupakan perumusan ilmu sosial yang memiliki kemampuan penafsiran serta penjelasan tindakan dan pemikiran manusia, melalui penggambaran beberapa struktur dasar fakta yang tampak nyata dimata setiap orang, yang berpegang teguh pada sikap alamiah. Hal inilah, yang menjadi isu utama interpretatif yang memfokuskan perhatian terhadap makna dan pengalaman subyektif. Fenomenologi mengandung unsur praktik interpretatif yang memiliki sederet asumsi subjektivitas tentang hakikat pengalaman nyata dan tatanan sosial. Saat peneliti sosial memberikan makna terhadap objek-objek sosial maka memerlukan prinsip subjektivitas.

3.2 Metode Penelitian

Sesuai dengan alasan pemilihan metode penelitian kualitatif, penelitian implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso ini, menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Dimana menurut Moleong (dalam Herdiansyah, 2010:9), penelitian kualitatif merupakan penelitian ilmiah yang memiliki tujuan dalam pemahaman terhadap fenomena dalam konteks sosial secara alamiah dengan menitikberatkan pada pola interaksi komunikasi secara mendalam antara peneliti dengan fenomena yang diteliti. Ditambahkan oleh Moleong (2012:14) bahwa pendekatan

fenomenologi diartikan sebagai pengalaman subjektif atau pengalaman fenomenologikal dan studi tentang dari kesadaran persepektif pokok dari seseorang.

Menurut Hasbiansyah (2005:170), menyatakan bahwa penelitian fenomenologi meneliti sebuah fakta yang bersifat subjektif, berarti berlandaskan pada subjek penelitian yang memberikan penuturan terkait fakta atau fenomena yang dialami. Fakta tersebut dibiarkan membicarakan yang dialami dirinya untuk mencapai objektivitas pada penelitian fenomenologi. Hal tersebut dapat dilaksanakan dengan cara *epoche* dan eiditik. *Epoche* merupakan upaya peneliti dalam penundaan penilaian kepada fakta/fenomena yang diamatinya meskipun peneliti mempunyai prakonsepsi atau penilaian tertentu terhadap fenomena tersebut sebelumnya. Hal yang harus dilakukan yaitu membiarkan fenomena tersebut membicarakan dengan sendirinya, tanpa ada intervensi penilaian (positif-negatif, baik-buruk, bermoral-tidak bermoral, dan lainnya) dari peneliti. Eiditik merupakan upaya untuk mencapai pemahaman terhadap fenomena berdasarkan pemahaman atas berbagai ungkapan atau ekspresi yang digunakan subjek. Pada kondisi tersebut, peneliti melakukan upaya imajinatif dalam mencapai pelaksanaan empati, uji coba untuk masuk dalam ranah pengalaman pemikiran subjek penelitian.

Menurut Creswell (dalam Hasbiansyah, 2005), studi fenomenologi merupakan penggambaran makna bagi berbagai orang terkait pengalaman hidupnya mengenai fenomena atau konsep. Struktur kesadaran pengalaman hidup manusia dilakukan eksplorasi oleh beberapa orang yang terkait. Sedangkan menurut Husserl (dalam Creswell, 1998) upaya yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian fenomenologis antara lain: pencarian beberapa hal yang diperlukan (esensial), makna pengalaman yang mendasar atau struktur invarian (esensi) dan upaya penekanan terhadap intensitas kesadaran dimana pengalaman terdiri dari beberapa hal yang tampak (baik dari luar maupun dari dalam kesadaran masing-masing sesuai dengan makna, *image* dan memori). Jadi, inti dari penelitian fenomenologi ini yaitu pengalaman hidup dari orang-orang yang terlibat dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal karena untuk

mendapatkan esensi yang sebenarnya hanya dapat diperoleh dari individu yang benar-benar terlibat pada pelaksanaannya. Dengan demikian dalam teori sosial menurut fenomenologi, pengalaman itu tidak bisa diselesaikan oleh orang lain kecuali orang yang terlibat sehingga kaitannya dengan teknik pemilihan informan yang menggunakan teknik *purposive*, maka informannya merupakan orang-orang yang terlibat langsung dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit. Selain itu, berbicara tentang esensi atau pengalaman hidup seseorang maka erat kaitannya dengan tingkat subyektivitas yang tinggi. Oleh karena itu, untuk meminimalisir munculnya subyektivitas tersebut maka dilakukan triangulasi terhadap berbagai informan yang terlibat (implementor) sehingga dapat mencapai obyektivitas hasil penelitian. Dengan kata lain, pernyataan dari informan “a” dilakukan pengecekan terhadap hasil pernyataan dari informan lainnya sehingga kecocokan hasil pernyataan dapat diperoleh.

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, implikasi metodologis dari pendekatan fenomenologi pada penelitian kualitatif yaitu dengan memilih informan (subjek penelitian) yang benar-benar terlibat dalam implementasi kebijakan SPM RS. Menurut Hasbiansyah (2005:171), menyatakan bahwa metodologis dalam penelitian fenomenologi dengan menggunakan teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam dengan subjek penelitian. Selain itu, lengkapnya data bisa ditelusuri melalui penggunaan teknik lainnya, antara lain partisipan, penelusuran dokumen, observasi dan lain sebagainya. Data hasil wawancara tersebut merupakan suatu fakta dari fenomena yang diperoleh berdasarkan pengalaman dari informan terkait implementasi kebijakan SPM RS. Peneliti akan membiarkan fenomena tersebut diungkap apa adanya oleh informan dengan cara mendeskripsikan sepenuhnya fenomena yang dialami informan. Seluruh rekaman hasil wawancara mendalam dengan informan ditranskripsikan ke dalam bahasa tulisan. Kemudian dari hasil transkripsi, peneliti menginventarisasi pernyataan-pernyataan penting yang relevan dengan implementasi kebijakan SPM RS. Pada tahap ini, peneliti tidak boleh mencampur-adukkan antara subjektivitasnya dan data perolehan penelitian dalam upaya merinci unsur penting yang didapatkan dari hasil wawancara. Selanjutnya, mengklasifikasikan pernyataan-pernyataan ke

dalam tema-tema atau unit-unit makna serta menyisihkan pernyataan yang berulang-ulang. Selain itu, peneliti akan melakukan pencarian terhadap semua kemungkinan makna yang didasarkan pada hasil refleksi peneliti. Hal ini dapat berupa pendapat, perasaan, penilaian, dan harapan informan terkait fenomena atau fakta yang dialami. Terakhir, peneliti mengkonstruksikan gambaran secara keseluruhan terkait makna dan esensi pengalaman dari para informan sehingga dapat diketahui kesimpulan dari seluruh fenomena yang diungkap oleh para informan tersebut.

3.3 Alasan Pemilihan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan beberapa alasan dan pertimbangan sebagai berikut.

1. RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah rumah sakit pemerintah yang menerapkan pengelolaan keuangan berbasis Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sejak Tahun 2008. Kendala implementasi kebijakan dalam kaitan penerapan kebijakan Standar pelayanan minimal diorganisasi rumah sakit yang berbasis BLUD masih perlu “diselami” agar persoalan-persoalan bisa muncul ke permukaan. Sebab lainnya adalah, karena kebijakan tersebut masih relatif baru, sehingga masih banyak data yang didapat pada kebijakan tersebut.
2. RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah satu-satunya rumah sakit tipe B non pendidikan di wilayah eks Karesidenan Besuki yang masih terdapat problematika khas masalah implementasi kebijakan pelayanan kesehatan sebagaimana dijelaskan dalam pendahuluan proposal penelitian ini.
3. Peneliti adalah karyawan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sejak Tahun 1998 sampai sekarang. Hal ini, memungkinkan penelitian kualitatif dapat berjalan secara optimal, mengingat posisi peneliti sebagai instrumen kunci (*The Key Instrument*) yang keterlibatan dan penghayatan peneliti terhadap lapangan penelitian sangatlah dekat. Sehingga diharapkan dapat mengungkap esensi topik penelitian yang sesungguhnya.

4. RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso mengalami pergantian direktur pada tanggal 17 Januari 2017. Pergantian direktur tersebut didasari dari desakan Komite Medis kepada Bupati selaku *owner* RS. Desakan tersebut berupa pengajuan pengunduran diri 22 dokter spesialis sebagai dokter di rumah sakit yang disebabkan beberapa tuntutan terhadap direktur (minimnya peralatan medis) menemui jalan buntu dan tidak pernah dihiraukan sehingga muncul gejolak antara 22 dokter spesialis dengan Direktur. Calon Direktur yang baru pun berdasarkan usulan dari Komite Medis kepada Bupati. Fenomena tersebut sangat jarang terjadi di rumah sakit-rumah sakit pada umumnya karena direktur rumah sakit umum daerah biasanya dipilih oleh Bupati, kemudian fenomena tersebut menjadi berita berita nasional yang unik sehingga peneliti memiliki ketertarikan untuk melakukan penelitian di rumah sakit ini.

3.4 Teknik Pemilihan Informan

Metode pemilihan informan yang digunakan pada penelitian ini yaitu teknik *purposive*. Menurut Bungin (2007:210), teknik *purposive* adalah cara penentuan informan melalui pertimbangan khusus. Teknik tersebut bisa dipahami sebagai proses dalam penentuan informan dengan terlebih dahulu dilakukan penentuan terhadap jumlah informan yang akan diambil, selanjutnya informan dipilih berdasarkan tujuan tertentu, dan ditetapkan sesuai tujuan penelitian kualitatif pada implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Informan tersebut, ditentukan dan disesuaikan dengan tema penelitian. Peneliti memilih informan yang menguasai masalah, terlibat langsung dengan masalah, mampu bersedia mengungkapkan masalah. Syarat-syarat dari informannya meliputi:

- a. Orang-orang yang terlibat langsung dalam implementasi kebijakan SPM RS dan memiliki masa kerja ≥ 9 Tahun (hal ini dihitung sejak dikeluarkannya kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit oleh Kementerian Kesehatan RI Tahun 2008). Oleh karena itu dimungkinkan mampu

menjelaskan tentang kebijakan SPM RS yang telah dilaksanakan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sehingga menyebabkan mutu pelayanan kesehatan rendah.

- b. Mereka yang mau menjelaskan secara jelas dan jujur tentang implementasi kebijakan SPM RS dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sehingga menyebabkan mutu pelayanan kesehatan rendah.

Informan tersebut terdiri dari informan kunci, informan utama dan informan tambahan. Sebagaimana menurut Suyanto (2005:172), (1) informan penelitian meliputi: informan kunci adalah seseorang yang mengetahui dan mempunyai macam-macam informasi pokok yang dibutuhkan pada penelitian; (2) informan utama adalah orang-orang yang terlibat secara langsung dalam interaksi sosial yang diteliti; dan (3) informan tambahan adalah orang-orang yang dianggap mampu dalam pemberian informasi terkait topik penelitian walaupun orang tersebut tidak secara langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti.

Informan kunci dalam penelitian ini yaitu direktur. Informan kunci ini merujuk pada seseorang yang memiliki pengetahuan dan informasi secara umum terkait topik penelitian, dalam hal ini direktur karena pemberlakuan kebijakan standar pelayanan minimal berdasarkan Surat Keputusan Direktur. Adapun informan utama dalam penelitian ini merupakan orang-orang yang terlibat langsung dalam pelaksanaan kebijakan standar pelayanan minimal, dimana dalam pemberian pelayanan kesehatan melibatkan tenaga medis meliputi dokter umum dan dokter spesialis sebanyak 6 orang yang salah satu diantaranya menjabat sebagai wakil direktur medik dan keperawatan, 3 orang dari pejabat struktural (Kepala Bidang A, Kepala Bidang B, Kepala Bagian C), perawat sebanyak 6 orang dan staf manajemen sebanyak 2 orang. Sedangkan informan tambahan dalam penelitian ini merupakan seseorang yang dianggap bisa memberikan informasi terkait pelaksanaan pelayanan kesehatan meskipun orang tersebut tidak terlibat langsung dalam pelaksanaannya. Informan tambahan tersebut terdiri dari 2 orang mantan juru rawat (yang bekerja di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sejak Tahun 1935), dan 1 orang *representatif* alat kesehatan. Selain itu, informan lain

juga pihak manajemen atau tenaga struktural rumah sakit yang terlibat dalam implementasi kebijakan SPM RS. Sementara itu, untuk jumlah informan tersebut sebanyak 21 orang yang disesuaikan dengan peran serta dan keterlibatan informan yang dianggap mampu dan mau menjelaskan tentang implementasi kebijakan SPM RS serta memiliki masa kerja ≥ 9 tahun sesuai dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

3.5 Posisi Peneliti dalam Penelitian

Penelitian kualitatif tentang implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu pendekatan yang melakukan penekanan terhadap hasil pengamatan peneliti. Oleh karena itu, peneliti berada di posisi sebagai instrumen kunci (*the key instrument*). Keterampilan metodologis berguna dalam melakukan pemahaman terhadap arti atau makna serta memberikan penafsiran terhadap fenomenadan berbagai simbol interaksi di lapangan. Peneliti memiliki keterlibatan dan penghayatan yang sangat dekat pada subjek penelitian di lapangan, sehingga dapat melakukan penafsiran arti yang dikandungnya dan memberikan *judgement*.

