

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan merupakan sebuah proses dimana anggota-anggota suatu masyarakat meningkatkan kapasitas perorangan dan institusional mereka guna memobilisasi dan mengelola sumber daya untuk menghasilkan perubahan-perubahan yang berkelanjutan dan merata dalam kualitas hidup yang sesuai dengan aspirasi mereka sendiri. Dalam pembangunan tersebut salah satunya terdapat upaya untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, pendapatan lain dan sebagainya untuk mencapai keberhasilan pembangunan dibutuhkan manusia yang berkualitas, sumber dana yang memadai, dan kekayaan atau potensi alam yang mendukung.

Sesuai dengan pasal 11 ayat 22 Tahun 1999, pemerintah daerah wajib melaksanakan standar pelayanan minimal untuk sebelas bidang kewenangan meliputi pendidikan dan kebudayaan, kesehatan, pekerjaan umum, pertanian, perhubungan, industri dan perdagangan, penanaman modal, lingkungan hidup, pertanahan, koperasi dan tenaga kerja. Dari kesebelas kewenangan tersebut, dapat dibagi menjadi tiga garis besar kebijakan publik yakni kebijakan sosial, ekonomi dan trade policy.

Salah satu isu yang terkait dengan masalah kesehatan adalah tentang

11. UU No. 23 Tahun 1992 dan UU No. 25 Tahun 1999 mengenai

otonomi daerah dan perimbangan keuangan pusat dan daerah dimana daerah diberi wewenang atau kekuasaan lebih luas untuk menggali dan memanfaatkan segala potensi daerah masing-masing di satu sisi, dan juga mengeluarkan kebijakan-kebijakan sendiri sesuai kebutuhan daerah yang bersangkutan termasuk kebijakan-kebijakan dalam bidang kesehatan, disisi lain kebijakan-kebijakan kesehatan di bidang kesehatan yang dikeluarkan akan berpengaruh terhadap upaya kesehatan daerah yang juga akan mencakup kebijakan atas saran pelayanan kesehatan yang dinaungi oleh daerah sebagai media tanggungjawab pemerintah khususnya pemerintah daerah terhadap upaya kesehatan daerah.

Termasuk didalamnya kedua UU tersebut relatif relatif masih berumur baru karena baru mulai dilaksanakan empat tahun terakhir. Era otonomi daerah kemudian diterapkan menjadi sebuah awal perbaikan pembangunan daerah tidak terkecuali pembangunan dibidang kesehatan segala permasalahan yang menyangkut kesehatan manusia akan selalu aktual dan menarik untuk dikaji karena keberadaannya akan selalu mengikuti perkembangan kehidupan manusia itu sendiri dimanapun, tidak terkecuali dikota Yogyakarta.

Adapun tujuan dan visi Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat. Tujuan khusus:

- a. Tersedianya SDM yang berkualitas dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan

- b. Terlaksananya pelayanan (UKM) kesehatan Unit Kesehatan Masyarakat yang berkualitas
- c. Terwujudnya kerjasama dan kolaborasi antara elemen pelaku kesehatan dan sector kesehatan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan
- d. Terselenggaranya fungsi perijinan sarana dan tenaga kesehatan
- e. Terselenggaranya pengawasan terhadap institusi pelayanan kesehatan
- f. Terselenggaranya jaminan ksesehatan Daerah¹

Table I.1
Penduduk Miskin Kota Yogyakarta

No	kecamatan	Jumlah penduduk	askeskin
1	Mantrijeron	41.298	2.334
2	Kraton	30.137	1.692
3	Mergangsan	42.678	2.435
4	Umbulharjo	74.438	4.292
5	Kotagede	32.515	1.905
6	Gondokusuman	75.607	2.681
7	Danurejan	31.659	1.662
8	Pakualaman	14.995	683
9	Gondomanan	17.411	1.871
10	Ngampilan	23.621	1.455
11	Wirobrajan	31.787	2.193
12	Gedongtengen	26.840	2.066
13	Jetis	37.924	2.290
14	Tegalrejo	41.937	3.808
	Jumlah kota Yoevakarta	522.847	31.367

Kota Yogyakarta mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Data tahun 2006 penduduk miskin di Kota Yogyakarta 31.367 KK yang sudah dibiayai oleh APBN dan Pemerintah Kota Yogyakarta. Persentase KK miskin dari jumlah KK di Kota Yogyakarta adalah 100%.

Dari gambaran keadaan Kota Yogyakarta tersebut, maka pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih sangat dibutuhkan sehingga perlu pemikiran kelangsungan pelayanan pasca program jaring Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan (JPS-BK), dalam rangka mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu merata dan terjangkau..

Kesehatan sendiri sebenarnya mempunyai sebuah system yang terdiri dari dua sub sistem besar yaitu sub system pelayanan kesehatan dan sub system pembiayaan kesehatan. Sub system pelayanan kesehatan biasanya dilaksanakan melalui sarana prasarana pelayanan kesehatan. Ketersediaan sarana pelayanan dan tenaga kesehatan yang berkualitas akan sangat berpengaruh pada status kesehatan masyarakat pengetahuan dan ketrampilan petugas kesehatan yang seimbang dengan sarana dan kualitas pelayanan kesehatan akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan yang timbul di masyarakat.

Masalah yang diangkat dalam penelitian ini berkaitan dengan objek formal ilmu sosial. Fenomena pelayanan kesehatan di sebuah Dinas Kesehatan tersebut merupakan produk kebijakan politik dalam hal ini oleh pemerintah Kota Yogyakarta kesehatan melalui kebijakan pembangunan di bidang kesehatan

yang kemudian dinas kesehatan daerah juga membuat kebijakan yang sinkron dengan kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah, kebijakan itu akan secara langsung maupun tidak langsung oleh masyarakat terutama bagi mereka pengguna pelayanan kesehatan rumah sakit. Apabila kebijakan yang dikeluarkan dan dilaksanakan tidak sesuai maka akan terjadi ketidakpuasan masyarakat atas pelayanan yang diberikan yang juga berarti bahwa kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan tidak terpenuhi dengan baik, dan pada akhirnya bias menimbulkan masalah social yang berlarut-larut seperti minimnya upaya kesehatan masyarakat yang kurang terjamin sehingga salah satu aspek kualitas manusia akan berkurang.

