

Kualitas Pelayanan Kesehatan Program JKMM (Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin) Pasien IGD Rawat Inap di RSUD Anwar Medika Sidoarjo

Aditya Miftakhul Huda ¹⁾, Amirul Mustofa ²⁾, Sri Roekminiati ³⁾

^{1) 2) 3)} Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Dr. Soetomo Surabaya

Email: adityahuda99@gmail.com

ABSTRAK

Upaya sudah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan membentuk Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Namun usaha pembentukan undang-undang ini juga dirasa belum optimal. Hal ini nampak pada banyaknya keluhan-keluhan masyarakat tentang kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Masyarakat menuntut agar pemerintah berupaya untuk memperbaiki kualitas pelayanan yang diberikan pada masyarakat. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif didefinisikan sebagai suatu proses yang mencoba untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik mengenai kompleksitas yang ada dalam interaksi manusia (Marshal C dan Rossman G.B, 1995). Menurut Poerwandari (2007) mengungkapkan bahwa penelitian kualitatif menghasilkan dan mengolah data yang sifatnya deskriptif, seperti transkrip wawancara, catatan lapangan, gambar, foto, rekaman video, dan lain sebagainya Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan semakin baik meliputi dasar kenyamanan, dan pelayanan yang cepat agar dapat meningkatkan kepuasan pelayanan untuk pasien, serta kenyamanan saat berada di RSUD Anwar Medika Sidoarjo. Disimpulkan juga dari kesenjangan gap dapat dilihat pada hasil wawancara dengan berbagai sumber yang menghasilkan kesimpulan bahwa standar pelayanan yang diberikan masih dianggap belum maksimal, dimana masih ada kesenjangan antara harapan pasien dan kenyataan pada pelayanan yang diberikan pada RSUD Anwar Medika Sidoarjo.

Kata Kunci: Kualitas Pelayanan Kesehatan, Standar Pelayanan, Program JKMM

Abstract

Efforts have been made by the government to improve the quality of health services by establishing Law Number 36 of 2009 concerning Health Services in Indonesia. However, efforts to formulate this law are also felt to be not optimal. This can be seen in the many complaints from the public about the quality of health services in Indonesia. The community demands that the government make efforts to improve the quality of services provided to the community. This type of research is qualitative research. Qualitative research is defined as a process that tries to gain a better understanding of the complexity that exists in human interactions (Marshal C and Rossman G.B, 1995). According to Poerwandari (2007), qualitative research produces and processes descriptive data, such as interview transcripts, field notes, drawings, photos, video recordings, etc. Based on the results of this research, it can be concluded that the quality of service is getting better, including basic comfort, and fast service in order to increase service satisfaction for patients, as well as comfort while at RSUD Anwar Medika Sidoarjo. It was also concluded that the gap can be seen in the results of interviews with various sources which resulted in the conclusion that the standard of service provided is still considered not optimal, where there is still a gap between patient expectations and the reality of the services provided at RSUD Anwar Medika Sidoarjo.

Keywords: Quality of Health Services, Service Standards, JKMM Program

A. LATAR BELAKANG

Upaya sudah dilakukan pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan membentuk Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Namun usaha pembentukan undang-undang ini juga dirasa belum optimal. Hal ini berdasarkan pada banyaknya keluhan-keluhan masyarakat tentang kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Masyarakat menuntut agar pemerintah berupaya untuk memperbaiki kualitas pelayanan yang diberikan pada masyarakat. Salah satu pelayanan yang banyak disoroti oleh masyarakat Indonesia adalah pelayanan di bidang kesehatan. Banyak faktor yang menyebabkan ketimpangan dalam pelayanan kesehatan terutama yang terkait dengan biaya pelayanan kesehatan. Ketimpangan tersebut diantaranya diakibatkan perubahan pola hidup, perkembangan teknologi kesehatan, dan kedokteran.

Kemiskinan masih menjadi faktor utama yang menyebabkan masyarakat di Indonesia masih belum dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Ketidakmampuan masyarakat untuk membayar biaya pemeliharaan dan perawatan kesehatan menjadi permasalahan utama. Biaya kesehatan yang mahal semakin mempersulit masyarakat untuk melakukan akses ke pelayanan kesehatan. Maka dari itu pemerintah membuat program jaminan kesehatan untuk mengatasi permasalahan tersebut.

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Fenomena yang terjadi di Indonesia sekarang ini tentang tingkat kesehatan dalam masyarakat adalah sulitnya akses dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini tidak saja terjadi di perkotaan, namun juga terjadi di pedesaan, sehingga muncul kata dalam masyarakat bahwa orang miskin dilarang sakit. Kesulitan pelayanan tersebut utamanya dipengaruhi oleh faktor finansial.