Sebagai instrumen kunci, kemungkinan lebih peneliti dapat menemukan makna dan menafsir makna yang berasal dari subjek penelitian. Oleh karena itu, penggunaan alat *non-human* seperti instrumen angket kurang berarti dibandingkan keterlibatan peneliti di lapangan. Dengan begitu, peneliti bisa melakukan konfirmasi dan pengecekan kembali terhadap subjek penelitian jika terjadi kurangnya informasi atau ketidaksesuaian dengan hasil penafsiran peneliti. Pengecekan ini, dapat melalui pengecekan anggota (*member checks*), diskusi dengan komunitas akademik dan pakar perumahsakit, teman sejawat medis rumah sakit dan jajaran pejabat struktural rumah sakit (*peerdebriefing*).

Peran peneliti sebagai instrumen kunci sangatlah penting dalam pengumpulan data penelitian. Oleh karena itu, peneliti harus menyadari bahwa

dirinya merupakan perencana, pengumpul dan penganalisa data, sekaligus menjadi pelapor dari hasil penelitiannya. Oleh karena itu, peneliti harus bisa menyesuaikan diri dengan situasi dan kondisi lapangan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Hubungan baik antara peneliti dan subjek penelitian, sebelum, selama, dan sesudah memasuki lapangan merupakan kunci utama dalam keberhasilan pengumpulan data. Hal itu berhubungan dengan jaminan kepercayaan dan saling pengertian di lapangan penelitian antara peneliti dan subjek. Tingkat kepercayaan juga dapat dipelihara dari kejujuran, tujuan penelitian, dan persahabatan peneliti dengan subjek penelitian.

Tingkat kepercayaan yang tinggi akan membantu kelancaran proses penelitian. Peneliti harus menghindari kesan-kesan yang merugikan informan. Kehadiran dan keterlibatan peneliti di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dapat diketahui secara terbuka oleh subjek penelitian sehingga data yang diinginkan dapat diperoleh dengan mudah, lengkap dan benar.

3.6 Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan suatu pembatas penelitian dalam hal pengkajian permasalahan. Berdasarkan rumusan masalah penelitian yang telah dijelaskan di Bab 1 pada Subbab Perumusan Masalah maka fokus penelitian ini yaitu:

- a. Implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Hal tersebut diidentifikasi berdasarkan empat aspek implementasi kebijakan menurut Edwards III, antara lain:
 - 1) Komunikasi. Hal ini menyangkut sejauh mana komunikasi telah dilakukan oleh implementor (pelaksana kebijakan) dalam upaya pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit.

- 2) Sumber-sumber. Hal ini menyangkut seberapa besar ketersediaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta dana dalam mendukung pelaksanaan kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit.
 - 3) Disposisi. Hal ini menyangkut sejauh mana sikap implementor dalam mendukung dalam konteks kepatuhan pada pelaksanaan kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit.
 - 4) Struktur Birokrasi. Hal ini menyangkut jenis struktur birokrasi yang dianut oleh RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso apakah sudah mendukung pencapaian keberhasilan implementasi kebijakan standar pelayanan minimal.
- b. Faktor penghambat implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Hal ini menyangkut hambatan-hambatan lain di luar teori Edwards III yang terjadi dalam pelaksanaan kebijakan standar pelayanan minimal. Dimana hambatan-hambatan ini juga memiliki peranan penting dalam menyebabkan implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yang kurang optimal.

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data primer dan data sekunder. Data primer terdiri dari data informan, data terkait implementasi kebijakan standar pelayanan minimal dari segi komunikasi, ketersediaan sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi, serta hambatan-hambatan yang terjadi dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal. Sedangkan data sekunder meliputi data ketenagaan, struktur organisasi, data hasil evaluasi SPM RS, data pencapaian dan pemanfaatan rumah sakit.

Data primer dikumpulkan melalui teknik wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara. Peneliti mendatangi langsung ke masing-masing informan dengan membawa surat permohonan *informed consent* (pernyataan persetujuan). Dalam surat permohonan tersebut juga menjelaskan

bahwa kerahasiaan jawaban dan identitas dari informan akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Hal ini bertujuan agar tidak muncul keraguan pada informan dalam memberikan penjelasan terkait topik penelitian sehingga diperoleh jawaban yang jujur dan sesuai fakta yang sebenarnya terjadi. Pernyataan informan selama wawancara berjalan dicatat oleh peneliti, selain itu juga dilakukan perekaman menggunakan *handphone* agar apabila ada pernyataan panjang yang tidak menututi untuk dicatat sehingga bisa didengarkan kembali melalui hasil rekamannya. Selama wawancara berlangsung, peneliti sekaligus mengobservasi secara langsung ke rumah sakit sebagai alat untuk membantu dan melengkapi pengumpulan data.

Wawancara mendalam dalam struktur organisasi memperhatikan keterlibatan peneliti dalam kehidupan sosial lapangan penelitian, yakni menjalankan implementasi kebijakan SPM rumah sakit. Menurut Bungin (2007:111), wawancara mendalam merupakan upaya untuk mendapatkan penjelasan dalam mencapai tujuan penelitian melalui tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dan informan atau orang yang diwawancarai dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara. Hal ini dilakukan mengingat informan dan pewawancara terlibat dalam kehidupan sosial yang lebih lama. Dengan demikian, kekhasan wawancara mendalam adalah keterlibatannya dalam kehidupan informan. Penggunaan informed consent sebelum pelaksanaan wawancara tersebut bertujuan agar tidak muncul kesalahpahaman antar peneliti dan informan sehingga informan sudah jelas terkait prosedur dalam wawancara tersebut. Sebagaimana menurut Bogdan dan Taylor (1992:324), hal yang perlu dihindari untuk menghindari kesalahpahaman kepada informan adalah sebagai berikut:

a. Motif dan tujuan

Motif dan tujuan penelitian harus dijelaskan terlebih dahulu kepada calon informan. Bahkan, bila mungkin ada kecurigaan dan kekhawatiran kalau hasil penelitian merugikan mereka dan berdampak kepada informasi yang diberikan

tidak keluar atau tertahan. Dengan membicarakan motif dan tujuan penelitian kepada calon informan diharapkan terhindar dari hal tersebut.

b. Penyebutan nama

Penyebutan nama menjadi hal yang bersifat biasa dan bisa saja bersifat pribadi, adakalanya seseorang bersedia namanya dicantumkan dan sebaliknya. Oleh karena itu, penyebutan nama calon informan menjadi penting untuk diperhatikan agar keberlangsungan penelitian bisa dijamin dengan baik.

c. Kata akhir

Salah satu cara untuk meneguhkan kepercayaan informan adalah dengan ikut serta membaca naskah yang ditulis oleh peneliti, bahkan hubungan tersebut bisa menambah kepercayaan yang berdampak kepada kejujuran dan keterbukaan.

d. Royalti

Penelitian ini bukanlah semata-mata mengejar royalti tetapi tidak ada salahnya peneliti memberikan pemahaman dan penjelasan tentang tujuan penelitian. Dengan demikian, akan melancarkan hubungan baik dengan informan dengan harapan tujuan akhir penelitian tersebut tercapai.

e. Rencana menyeluruh

Adakalanya informan dilibatkan pada rencana menyeluruh penelitian yang akan dilakukan. Namun pada kondisi tersebut, terdapat informan yang tidak terlalu peduli kepada rencana yang dilakukan. Informan yang ingin mengetahui lebih mendalam diberi gambaran bagaimana peneliti menyusun wawancara, berapa banyak informasi yang akan digali, serta bagaimana peneliti mengolah data.

f. Hal yang perlu untuk memulai penelitian

Hal yang perlu dimulai adalah bersifat teknis, tempat yang disepakati, kesepakatan waktu yang ditentukan antara peneliti dan informan. Oleh karena hal-hal ini bersifat kesepakatan, maka hendaknya peneliti mengetahui karakter umum informan. Dengan demikian, hal yang berakibat pengingkaran atau ketersinggungan kepada informan dapat dihindari.

Selain wawancara mendalam dan observasi, data primer juga dikumpulkan melalui teknik FGD (*Focus Group Discussion*). FGD dilaksanakan dengan mengundang informan kunci dan informan utama dalam penelitian sebagaimana telah dijelaskan pada Subbab Teknik Pemilihan Informan. Kegiatan FGD diawali dengan pemaparan topik dan permasalahan penelitian oleh peneliti kepada seluruh informan. Kemudian diikuti acara diskusi yaitu tanya jawab antara peneliti dengan informan, maupun umpan balik (koreksi) jawaban antar informan sehingga disepakati pernyataan bersama.

Adapun data sekunder dikumpulkan melalui studi dokumentasi, yakni SPM rumah sakit, hasil implementasi SPM dan dokumen yang berkaitan dengan SPM rumah sakit. Studi dokumentasi ini dilakukan dengan cara menelusuri dokumen-dokumen terkait Surat Keputusan Direktur Tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, Laporan Tahunan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, Profil RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Data yang diambil dari dokumen Surat Keputusan Direktur Tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu indikator dan standar pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit. Sedangkan data yang diambil dari dokumen Laporan Tahunan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu data ketenagaan, data ketersediaan sarana dan prasarana, data BOR, data IKM, data AKB dan data hasil evaluasi SPM RS. Selanjutnya, data yang diambil dari dokumen Profil RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu data sejarah rumah sakit.

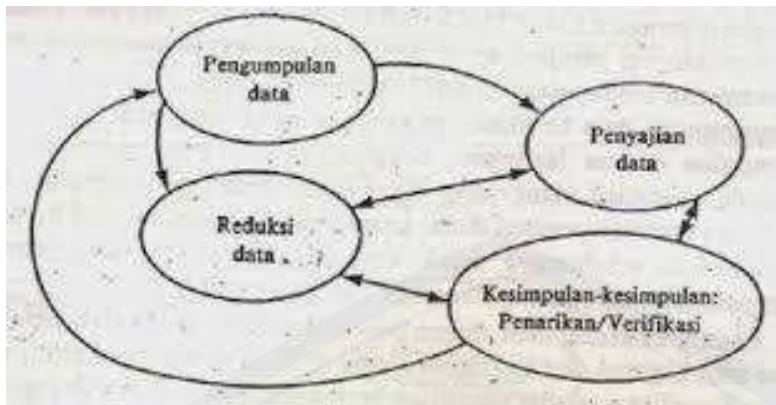
3.8 Teknik Analisis Data

Ciri khusus dari penelitian kualitatif yaitu kenyataan dan data sebagai fakta di lapangan adalah dua hal yang tidak *stagnan*, namun bersifat dinamis yang disesuaikan dengan perkembangan di lapangan. Oleh karena itu, data yang dihasilkan haruslah seaktual dan sedalam mungkin. Jika dimungkinkan, peneliti dapat menggali data sebanyak-banyaknya untuk mempertajam dalam proses analisis data. Menurut Patton (1980:268), analisis data merupakan proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, kategori, dan

satuan uraian dasar. Pernyataan ini juga diperkuat oleh Bogdan dan Biklen (1982:145), analisis data adalah proses mencari dan menata secara sistematis catatan hasil observasi, wawancara dan lainnya untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang kasus yang diteliti dan menyajikannya sebagai temuan bagi orang lain.

Data yang telah diperoleh peneliti di lapangan melalui teknik wawancara mendalam, observasi, FGD dan studi dokumentasi sebagaimana telah dijelaskan pada Subbab Teknik Pengumpulan Data, kemudian terkumpul dalam bentuk catatan dan rekaman. Catatan dan rekaman dari berbagai informan tersebut kemudian disesuaikan dan disajikan dalam bentuk uraian tertulis dan tabel apabila diperlukan sehingga tidak ada data yang terlewat dari seluruh data mentah yang diperoleh. Uraian tertulis tersebut kemudian dikelompokkan (dikategorisasikan) berdasarkan tema dan jenis permasalahan sehingga data tersebut fokus pada permasalahan. Apabila ada data yang tidak diperlukan seperti pernyataan yang tidak berkaitan dengan implementasi kebijakan standar pelayanan minimal beserta hambatannya maka data tersebut dikeluarkan dari uraian tertulis. Uraian tertulis yang sudah dilakukan reduksi data tersebut kemudian dilakukan pengecekan ulang terkait kebenarannya. Data dicek kembali berdasarkan buku catatan sebelumnya. Selain itu, pengecekan kebenaran data dilakukan dengan membandingkan antara data dari informan satu dengan informan lainnya atau antara data hasil dari teknik wawancara mendalam dengan teknik FGD begitu juga dengan yang lainnya. Setelah data dilakukan pengecekan atau verifikasi tersebut, maka kemudian dibuatlah kesimpulan dari data yang diperoleh untuk menjawab permasalahan penelitian dan menggambarkan temuan penelitian.