Satu hal yang termasuk dalam aspek kualitas manusia adalah aspek kesehatannya. Segala aktifitas manusia akan banyak dipengaruhi oleh kondisi kesehatannya yang juga berkaitan dengan sarana untuk memperoleh pelayanan kesehatan baik ketika sakit sebagai upaya penyembuhan maupun dalam usaha pencegahan penyakit. Oleh karenanya pelayanan kesehatan dalam hal ini pelayanan dari dinas kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan paripurna adalah salah satu factor penting dalam mendukung dan mewujudkan kualitas manusia sebagai sebuah potensi yang bisa menjadi modal dalam sebuah proses pembangunan masyarakat sehingga pelayanan kesehatan juga terkait dengan objek formal ilmu social meski tidak secara langsung dan hanya sebagai salah satu faktor yang bias memaksimalkan kualitas manusia dan bidang kesehatan

berkaitan erat dengan kelancaran dan kemantapan proses pembangunan masyarakatnya. Produktifitas dan kreatifitas serta berbagai kemampuan manusia lainnya yang seharusnya bisa menjadi modal besar sering tidak bias digunakan secara maksimal karena tingkat kesehatannya yang rendah.

B. Perumusan Masalah

Bagaimana implementasi program pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta pada periode 2002-2006

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian

- a. Untuk mengetahui program yang dilaksanakan Dinas Kesehatan Pemerintah Kota untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
- b. Untuk mengetahui faktor penghambat dan faktor pendukung dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Dinas Pemerintah Kota

2. Manfaat Penelitian

Bagi Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Yogyakarta khususnya, Dinas Kesehatan lain dan pihak-pihak terkait, semoga hasil penelitian ini berguna sebagai bahan pertimbangan untuk pengambilan keputusan berkaitan dengan upaya pengembangan Organisasi Dinas Kesehatan itu

D. Kerangka Teori

1. Otonomi Daerah

Istilah otonomi daerah disadur kata "*autonomie* (bahasa Belanda) dan ini berasal dari dua kata Yunani, yaitu "*autos*" yang berarti sendiri dan dari "*nomos*" yang berarti peraturan-peraturan atau undang-undang. Maka kalau kita terjemahkan menurut bahasa saja, *autonomie* atau otonomi berarti "peraturan sendiri" atau "undang-undang sendiri", otonomi merupakan kata benda; kata sifatnya adalah otonomi (dalam bahasa Inggris: *autonomos*, bahasa Belanda: *autonom*).

Abdurrahman memberikan pengertian otonomi sebagai perundangan sendiri, mengatur atau memerintah sendiri atau pemerintahan sendiri. Sehubungan dengan itu Ateng Sjafrudin mengatakan bahwa istilah otonomi mempunyai makna kebebasan atas kemandirian tetapi bukan kemerdekaan. Kemerdekaan yang terbatas atau kemandirian itu adalah wujud pemberian yang harus dipertanggungjawabkan menurut Drs. The Liang Gie, otonomi adalah wewenang untuk menyelenggarakan segenap kepentingan setempat yang diterima oleh daerah.

Perubahan negara juga bisa dipahami sebagai perubahan dari sentralisasi kepada desentralisasi, atau dari sistem pemerintahan yang memusat pada sistem pemerintahan daerah. Menurut Smith dalam bukunya yang berjudul *Decentralization The Territorial Dimension of The State*, desentralisasi melalui pendelégasian kekuasaan dan wewenang kepada

tingkatan yang lebih rendah, dan dalam hal ini merujuk kepada distribusi kekuasaan suatu daerah.

Desentralisasi disini dapat berarti dua hal, yaitu *self-goverenment* dan *demokrasi*. *Self government* berkaitan dengan pemerintah yang dilakukan oleh daerah, Dan demokrasi menjelaskan perekrutan politik yang dilakukan, yang mendasari pembentukan institusi yang akan memerintah.² Secara ekonomi desentralisasi berarti mengefesiensikan pelayanan dan fasilitas public dengan penyediaannya di tingkat local daerah. Hal ini dianggap menurunkan pengeluaran negara dan dianggap efektif sehubungan dengan pemanfaatan sumber daya manusia. Secara politik, desentralisasi akan memperkuat akuntabilitas, political skill, dan integrasi nasional. Selain itu, pemerintah akan lebih dekat dengan masyarakatnya dan mengadakan pelayanan publik dengan lebih baik.³

Dalam kaitannya dengan konsep desentralisasi dan pemerintahan daerah atau lokal, maka Albert Hirschman memelopori suatu konsep yang berhubungan dengan pelayanan publik. Konsep tersebut adalah *exit* dan *voice*. Dalam hal ini *exit* merupakan kemampuan masyarakat untuk memilih pelayanan publik sesuai dengan keinginannya. Dimana masyarakat dapat memilih pelayanan selain yang disediakan pemerintah apabila tidak

memuaskan dalam kualitas. Untuk itu perlu adanya alternatif pelayanan publik selain pelayanan yang disediakan pemerintah.