Beberapa contoh dapat dilihat di daerah-daerah di Indonesia pada masyarakat miskin yang menderita sakit parah atau penyakit tergolong berat tidak dapat disembuhkan karena ketiadaan biaya pengobatan sehingga pada akhirnya lambat ditangani atau sama sekali tidak ditangani sehingga pada akhirnya penyakitnya semakin parah bahkan berakibat kematian. Selanjutnya, faktor penyebab lainnya adalah sumber daya manusia yang relatif rendah yang menyebabkan keterbatasan informasi, misalnya tentang aturan hak dan kewajiban masyarakat sebagai pasien yang membutuhkan pelayanan medis agar dapat terhindar dari hal yang tidak diinginkan seperti pelayanan dari tenaga medis yang kurang menyenangkan, malpraktek, dan lainnya.

Permasalahan kesehatan menjadi hal penting yang harus diperhatikan oleh pemerintah kepada warganya, belum meratanya penanganan kesehatan antara masyarakat miskin dan masyarakat kaya yang menjadi polemik hingga saat ini, dengan adanya permasalahan kesehatan untuk itulah dibuat program pemerintah yang sudah lama di diskusikan berdasarkan undang-undang untuk mengatasi permasalahan di atas, program tersebut bernama Jaminan kesehatan Nasional (JKN).

JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-Undang (UU) No. 40/2004 tentang SJSN menyatakan bahwa jaminan kesehatan menggunakan prinsip asuransi sosial yaitu kepesertaan yang bersifat wajib, besaran premi berdasarkan persentase pendapatan dan semua anggota mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama. Melalui SJSN ini, seluruh masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013, menyatakan bahwa Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Secara operasional,

pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI), dan Peta Jalan JKN (*Roadmap* Jaminan Kesehatan Nasional).

JKN merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib. Berdasarkan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Di Jawa Timur program JKN sudah diterapkan dari tahun 2014, peserta JKN-KIS ada dua kategori yaitu peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan Non PBI. Peserta PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan tidak mampu sebagai peserta Program Jaminan Kesehatan. Sedangkan Peserta Non PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

Penerapan Program JKN di Sidoarjo, pada awal pelaksanaannya mengalami beberapa kendala seperti belum semua penduduk tercakup menjadi peserta, distribusi pelayanan kesehatan yang belum merata, kualitas pelayanan kesehatan yang bervariasi, sistem rujukan pembayaran, dan pelayanan kesehatan yang belum optimal. Seperti program *Universal Health Coverage* (UHC) atau pelayanan kesehatan gratis yang menjadi salah satu program kebanggaan Bupati Sidoarjo tidak bisa dioperasionalkan lagi. Pemberhentian sementara karena adanya evaluasi data penerima itu menjadi penyebab utama program pelayanan kesehatan gratis ini diberhentikan untuk warga Sidoarjo.

Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes) Pemkab Sidoarjo, drg Syaf Satriawarman mengaku saat ini ada evaluasi program UHC. Berdasarkan faktor di atas, membuat pemerintah melahirkan atau membuat Program Jaminan Kesehatan untuk masyarakat miskin yang dikenal dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM). JKMM adalah salah satu program terbaru Pemerintah Kabupaten Sidoarjo tahun 2022 program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak

mampu dan diselenggarakan khusus warga yang ber KTP atau domisili Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur. Program JKMM ini verifikasinya dilaksanakan Dinas Sosial (Dinsos) Pemkab Sidoarjo. Warga tidak mampu di Sidoarjo tidak perlu khawatir tentang pelayanan kesehatan. Meski program UHC nonaktif, tapi tetap bisa mendapat layanan kesehatan gratis melalui program JKMM.

Tujuan JKMM adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh warga miskin dan tidak mampu khusus warga Sidoarjo agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Selain itu, juga memudahkan warga mengakses layanan di rumah sakit. Warga Sidoarjo yang masuk program JKMM, kini memiliki banyak pilihan rumah sakit. Selain RSUD Sidoarjo, mereka bisa mendapat layanan kesehatan dari empat rumah sakit swasta, diantaranya RSI Siti Hajar, RS Siti Khodijah, RS Mitra Keluarga Waru, dan RSU Anwar Medika.