Dengan demikian, maka model analisis data yang dipergunakan dalam penelitian ini yaitu teknik analisis data interaktif yang dikembangkan oleh Miles & Huberman (2007:20), yaitu data dikumpulkan, penyajian data, data direduksi, penarikan/verifikasi data dan kesimpulan-kesimpulan data. Berikut ini gambar model hubungan analisis data interaktif dalam penelitian kualitatif menurut Miles dan Huberman:



Sumber: Miles & Huberman, (2007:20).

Gambar 3.1 Model Analisis Interaktif

Gambar 3.1 menjelaskan bahwa dalam model analisis data interaktif terdapat beberapa tahapan yaitu:

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang diperlukan dengan teknik pengumpulan data yang tepat. Hal ini diperlukan agar penelitian benar-benar terjaga kualitas datanya dan terhindar dari bias penelitian. Hal lainnya adalah data yang didapat adalah data yang valid dan reliable. Oleh karena itu, dalam metode penelitian kualitatif lazimnya data dikumpulkan dengan beberapa teknik pengumpulan, yaitu; wawancara, observasi, dokumentasi, dan diskusi terfokus (*focus group discussion*). Selanjutnya, data yang didapat dikumpulkan untuk dilakukan proses penyajian data.

Data diperoleh lewat jalan diskusi terfokus, maka sebaiknya teknik pengumpulan data dengan cara diurut berdasarkan hasil catatan diskusi supaya data masuk semua tanpa terlewatkan. Adapun proses transkrip data dengan mempertimbangkan lima faktor, antara lain:

- 1) Menetapkan istilah dan makna yang digunakan, kemudian dikelompokkan ke dalam konsep yang serupa.
- 2) Menetapkan isi kalimat, kemudian penginterpretasian data berdasarkan isinya.

- 3) Memahami proses diskusi dan mencatat perubahan serta posisi partisipan setelah berinteraksi dengan partisipan lain.
- 4) Respon khusus dari partisipan yang berdasarkan pengalaman harus diperhatikan secara mendalam.
- 5) Lebih peka terhadap pemunculan makna tersirat selama melakukan penelitian lapangan.

b. Penyajian Data

Penyajian data dapat diartikan adalah, sekumpulan informasi yang tersusun memberikan suatu kemungkinan untuk dilakukan penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Oleh karena itu, penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori dan sejenisnya. Penyajian data dalam penelitian ini, dapat pula dilakukan secara sistematis melalui gambaran atau skema.

c. Reduksi Data

Langkah pertama pada upaya mereduksi data yaitu memberikan penjelasan, melakukan pemilihan berbagai hal inti, memfokuskan terhadap suatu hal yang penting dalam isi data lapangan. Dengan tujuan agar diperoleh gambaran hasil penelitian data yang lebih bermakna. Selanjutnya, peneliti bisa menentukan berbagai pilihan data yang mau dikode, data mana yang mau dilepas, data mana yang disebut ringkasan dan berbagai cerita apa yang sedang berkembang. Reduksi data adalah upaya dalam menganalisis yang bertujuan agar data terorganisir, dapat digolongkan, diarahkan, ditajamkan dan dibuang apabila tidak diperlukan. Dengan demikian, maka diharapkan dapat menarik dan mendiversifikasi berbagai kesimpulan akhir.

d. Penarikan/Verifikasi Data

Sejak awal penelitian, dalam upaya mengumpulkan data maka sebaiknya peneliti menyusun berbagai simpulan sementara. Kemudian nantinya berbagai simpulan itu harus dilakukan pengecekan kembali (diverifikasi) di buku catatan sebelumnya dan nantinya akan menuju ke simpulan yang lebih mantap. Simpulan tentative (yang masih perlu disempurnakan) dapat mengawali upaya peneliti dalam menarik simpulan. Namun, sesudah data masuk secara berkesinambungan,

kemudian data tersebut dilakukan analisis dan diverifikasi terkait kebenaran datanya. Hasil akhir yang diperoleh adalah, data simpulan terakhir yang lebih jelas dan mengandung arti.

e. Kesimpulan-kesimpulan data

Simpulan merupakan sebuah intisari dari hasil penelitian yang mendeskripsikan kan berbagai pendapat akhir serta berlandaskan pada beberapa uraian sebelumnya. Simpulan akhir tersebut harus sesuai dengan beberapa hal antara lain: tujuan penelitian, fokus penelitian serta temuan yang telah dibahas dalam penelitian.

3.9 Reliabilitas dan Validitas Data

Menurut Istiyanto (2008:8), reliabilitas merupakan kemampuan, ketepatan, “keajegan”, homogenitas alat ukur. Hal ini berarti bahwa meskipun berulang kali alat ukur digunakan maka hasil yang diperoleh akan sama. Reliabilitas merujuk pada konsistensi dan stabilitas data hasil penelitian. Sedangkan validitas merujuk pada tingkat ketepatan data yang dilaporkan peneliti dengan data yang sesungguhnya terjadi pada unit analisis penelitian sehingga data tersebut bisa dinyatakan valid. Untuk menjaga reabilitas dan validitas data pada penelitian kualitatif maka diperlukan triangulasi. Hal tersebut sebagaimana diungkapkan oleh Patton (2001:22) bahwa triangulasi merujuk pada konsistensi suatu penelitian. Pendapat lainnya menurut Miles dan Huberman (2007:26) menyatakan bahwa triangulasi merupakan metode yang digunakan dalam upaya pemeriksaan serta penetapan *realible* dan valid pada penelitian kualitatif melalui analisis beberapa perspektif.

Triangulasi yang dilakukan di lapangan oleh peneliti yaitu dengan cara pengecekan antara hasil wawancara dari informan kunci, informan utama dan informan tambahan, apakah sudah ada kecocokan pernyataan atau bahkan muncul perbedaan pernyataan. Dengan demikian, temuan penelitian yang dihasilkan merupakan suatu hal yang benar-benar terjadi di lapangan. Misalnya dari segi komunikasi dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal apakah dari

informan a, b, c dan seterusnya sudah sama-sama mengungkapkan bahwa komunikasinya sama-sama sudah berjalan baik atau bahkan ada yang menyatakan belum baik begitupun juga terkait hal lainnya. Hal ini dilakukan agar data yang dilaporkan peneliti sama dengan fakta sebenarnya di lapangan. Selain itu, peneliti juga melakukan triangulasi dengan cara membandingkan antara data yang dihasilkan melalui teknik wawancara mendalam dengan data yang dihasilkan dari teknik FGD, data hasil wawancara mendalam dengan data hasil observasi, data hasil wawancara mendalam dengan data hasil studi dokumentasi, dan begitu juga sebaliknya. Tujuan dilakukan triangulasi ini untuk meminimalisir adanya subyektivitas dari informan sehingga apa yang diungkapkan oleh informan benar-benar hal yang sebenarnya terjadi dan bukan hal yang dipengaruhi adanya kepentingan individu. Adapun tujuan utama dari triangulasi ini untuk mendapatkan data yang valid dan *reliable* sehingga keabsahan data yang dihasilkan dapat terjamin.

Denzin (2000:214) menyatakan bahwa macam triangulasi yakni: triangulasi data (*Data Triangulation*), triangulasi antar peneliti (*Multiple Researchers*), triangulasi teori (*Theory Triangulation*), triangulasi metodologi (*Methodological Triangulation*).

Pertama, triangulasi data ini biasa juga disebut triangulasi sumber data. Hal ini dengan melakukan membandingkan dan mengecek kembali baik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh baik melalui waktu dan cara berbeda. Menurut Patton dalam Bungin (2007:265), triangulasi sumber data dapat dilakukan.

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara.
- b. Membandingkan apa yang dikatakan depan umum dengan yang dikatakan secara pribadi.
- c. Membandingkan apa yang orang-orang ketahui tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan sepanjang waktu.
- d. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang lain.

- e. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Menurut Moleong (2006:335), triangulasi sumber data juga memberi kesempatan untuk dilakukan sebagai berikut.

- a. Responden melakukan penilaian hasil penelitian.
- b. Sumber data dikoreksi apabila ada yang keliru.
- c. Tambahan informasi disediakan dengan sukarela.
- d. Melakukan ihtisar sebagai pintu masuk dalam analisis data melalui pemasukan informasi pada kancah penelitian.
- e. Data yang telah terkumpul dinilai apakah sudah cukup atau tidak.

Kedua, triangulasi antarpelitian atau dalam pendapat lain disebut triangulasi kejujuran. Dimana cara tersebut dilaksanakan agar kejujuran, kemampuan peneliti dalam perekaman data lapangan dan subjektivitas dapat diuji. Perlu diketahui, sering manusia sebagai peneliti sadar atau tidak sadar merusak kejujuran ketika pengumpulan data, merusak subjektivitas tanpa kontrol atau melakukan perekaman data yang salah di lapangan penelitian. Oleh karena itu diperlukan pengecekan kembali antar peneliti, yakni; upaya mengecek secara langsung, perekaman terhadap kesamaan data di lapangan penelitian serta mengecek ulang rekaman wawancara yang telah dilakukan.

Ketiga, triangulasi teori atau biasa disebut penjelasan banding/*rival explanation*. Menurut Bardiansyah (dalam Bungin, 2007:265), triangulasi teori ini dengan melakukan perbandingan penguraian hubungan, pola dan penyajian penjelasan yang nampak dari analisis dalam pencarian tema atau penjelasan perbandingan. Secara induktif, upaya tersebut dilaksanakan melalui penyertaan upaya mencari metode lain dalam mengorganisasikan data yang dilaksanakan melalui pemikiran kemungkinan yang logis dengan memandang apakah sebuah data bisa menunjang berbagai kemungkinan tersebut.

Keempat, triangulasi metodologi mengacu pada pendapat Patton (dalam Bungin, 2007:265) adalah dengan menggunakan hal-hal berikut:

- a. Mengecek derajat kepercayaan terhadap penemuan hasil penelitian melalui berbagai teknik/cara pengumpulan data.
- b. Mengecek berbagai sumber data melalui kesamaan metode.

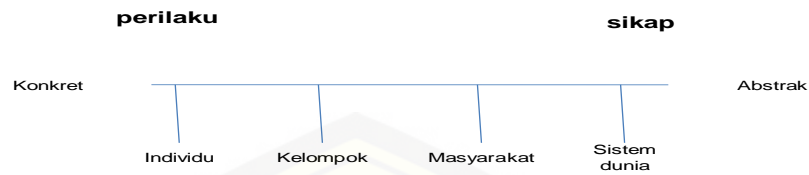
Metode ini dilakukan untuk melakukan pengecekan terhadap penggunaan metode pengumpulan data, apakah informasi yang didapat dengan metode *interview*, sama dengan metode observasi dan sebaliknya.

Berdasarkan uraian macam-macam triangulasi tersebut, peneliti menggunakan triangulasi data dan triangulasi metode yang uraiannya telah dijelaskan pada penjelasan sebelumnya.

3.10 Area dan Unit Analisis Penelitian

Unit analisis penelitian berperan penting (entitas) dalam kajian penelitian kualitatif bidang sosial. Karena hal itu, berhubungan dengan ketika peneliti melakukan analisis data penelitian. Menurut Sulistyono (2014:3), unit analisis merupakan suatu hal yang memiliki hubungan dengan fokus penelitian yang diteliti, unit analisis tersebut dapat berupa kelompok, individu, waktu, wilayah dan benda tertentu yang cocok dengan fokus penelitiannya.