Dalam hal ini pemerintah tidak melakukan monopoli pelayanan publik, tetapi tergantung sepenuhnya oleh mekanisme pasar. Sedangkan *voice* adalah kemampuan masyarakat untuk menyuarakan atau mengekspresikan ketidakpuasan terhadap suatu bentuk pelayanan publik, termasuk didalam memilih para pelayan publik (pejabat atau wakil daerah). Hirschman berargumentasi bahwa *exit* lebih kepada dunia ekonomi sedangkan *voice* lebih condong kepada dunia politik. Meskipun begitu keduanya mempunyai kaitan yang erat dalam implementasi dan artikulasi terhadap pilihan pelayanan publik

Pemerintah lokal sebagai *stakeholders* pelayanan publik diharapkan dapat mengimplementasikan *exit* dan *voice* secara seimbang sebagai pemanfaatan potensi daerah untuk menghasilkan dana yang besar. Kelebihan dari dana tersebut dapat digunakan untuk mensubsidi pelayanan publik terutama pada masyarakat miskin (*marginal*).

Dalam upaya peningkatan pelayanan publik, pemerintah Indonesia menumpuh berbagai kebijakan publik diantaranya adalah adanya standarisasi dalam pelaksanaan pelayanan publik atau yang dikenal sebagai standar pelayanan minimum, yang diterapkan dalam berbagai bidang

2. Konsep Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan

a. Konsep Kualitas Pelayanan

Pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan konsumen adalah pelayanan yang bermutu atau berkualitas. Definisi kualitas banyak diterjemahkan kedalam konteks yang beragam.

Supranto mengemukakan bahwa kualitas adalah sebuah kata yang bagi penyedia layanan merupakan sesuatu yang harus dikerjakan secara baik. Aplikasi kualitas sebagai sifat dari penampilan suatu produk atau kinerja merupakan bagian utama strategi instansi atau perusahaan dalam rangka meraih keunggulan yang berkesinambungan, baik sebagai pemimpin pasar atau sebagai setrategi untuk terus tumbuh. Keunggulan suatu produk layanan adalah tergantung dari keunikan serta kualitas yang diperlihatkan oleh layanan tersebut apakah sesuai dengan harapan dan keinginan klien/masyarakat pengguna layanan tersebut.⁴

Definisi kualitas yang lebih strategis dikemukakan oleh Gasperz. Menurutnya, kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of customers*). Kualitas seringkali diartikan sebagai kepuasan pelanggan (*customers satisfaction*)⁵. Masih tentang kualitas, Martin dan Kattner berpendapat bahwa persekualitas dapat dipersembahkan dalam dimensi yang berbeda-

⁴ Supranto. J. MA, *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*, Rieneka Cipta, Jakarta, 1997, hlm. 228

⁵ *Customer Service: Meningkatkan Kualitas Dalam Industri Jasa (terjemahan)*, Gramedia

beda. Hal ini disebabkan oleh adanya sudut pandang yang berbeda tentang apakan yang membentuk kualitas tersebut. Berdasarkan apa yang ditulis Martin tentang *Total Quality Management (TQM)* dalam pelayanan publik, pada lima belas indikator kualitas. Dari kelima belas macam tersebut ada beberapa yang dianggap paling penting oleh pengguna layanan yaitu: *reliability, responsivity, assurance, empathy, dan tangible*.

Bukti langsung (*tangibles*) meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan pegawai untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap. Jaminan (*assurance*) mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya, bebas dari resiko atau keraguan. Empati (*empathy*) meliputi kemudahan dalam melakukan komunikasi dengan baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan pelanggan.

Walaupun tidak ada definisi khusus yang diterima secara universal, dari definisi-definisi yang ada terdapat beberapa persamaan, yakni adanya unsur-unsur sebagai berikut:

- 1) Kualitas dimaksudkan untuk memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.

- 2) Kualitas meliputi produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan.

- 3) Kualitas adalah suatu kondisi dinamis yang selalu berubah (moving target). Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa kualitas harus diperbaiki setiap waktu karena produk yang dianggap berkualitas pada saat ini mungkin akan dianggap kurang berkualitas pada masa yang akan datang.

Dengan demikian kualitas pelayanan adalah suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk jasa, manusia, proses dan lingkungan yang melebihi atau memenuhi harapan konsumen pengguna jasa pelayanan. Dalam hal ini kualitas pelayanan menyangkut pemenuhan kebutuhan/keinginan pelanggan.

Dalam pelayanan kesehatan untuk melakukan penilaian terhadap mutu pelayanan tidak mudah karena kualitas pelayanan kesehatan bersifat multidimensional. Tiap orang tergantung latar belakang dan kepentingan masing-masing, dapat saja melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda-beda.

Robert dan Prevost sebagaimana dikutip dalam Azwar mengungkapkan tentang perbedaan pandangan mengenai dimensi kualitas pelayanan dibidang kesehatan sebagai berikut:

- 1) Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, keramahtamahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang di derita

- 2) Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan lebih terkait dengan dimensi kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu-ilmu teknologi mutakhir atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- 3) Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan lebih terkait dengan dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan dan atau kemampuan pelayanan mengurangi kerugian penyandang dana.

Untuk mengatasi perbedaan dimensi ini telah diperoleh kesepakatan bahwa dalam masalah mutu pelayanan kesehatan, seharusnya pedoman yang dipakai adalah hakikat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan tersebut yaitu untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pengguna jasa layanan. Mutu pelayanan menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien. Aspek kepuasan pasien mempunyai peranan penting dalam mencapai mutu pelayanan kesehatan. Dengan demikian kualitas pelayanan kesehatan berhubungan dengan kemampuan sumber daya manusia dalam melayani pelanggan.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan, kode etik dan standar yang telah ditetapkan. Pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan sesuai

sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Kode etik dan standar pelayanan adalah kesepakatan antara warga profesi sendiri dan karenanya wajib sifatnya untuk dipakai sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan pelayanan.⁶

Ada dua aspek kualitas pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan yang perlu dibedakan yaitu *quality of care* dan *quality of services* yang keduanya saling terkait. Muninjaya menjelaskan secara rinci sebagai berikut: “*quality of care* lebih banyak menyangkut aspek profesi dan penanganannya menjadi tanggung jawab ikata profesi. Yang termasuk *quality of care* antara lain ketrampilan seorang petugas kesehatan (Dokter, bidan, atau paramedis yang lain) dalam melaksanakan profesinya seperti menegakkan diagnosa dan memberikan perawatan kepada pasien dan sebagainya. *Quality of services* lebih banyak terkait dengan kualitas dan kelengkapan program pelayanan kesehatan termasuk manajemen program pelayanan kesehatan (*management support system*)⁷ Untuk mengetahui apakah suatu organisasi pelayanan kesehatan telah melakukan pelayanan yang bermutu atau belum maka harus dibuat suatu pedoman yang menjadi tolak ukur dalam mengukur kualitas pelayanan, dengan demikian penetapan standar mutu menjadi penting.