Peneliti beranggapan bahwa kualitas pelayanan program JKMM agar bisa dilaksanakan secara maksimal dan agar dampak program JKMM dapat dirasakan oleh semua masyarakat. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian secara kualitatif untuk memperoleh informasi yang mendalam tentang program JKMM yang ada di RSU Anwar Medika Sidoarjo.

B. LANDASAN TEORITIS

1. Pengertian Pelayanan

Pelayanan didefinisikan sebagai sarana untuk memberikan nilai kepada pelanggan dengan memfasilitasi hasil yang ingin dicapai pelanggan tanpa adanya biaya dan resiko tertentu. Menurut beberapa pakar mengatakan bahwa “*Services are deeds, performances and processes provided or coproduced by one entity or person for and with another entity or person*” (Zeithaml et al, 2017:4). Maksudnya pelayanan adalah perbuatan, performa dan proses yang disediakan atau dilaksanakan oleh satu entitas atau orang untuk entitas atau orang lain.

Kotler (2003:464) mendefinisikan pelayanan sebagai suatu tindakan ataupun kinerja yang bisa diberikan pada orang lain. Pelayanan atau lebih dikenal dengan *service* menurut hubungan fisik antara penerima dan pemberi pelayanan.

Beberapa pakar bidang pelayanan sepakat dengan pandangan Kotler, bahwa pelayanan memiliki empat karakteristik unik. Ke empat karakteristik tersebut diantaranya:

a) *Intangibility*

Pelayanan merupakan aktivitas yang tidak dapat dilihat, dicitum, didengar, diraba, dan dirasa sebelum penerima dan penyelenggara pelayanan menyelesaikan proses pelayanan.

b) *Heterogeneity or Variability or Inconsistency*

Pelayanan memiliki sifat variabel, heterogen, dan inkonsistensi. Oleh karena itu, output dari proses pelayanan sulit untuk distandarkan (*non-standardized*). Implementasi dari pelayanan adalah banyak variasi bentuknya, kualitasnya, dan jenisnya, sehingga semua variasi pelayanan sangat tergantung dari siapa pelaksana pelayanan, kapan dan di mana pelayanan itu diselenggarakan, serta kepada siapa pelayanan diperuntukkan.

c) *Inseparability*

Pelayanan harus dilaksanakan secara bersama sama oleh penyelenggara pelayanan dengan penerima pelayanan. Dengan kata lain bahwa dalam proses pelayanan antara penyelenggara pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan penerima pelayanan. Kualitas pelayanan dalam konsep ini ditentukan bersama antara penyedia pelayanan dan penerima pelayanan, termasuk kesalahan dan ketidakpuasan pelayanan akan ditentukan bersama pula.

d) *Perishability*

Pelayanan merupakan aktivitas yang tidak dapat dilaksanakan dalam proses yang lama, oleh karena itu proses pelayanan harus segera dilaksanakan dan diselesaikan. Pelayanan merupakan tidak

bisa ditunda-tunda atau disimpan, dikembalikan, atau dilaksanakan secara berulang. Setelah pelayanan diberikan kepada penerima pelayanan, maka pelayanan menjadi hak penerima pelayanan yang tidak dapat diberikan kepada penerima pelayanan lain.

2. Definisi Pelayanan Publik

Pelayanan publik sering digunakan oleh banyak pihak, baik dari kalangan praktisi maupun ilmuwan, dengan makna yang berbeda-beda. Sehubungan dengan itu paling tidak makna pelayanan publik secara sederhana dapat didefinisikan dengan berbagai aktivitas pelayanan yang diselenggarakan oleh penyelenggara pelayanan publik, ditujukan untuk memenuhi kebutuhan penerima pelayanan. Pada umumnya, otoritas pelayanan publik diselenggarakan oleh pegawai publik. Hal ini, karena pada dasarnya bahwa salah satu misi berdirinya pemerintahan adalah untuk memberikan pelayanan kepada publik, agar terwujudnya sebuah kesejahteraan bagi publik atau masyarakat. Dengan demikian, bahwa seharusnya pelayanan publik merupakan pelayanan yang diselenggarakan oleh institusi pemerintah, dengan tidak berorientasi pada keuntungan, tetapi lebih pada pemberian pelayanan.

3. Standar Pelayanan Publik

Standar pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai ketentuan pelayanan yang terukur dan ditetapkan oleh penyelenggara atau penyedia pelayanan publik, sehingga ketentuan tersebut wajib ditaati baik oleh penyelenggara maupun penerima pelayanan publik. Penyelenggara atau penyedia pelayanan publik wajib memiliki standar pelayanan publik. Standar pelayanan publik kemudian perlu disosialisasikan dan dipublikasikan ke berbagai media, agar penerima pelayanan atau yang berkepentingan dapat mengakses dengan mudah.