Unit analisis berhubungan dengan data yang akan diambil dan disajikan, baik itu dalam bentuk konkret maupun abstrak. Menurut Ritzer dalam Bungin (2007:105), ada empat tingkat unit analisis mulai dari yang konkret sampai tingkat abstrak yang dibagi menjadi, individu, kelompok, masyarakat, sistem dunia. Keempat unit analisis tersebut digambarkan sebagai berikut:



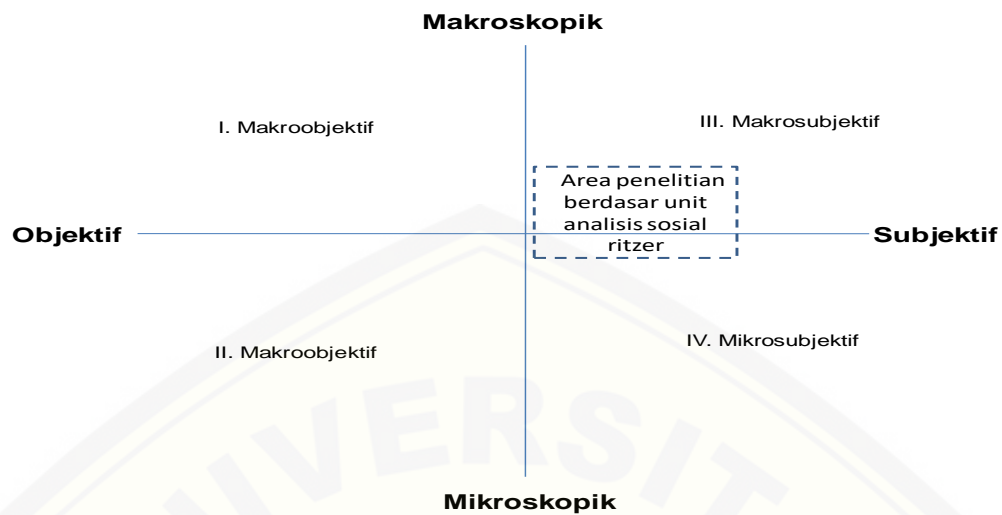
Sumber: Ritzer (dalam Bungin, 2007:105)

Gambar 3.2 Sebaran Makna dan Tingkat Objek

Gambar 3.2 adalah bentuk sebaran makna dan tingkat objek dalam kajian sosial. Berdasarkan empat tingkat unit analisis sosial Ritzer, maka makna bersebaran pada keempat kutub tingkat, unit analisis bergerak dari makna obyektif sampai makna subjektif. Posisi penelitian implementasi kebijakan pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso ditinjau dari sebaran makna dan tingkat objektivitasnya berada pada area kelompok menuju konkret dengan tingkat pengembangan pada analisis perilaku dan tindakan.

Unit analisis penelitian implementasi kebijakan pelayanan kesehatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah unit analisis kelompok atau organisasi rumah sakit. Dimana organisasi sebagai objek penelitian implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Dibatasi objek yang dikaji, diharapkan penelitian tidak akan melebar pada persoalan-persoalan yang jauh dari objek tersebut. Hal ini, berguna agar validitas dan reliabilitas penelitian dapat terjaga dengan baik dan menghindari bias pada penelitian kualitatif. Adapun area kajian penelitian sosial menurut Ritzer, adalah sebagaimana pada Gambar 3.3 sebagai berikut:



Sumber: Ritzer dalam Bungin (2007:106).

Gambar 3.3 Unit Analisis Penelitian, Posisi Area Kajian Dan Pemaknaan Data Penelitian

Menurut Ritzer dalam Bungin (2007:106) makna yang bersifat makro bergerak dari makna objektif sampai ke makna yang subjektif, begitu pula makna yang bersifat mikro bergerak dari makna yang objektif sampai ke subjektif. Sebaliknya, makna yang objektif bisa bersifat makro dan mikro dan makna yang bersifat subjektif bisa bersifat makro dan mikro.

Menurut Bungin (2007:107), penjelasan makna yang bersifat makroobjektif, yaitu berkisar di antara masyarakat dan sistem dunia yang meliputi pemaknaan realitas material berskala luas, seperti makna *good government*, makna pemberantasan korupsi, makna kapitalisme, makna tentang pemberantasan narkoba, makna perlawanan terhadap terorisme, makna keamanan regional dan dunia. Penjelasan makna yang berskala makrosubjektif, meliputi pemaknaan non material berskala luas seperti norma dan nilai, contohnya makna hubungan internasional, makna hak-hak asasi manusia, makna keluarga kecil, makna *charitas* internasional, kesejahteraan negara, makna budaya global, makna budaya populer. Penjelasan tentang pemaknaan mikroobjektif, yaitu berkisar pada makna interaksi sosial (individu dan kelompok), umpamanya makna pertukaran, makna keluarga, makna pendidikan, makna pergaulan, makna status sosial, dan sebagainya. Sedangkan penjelasan tentang pemaknaan mikrosubjektif, berkisar

pada proses mental (tindakan) yang berskala kecil, seperti proses berpikir (perilaku) dan konstruksi sosial realitas. Menurut Berger dan Luchmann (1990:1), konstruksi sosial realitas merupakan suatu proses sosial yang dilakukan dengan tindakan dan interaksi yang mana individu atau kelompok menciptakan suatu realitas yang dialami bersama secara subjektif.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa penelitian kualitatif tentang implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso memilih unit analisis penelitian adalah organisasi. Hal ini mengacu pada tempat penelitian yang dilakukan di organisasi rumah sakit. Dimana dalam suatu organisasi rumah terdiri dari unit yang berisi sekumpulan orang atau individu yang bergerak melayani pasien. Kemudian sekumpulan orang atau individu di unit itu berkumpul menjadi unit-unit lain sehingga beberapa pelayanan dapat terlaksana. Pelayanan dapat terlaksana itu merupakan hasil dari sekumpulan unit-unit pelayanan lain dalam memberikan pelayanan dari sebuah organisasi rumah sakit. Selanjutnya, penelitian ini menggunakan metode penelitian fenomenologi sebagaimana telah dijelaskan pada Subbab Metode Penelitian, yang memfokuskan pada pengalaman individu dari beberapa orang yang terlibat dalam implementasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit sehingga pengalaman individu tersebut menjadi sebuah pernyataan dari hasil penelitian. Tetapi, pernyataan individu tersebut harus dimaknai secara intersubjektif, artinya pernyataan itu bukan hanya diketahui dan diyakini oleh satu orang individu saja melainkan juga oleh individu-individu lain yang menjadi informan penelitian. Dengan demikian, maka pernyataan-pernyataan individu tersebut kemudian akan menjadi sebuah pernyataan umum yang memang diketahui dan diyakini bersama. Oleh karena itu, maka penelitian ini berada di area kajian makrosubjektif. Artinya, mengacu kepada pernyataan individu yang kebenarannya telah disepakati bersama. Sebagaimana telah dijelaskan pada Subbab Realibilitas dan Validitas Data maka untuk memperoleh pernyataan individu yang intersubjektif maka dilakukan triangulasi, dalam hal ini dilakukan pengecekan pernyataan dari informan yang satu dengan informan lainnya

sehingga ditemukan apakah ada kecocokan pernyataan atau tidak dan kemudian diketahui kebenaran dari pernyataan individu tersebut.



BAB 8. KESIMPULAN

Seperti telah dijelaskan dimuka, disertasi ini membahas tentang implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Hal ini penting untuk dibahas mengingat pada bab 1 dikemukakan bahwa beberapa capaian indikator standar pelayanan minimal belum sesuai dengan standar yang ditetapkan sehingga penting untuk mengetahui hambatan-hambatan yang terjadi. Adapun permasalahan yang dibahas yaitu bagaimana implementasi kebijakan standar pelayanan minimal dan mengapa belum berjalan secara optimal. Berdasarkan permasalahan yang ditemui, maka menggunakan teori Edwards III untuk membantu menganalisis penelitian.

8.1 Temuan Empirik

Hasil penelitian di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso menunjukkan temuan empirik bahwa pencapaian indikator kebijakan standar pelayanan minimal masih rendah. Hal ini karena adanya beberapa faktor: Pertama, ketidakharmonisan antar implementor kebijakan yang disebabkan belum terjalannya komunikasi yang baik, sehingga kebijakan standar pelayanan minimal belum diperhatikan secara detail oleh implementor. Kedua, adanya kekurangan jumlah dan kualitas sumber daya manusia di beberapa unit pelayanan serta kurangnya sarana dan prasarana baik peralatan medis maupun peralatan operasional secara umum, sehingga berdampak pada kurang lancarnya implementasi kebijakan standar pelayanan minimal. Ketiga, sikap implementor yang kurang maksimal dalam hal kunjungan jam pelayanan dan adanya kelemahan koordinasi antar implementor yang lemah.

Selain masalah diatas, ada faktor ego sektoral. Ego sektoral tanpa disadari muncul karena dibentuk latar belakang pendidikan implementor yang mempersepsikan dirinya paling dibutuhkan dan sering mempengaruhi perilaku implementor pelayanan medis (tenaga dokter dan dokter gigi) sebagai otoritas profesional dalam mengambil tindakan pelayanan kesehatan untuk membantu

kesembuhan atau keselamatan pasien. Selanjutnya, ego sektoral yang muncul tersebut dapat mempengaruhi implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit. Ego sektoral yang muncul secara berlebihan tersebut disebabkan oleh faktor kelemahan dan belum efektifnya kepemimpinan direktur. Dengan permasalahan tersebut, mengakibatkan terganggunya komunikasi dan hubungan interpersonal yang kurang terbangun dengan baik serta tidak mampu membangun kesadaran kolektif karyawan.

Dampak lainnya, kondisi organisasi yang mendukung implementasi kebijakan standar pelayanan minimal yang baik tidak mampu dikembangkan. Hal ini disebabkan oleh ego sektor para implementor masih belum bisa dikendalikan oleh pimpinan rumah sakit, sehingga berdampak pada kurang akomodatifnya sikap implementor pelayanan medis, kurang maksimalnya dalam hal kunjungan jam pelayanan, maupun lemahnya hubungan interpersonal dengan tenaga keperawatan dan struktural.

Fakta lapangan menemukan bahwa kepemimpinan yang lemah dicerminkan dari direktur rumah sakit selaku pemimpin belum membangun hubungan interpersonal dengan bawahannya sehingga masalah terkait belum terjalinnya komunikasi masih belum bisa diatasi. Selain itu, direktur belum bisa memenuhi kebutuhan bawahannya baik dari segi fisik (peralatan medis) maupun non-fisik (kebutuhan spiritual seperti adanya perhatian, dukungan dan motivasi). Direktur juga kurang turun kebawah sehingga masalah koordinasi belum bisa diatasi dengan baik. selanjutnya, direktur juga belum menunjukkan sikap kepedulian terkait kebutuhan dan kondisi bawahannya sehingga masalah hubungan personal pendelegasian tugas dan wewenang tidak berjalan dengan baik karena terdapat resistensi dari bawahan.

Berdasarkan uraian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa implementasi standar pelayanan minimal masih belum optimal karena aspek komunikasi, sumber-sumber, disposisi, struktur birokrasi dan ego sektoral yang dipicu oleh lemahnya aspek kepemimpinan. Dengan demikian, penjelasan tersebut sudah menjawab permasalahan penelitian tentang alasan mengapa implementasi standar

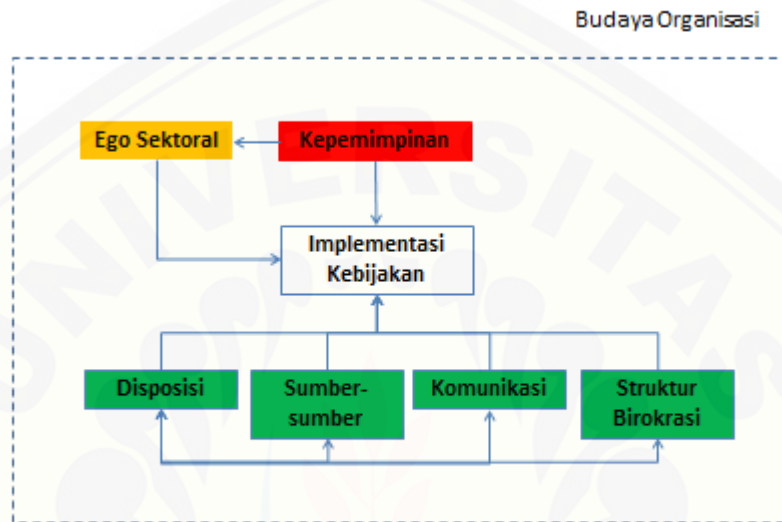
pelayanan minimal belum berjalan optimal. Dengan demikian maka konseptualisasi dalam temuan ini yaitu implementasi kebijakan standar pelayanan minimal tidak optimal karena lemahnya kepemimpinan mengendalikan aspek ego sektoral, kesadaran kolektif budaya organisasi, *gap* komunikasi, resistensi disposisi dan sumber daya manusia yang kurang memadai.