⁶ Azwar, Azrul, *Menjaga Mutu Pelayanan kesehatan*, pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1996, hlm. 38

⁷ Muninjaya, *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, RSC Jakarta, 1990, hlm. 82

Menurut Azwar di dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, organisasi harus menetapkan standar persyaratan minimal yang dapat menjadi acuan/pedoman dalam mengukur mutu pelayanan.

Ada 3 hal macam standar, yaitu:

- 1) Standar masukan meliputi jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana: jenis, jumlah dan spesifikasi sarana, serta jumlah dana.
- 2) Standar lingkungan meliputi garis-garis besar kebijakan, struktur organisasi serta sistem manajemen yang harus dipatuhi oleh pelaksana pelayanan kesehatan. Standar ini disebut juga standar organisasi dan manajemen.
- 3) Standar proses, untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, tindakan medis dan tindakan non-medis pelayanan harus dipenuhi.⁸

Untuk dapat menjamin baiknya mutu pelayanan kesehatan, ketiga unsur (masukan, lingkungan dan proses) ini harus dapat diupayakan sedemikian rupa sehingga sesuai dengan standar dan atau kebutuhan yang telah ditetapkan organisasi. Apabila salah satu dari ketiga unsur ini berada di bawah standard an atau tidak sesuai dengan kebutuhan, maka pelayanan yang dihasilkan belum memiliki kualitas yang baik.

Berdasarkan atas definisi dan uraian kualitas pelayanan yang dikemukakan didepan maka kualitas pelayanan kesehatan dapat diartikan

sebagai kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk jasa, manusia, proses dan lingkungan yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada setiap pemakai jasa pelayanan, sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar yang telah ditetapkan.

Kualitas pelayanan di Dinas Kesehatan tergantung dari efektifitas yang menyangkut norma pelayanan dan petunjuk klinis sesuai standar, apakah mencapai hasil yang diinginkan atau tidak. Hubungan antar manusia mencakup interaksi antara petugas dan tim kesehatan dengan masyarakat. Efisiensi menyangkut penggunaan sumber daya yang terbatas tanpa mengesampingkan kualitas sehingga pelayanan tetap efektif. Kelangsungan pelayanan (kontinuitas) berarti klien akan menerima pelayanan lengkap yang dibutuhkan tanpa mengulangi prosedur diagnosa dan terapi yang tidak perlu. Keamanan berarti resiko dapat ditekan serendah mungkin. Sedangkan kenyamanan berhubungan dengan penampilan petugas, kebersihan, privasi tetap dijaga, dan sarana pendukung layanan.

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan hasil akhir dari interaksi dan ketergantungan antara berbagai aspek, komponen atau unsure di dalam organisasi sebagai suatu sistem. Di dalam suatu sistem terdapat komponen-

Hubungan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan komponen-komponen yang mempengaruhinya oleh Azwar dijelaskan sebagai berikut:

“mutu pelayanan kesehatan sebenarnya menunjuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Penampilan pelayanan kesehatan ini disebut dengan nama keluaran (*output*). Karena baik atau tidaknya keluaran (*output*) sangat dipengaruhi oleh proses (*process*), masukan (*input*) dan lingkungan (*environment*), maka mudalah dipahami bahwa baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh ketiga unsur yang dimaksud”.⁹

Menurut Azwar unsur masukan meliputi tenaga, dana dan sarana. Sedangkan yang termasuk lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen. Sedangkan yang termasuk unsure proses adalah tindakan medis dan tindakan nonmedis.

Sementara itu Donabedian mengemukakan tiga pendekatan evaluasi (penilaian) kualitas dalam pelayanan kesehatan yaitu dari aspek struktur, proses dan outcomes. Struktur/input adalah sarana fisik, perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya pada organisasi. Proses adalah sumber daya lainnya pada organisasi. Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara professional oleh tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien.

⁹

Sedangkan outcomes adalah hasil akhir dari tindakan dan kegiatan tenaga profesional kesehatan terhadap pasien, yaitu adanya perubahan derajat kesehatan dan perubahan kepuasan berbagai pihak.

Unsur masukan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah tenaga/SDM, dana/ keuangan, dan sarana-prasarana.

Jika masukan/input di Puskesmas baik kemungkinan besar kualitas pelayanan akan baik pula. Baik-buruknya masukan diukur berdasarkan standar yang ditetapkan meliputi kualitas input diukur berdasarkan standar yang ditetapkan meliputi kualitas, kuantitas dan kewajarannya. Unsur proses mencakup diagnosa, rencana dan indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus (tindakan medis) dan tindakan nonmedis. Yang termasuk unsure lingkungan Puskesmas adalah kebijakan adalah kebijakan tentang Puskesmas atau yang berkaitan, organisasi dan manajemen.

Penetapan standar kualitas pelayanan menjadi sangat penting karena standar ini dapat dijadikan pedoman bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Bruce, Fromberg, Gamborne mengasumsikan bahwa apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan, serta jika dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan, maka sulit diharapkan mutu pelayanan yang baik. Sementara itu Pena mengasumsikan apabila tindakan medis dan nonmedis tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan,

organisasi dan manajemen tidak bersifat mendukung, maka sulit dicapai mutu pelayanan yang baik.