Standar pelayanan publik menurut Surjadi (2012), sekurang-kurangnya meliputi:

- a) Prosedur pelayanan merupakan bagan alur pelayanan yang harus dibuat dan dibakukan oleh penyelenggara pelayanan dan harus diikuti oleh penerima pelayanan termasuk pengaduan.
- b) Waktu penyelesaian pelayanan merupakan rentangan waktu penyelesaian pelayanan yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan termasuk pengaduan.
- c) Biaya pelayanan merupakan besaran biaya yang wajib dibayar oleh penerima pelayanan, termasuk rinciannya yang ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.
- d) Produk pelayanan merupakan produk layanan yang akan diterima oleh penerima pelayanan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.
- e) Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan merupakan sejumlah sarana dan peralatan yang dibutuhkan oleh penyelenggara pelayanan dan prasarana yang memadai untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan publik.
- f) Kompetensi petugas pemberi pelayanan merupakan kriteria kemampuan dan kompetensi yang harus dimiliki oleh petugas penyelenggara pelayanan (pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap, dan perilaku) yang dibutuhkan oleh tiap bagian pelaksana pelayanan.

4. Kualitas Pelayanan Publik

Kualitas pelayanan publik merupakan proses pelayanan dalam upaya untuk pemenuhan kebutuhan dan keinginan masyarakat atau warga negara. Sehubungan dengan itu kualitas pelayanan harus memiliki kriteria-kriteria pelayanan dengan harapan untuk mengimbangi harapan masyarakat dan warga negara. Dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang semakin berkembang maka pemerintah atau

pemerintah daerah untuk lebih meningkatkan pelayanan menjadi pelayanan yang berkualitas (*service quality*) yang sering disingkat dengan istilah *servqual*. *Servqual* menurut Zeithaml, et al (1996) didefinisikan sebagai “*a technique that can be used for performing a gap analysis of an organization’s service quality performance against customer service quality needs*” (teknik yang dapat digunakan untuk melakukan analisis kesenjangan antara kinerja kualitas layanan organisasi terhadap kebutuhan kualitas layanan pelanggan).

5. Dimensi Kualitas Pelayanan

Menurut Parasuraman, et al (1998) dimensi pelayanan yang harus dipenuhi untuk mengukur kinerja pelayanan yang berkualitas adalah:

- a) *Reliability* yaitu kemampuan untuk melakukan layanan yang dijanjikan secara andal dan akurat.
- b) *Assurance* yaitu pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuan mereka untuk menyampaikan kepercayaan dan kepercayaan diri.
- c) *Tangibles* yaitu penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel, dan materi komunikasi.
- d) *Empathy* yaitu penyediaan perhatian dan perhatian individual kepada pelanggan.
- e) *Responsiveness* yaitu kesediaan untuk membantu pelanggan dan untuk memberikan layanan yang cepat.

6. Gap Pelayanan

Menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) bahwa pelayanan berkualitas, bila penyelenggara pelayanan mampu untuk menjawab lima gap atau kesenjangan yang menjadi persoalan dalam pelayanan. Gap yang dimaksud adalah:

- a) *Gap Between Consumer Expectation and Management Perception*

Kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi manajemen muncul akibat pihak manajemen penyelenggara pelayanan kurang teliti

terhadap apa yang menjadi keinginan penerima pelayanan.

b) *Gap Between Management Perception and Service Quality Specifications*

Kesenjangan persepsi manajemen penyelenggara pelayanan dengan kualitas pelayanan yang disediakan. Kondisi ini terjadi akibat pihak manajemen seolah-olah mengetahui keinginan penerima pelayanan, akan tetapi pihak manajemen tidak sanggup dan tidak sepenuhnya mampu untuk menyediakan pelayanan kepada penerima pelayanan. Dengan demikian, pelayanan yang disediakan oleh manajemen masih terdapat beberapa kekurangan yang menjadi keinginan penerima pelayanan.

c) *Gap Between Service Quality Specifications and Service Delivery*

Kesenjangan kualitas pelayanan dengan penyampaian pelayanan. Kondisi ini terjadi, akibat pelayanan yang diselenggarakan secara spesifik sudah baik, akan tetapi karena pelaksana atau pegawai pelayanan masih kurang terlatih, masih baru, dan masih kurang luwes bahkan masih kurang baik dalam menyampaikan pelayanan.

d) *Gap Between Service Delivery and External Communications*

Kesenjangan penyampaian pelayanan dengan komunikasi yang dibangun dengan pihak eksternal. Kondisi ini bisa terjadi akibat, adanya perbedaan antara pelayanan yang diberikan dengan janji-janji yang disampaikan melalui iklan, brosur, atau media promosi lainnya.

e) *Gap Between Perceived Service and Expected Service*

Kesenjangan pelayanan yang dipersepsi dengan pelayanan yang diharapkan. Kondisi kesenjangan ini sering kali terjadi. Pelayanan yang diterima oleh penerima pelayanan tidak sesuai dengan yang mereka harapkan.