8.2 Implikasi Teoritik

Sebagaimana teori Edwards III bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni: disposisi, sumber-sumber, komunikasi dan struktur brokrasi. Selanjutnya, teori Edwards III dipakai sebagai alat untuk menganalisis permasalahan dalam penelitian ini, temuan lapangan menyatakan bahwa teori Edwards III memang membantu menjelaskan tentang implementasi kebijakan standar pelayanan minimal melalui beberapa aspek yaitu komunikasi, sumber-sumber, disposisi dan struktur birokrasi. Namun kenyataan di lapangan bahwa kurang optimalnya implementasi kebijakan standar pelayanan minimal nampaknya sedikit banyak disebabkan oleh adanya aspek ego sektoral pelayanan. Namun aspek ego sektoral tersebut tidak berdiri sendiri, dimungkinkan menonjolnya aspek ego sektoral itu kurang lebih disebabkan oleh kepemimpinan yang lemah. Karena secara teoritis, kepemimpinan itu seharusnya bisa mengendalikan bawahannya termasuk juga aspek ego sektoral. Oleh karena itu meskipun teori Edwards III membantu menjelaskan implementasi kebijakan, namun dalam konteks temuan empirik adanya ketidakefektifan itu karena adanya aspek lain yang belum sepenuhnya dijelaskan oleh teori Edwards III yaitu aspek ego sektoral dan kepemimpinan.

Jadi, yang membedakan teori sebelumnya (Edwards III) dengan penelitian ini berdasarkan temuan empirik yang diabstraksikan menjadi proposisi utama adalah “implementasi kebijakan standar pelayanan minimal dipengaruhi oleh sumber daya manusia, komunikasi, koordinasi, egosektoral dan faktor kepemimpinan”. Dengan demikian maka berbeda model teoritik implementasi kebijakan sebagaimana dijelaskan pada Bab 2 (Gambar 2.2), serta temuan empirik

tidak optimalnya implementasi kebijakan standar pelayanan minimal karena lemahnya kepemimpinan dalam pengendalian ego sektoral di rumah sakit. Berbicara konteks implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit, maka temuan teori digambarkan sebagai berikut:



Sumber: Data yang Diolah, Tahun 2018

Gambar 8.1 *Recommended Model* Teoritik Implementasi Kebijakan SPM RS di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso, Oleh Kuzairi (2018).

Gambar 8.1 menjelaskan bahwa dalam konteks implementasi kebijakan standar pelayanan minimal di rumah sakit bukan hanya memasukkan empat unsur (komunikasi, sumber-sumber, disposisi dan struktur birokrasi) sebagaimana disebutkan dalam konsep Edwards III, tetapi juga diperlukan kepemimpinan yang efektif, akomodatif, membangun kesadaran kolektif budaya organisasi dan mampu mengendalikan ego sektoral para implementor.

8.3 Implikasi Kebijakan

Temuan penelitian menemukan bahwa implementasi kebijakan standar pelayanan minimal tidak optimal karena lemahnya gaya kepemimpinan dalam mengendalikan aspek ego sektoral, kesadaran kolektif budaya organisasi,

komunikasi, sumber-sumber, disposisi dan struktur birokrasi. Munculnya ego sektoral dalam implementasi standar pelayanan minimal disebabkan oleh lemahnya kepemimpinan. Oleh karena itu, untuk memecahkan permasalahan aspek ego sektoral dalam implementasi standar pelayanan minimal diperlukan legitimasi dalam menciptakan komunikasi yang aktif diantara para implementor dan membangun budaya organisasi yang kondusif. Dengan demikian, implementasi kebijakan standar pelayanan minimal rumah sakit setidaknya memasukkan unsur kepemimpinan yang efektif dalam mengendalikan aspek ego sektoral. Disamping itu, dengan menerapkan kepemimpinan yang efektif diikuti bagian struktural rumah sakit menerapkan asas keterbukaan informasi kepada bagian fungsional atau petugas medis untuk menjaga kepercayaan para implementor untuk mencegah terjadinya konflik. Selanjutnya, untuk meminimalisir efek terjadinya konflik di rumah sakit, maka diperlukan kegiatan ilmiah berupa pengelolaan manajemen konflik agar individu karyawan dapat memahami pengelolaan konflik secara benar sehingga apabila karyawan dihadapkan pada berbagai konflik maka dapat mengatasinya tanpa mempengaruhi kinerjanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin. 2008. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Edisi Kedua. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Adisasmito, Wiku. 2008. *Kesiapan Rumah Sakit dalam Menghadapi Globalisasi. Case Study: Analisis Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Amiruddin, Ridwan. 2007. *Materi Diklat Mutu Pelayanan Rumah Sakit: Pendekatan Mutu dan Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan*. Program Pasca sarjana Universitas Hasanuddin. Makasar.
- Azwar, Azrul. 1994. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Berger, Peter. L dan Luckmann, Thomas. 1990. *Tafsir Sosial atas Kenyataan. Risalah tentang Sosiologi Pengetahuan*. Jakarta: LP3ES.
- Bogdan dan Biklen. 1982. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: PT Rajawali Nusindo.
- Bogdan dan Taylor. 1975. *Penulisan Ilmiah Penelitian Kualitatif*. Edisi Bahasa Indonesia. Cetakan Pertama. Yogyakarta: PT Unika Pusaka.
- Bogdan Robert dan Taylor J. Steve. 1992. *Pengantar Metode Penelitian Kualitatif. Suatu Pendekatan Fenomenologis Terhadap Ilmu-Ilmu Sosial*. Bahasa Indonesia. Surabaya: Usaha Offset Printing.
- Bungin, Burhan. 2007. *Penelitian Kualitatif, Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik dan Ilmu Sosial Lainnya*. Edisi Kedua. Jakarta: PT Kencana.
- Bungin. Burhan. 2012. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Denzin, Norman K. and Lincoln, Yvonna S. 2000. *Hand Book of Qualitative Research*. Teller Road Thousand Oaks, California. USA.
- Donna, Bella. 2007. *Koordinasi Pasca Pelayanan Kesehatan Pasca Gempa di Puskesmas Piyungan Kabupaten Bantul*. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta
- Dunn, William N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Edisi kedua, Cetakan Kelima. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Edwards III, George C. 1980. *Implementation Public Policy*. Washington D: Congressional Quarterly Inc.
- Gittell, Jody Hoffer. 2011. *Using the Power of Relationships to Achieve High Performance*.

- Hakim, Kuncoro. 2007. *Nilai Sebuah Organisasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta. UUPP AMP YKPN.
- Hasibuan, Malayu S.P. 2009. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Penerbit PT. Bumi Aksara
- Henry, Nicholas. 1995. *Administrasi Negara dan Masalah-masalah Publik*. Jakarta: Rajawali Press,
- Herdiansyah, Kusuma. 2010. *Teknik Penyusunan Data Kualitatif pada Penelitian Sosial*. Semarang: PT Andi Jaya Press.
- Holstein, James A. dan Gubrium, Jaber F. 2000. *Hand Book Of Qualitative Research*, Edisi Bahasa Indonesia. California, USA: Teller Oaks.
- Irvan, Mohammad. 2008. *Pengantar Kebijakan Publik Pemerintah Daerah*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Juhaeni, Henni. 2008. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Pelatihan Manajemen Pelayanan dan Teknis Medis RSB, RB dan BPS Wilayah V Priangan, Tasikmalaya*. Tidak Diterbitkan. Yogyakarta: Tesis. Universitas Gajah Mada.
- Juhaeni, Siti. 2008. *Peran Pelayanan Kesehatan terhadap Perilaku Konsumen di RSUD Blora*. Tidak Diterbitkan. Tesis. Yogyakarta: Magister Pelayanan Kesehatan. Universitas Gajah Mada.
- Kristiadi. 1994. *Pelayanan Publik dan Perkembangan Pelayanan Publik di Indonesia*. Jakarta: Cetakan Kedua. PT Dinamika Utama.
- Krueger, Richard A. 1995. *Focus Group A Practical Guide for Applied Research, California*. SAGE Publication, inc Newbury Park.
- Lee, Tsuey Ping. 2005. *Examining Local Social Welfare Policy Implementation Using System Dynamics Perspective*. Department of Public Administration Tunghai University Taiwan, R.O.C.
- Liliweri, Alo. 2014. *Sosiologi dan Komunikasi*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Luthans, Fred. 2006. *Perilaku Organisasi*. Edisi ke sepuluh. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Manuaba. I.B.K.W. 2004. *Pengaruh Konflik Organisasi terhadap Kinerja Pegawai Negeri Sipil pada Sekretariat Daerah Kabupaten Jembrana*. Tesis. Tidak Diterbitkan. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Matto, Rahmawati. 2016. *Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Lingkungan Hidup di Kabupaten Nunukan*. Masters thesis, Universitas Terbuka.
- Miles, Matthew B dan A Michael Huberman. 2007. *Analisis Data Kualitatif: Buku Sumber Tentang Metode-Metode Baru*. Cetakan Pertama. Jakarta.: UI Press.

- Mintzberg, Henry. 1979. *The Structuring of Organization*. USA: Eaglewood Cliffs.
- Moleong, Lexy J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Cetakan keenam. Bandung: Penerbit PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Moleong, Lexy J. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Cetakan ketigapuluh. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Mustopadidjaja, M. 2003. *Panduan Pengambil Kebijakan Publik*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara.
- Muzakhani. 2010. *Penilaian Kinerja Organisasi Pelayanan Publik*. Semarang: PT Wijaya Presindo Utama.
- Neuman, Lawrence. 2011. *Metodologi Penelitian Sosial: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Boston: Cetakan Ketiga. Arlington Street.
- Nugroho, Riant. 2008. *Public Policy, Teori Kebijakan, Analisis Kebijakan, Proses Kebijakan, Perumusan, Implementasi, Evaluasi, Revisi, Risk Management dalam Kebijakan Publik, Kebijakan sebagai The Fifth Estate, Metode Penelitian Kebijakan*. Jakarta: PT. Alex Media Komputindo.
- Nugroho, Riant. 2009. *Public Policy*. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Elex Media. Komputindo.
- Nurani, Dwi. 2009. *Analisis Implementasi Program Bantuan Operasional Sekolah pada SDN di Kota Jakarta Selatan*. Jakarta: FISIP Universitas Indonesia.
- Parson, Wayne. 2005. *Public Policy, Pengantar Teori dan praktik Analisis*. Jakarta: CV. Kencana.
- Patton, M.Q. (2001). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. California. USA. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Putra W. J. 2005. *Selayang Pandang Pengantar Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Universitas Airlangga Press.
- Robbins dan Coulter. 2004. *Manajemen*. Edisi Bahasa Indonesia. Jakarta: PT Indeks kelompok Gramedia,
- Robbins, P. Stephen. 2006. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Edisi Bahasa Indonesia. Indeks Kelompok Gramedia.
- Rohani, 2011. *Analisis Balanced Scorecard Pengukuran Kinerja Organisasi*. Jakarta: PT Jasilindo Utama Press.
- Rosenbloom, David H., Kravchik, Robert S dan Clerkin, Ricard M. 2009. *Public Administration Understanding Management, Politics, and Law in the Public Sector*. New York. McGraw.
- Ruben, Brent, D. And Stewart, Lea, P. 2013. *Komunikasi dan Perilaku Manusia*. Jakarta: Edisi kesatu. Pt Raja Garfindo perkasa.
- Saputra, Dedi Rahmat. *Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Kota Baubau (Studi Kasus SPM Pelayanan Rujukan*

- di RSUD Kota Baubau*). Tesis. Yogyakarta: Program Studi Magister Ilmu Pemerintahan Universitas Muhammadiyah
- Semma, Mansyur. 2008. *Negara dan Korupsi: Pemikiran Mochtar Lubis atas Negara, Manusia Indonesia dan Perilaku Politik*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Siagian, Sondang P. 1992. *Organisasi, Kepemimpinan dan Perilaku Administrasi*. Jakarta: Toko Gunung Agung.
- Snelbecker, G. E. (1974). *Learning Theory, Instructional Theory, and Psychoeducational Design*. New York: McGraw- Hill Book Company.
- Singarimbun dan Sofyan Effendi. 1995. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta. LP3ES.
- Soeroso, Santoso. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Starling, Grover. 2008. *Managing the Public Sector*. Boston, USA. Eighth Edition, Thomsom Hihger Education.
- Subarsono, AG. 2011. *Analisis Kebijakan Publik (Konsep, Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
- Sundoyo, 2014. *Perlindungan Hukum Perawat Gigi dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan*. Jakarta. Biro Hukum dan Organisasi Setjen Kementerian Kesehatan.
- Surakhmad, Winarno. 1999. *Pengantar Penelitian Ilmiah Dasar, Metode dan Tehnik*. Bandung: Penerbit Tarsito.
- Suryabrata, 2008. *Pengembangan Model Penelitian Ilmiah Kualitatif Bidang Sosial*. Yogyakarta: PT Jasindo Utama.
- Susan, Novri. 2009. *Pengantar Sosiologi Konflik dan Isu-isu Konflik Kontemporer*. Jakarta: Kencana.
- Sutoto, 2009. *Mutu Pelayanan dalam Pedoman Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Suyanto, Bagong. 2005. *Metode Penelitian Sosial: Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta: Prenada Media.
- Suwanto. 2011. *Asas-asas Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: Suci Press.
- Terry, George dan Leslie W. Rue. 2010. *Dasar-Dasar Manajemen*. Cetakan kesebelas. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Thoha, Miftah. 2008. *Perilaku Organisasi : Konsep Dasar dan Aplikasinya*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Tonneau, Dominique 1997. *Management Tools and Organization as Key Factors Towards Quality Care: Reflections from Experience*. Paris, France: Journal. Centre de Gestion Scientifique, Ecole des Mines de Paris.