Belum semua kegiatan pelayanan yang dapat dan telah dilaksanakan di Puskesmas, dapat dinilai tingkat mutunya, baik dalam aspek proses maupun outcome-nya, karena indikator dan mekanisme untuk penilaiannya belum ditentukan.

Untuk mengukur kualitas pelayanan di Puskesmas ditentukan oleh:

Proses pelayanan medis dan nonmedis yang diukur dengan kepatuhannya terhadap standar pelayanan.

Outcome baik dalam aspek teknis maupun nonteknis yaitu aspek personal dari klien yang dilayani

b. Konsep Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bentuk dari pelayanan publik/umum. Pelayanan publik dapat diartikan sebagai pelayanan yang ditujukan kepada masyarakat umum. Pelayanan publik diselenggarakan karena adanya kepentingan umum. Pelayanan publik merupakan kepentingan umum sebagai suatu bentuk kepentingan yang menyangkut orang banyak, tidak bertentangan dengan norma dan aturan, yang kepentingan tersebut bersumber pada kebutuhan (hajat) hidup orang banyak (masyarakat umum)¹⁰.

Dalam keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Kep. MENPAN) Nomor 81 Tahun 1983 tentang Pedoman Tata Laksana Pelayanan Umum, pelayanan umum diartikan sebagai segala bentuk kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat maupun di daerah dan dilingkungan BUMN/BUMD, dalam bentuk barang/jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan peraturan perundangan

Salah satu tugas pokok pemerintah dalam konteks negara kesejahteraan (welfare state) adalah memberikan pelayanan publik kepada masyarakat dengan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan warga negaranya. Berdasarkan uraian tentang pelayanan publik tersebut maka pelayanan publik/umum dilakukan oleh instansi pemerintah maupun swasta untuk memenuhi kepentingan/kebutuhan masyarakat atau umum. Pelayanan publik pada dasarnya merupakan tugas pokok atau tanggung jawab pemerintah dalam upaya untuk meningkatkan kesejahteraan warga negara maupun sebagai pelaksanaan peraturan perundangan. Masyarakat akan meningkat kesejahteraannya jika masyarakat mampu mendapatkan pelayanan publik. Dengan demikian masyarakat sangat membutuhkan pelayanan publik dalam rangka untuk memenuhi kebutuhannya.

Ruang lingkup pelayanan publik meliputi pelayanan bidang pendidikan, kesehatan, listrik, air minum, perumahan, sanitasi lingkungan,

1. 1. 1. Dalam penelitian ini akan dibahas pelayanan publik dibidang

kesehatan atau yang sering disebut pelayanan kesehatan. Sektor kesehatan mempengaruhi keberhasilan di sektor lain dan sebaliknya sektor-sektor lain seperti pendidikan dan ekonomi juga akan menunjang berhasilnya pembangunan di sektor kesehatan dalam hal ini pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya.

Organisasi kesehatan se-dunia (WHO) mengartikan kondisi sehat atau kesehatan merupakan kondisi yang diinginkan semua orang. Sehat adalah salah satu keadaan yang *qua prima* meliputi fisik, mental maupun sosial, juga diartikan bebas dari sakit dan cacat. Dalam UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, kesehatan diartikan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat maka diselenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan diartikan sebagai setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat.¹¹ Pelayanan kesehatan diwujudkan melalui upaya kesehatan. Di dalam UU No. 23 tahun 1992 disebutkan yang dimaksud dengan upaya kesehatan ialah setiap kegiatan untuk memelihara

¹¹ Kesehatan, Departemen Kesehatan, Jakarta, 1996

dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat.

Sementara itu dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) upaya kesehatan dibedakan ke dalam pencegahan primer (*primer prevention*), pencegahan sekunder (*secunder prevention*) dan pencegahan tertier (*tertier prevention*). Upaya pencegahan primer meliputi upaya promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan terjadinya masalah kesehatan seperti penyakit, kecelakaan, kesehatan jiwa, kesehatan kerja, dan sebagainya. Upaya pencegahan sekunder meliputi upaya kuratif berupa penemuan kasus dan pengobatan. Sedangkan upaya pencegahan tertier meliputi upaya rehabilitatif berupa program rehabilitasi untuk mengurangi ketidakmampuan dan meningkatkan efisiensi hidup penderita.¹²

Penerapan upaya promotif di Puskesmas dikaji melalui program promosi kesehatan berupa penyuluhan-penyuluhan kesehatan masyarakat. Upaya preventif diterapkan kedalam program-program P3M (Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular) dan program kesehatan lingkungan. Upaya kuratif dijalankan melalui program P3M, program pengobatan (pengobatan pasien umum, mata, gigi, gangguan jiwa), program peningkatan gizi, program KIA, dan program UKS (Usaha Kesehatan Sekolah). Sedangkan upaya rehabilitatif di Puskesmas diterapkan kedalam program PHN (Public Health atau Perawatan Kesehatan Masyarakat). Dengan

demikian Puskesmas melaksanakan semua upaya kesehatan atau upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh (comprehensive health care service).

Bentuk atau jenis pelayanan kesehatan beraneka ragam. Hodgetts dan Cascio menyederhanakan bentuk atau jenis pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1) Pelayanan kedokteran

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

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (public health services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

Di dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia pelayanan kesehatan merupakan tanggung jawab pemerintah atau negara. Namun dalam penyelenggaraannya, pelayanan kesehatan dilakukan oleh masyarakat

organisasi swasta, perorangan atau kelompok dan LSM. Menurut Ouchi, Esman dan Montgomery pelayanan publik, dalam hal ini pelayanan kesehatan, dalam pelaksanaannya tidak dapat dikelola seluruhnya oleh pemerintah karena keterbatasan-keterbatasan tertentu. Berbagai instrument administrasi yang dapat digunakan untuk memberikan pelayanan publik adalah mekanisme pasar atau diserahkan kepada organisasi swasta, birokrasi pemerintah, dan terakhir LSM.