7. Kualitas Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan kesehatan adalah proses pelayanan kesehatan yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar pelayanan dan kode etik profesi penyelenggara pelayanan untuk dapat memberikan kepuasan kepada penerima pelayanan kesehatan yang nilainya berada di atas rata-rata penduduk (Aswar dikutip Satrianegara, 2009:106).

Kualitas pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang diberikan dengan melebihi kebutuhan dan harapan penerima pelayanan secara berkelanjutan melalui pelayanan dokter dan karyawan (Zimmerman dikutip Satrianegara 2009:106).

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan pelayanan kesehatan yang telah memiliki derajat kesempurnaan pelayanan yang merujuk pada standar profesi dan standar pelayanan dengan menggerakkan semua potensi sumber daya yang tersedia di tempat pelayanan secara wajar, efisien, dan efektif. Pemberian pelayanan kesehatan kepada penerima pelayanan harus sesuai dengan berbagai aturan, seperti norma, etika, hukum, dan sosial budaya yang berada di wilayah pelayanan.

8. Manajemen Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan kepada masyarakat merupakan kebutuhan mutlak yang harus dilaksanakan dan terus dikembangkan oleh organisasi kesehatan di Indonesia seperti: kantor Dinas Kesehatan di Pemerintah Provinsi dan di Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik Kesehatan dan organisasi kesehatan lainnya yang dikelola oleh pemerintah, swasta, dan masyarakat. Pelayanan kesehatan di beberapa organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan merupakan salah satu sub-sistem dari pelayanan kesehatan nasional. Untuk mengorganisasi seluruh penyelenggara pelayanan kesehatan dibutuhkan manajemen kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan dapat diukur dan

dikembangkan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Subsistem dari manajemen kesehatan dari organisasi penyelenggara kesehatan merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Tujuan subsistem manajemen kesehatan adalah terselenggaranya fungsi fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, didukung oleh sistem informasi dan hukum kesehatan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik dalam rangka untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

C. METODE

1. Jenis Penelitian

Dalam melakukan sebuah penelitian, seorang peneliti memerlukan suatu metode penelitian untuk dapat memperoleh data yang konkret dan relevan dengan tujuan penelitian serta untuk dapat melakukan pendekatan terhadap obyek yang akan di teliti. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif didefinisikan sebagai suatu proses yang mencoba untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik mengenai kompleksitas yang ada dalam interaksi manusia (Marshall C dan Rossman G.B, 1995). Menurut Poerwandari (2007) mengungkapkan bahwa penelitian kualitatif menghasilkan dan mengolah data yang sifatnya deskriptif, seperti transkrip wawancara, catatan lapangan, gambar, foto, rekaman video, dan lain sebagainya.

2. Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan pemusatan konsentrasi terhadap tujuan utama penelitian yang sedang dilakukan. Dan untuk membatasi tentang apa saja yang akan dibahas dalam penelitian ini, sehingga

peneliti akan lebih fokus terhadap aspek-aspek yang penting untuk dibahas. Fokus penelitian ini adalah kualitas pelayanan Program JKMM pada pasien IGD rawat inap di RSUD Anwar Medika Sidoarjo, dan mengetahui serta mendiskripsikan rencana tindak lanjut untuk kualitas layanan kesehatan program JKMM di RSUD Anwar Medika Sidoarjo.

3. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian merupakan salah satu komponen yang terpenting dalam kegiatan melakukan penelitian karena lokasi penelitian merupakan tempat dimana sebenarnya peneliti menangkap keadaan dari obyek yang diteliti, disamping itu juga terdapat sumber-sumber informan yang sangat diperlukan dalam suatu penelitian. Berkaitan dengan itu, Peneliti memilih lokasi penelitian di Rumah Sakit Umum Anwar Medika yang beralamat di Jalan Bypass Krian No. KM. 33, Semawut, Balongbendo, Kecamatan Balongbendo, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur 61262. Pemilihan lokasi ini dikarenakan RSUD Anwar Medika adalah salah satu rumah sakit rujukan terbesar yang ada di Kabupaten Sidoarjo.

D. HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS

1. Dimensi Kualitas Pelayanan RSUD Anwar Medika

a) *Reliability* (Kehandalan)

Yaitu kemampuan memberikan pelayanan kepada pelanggan sesuai dengan yang diharapkan, seperti kemampuan dalam menepati janji, kemampuan memecahkan masalah dan kemampuan untuk meminimumkan kesalahan. Mengukur pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien, apakah sudah sesuai dengan standar atau sudah sesuai dengan yang diharapkan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kemampuan memberikan pelayanan ternyata sudah cukup memuaskan pasien yang datang dan

perawat juga sudah melakukan apa yang harus mereka lakukan berdasarkan tugas dan fungsinya sesuai dengan kebutuhan dan prosedur yang ada. Hasil ini sesuai dengan teori Parasuraman et al (1998) yaitu kemampuan untuk melakukan layanan yang dijanjikan secara andal dan akurat.

b) *Assurance* (Jaminan)

Merupakan kemampuan para pegawai untuk menimbulkan rasa percaya dan aman kepada pasien. Sehingga terciptanya rasa nyaman dari para pasien oleh karena itu RSUD Anwar Medika Sidoarjo menerapkan assurance untuk para pasien sehingga pada pelayanan yang berlaku menimbulkan kenyamanan bagi para pasien.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan semakin baik meliputi dasar kenyamanan, dan pelayanan yang cepat agar dapat meningkatkan kepuasan pelayanan untuk pasien serta kenyamanan saat berada di RSUD Anwar Medika Sidoarjo. Hasil ini sesuai dengan teori Parasuraman et al (1998) pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuan mereka untuk memberikan kepercayaan dan keamanan para pelanggan.

c) *Tangibles* (Bukti Langsung)

Yaitu sebagai mutu pelayanan yang berupa wujud atau tampilan meliputi fisik, perlengkapan, penampilan karyawan, dan peralatan komunikasi. Dalam pelayanan kesehatan sangatlah penting adanya *tangible* (bukti langsung) berupa sarana dan prasarana yang disediakan oleh pihak RSUD Anwar Medika Sidoarjo, sehingga setiap pasien merasa nyaman. *Tangible* terkait dengan fasilitas rumah sakit, sebagai penunjang kenyamanan pasien rawat inap atau penerima jasa layanan di RSUD Anwar Medika Sidoarjo meliputi beberapa hal yaitu Kelengkapan fasilitas dalam ruangan, kelengkapan sarana telekomunikasi, ketersediaan tempat

duduk yang nyaman dan luas, penampilan pegawai atau perawat seharusnya bersih dan rapi, serta kelengkapan tempat informasi mengenai alur pelayanan.

Berdasarkan hasil observasi dan hasil wawancara yang dilakukan oleh penulis, maka dari segi dimensi *tangible* sudah bagus tapi masih perlu dilakukan pemeliharaan fasilitas agar pasien yang berobat dapat merasa nyaman dengan fasilitas atau sarana prasarana yang disediakan RSUD Anwar Medika Sidoarjo. Hasil ini sesuai dengan teori Parasuraman et al (1998) yaitu tentang penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel, dan komunikasi.

d) *Emphaty* (Empati)

Yaitu kemampuan atau kesediaan karyawan memberikan perhatian yang bersifat pribadi, seperti bersikap ramah, memahami kebutuhan dan peduli kepada pasiennya. Bagaimana kepedulian pemberi pelayanan dalam hal ini perawat atau dokter terhadap pasien rawat inap dapat dilihat dari tekun melayani pasien, sabar melayani pasien, bersikap tulus dalam memberikan pelayanan, bersikap adil tanpa membeda-bedakan, dan bersikap terbuka dalam memberikan pelayanan.

Berdasarkan hasil wawancara diatas mengenai sikap empati sesuai dengan penuturan informan maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan dari segi *emphaty* sudah cukup bagus dalam memberikan pelayanan yang baik sesuai dengan visi dan misi yang dimiliki oleh RSUD Anwar Medika Sidoarjo. Hasil ini sesuai dengan teori Parasuraman et al (1998) tentang penyediaan perhatian, perhatian individual kepada pelanggan.

e) *Responsiveness* (Daya Tanggap)

Yaitu sebagai sikap tanggap, mau mendengarkan dan merespon pelanggan dalam upaya memuaskan pelanggan, seperti mampu memberikan informasi secara benar dan tepat, tidak menunjukkan sikap yang tidak baik dan an mampu

memberikan pertolongan dengan segera. daya tanggap merupakan kemampuan pegawai atau perawat untuk memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap.