- Usman, Husaini. 2009. *Motivasi dalam Bekerja Karyawan*. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia
- Wahyudi, 2006. *Manajemen Konflik dalam Organisasi*. Bandung: cetakan kedua, Alfabeta
- Walgito, Bimo. 2003. *Psikologi Sosial*. Yogyakarta: Cv. Andi Ofset.
- Wijono, Djoko. 1999. *Manajemen Pelayan Bidang Kesehatan*. Jakarta: PT Temprina medika Press.
- Winardi. 1994. *Manajemen Konflik*. Bandung: Cetakan pertama. Mandar Maju,
- Winardi. 2004. *Manajemen Perilaku Organisasi*. Jakarta: PT. Prenada Media.
- Winarno, Budi. 2008. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Winarno, Budi. 2014. *Kebijakan Publik (Teori, Proses dan Studi Kasus)*. Jakarta: Cetakan Kedua. PT Buku Seru.
- Wirawan, 2008. *Hubungan Dinamis Medical Staff di lingkungan Rumah Sakit*. Jakarta: PT Tempra press.
- Yulk, Gary. 2010. *Leadership in Organization*. USA. Seventh Edition. University At Albany State Of New York.
- Zeithaml, V.A., Binter, M.J. 1996. *Service Marketing*. USA. The McGraw-Hill Companies, INC, NY.

Peraturan Perundang-Undangan

- Kemendagri. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009. Tentang Pelayanan Publik. Jakarta: Kemendagri.
- Kemenkes RI. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. Tentang Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemendagri. 2014. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta: Kemendagri.
- Kemendagri. 2005. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005. Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Jakarta: Kemendagri.
- Kemendagri. 2015. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005. Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Jakarta: Kemendagri.
- Kemendagri. 2009. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 96 Tahun 2012 Tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik. Jakarta: Kemendagri.

- Kemendagri. 2007. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007. Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Jakarta: Kemendagri.
- Kemenkes RI. 2008. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemendagri. 2006. Komite Nasional Kebijakan Governance, “*Pedoman Umum Good Corporate Governance Indonesia*”. Jakarta: Kemendagri.
- Kemenkes RI. 1994. Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. ”*Pengelolaan Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*”. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Internet

- Aiyub dan Puji Astuti. 2016. Tujuan yang Digunakan dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh. *Idea Nursing Journal* Vol. VII No.3 2016. <www.jurnal.unsyiah.ac.id>. [10 Desember 2016].
- Andaleeb, Syed, Saad. 2000. Public and Private Hospitals in Bangladesh: Service Quality and Predictors of Hospital Choice. *Oxford Journal*. [Serial Online]. <http://heapol.oxfordjournals.org/>. [16 Desember 2014].
- Aneta, Asna. 2010. Implementasi Kebijakan Program Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan (P2KP) di Kota Gorontalo. *Jurnal Administrasi Publik*, Volume 1 No. 1 Thn. 2010. [Serial Online]. <http://ojs.unm.ac.id/index.php/iap/article/view/132>. [10 Desember 2016].
- Baldauf, Artur, David W Cravens dan Nigel Piercy. 2001. Examining Business Strategy, Sales Management, and Salesperson Antecedent of Sales Organisation Effectiveness. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, Vol. XXI. [Serial Online]. www.tandfonline.com/doi/abs/.../08853134.2001.10754262. [16 Desember 2014].
- Chang, *et al.* 1998. Market Orientation, Service Quality and Bussiness Profitability: a Conceptual Model ad Empirical Evidence. *Journal of Service Marketing*. Vol.12. [Serial Online]. www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.../0887604981022693. [16 Desember 2014].
- Chemers, Martin M. 2014. *An Integrative Theory of Leadership*. New York: Psychology Press. <https://books.google.co.id/books?id>. [10 Desember 2016].
- Chien, *et al.* 2008. Goal Orientation, Service Behavior and Service Performance. *Asia Pacific Management Review* 13(2) (2008) 513-529. [Serial Online]. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.1282&rep=rep1&type=pdf>. [16 Desember 2014].

- Church, 1995. Linking Leadership Behavior to Service Performance; Do Manager Make a Difference?. *Managing Service Quality*, Vol 5. [Serial Online]. https://www.researchgate.net/publication/244065493_Linking_leadership_behaviours_to_service_Performance_Do_managers_make_a_difference. [16 Desember 2014].
- Cinar, *et.al.* 2012. Conflict Management and Visionary Leadership: An Application in Hospital Organizations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 58 (2012) 197–206 [Serial Online]. <http://www.sciencedirect.com>. [10 Desember 2016].
- Denhardt, *et al.* R.B., and Janet V Denhardt. 2003. The New Public Service Rather than Steering. *Public Administration Review* 60. [Serial Online]. www.undp.org/content/dam/.../PS-Reform_Paper.pdf. [16 Desember 2014].
- Dewi, Purnama, Desti. 2012. <http://destipurnamadewi.blogspot.com/2011/12/dimensi-administrasi-negara.html>.
- Dwiyanto, 2007. Administrasi Publik. http://id.wikipedia.org/wiki/Administrasi_publik.
- Edward, Nigel. 2003. Doctors and Managers. *BMJ* 2003 Jan 18; 326 (7381): 116–117. [Serial Online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1128864/>. [23 Desember 2016].
- Emadzade, *et al.* The Effect of Rewards and Motivating on Maintaining and Keeping Human Resources Case study in Amin Hospital (Isfahan) and Alassad Aljameie (Lattakia). *Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business*, Januari 2012 vol.3, no.9. [Serial Online]. <http://www.journal-archieves14.webs.com/353-358.pdf>. [23 Desember 2016].
- Froyd Jeffrey, 2007. *Understanding Conflict and Conflict Management*. <http://www.foundationcoalition.org>
- Hafizurrachman. 2009. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit di Q-Hospital. *Majalah Kedokteran Indonesia*, Volume: 59, Nomor: 8, Agustus 2009. indonesia.digitaljournals.org/index.php/idnmed/article/download/. [4 April 2014].
- Hakim A. 2007. *Konflik Organisasi dalam Kaitannya dengan Pelayanan Publik*. [Serial Online]. <http://publik.brawijaya.ac.id/simple/us/jurnal>. [4 April 2014].
- Hamid, Abdul. 2015. Implementasi Peraturan Bupati Penajam Paser Utara Nomor 18 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Pendidikan Gratis Di Kelurahan Nenang Kecamatan Penajam Kabupaten Penajam Paser Utara. *eJournal Ilmu Pemerintahan*, 3, (2) 2015. [Serial Online]. <http://ejournal.ip.fisip-unmul.ac.id/site/wp->

- content/uploads/2015/05/E%20JOURNAL%20HAMID%20(05-12-15-04-05-44).pdf. [5 Februari 2018].
- Handayani, Fitri. 2012. Manajemen Mutu Rumah Sakit Swasta. https://www.academia.edu/8707779/manajemen_mutu_rs_swasta. [4 April 2014].
- Hasbiansyah, O. 2005. Pendekatan Fenomenologi: Pengantar Praktik Penelitian dalam Ilmu Sosial dan Komunikasi. *Mediator*, Volume 9, No.1. [Serial Online]. <http://ejournal.unisba.ac.id>. [10 Desember 2016].
- Hatimi, Ahmad. 2013. *Teori Kepribadian*. [Ahmadhatimi.blogspot.com/2013/06/teori-kepribadian-menurut-teori-Allport.html](http://ahmadhatimi.blogspot.com/2013/06/teori-kepribadian-menurut-teori-Allport.html). [12 Februari 2014].
- Hendrayady, Agus. 2011. Reformasi Administrasi Publik. *Jurnal Fisip UMRAH* Vol. I, No. 1, 2011 : 107-113. [Serial Online]. <http://riset.umrah.ac.id/wp-content/uploads/.../REFORMASI-ADMINISTRASI-PUBLIK.pdf>. [20 Desember 2016].
- HFMA. 2014. Price Transparency in Health Care. *Healthcare Financial Management Association Articel*. [Serial Online]. <https://www.hfma.org/DownloadAsset.aspx?id>. [10 Desember 2016].
- Hsi-Chi, *et al.* 2013. The Influence of Hospital Organizational Culture on Organizational Commitment Among Nursing Executives. *African Journal of Business Management* Vol.6 (44), pp. 10888-10895. [Serial Online]. <http://www.academicjournals.org/journal/AJBM/article-full-text-pdf/E98852216295>. [20 Desember 2016].
- Ismaya, Erik, Aditia. 2012. *Globalisasi Kesehatan Menghempas Indonesia (Pelayanan Rumah Sakit Tidak Terjangkau Masyarakat Miskin)*. <http://erikaditiaismaya.blogspot.com/2012/04/globalisasi-kesehatan-Menghempas.html>.
- Istiyanto. Bekti. 2008. *Pendekatan Penelitian Kuantitatif*. files.wordpress.com/2008/02/mps.doc. [23 Maret 2014].
- Jatmiko. 2013. Pemimpin dan Kepemimpinan Organisasi. *Forum Ilmiah*, Volume 10 Nomer 2, Mei 2013. [Serial Online]. <http://digilib.esaunggul.ac.id/publicUEU-Journal-3514-Jatmiko.pdf>. [10 Desember 2017].
- Joanna Rosak, Szyrocka. 2014. Employee's Motivation at Hospital as a Factor of the Organizational Success. *Human Resources Management & Ergonomics* Volume VIII 2/2014. [Serial Online]. https://frcatel.fri.uniza.sk/hrme/files/2014/2014_2_08.pdf. [20 Desember 2016].
- Juanita. 2007. *Manajemen Konflik dalam Suatu Organisasi*. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-juanita3.pdf>. [14 Februari 2014].

- Justine, Shakiro. 2011. *Factors Affecting Building Resilience to Occupational Stress Among Health Care Workers in Two Hospitals in Eastern Uganda*. master of science in Hospital Management, Uganda Martyrs University. [Serial Online]. http://asrjetsjournal.org/index.php/American_Scientific_Journal/thesis/view/33. [20 Desember 2016].
- Kalliath, Parveen dan Kalliath, Thomas. 2013. *Work–Family Conflict and Its Impact on Job Satisfaction of Social Workers*. <http://bjsw.oxfordjournals.org/>. [10 Februar 2014].
- Khozin, Mohammad 2010. Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunungkidul. *Jurnal Studi Pemerintahan*. Volume 1 Nomor 1 Agustus 2010. Yogyakarta. [Serial Online]. <http://journal.umy.ac.id/index.php/jsp/article/view/177>. [21 Desember 2016].
- Kiellin, *et al.* 2011. Relationships in the Hospital Organization. Lee Kuan Yew School of Public Policy, *National University of Singapore*. Vol XI. No.1. [Serial Online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14700205>. [21 Desember 2016].
- Klopper, *et al.* 2010. Effective Cooperation Influencing Performance: A Study in Dutch Hospitals. *Journal Faculty Management and Governance*, University of Twente, Enschede, The Netherlands. [Serial Online]. <https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/6755729>. [24 September 2016].
- Koech, Peris M. dan Namusonge, G.S. 2012. The Effect of Leadership Styles on Organizational Performance at State Corporations in Kenya. *International Journal of Business and Commerce*, Vol. 2, No.1: Sep 2012[01-12]. [Serial Online]. www.ijbcnet.com. [10 Desember 2017].
- Kristiansen, *et al.* 2009. Public Sector Reforms and Financial Transparency: Experiences from Indonesian Districts. *Contemporary Southeast Asia* Vol. 31, No. 1(2008) pp 64-87. [Serial Online]. <http://www.academia.edu>. [10 Desember 2016].
- Krogstad, 2010. Doctor and Nurse Perception of Inter-Professional Co-operation in Hospitals. *Journal Norwegian Health Services Research Centre, Quality Evaluations*, University of Oslo, Department of General Practice and Community Medicine, Norway. [Serial Online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15557359>. [26 September 2016].
- Krutwaysho, Ms Oratai. Obstacles to the Implementation of Tourism Policies and Regulations in Phuket, Thailand. *School of Sport and Leisure Management, Sheffield Hallam University, Sheffield City Campus*. [Serial Online]. <https://www.mekongtourism.org/wp-content/uploads/OBSTACLES-TO-THE-IMPLEMENTATION-OF-TOURISM-POLICIES-AND-REGULATIONS-IN-PHUKET-THAILAND-.pdf>. [5 Februari 2018].