Dengan demikian pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan oleh instansi pemerintah, swasta dan LSM. Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan negara membangun/membentuk sarana atau fasilitas kesehatan. Fasilitas/sarana kesehatan merupakan tempat-tempat yang dapat digunakan para pengguna pelayanan kesehatan untuk memperoleh pelayanan. Tempat-tempat tersebut antara lain: Puskesmas, Rumah Sakit baik milik swasta maupun pemerintah, praktek dokter. Praktek tenaga kesehatan poliklinik desa dan balai pengobatan lain termasuk pengobatan tradisional.

Fasilitas kesehatan tersebut memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah diatur dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Pelayanan kesehatan yang diberikan fasilitas kesehatan tersebut dapat dikelompokkan kedalam tiga strata, yakni:

a) Pelayanan kesehatan tingkat pertama

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary

health services), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (ambulatory/out patient services).

b) Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat kedua (secondary health services) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (in patient services) dan untuk menyelenggarakan telah dibuktikan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

c) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tertiary health services) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga subspesialis.¹³

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas berbentuk pelayanan kedokteran/klinis sekaligus pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini berbeda dengan rumah sakit, praktek perseorangan, poliklinik/klinik dan balai pengobatan yang hanya memberikan pelayanan kedokteran/klinis saja.

Berdasarkan strata pelayanan kesehatan Puskesmas memprioritaskan pelayanannya kepada pelayanan kesehatan dasar/pokok atau primary health services. Dalam rangka pengembangan pelayanan kesehatan dan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat maka Puskesmas juga menyediakan

¹³ Arana, Anni, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Institut Sinar Harapan, Jakarta

pelayanan kesehatan lanjutan yang bersifat rawat inap dan atau penyelenggaraannya telah dilakukan oleh tenaga spesialis dan subspecialis. Apabila Puskesmas tidak mampu menangani kasus tertentu karena keterbatasan-keterbatasan tertentu, maka telah diselenggarakan melalui jalur-jalur rujukan kesehatan yang ditetapkan antara lain ke RSUD Kabupaten, RSUD Propinsi dan rumah sakit pemerintah/swasta lainnya.

Komponen-komponen yang mendukung berlangsungnya pelayanan kesehatan diantaranya sarana pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, dana dan peralatan kesehatan. Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan ketrampilan melalui pendidikan kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan terdiri dari dokter, bidan, perawat, paramedic maupun tenaga lain non-paramedis. Alat kesehatan adalah instrument, aparatus, implant yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan manusia dari atau untuk membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh¹⁴

Dalam pelayanan kesehatan yang disebut pasien/pelanggan/klien adalah konsumen yang memiliki jasa pelayanan dari fasilitas kesehatan Puskesmas. Pasien dapat dibedakan pasien dalam yaitu pasien yang

¹⁴ Undan-Undang No. 23 tahun 1992 : 2

memperoleh pelayanan tinggal atau dirawat pada suatu unit pelayanan kesehatan, dan pasien luar yaitu pasien yang hanya memperoleh pelayanan kesehatan tertentu, tidak tinggal/dirawat pada unit pelayanan kesehatan tertentu. Dengan demikian berdasarkan tempat perawatannya dikenal dengan adanya pasien rawat inap dan pasien rawat jalan. Sedangkan berdasarkan asalnya terdapat pasien yang berasal dari luar (pelanggan eksternal) dan pasien yang berasal dari dalam organisasi (pelanggan internal)

3. Implementasi Kebijakan

Implementasi berkenaan dengan berbagai kegiatan yang diarahkan pada realisasi program (Gordon, 1986). Dalam hal ini administrator mengatur cara untuk mengorganisir, mengimplementasi dan menerapkan kebijaksanaan yang telah diseleksi.

- a. Mengorganisir berarti mengatur sumber daya, unit-unit, dan metode-metode untuk melaksanakan program.
- b. Menginterpretasikan berkenaan dengan menerjemahkan bahasa atau istilah-istilah program kedalam rencana-rencana dan petunjuk-petunjuk yang dapat diterima dan *feasible*.
- c. Menerapkan berarti menggunakan instrumen-instrumen, melakukan pelayanan rutin, pembayaran-pembayaran, merealisasi tujuan-tujuan program.

Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah persiapan

kemungkinan keberhasilan dan kegagalan, termasuk hambatan atau peluang-peluang yang ada dan kemampuan organisasi yang disertai tugas untuk melaksanakan program. Dalam pelaksanaan hal ini terdapat berbagai hambatan antara lain: (1) bagaimana memupuk kerjasama dengan bawahan; (2) bagaimana mengembangkan hubungan kerja yang baik antara bawahan, maupun antara atasan dan bawahan; (3) bagaimana mengatasi masalah penolakan terhadap perubahan.

Menurut Abdul Wahab, kesadaran akan arti penting telaah yang sistematis mengenai implementasi kebijakan negara, baru muncul akhir tahun 1960-an atau lebih tepatnya pada tahun 1970-an di Amerika Serikat¹⁵

Studi mengenai pelaksanaan kebijakan harus dibedakan dari evaluasi kebijakan. Santoso mengemukakan beberapa pendapat sebagai berikut:

Analisis mengenai pelaksanaan kebijakan (policy implementation) mencoba mempelajari sebab-sebab kegagalan keberhasilan dan kegagalan kebijakan publik melalui pembahasan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kebijakan, sedangkan didalam pelaksanaan itu tidak hanya melibatkan juga masalah-masalah politik, dengan demikian studi implementasi kebijakan mencoba menjawab pertanyaan mengapa hal itu terjadi dan tidak berhenti hanya pada pertanyaan apa yang terjadi¹⁶

Menurut Meter dan Horn, ada lima variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yakni : 1. Standar dan Sasaran Kebijakan, 2. Sumber daya manusia, 3. komunikasi antarorganisasi dan penguatan aktivitas, 4. Agen pelaksana , 5. Kondisi sosial.