Berdasarkan hasil wawancara diatas mengenai daya tanggap sesuai penuturan informan dapat disimpulkan bahwa pelayanan dari segi daya tanggap sudah cukup bagus dalam memberikan pelayanan yang baik dan tanggap sesuai dengan keluhan-keluhan pasien. Hasil ini sesuai dengan teori Parasuraman et al (1998) yaitu kesediaan untuk membantu pelanggan dan untuk memberikan layanan yang cepat.

2. Hasil GAP Pelayanan IGD RSUD Anwar Medika

a) Gap 1 :

Kesenjangan antara harapan pasien dan persepsi manajemen muncul akibat pihak manajemen penyelenggara pelayanan kurang teliti terhadap apa yang menjadi keinginan penerima pelayanan.

b) Gap 2 :

Gap kesenjangan persepsi manajemen penyelenggara pelayanan dengan kualitas pelayanan yang disediakan disebabkan oleh kurangnya komitmen manajemen rumah sakit terhadap kualitas pelayanan yang di berikan kepada pasien.

c) Gap 3 :

Kesenjangan kualitas pelayanan dengan penyampaian pelayanan. Kondisi ini terjadi, akibat pelayanan yang diselenggarakan secara spesifik sudah baik, akan tetapi karena pelaksana atau pegawai pelayanan masih kurang terlatih, masih baru, dan masih kurang luwes bahkan masih kurang baik dalam menyampaikan pelayanan.

d) Gap 4 :

Kesenjangan penyampaian pelayanan dengan komunikasi yang dibangun dengan pihak eksternal. Adanya perbedaan antara pelayanan yang

diberikan dengan komunikasi eksternal terhadap pasien.

e) Gap 5 :

Kesenjangan pelayanan yang dipersepsi dengan pelayanan yang diharapkan. Terjadi karena Pelayanan yang diterima oleh pasien pengguna program JKMM tidak sesuai dengan yang mereka harapkan.

3. Rencana Tindak Lanjut Program JKMM di RSUD Anwar Medika Sidoarjo

Wawancara terkait dengan rencana tindak lanjut program JKMM di RSUD Anwar Medika sidoarjo dengan Kepala Pelayanan IGD Rumah Sakit, Ibu Ratna Dewi mengatakan bahwa:

“Bisa mengaktifkan kembali BPJS segmen mandiri, premi atau nonaktif yang tidak di tanggung dengan segmen Penerima Iuran Bantuan Daerah (PBID) atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)”. (Sumber : Ibu Ratna Dewi).

Sedangkan berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pelayanan IGD yaitu Ibu Tri Puji yaitu yang mengatakan bahwa:

“Bagi yang belum memiliki BPJS bisa di cek berkala melalui NIK, KK atau KTP apakah sudah terdaftar JKMM melalui BPJS tersebut, merata dan mudah untuk mensosialisasikan kepada masyarakat Sidoarjo tentang adanya program JKMM terutama untuk masyarakat yang termasuk golongan masyarakat miskin dan masyarakat yang tidak mempunyai BPJS”. (Sumber : Ibu Tri Puji).

Berdasarkan hasil wawancara mengenai rencana tindak lanjut program JKMM di atas dapat disimpulkan bahwa pihak rumah sakit akan lebih mengoptimalkan program JKMM ini khusus kepada masyarakat miskin di Sidoarjo yang

belum tercover BPJS atau jaminan kesehatan lainnya.

E. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan RSUD Anwar Medika Sidoarjo dapat dilihat dari standar pelayanan yang diberikan oleh para petugas pelayanan kepada para pasien saat melakukan pelayanan IGD.

a) Standar pelayanan yang diberikan meliputi lima dimensi yang menunjang pelayanan pada RSUD Anwar Medika Sidoarjo antara lain dimensi *reliability* (kehandalan), dimensi *assurance* (jaminan), dimensi *tangibles* (bukti langsung), dimensi *empathy* (empati), dan *responsiveness* (daya tanggap). Keandalan yang diberikan oleh para petugas pelayanan sangat di apresiasi oleh pasien karena sangat teliti dalam pelayanan di RSUD Anwar Medika Sidoarjo serta kenyamanan yang diberikan juga bagus dalam memberikan pengertian dan rasa nyaman terhadap para pasien rawat inap akan tetapi tidak hanya mendapatkan apresiasi saja tetapi juga mendapatkan kritik dan saran dari pasien terkait proses administrasi pendaftaran JKMM ini yang sedikit rumit. Hal ini harus diperhatikan lagi dan segera dilakukan perbaikan oleh pihak manajemen RSUD Anwar Medika Sidoarjo.