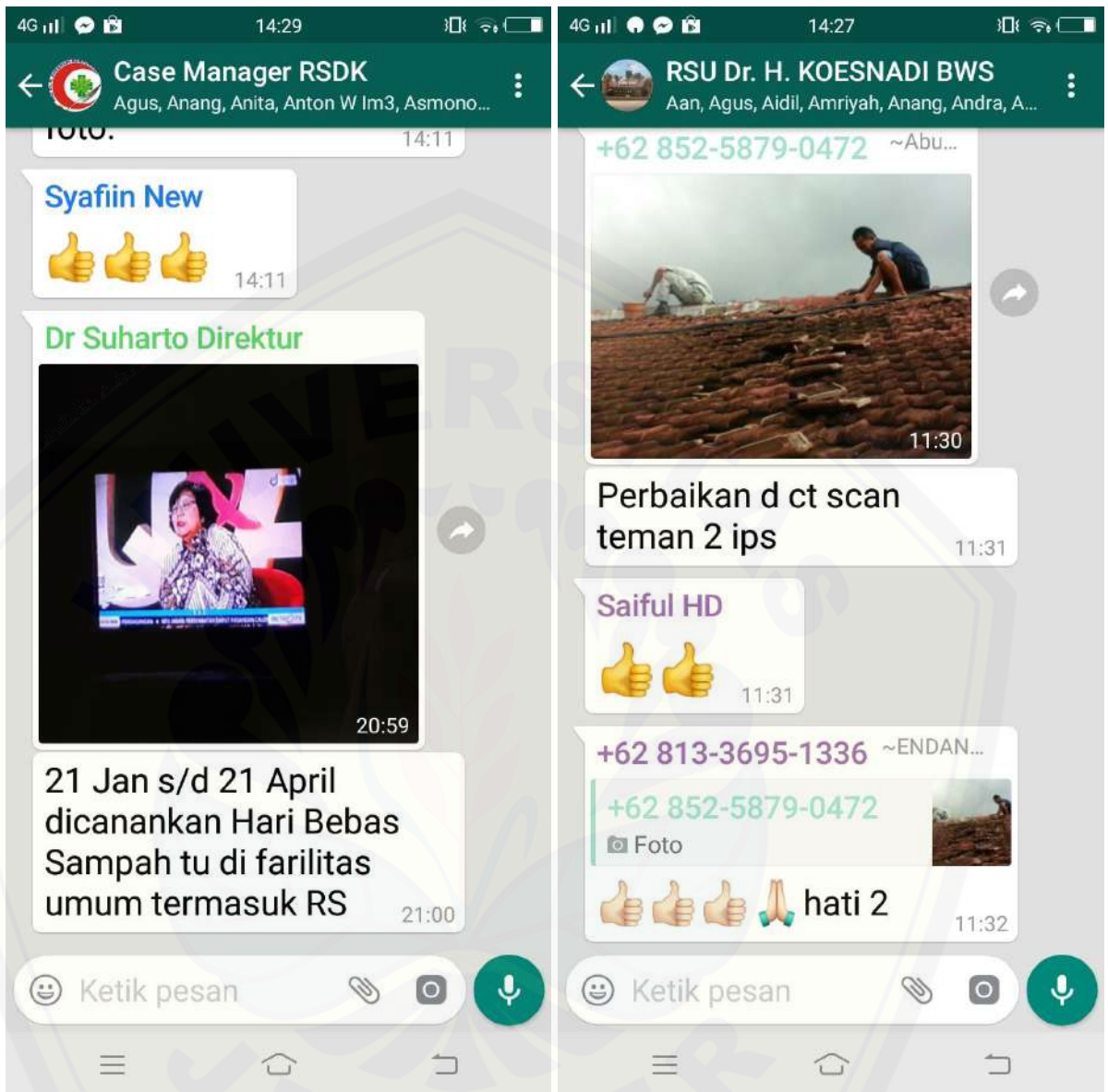
- Kulkarni, Pallavi P. 2013. A Literature Review on Training and Development and Quality Of Work Life. *International Refereed Research Journal* Vol.-IV, Issue-2, April 2013[140]. [Serial Online]. [Serial Online]. http://www.researchersworld.com/vol4/issue2/Paper_20.pdf. [6 Desember 2016].
- Kusnadi, Dadang. 2015. *The Influence of Policy Implementation from The Change Of Institutional Status Toward Quality Of Patient Service In Hospital*. *International Journal Of Scientific & Technology Research* Volume 4, Issue 10, October 2015. [Serial Online]. <http://www.ijstr.org/final-print/oct2015/-The-Influence-Of-Policy-Implementation-From-The-Change-Of-Institutional-Status-Toward-Quality-Of-Patient-Service-In-Hospital.pdf>. [26 September 2016].
- Lina, Dewi. 2014. Analisis Pengaruh Kepemimpinan dan Budaya Organisasi terhadap Kinerja Pegawai dengan Sistem Reward sebagai Variabel Moderating. *Jurnal Riset Akuntansi Dan Bisnis*, Vol 14 No.1/Maret 2014. [Serial Online]. http://jurnal.umsu.ac.id/index.php/akuntan/article/download/157/pdf_18. [10 Desember 2017].
- Machdaliza, 2008. Analisis Budaya Orang Minang dalam Memberikan Pelayanan Publik. *Artikel Ilmiah*. [Serial Online]. http://repository.unand.ac.id/32/1/Artikel_Iliah_Macdaliza_fisip_DIPA_2008_Mutu_Pelayanan.doc.pdf. [12 Februari 2014].
- Makinde, Taiwo. 2005. Problems of Policy Implementation in Developing Nations: The Nigerian Experience. *J. Soc. Sci.*, 11(1): 63-69 (2005). [Serial Online]. <https://pdfs.semanticscholar.org/ce0a/2c747c59f5ec0b713e4d5fab711a961377f5.pdf>. [5 Februari 2018].
- Mardiana, Annisa. 2012. *Krisis Misil Kuba (The Cuban Missile Crisis) 1962*. <http://annisamardiana.wordpress.com>. [6 Desember 2017].
- Marpaung, Marudut. 2014. Pengaruh Kepemimpinan dan Team Work terhadap Kinerja Karyawan di Koperasi Sekjen Kemdikbud Senayan Jakarta. *Jurnal Ilmiah WIDYA*, Volume 2 Nomor 1 Maret-April 2014. [Serial Online]. http://digilib.mercubuana.ac.id/manager/t%21@file_artikel_abstrak/Isi_Artikel_393539707348.pdf. [10 Desember 2017].
- Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia. *Berita di Portal Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara*. [12 Februari 2014].
- Mosadeghrad, *et.al.* 2013. The Impact of Top Management Turnover on Quality Management Implementation. *Med Arch*. 2013;67:134-40. [Serial Online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24341063>. [15 Desember 2016].
- Mosadeghrad, Ali M. 2014. Factors Influencing Healthcare Service Quality. *Int J Health Policy Manag* 2014 Jul; v.3(2): 77-89. [Serial Online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122083/>. [10 Desember 2016].

- Musriha, Ec.2013. The Impact of Individual Characteristics and Organization Culture on Performance and Career Development of Employees Case Studies Five Star Hotel in Surabaya Indonesia. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)* e-ISSN: 2278-487X, p-ISSN: 2319-7668. Volume 14, Issue 3 (Nov. - Dec. 2013), PP 21-27. [Serial Online]. <http://iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol14-issue3/D01432127.pdf>. [10 Desember 2016].
- Nindy. 2012. *Peran Strategi SDM dalam Menghadapi Persaingan Global*. <http://nindy14.blogdetik.com/2012/04/04/peran-strategi-sdm-dalam-Menghadapi-persaingan-global/>. [4 April 2014].
- OECD. 2001. *Best Practice for Budget Transparency*. OECD. [Serial Online]. <http://www.oecd.org/gov/budgeting/best-practices-budget-transparency.pdf>. [21 Desember 2016].
- Pakpahan, GM. 2011. *Kerangka Teoritis Budaya Komunikasi*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/23155/4/Chapter%20II.pdf>. [26 September 2016].
- Pelham, Alfred M. 1997. Mediating Influences on the Relationship Market Orientation And Profitability in Small Industrial Firms. *Journal of Marketing Theory and Practices*. Vol.III. No.2. [Serial Online]. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10696679.1997.11501771>. [26 September 2016].
- Pujilestari, Agustina. ----- [Serial Online]. https://www.academia.edu/11984243/Teori_Mutu_Parasuraman. [05 Januari 2018].
- Rahadian, Adinda P. 2011. Analisis Implementasi Kebijakan Tentang Keterbukaan Informasi Publik Studi Kasus pada Kementerian Pertanian. [Serial Online]. www.stiami.ac.id/.../download/.../analisis-implementasi-kebijakan-tentang-keterbukaan-informasi-publik-studi-kasus-pada-kementerian-pertanian.pdf. [05 Februari 2018].
- Rai Technology University. Social Work Interaction with Individual and Group. *Rai Technology University* Campus Dhodballapur Nelmangala Road, SH - 74, Off Highway 207. [Serial Online]. <http://164.100.133.129:81/eCONTENT/Uploads/>. [26 September 2016].
- Rawlins, Brad R. 2008. Measuring the Relationship between Organizational Transparency and Employee Trust. *Public Relations Journal* Vol. 2, No. 2. [Serial Online]. <http://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1884&context=facpub>. [26 September 2016].
- Risal, Samuel. 2005. https://www.academia.edu/7396449/Administrasi_Publik_Liberalisasi_Governance. [20 Oktober 2016].
- Sahib, M.I. 2012. *Pengaruh Kualitas Layanan terhadap Kepuasan Konsumen pada Makassar Air Traffic Service Center Matsc PT (Persero) Angkasa*

- Pura I Makassar. [Serial Online]. <https://http://repository.unhas.ac.id%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F1231%2FSKRIPSI%2520LENGKAP%2520MANAJEMEN%2520-0312-%2520MUHAMMAD%2520ICHSAN%2520SAHIB.doc>. [05 Januari 2018].
- Sinaga, HM.B. 2009. Persepsi Pengguna Jasa. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/126216-T%2026315-Persepsi%20pengguna-Literatur.pdf>. [05 Januari 2018].
- Smith, Liz-Hill. 2015. Leadership Without Ego. *Training Journal*. [Serial Online]. <https://www.trainingjournal.com/blog/making-magic-work-part-two-Leadership-without-ego-%E2%80%93-teal-journey>. [21 Desember 2016].
- Sukmana *et al.* Implementasi Kebijakan Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun di Kota Malang. *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, Vol. 2, No. 4, Hal. 729-734. [Serial Online]. <https://media.neliti.com/media/publications/79407-ID-implementasi-kebijakan-wajib-belajar-pen.pdf>. [05 Februari 2018].
- Sukowati, *et.al.* 2013. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Nonkuota (Jamkesda Dan SPM) (Studi Di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar). *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, Vol .1, No. 6, Hal. 1195-1202. [Serial Online]. <https://media.neliti.com/media/publications/75440-ID-implementasi-kebijakan-pelayanan-kesehat.pdf>. [20 Oktober 2016].
- Sulistyo, Basuki. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. <http://www.pnri.go.id> / Majalah Online Add. [20 Oktober 2016].
- Sutanto, et al. 2000. Peranan Gaya Kepemimpinan yang Efektif dalam Upaya Meningkatkan Semangat dan Kegairahan Kerja Karyawan di Toserba Sinar Mas Sidoarjo. *Jurnal Manajemen & Kewirausahaan*, Vol. 2, No. 2, September 2000: 29 – 43. [Serial Online]. <http://puslit.petra.ac.id/journals/management/>. [10 Desember 2017].
- Umar, Husein. 2002. *Metode Riset Bisnis: Panduan Mahasiswa untuk Melaksanakan Riset Dilengkapi Contoh Proposal dan Hasil Riset Bidang Manajemen dan Akuntansi*. <http://books.google.co.id/books>. [20 September 2016].
- Van Meter, Donalds and Carl E. Van Horn. 1975. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Admistration and Society*, Vol.6 No.4, February. [Serial Online]. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009539977500600404>. [20 Oktober 2016].
- Wahyuni, Evi. 2015. Pengaruh Budaya Organisasi Dan Gaya Kepemimpinan Terhadap Kinerja Pegawai Bagian Keuangan Organisasi Sektor Publik Dengan Motivasi Kerja Sebagai Variabel Intervening (Studi Kasus Pada Pegawai Pemerintah Kota Tasikmalaya). *Jurnal Nominal/Volume IV*

- Nomor 1/Tahun 2015. [Serial Online].
<https://journal.uny.ac.id/index.php/nominal/article/viewFile/6890/5922>.
[10 Desember 2017].
- Warshawsky *et al.* 2014. The Influence of Interpersonal Relationships on Nurse Managers' Work Engagement and Proactive Work Behavior. *Nurse Administration Journal* [Serial Online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. [10 Desember 2016].
- Wibawati, *et al.* Promosi Kesehatan (Studi pada Pusat Kesehatan Masyarakat Dinoyo, Kecamatan Lowokwaru, Kota Malang). *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, Vol.2, No.11. [Serial Online]. <https://media.neliti.com/media/publications/80389-ID-implementasi-kebijakan-promosi-kesehatan.pdf>. [5 Februari 2018].
- Wikipedia. 2015. Globalisasi, ensiklopedia bebas. <http://id.wikipedia.org/wiki/Globalisasi>. [21 September 2016].
- Yudiatmaja, Fridayana. 2013. Kepemimpinan: Konsep, Teori Dan Karakternya. *Media Komunikasi FIS*, Vol 12, No 2 Agustus 2013. [Serial Online]. <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/MKFIS/article/view/1681/1469>. [10 Desember 2017].
- Yuniawan, Robertus G.S.P.A. 2016. Pengaruh Gaya Kepemimpinan Transformasional, Motivasi Kerja, Dan Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Karyawan (Studi Pada PT. BPR Arta Utama Pekalongan). *Diponegoro Journal Of Management*, Volume 5, Nomor 3, Tahun 2016, Halaman 1-12. [Serial Online]. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/management>. [10 Desember 2017].
- Zerbe *et al.* 1998. A Behavioral Model of Innovative: Evidence from Public Hospital Services. *Oxford Journal*. [Serial Online]. <http://jpart.oxfordjournals.org/>. [16 Februari 2014].
- Zeithaml, Valerie A. Leonard L. Berry dan Parasuraman, A, 1988, Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality; *Journal of Marketing*, Vol. 52. [Serial Online]. <https://www.jstor.org/stable/1251263>. [21 September 2016].