¹⁵ Abdul Wahab, *Pengantar Analisis Kebijaksanaan Negara*, Rieneka Cipta, Jakarta, 1990, hal. 122

¹⁶ Santoso, *Jurnal Ilmu Politik* 2, Santa Dussan, Gramedia, Jakarta, 1980, hal. 1

- 1) Standar dan sasaran kebijakan. Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan. Apabila standar dan kebijakan kabur, maka akan menimbulkan konflik di antara para agen implementasi.
- 2) Sumberdaya. Implementasi kebijakan perlu dukungan sumberdaya manusia. Dalam berbagai kasus program pemerintah, seperti program jaring pengaman sosial untuk kelompok miskin di pedesaan kurang berhasil karena keterbatasan kualitas aparat pelaksana.
- 3) Hubungan antar organisasi. Dalam banyak program, implementasi sebuah program perlu dukungan dan koordinasi dengan instansi lain. Untuk itu, diperlukan koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan suatu program.
- 4) Agen pelaksana. Yang dimaksud agen pelaksana disini adalah Dinas Kesehatan kota Yogyakarta sebagai pembuat kebijakan dan pelayanan kesehatan yang semuanya itu akan mempengaruhi implementasi suatu program.
- 5) Kondisi sosial, dan ekonomi. Variabel ini mencakup sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sejauhmana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan,

Dalam mencapai keberhasilan pelaksanaan sebuah kebijakan, tidak terlepas dari penggunaan sarana-sarana yang terpilih, seperti yang dikatakan oleh Hoogerwerf:

Pelaksanaan kebijakan dapat didefinisikan sebagai penggunaan sarana-sarana yang dipilih untuk mencapai tujuan-tujuan yang dipilih¹⁸

Sedangkan, agar pelaksanaan kebijakan dapat mencapai tujuan dan maksud yang telah ditetapkan, seharusnya memperhatikan aspek-aspek pelaksanaan kebijakan yang harus dipenuhi. Dalam hal ini Hoogerwerf mengutip pendapat Maarse, yang mengatakan:

Sebab musabab kegagalan suatu kebijakan ada sangkut pautnya dengan isi kebijakan yang harus dilaksanakan, tingkat informasi dari aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaannya, banyaknya dukungan bagi pelaksanaan kebijakan yang harus dilaksanakan, dan pembagian potensi-potensi yang ada

Selain daripada itu, kebijakan yang hendak dijalankan adakalanya bertentangan dengan kebijakan alin, juga salah satu sebab dari suatu pelaksanaan yang tidak berhasil yaitu terletak pada kurangnya sumber-sumber pendukung antara lain waktu, uang dan tenaga ahli.

E. Definisi Konseptual

1. Otonomi Daerah adalah hak, wewenang dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat
2. Desentralisasi adalah pemerintah pusat menyerahkan segala urusan kepada pemerintah daerah tingkat satu ataupun daerah tingkat dua, baik yang bersifat professional atau lokal
3. Implementasi Kebijakan adalah tindakan-tindakan yang dilaksanakan oleh pemerintah, individu ataupun kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan dalam keputusan termasuk didalamnya adalah upaya mentransformasikan keputusan kedalam tahap operasional untuk mencapai perubahan besar maupun kecil, seperti yang telah ditetapkan dalam putusan tersebut.
4. Kualitas Pelayanan adalah suatu kondisi dimana Dinas Kesehatan mampu memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas atau mutu yang lebih baik dari pelayanan yang pernah diberikan berdasarkan

F. Definisi Operasional

Yang dimaksud dengan definisi operasional adalah bagaimana cara mengukur suatu variable, sehingga penelitian ini akan benar dan terarah dengan baik dan jelas. Adapun definisi operasional yang dimaksud dalam penelitian ini adalah

1. Implementasi Pelayanan Kesehatan dilihat dari:
 - a. Program Pelayanan Kesehatan
 - a) Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue
 - b) Penanggulangan Penyakit TBC
 - c) Penanggulangan gizi buruk
 - d) Penanggulangan ibu hamil anemia dan kekurangan energi kronik
 - b. Sasaran
 - a) Tercapainya cakupan sarana dan prasarana dan tenaga kesehatan
 - b) Tercapainya peningkatan cakupan kepesertaan jaminan kesehatan daerah
 - c) Terwujudnya bbudaya perilaku hidup bersih dan sehat
 - d) Terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu
2. Kualitas Pelayanan dilihat dari:
 - a. Jenis, jumlah dan kualitas tenaga pelaksana
 - b. Jenis, jumlah sarana atau fasilitas
 - c. Jumlah dana

G. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Metode deskriptif memusatkan diri pada pemecahan masalah yang ada sekarang (aktual) dan berusaha mengumpulkan data/data fakta, yang kemudian disusun dan dijelaskan, kemudian dianalisa. Artinya metode ini tidak hanya terbatas pada mengumpulkan dan menyusun data, tetapi juga dilakukan analisa data interpretasi tentang arti data tersebut, sehingga penelitian ini disebut juga metode deskriptif analitik. Dalam deskriptif, peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun data, tetapi tidak melakukan pengujian hipotesis.¹⁹

Dalam metode deskriptif digunakan beberapa pendekatan. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus (case study). Studi kasus merupakan penelitian yang memusatkan perhatian secara intensif terhadap suatu objek dan mempelajarinya sebagai suatu kasus.²⁰ Karena penelitian dilakukan mandalam dan mendetail, maka akan menghasilkan gambaran yang longitudinal atau pengumpulan dan analisa data kasus hanya dalam waktu tertentu saja. Oleh karena itu hasil penelitian itu hanya berlaku pada unit dimana penelitian ini dilakukan dan tidak bias diambil generalisasi pada unit lainnya.