b) Disimpulkan juga dari kesenjangan gap dapat dilihat pada hasil wawancara dengan berbagai sumber yang menghaikan kesimpulan bahwa standar pelayanan yang diberikan masih dianggap belum maksimal dilihat dari kesenjangan pada gap 1 dimana masih ada kesenjangan antara harapan pasien dan kenyataan pada pelayanan yang diberikan pada RSUD Anwar Medika Sidoarjo. Beberapa contohnya adalah kurangnya fasilitas yang sangat dibutuhkan oleh pasien seperti kursi

duduk yang sedikit, AC yang tidak dingin dan tidak adanya televisi. Juga terjadi kesenjangan pada gap 5 yang tidak sesuai dengan apa yang di diharapkan pasien yaitu sulitnya mengajukan permohonan untuk ACC program JKMM ini. Selebihnya untuk ke 3 gap pihak manajemen harus segera meningkatkan pelayanan yang diberikan. Dan walaupun masih ada kekurangan akan ada perbaikan dari pihak manajemen RSUD Anwar Medika untuk menaikan standar pelayanan untuk kualitas pelayanan yang lebih baik dari sebelumnya.

2. Rekomendasi

Dalam pelaksanaan pelayanan RSUD Anwar Medika Sidoarjo tentunya tidak lepas dari hambatan-hambatan yang mengganggu. Oleh sebab itu, berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka penulis memberikan saran untuk perkembangan kualitas pelayanan kedepannya, yaitu :

a) Untuk RSUD Anwar Medika Sidoarjo harus lebih memperhatikan kualitas pelayanan sehingga meningkatkan mutu dari pelayanan. Hal ini bisa dilihat dari standar pelayanan yang harus sesuai benar dengan pelayanan yang diberikan. Melibatkan semua pegawai atau petugas pelayanan untuk mematuhi standar tersebut agar berjalannya pelayanan pada RSUD Anwar Medika Sidoarjo agar sesuai dengan yang apa diharapkan. Mempermudah proses administrasi dan juga memberikan informasi lebih lengkap serta mensosialisasikan tentang adanya program JKMM ini supaya banyak masyarakat di Sidoarjo yang terbantu kesehatannya tanpa perlu mengeluarkan biaya lagi.

b) Untuk pegawai atau petugas pelayanan agar tetap melaksanakan tugas dan kewajibannya untuk melayani pasien dengan sepenuh hati terutama kedisiplinan waktu, pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan sehingga menumbuhkan kualitas baik

untuk RSUD Anwar Medika Sidoarjo. Seperti pada gap 3 para petugas pelayanan harus diberikan pelatihan khusus lagi agar dapat maksimal cara bekerjanya saat memberi informasi dan pelayanan yang baik kepada pasien.

REFERENSI

- Ali, M., Sri, R., & Lestari. (2019). Inovasi Layanan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Puskesmas Di Surabaya. *Jurnal Ilmiah Manajemen Publik dan Kebijakan Sosial*, 3(1), 17–30.
- Azwar, A. H. (1996) *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Fithinia, M. (2021). Hubungan Dimensi Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Pada Masa Pandemi Covid-19 di Puskesmas Merdeka Palembang. *Jurnal Analisis Kesehatan*, 2(1), 24–30.
- Gobel, Y., Wahidin, & Muttaqin. (2018). Kualitas Pelayanan Kesehatan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar. *Jurnal Administrasi Negara*, 24(3), 77–88.
- Jacobalis, S. (2000). *Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia.
- Listiyono, & Rizky, A. (2015). Studi Deskriptif Tentang Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto Pasca Menjadi Rumah Sakit Tipe B. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*, 1(1), 2–7.
- Parasuraman, A. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 4(9), 41–50.
- Susanti, Anggriani, Amran R., & Nurmiati, M. (2021). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Labuang Baji Makassar Pada Masa Pandemi Covid-19. *An Idea Health Journal*, 1(02), 18–25.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Winarso, Fadilah, A., Enos, P., & Santi, R. (2020). Kualitas Pelayanan Kesehatan Pada Unit Rawat Inap Rumah Sakit TK. IV Kota Samarinda. *Jurnal Administrasi Negara*, 8(1), 43–52.