Lampiran B1. Bentuk Komunikasi Melalui Media Sosial *Whatsapp*



Lampiran B2. Bentuk Komunikasi Melalui Media Sosial Facebook

4G 14:35

← Ir. H. Koesnadi Bondowoso ...

BERANDA TENTANG FOTO KIRIMAN

RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso menambahkan 5 foto baru – bersama **Nur Wahyudi** dan **Moch Jasin**.
25 Jul 2017 pukul 17:19 • 🌐

Penandatanganan Komitmen Bersama
Pencanangan Intisari dari Etika
Pelayanan Dasar
"

Salam,Sapa,Senyum,Sopan,Santun,Sepen
uh Hati,Sabar (7S) dengan setiap
bertemu pelanggan Mengucapkan
"Selamat Pagi/Siang/Sore/Malam, Ada
Yang Bisa Dibantu Bpk/Ibu ? Kepada
Seluruh Elemen Pelayanan RSU dr. H
Koesnadi Bondowoso.
ditandatangani oleh Perwakilan dari berba...
Lanjutkan Membaca

4G 14:35

Moch Jasin dan 34 lainnya

RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
Terima kasih atas saran dan kritik dari CiexsHandayanii. Saat ini sedang berlangsung proses rekrutmen apoteker & asisten apoteker. Kepuasan pelanggan adalah kebanggaan kami 🙏

1t Suka Balas 1

Indra Rahmawati menerima peg...

Heru Mulyadi
Yang diluar 4 penandatanganan bagaimana(Non medis. Admin,Cs, satpam)

1t Suka Balas 1

Tampilkan 1 balasan sebelumnya

Wahedi ada lowongan

Ciexs Handayanii
Cuman yg bikin kecewa pelayanan obatnya sy sering

Tulis komentar... GIF 😊

Lampiran B3. Bentuk Komunikasi Melalui Media Sosial Website

The screenshot shows the mobile interface of the website rsu-drkoesnadi.go.id. The page is titled "RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO" and includes a search bar and navigation tabs for "PROFIL RUMAH SAKIT", "PELAYANAN KESEHATAN", "PRODUK & LAYANAN", "BERITA", and "PKRS".

PROFIL RUMAH SAKIT

PIR DIREKTUR RUMAH SAKIT

Selamat Datang di Website Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi
Media Sistem Informasi Rumah Sakit Online

Kami Menyambut baik terbnyta Website RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang baru , dengan harapan dipublikasinya website ini rumah sakit berharap :
Peningkatan layanan rumah sakit kepada pegawai dan masyarakat pada umumnya. Sebaiknya pegawai dan masyarakat dapat mengakses dan mencari informasi tentang RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Dengan fasilitas ini masyarakat dapat mengakses berbagai informasi di RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

dr. Suharto, Sp.DD
NIP. 1960821 200004 1 011

KRITIK DAN SARAN

Welcome to Obco! To post a message, click in the boxes below and type!

LINK TERKAIT

- PKRS RSU Bondowoso
- DEPKES BONDOWOSO
- SIMRS
- Kabupaten Bondowoso
- Evaluasi Teknologi Indonesia
- FOLKLINK

Berita Terbaru

- Kedatangan TIM Visitasi KIK Kabupaten Bondowoso**
Kategori Berita -2017-06-14 | 67.24.00 MB
TIM Visitasi KIK Kabupaten Bondowoso, mendarang RSU dr. Koesnadi Bondowoso untuk menilai TIM KIK BATAS RSDKy diwakili oleh Kolaborasi Famas dan Rawat Jalan,Kama, 16 Agustus 2017. [Baca Selengkapnya](#)
- Tasyakuran CATHLAB RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso**
Kategori Berita -2017-05-14 | 67.14.00 MB
Tasyakuran CATHLAB RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang dihadiri oleh Dinas Kesehatan Bondowoso, Dinas Informatika Bondowoso, Dewan Pengawas RSDK, beserta pejabat Struktural RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso, semoga bermanfaat bagi pe... [Baca Selengkapnya](#)
- Pengumuman Hasil Test Wawancara untuk Rekrutment Karyawan RSU dr. H. KOESNADI, 2017**
Kategori Berita -2017-07-26 | 11.19.00 MB
Bersama ini diumumkan daftar nama Peserta Rekrutmen Tenaga Medis, Tenaga Penunjang Medis dan Tenaga Administrasi yang berhasil lolos di tahap test wawancara Rekrutmen RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso. [Baca Selengkapnya](#)
- Perenandatanganan Komitmen Bersama Penceranaan Inisiasi dari Etika Pelayanan Dasar**
Kategori Berita -2017-07-26 | 09.32.00 MB
"Salam, Senja, Senyum, Sopan, Santun, Sepenuh Hati, Sabar (7S) dengan setiap berinteraksi selanjutnya Mengucapkan "Selamat Pagi/Siang/Sore/Malam, Ada Yang Bisa Dibantu? Epik/ibu? Kepada Seluruh Elemen Pelayanan RSU dr. H Koesnadi Bondowoso... [Baca Selengkapnya](#)

PENGUMUMAN TERBARU

- Rapat harian semua dokter
- Website RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso
- Peresmian dan Launching Website Perdana RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso
- RSU Dr. H. Koesnadi Siap untuk Akreditasi
- RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso membuka Poliklinik Baru

AGENDA RUMAH SAKIT TERBARU

- Kegiatan di RSU dan Pembukaan Poli baru
- Polunsuran Website Remi RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso

STATISTIK PENGUNJUNG

- Dikunjungi oleh : 71.212 user
- IP address : 64.233.173.140
- OS : Linux
- Browser : Safari 537.36

GALERI KEGIATAN TERBARU

Lihat koleksi foto-foto kegiatan yang lainnya. [Lihat Galeri Kegiatan](#)

Copyright © 2016 INSTALASI INFORMASI TEKNOLOGI RSU dr. H. Koesnadi. All Rights Reserved.
Design & Program by INSTALASI INFORMASI TEKNOLOGI RSU dr. H. Koesnadi | Anda berkunjung dengan IP Address 64.233.173.140

Lampiran C. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Pembukaan Acara FGD (*Focus Group Discussion*)



Gambar 2. Presentasi oleh Peneliti dalam Acara FGD (*Focus Group Discussion*)



Gambar 3. Pemaparan Informasi oleh Informan (Peserta FGD)



Gambar 4. Pemaparan Informasi oleh Informan (Peserta FGD)



Gambar 5. Pemaparan Informasi oleh Informan (Peserta FGD)



Gambar 6. Pemaparan Informasi oleh Informan (Peserta FGD)



Gambar 7. Pemaparan Informasi oleh Informan (Peserta FGD)



Gambar 8. Pemaparan Informasi oleh Informan (Peserta FGD)



Gambar 9. Peserta FGD (*Focus Group Discussion*)



Gambar 10. Peserta FGD (*Focus Group Discussion*)

CURRICULUM VITAE



A. DATA PRIBADI

N a m a : **UNTUNG KUZAIRI**

Tempat, Tanggal Lahir: Bangkalan, 21 Januari 1971

Alamat Rumah : Jln. S Wirjopranoto No. 1 Sukosari lor Sukosari
Bondowoso, 68287.

Alamat Kantor : RSUD dr H Koesnadi Bondowoso, NO. 3 Bondowoso,
68214. Telp. 0332-421974, 421263 Fax 422311. Hp
082141512774 dan 08123456338

Jabatan : Kepala Bagian Perencanaan dan Pengembangan RSUD dr
H Koesnadi Bondowoso

Pendidikan Terakhir : Magister Kesehatan, Administrasi dan Kebijakan
Kesehatan, Minat Administrasi Rumah Sakit UNAIR
Surabaya.

site In Program Doktor Ilmu Administrasi FISIP UNEJ
Jember.

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 1999-1985 : SDN Blega 1 Blega Bangkalan Madura Jawa Timur
2. Tahun 1985-1987 : SMPN Blega Bangkalan Madura
3. Tahun 1987-1990 : SPK (Sekolah Perawat Kesehatan) Depkes RI Bangkalan
di Bangkalan Madura
4. Tahun 1996 : Pendidikan Mahir Perawat Anestesi RSUD dr Soetomo
Surabaya
5. Tahun 2000 : Persamaan SMA di Bondowoso
6. Tahun 2000-2004 : S1 Ilmu Hukum Universitas Bondowoso
7. Tahun 2005-2007 : S2 Administrasi Kebijakan Kesehatan Minat Administrasi
Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas

Airlangga di Surabaya

8. Tahun 2014 : Program Doktor Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Jember di Jember.

C. RIWAYAT PEKERJAAN, ORGANISASI DAN JABATAN

1. Tahun 1990 : Puskesmas Blega Bangkalan Madura
2. Tahun 1992-1998: Staf Keperawatan Bagian Anestesi dan Reanimasi RSU dr Soetomo Surabaya
3. Tahun 1996 : Tim *Basic Life Support* (BLS) dan *Basic Trauma Life Support* (BTLS) RSU dr Soetomo Surabaya – National University Hospital (NUH) Singapore.
4. Tahun 1997 : Tim Medis Surya Bhaskara Jaya (SBJ) ke XXXVI Unair – RSAL Ramelan – TNI AL ARMATIM Di PAPUA
5. Tahun 1998 : Staf Keperawatan Anestesi RSU dr H Koesnadi Bondowoso
6. Tahun 1999 : Wakil Ketua Koperasi Pegawai Republik Indonesia RSU dr H Koesnadi Bondowoso
7. Tahun 2000 : Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Komisariat RSU dr H Koesnadi Bondowoso.
8. Tahun 2005 : Divisi Hukum dan Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Bondowoso
9. Tahun 2008 : *Owner and founding* Kuzairi and Partner, Hospital and clinic consultant
10. Tahun 2009 : *Owner and founding* Yayasan dan Akademi Kebidanan (AKBID) Dharma Praja Bondowoso
11. Tahun 2009 : Kepala Seksi Monitoring dan Evaluasi Perencanaan Dan Pengembangan RSU dr Koesnadi Bondowoso.
12. Tahun 2010 : Wakil Ketua Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama` (PC-LKNU) Bondowoso
13. Tahun 2010 : Dewan Pertimbangan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kabupaten Bondowoso.

14. Tahun 2010 : Pengurus Badan Amil Zakat (BAZ) Kabupaten Bondowoso.
15. Tahun 2011 : *Owner and founding* Yayasan dan Klinik RSNU Bondowoso
16. Tahun 2012 : Kepala Seksi Fasilitas Kesehatan Medis RSU dr Koesnadi Bondowoso.
17. Tahun 2014 : Pengurus Badan Amil Zakat Nasional (BAZNAS) Kabupaten Bondowoso.
18. Tahun 2016 : Pengurus Cabang Ketua Lembaga Kesehatan Nahdlatul Ulama` (PC-LKNU) Bondowoso
19. Tahun 2017 : Kepala Bagian Umum RSU dr Koesnadi Bondowoso.
20. Tahun 2017 : Kepala Bagian Perencanaan Dan Pengembangan RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso.
21. Tahun 2018 : Dosen Tamu Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca Sarjana Universitas Jember