¹⁹ Singarimbun, Masri dan Sofian Effendi, *Metode Penelitian Survei*, LP3ES, Jakarta, 1993, hlm. 4-5

²⁰ Singarimbun, Masri dan Sofian Effendi, *Metode Penelitian Survei*, LP3ES, Jakarta, 1993, hlm. 4-5

2. Unit Analisis

Dalam studi kasus yang diselidiki terdiri dari satu unit saja. Unit analisis/elemen observasi adalah individu, rumah tangga, kelompok (sosial atau organisasi) yang dapat memberikan keterangan tentang objek yang ingin diamati. Unit analisis penelitian ini adalah organisasi dinas kesehatan.²¹

Data yang dikumpulkan dalam studi kasus diperoleh dari berbagai sumber atau tidak hanya dari kasus tersebut, tetapi data dapat diperoleh dari pihak-pihak lain yang mengetahuinya atau berkaitan. Dari penelitian ini data dikumpulkan dari dinas kesehatan pemerintah kota

Dalam hal ini unit analisisnya adalah Dinas Kesehatan, disini penulis akan mewawancarai beberapa aparat atau orang yang bekerja pada dinas kesehatan sebagai sumber data penelitian ini yaitu:

- a. Kepala Dinas Kesehatan
- b. Sub Bagian Rencana dan Informasi
- c. Sub Dinas Penyuluhan Masyarakat dan aparat lain yang terkait yang kiranya mampu mendukung dan dapat memberikan masukan guna mendukung penelitian ini.

²¹ Nunnally, A. (1978). *Metode dalam Penelitian Sosial*. Edisi I. Gramedia, Jakarta

3. Jenis Data

a. Data Primer

Yaitu data yang diperoleh langsung dari responden berupa keterangan pihak-pihak yang terkait dengan masalah yang ada dalam penelitian ini. Pihak tersebut adalah Dinas Kesehatan Pemerintah Kota beserta aparat terkait

b. Data Sekunder

Yaitu data yang didapat dari buku-buku, laporan hasil penelitian, data statistik, media massa dan dokumen-dokumen yang ada di Dinas Kesehatan.

4. Teknik Pengumpulan Data

Kualitas hasil penelitian selain ditentukan oleh pengguna jenis atau metode penelitian, juga dipengaruhi oleh kemampuan peneliti dalam memilih dan menerapkan teknik pengumpulan data yang tepat. Kecermatan dalam hal tersebut sangat mempengaruhi objektivitas hasil penelitian. Dalam penelitian ini data dikumpulkan dengan teknik/metode wawancara, dokumentasi dan observasi langsung.

1. wawancara

Wawancara mencakup cara yang dipergunakan kalau seseorang untuk tujuan tertentu, mencoba mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seorang responden dengan bercakap-cakap atau berhadapan muka dengan orang itu.²² Melalui cara ini informasi diperoleh dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang sudah disiapkan secara lisan kepada responden untuk dijawab

²²

secara langsung pula melalui tatap muka langsung antara peneliti dengan responden. Hasil wawancara didokumentasikan dengan sistem pencatatan langsung dan sistem recording (alat perekam).

Wawancara dilakukan kepada kepala sub dinas kesehatan dan stafnya serta pengunjung/pelanggan, wawancara dilakukan kepada sub dinas pelayanan medis kepala seksi pelayanan dasar dan rujukan, dan kepala seksi penelitian dan pengembangan kesehatan untuk memperoleh informasi tentang faktor politik seperti kebijakan-kebijakan terhadap dinas kesehatan.

Sedangkan wawancara yang dilakukan kepada pengunjung atau pelanggan dimaksudkan untuk mengetahui pendapat dan harapan mereka terhadap pelayanan dipilih secara random/acak.

2. Teknik dokumentasi

Teknik dokumentasi sering disebut dengan pemanfaatan data sekunder. Dengan cara ini dikumpulkan data-data sekunder yang berbentuk dokumen tertulis, diantaranya data statistik, laporan-laporan, files, peraturan-peraturan, laporan penelitian, buku-buku yang relevan, dan sebagainya. Data tersebut berguna untuk melengkapi dan memperkuat analisis dan kesimpulan hasil

3. Observasi langsung

Dengan cara ini peneliti mengadakan pengamatan secara langsung (tanpa alat) terhadap gejala/subjek yang diselidiki dalam situasi yang sebenarnya atau buatan.²³ Observasi langsung dilakukan dengan mengamati proses pelayanan kesehatan di dalam gedung, cara petugas menangani klien, semangat dan budaya kerja pegawai, penampakan fisik, papan-papan informasi, dan sebagainya. Hasil observasi ini akan dijadikan bahan untuk menyusun analisis

5 Teknik Analisa Data

Menurut Patton, analisa data adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam satu pola, kategori dan satuan uraian dasar.²⁴

Teknik menganalisa data yang dipergunakan adalah analisa kualitatif, dimana data yang diperoleh diklasifikasikan, digambarkan dengan kata-kata atau kalimat menurut kategori untuk memperoleh kesimpulan. Selanjutnya menganalisa gejala yang ada serta runtut memekai makna bersifat menyeluruh. Data yang dikumpulkan berupa kata-kata, gambaran, dan bukan angka-angka dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan data untuk memberikan gambaran laporan tersebut. Data tersebut diperoleh dari naskah wawancara, catatan laporan, dokumentasi pribadi, dokumen resmi dan sebagainya. Data penelitian ini diujikan dengan memperhatikan validitas, reliabilitas dan objektivitas.

²³ Surakhmad, Winarno, *Pengantar Penelitian Ilmiah*, Tarsito, Bandung, 1990 hlm. 162
²⁴ Patton, *Handbook of Qualitative Research Methods*, Sage, Beverly Hills, 1990 hlm. 162