

**TESIS**

**“IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DI PROVINSI SULAWESI  
SELATAN”**

*(The Implementation of Policy of Health Service Standard of Regional  
Specialty Hospitals in South Sulawesi Province)*

**SUKMA MAHARDHINY**

**E012181006**



**PROGRAM STUDI MAGISTER PEMERINTAHAN DAERAH  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
SEKOLAH PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2021**

**TESIS**

**“IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DI PROVINSI SULAWESI  
SELATAN”**

*(The Implementation of Policy of Health Service Standard of Regional  
Specialty Hospitals in South Sulawesi Province)*

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister Program Studi  
Administrasi Publik

**DISUSUN DAN DIAJUKAN OLEH:**

**SUKMA MAHARDHINY**

**E012181006**

**PROGRAM STUDI MAGISTER PEMERINTAHAN DAERAH  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
SEKOLAH PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2021**

## LEMBAR PENGESAHAN TESIS

### IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DI PROVINSI SULAWESI SELATAN

Disusun dan diajukan oleh

**SUKMA MAHARDHINY**

E012181006

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Studi Pemerintahan Daerah Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin pada tanggal **7 Juni 2021** dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama,

**Prof. Dr. Nurlinah, M.Si.**  
Nip. 19630921 198202 2 001

Pembimbing Pendamping,

**Dr. A. Lukman Irwan, S.IP. M.Si.**  
Nip. 19790106 200501 1 001

Ketua Program Studi  
Pemerintahan Daerah,

**Prof. Dr. Nurlinah, M.Si.**  
Nip. 19630921 198202 2 001

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan  
Ilmu Politik Universitas Hasanuddin,



**Prof. Dr. H. Armin, M.Si.**  
Nip. 19651109 199103 1 008

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sukma Mahardhiny  
NIM : E012181006  
Program Studi : Administrasi Publik / Pemerintahan Daerah  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

### IMPLEMENTASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DI PROVINSI SULAWESI SELATAN

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 12 Juni 2021

Yang Menyatakan



Sukma Mahardhiny

## **PRAKATA**

Alhamdulillahirabbil alamin, puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan nikmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Khusus Daerah di Provinsi Sulawesi Selatan”. Tak lupa pula shalawat dan salam terhatur kepada Nabi Muhammad SAW yang menjadi suri tauladan dalam perjuangan menegakkan kebenaran dan kejujuran di muka bumi.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih terdapat kekurangan, untuk itu besar harapan semoga tugas akhir karya ilmiah ini memenuhi kriteria sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister pada Program Pascasarjana Magister Pemerintahan Daerah Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin.

Dalam kesempatan ini, penulis menyadari bahwa tanpa bantuan, bimbingan dari berbagai pihak, tesis ini tidak akan terlaksana dengan baik. Oleh karena itu, izinkan penulis menyampaikan terima kasih dan permohonan maaf yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam proses penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih yang teristimewa dengan penuh cinta kepada Kedua orang tua penulis, Ayahanda Dr. H. Ruslan Abu, SH, MH dan Ibunda KombesPol Hj. Sri Rejeki Budiarti, SH, MM yang telah berkorban sedemikian banyak untuk penulis, yang telah melahirkan, membesarkan dan mendidik penulis hingga sampai seperti saat ini, juga

karena segala dukungan yang luar biasa kepada penulis, dorongan, doa, serta kasih sayang yang tak terbatas demi keberhasilan penulis semasa menempuh Pendidikan hingga akhir studi pada Magister Pemerintahan Daerah Universitas Hasanuddin. Terima kasih kepada Saudaraku, Suci Sasmita dan Amelia, terima kasih atas doa dan dukungan yang telah kalian berikan kepada penulis di tengah kehilangan yang kita alami, semoga kita bisa menggapai cita-cita agar mampu membahagiakan dan membanggakan kedua orang tua. Aamiin.

Melalui kesempatan ini, penulis juga menghaturkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin beserta para Wakil Rektor dan jajarannya atas kesempatan yang diberikan kepada Penulis untuk menempuh pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Armin Arsyad, M.Si, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin beserta para Wakil Dekan dan jajarannya atas kesempatan yang diberikan kepada Penulis untuk menempuh pendidikan di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin.
3. Prof. Dr. Sangkala, M.Si selaku dosen Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik yang telah memberikan saran dan masukan atas pemilihan topik penulisan tesis ini.

4. Prof. Dr. Hj. Nurlinah, M.Si, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Pemerintahan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin serta selaku pembimbing I atas kesempatan yang diberikan kepada penulis Untuk Menempuh Pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Pemerintahan.
5. Bapak Dr. Andi Lukman Irwan, M.Si selaku pembimbing II yang selalu memberi bimbingan, arahan, saran, petunjuk, serta bantuan dari awal penulisan hingga terselesaikannya penulisan tesis ini. Semoga dengan apa yang diberikan menjadikan tesis ini lebih bermanfaat bagi masyarakat dan kepustakaan Magister Pemerintahan Daerah Universitas Hasanuddin.
6. Bapak Dr. Phil Sukri, M.Si, Bapak Dr. Suhardiman Syamsu, M.Si dan Bapak Dr. Andi Muhammad Rusli, M.Si selaku tim penguji yang telah memberikan masukan, kritikan serta perbaikan atas penulisan tesis ini sehingga menjadi lebih baik;
7. Seluruh dosen pascasarjana, Bapak Prof. Dr. H. Rasyid Thaha, M.Si, Bapak Prof. Dr. A. Gau Kadir, M.Si (Alm), Bapak Prof. Dr. Juanda Nawawi, M.Si, Ibu Prof. Dr. Hj. Nurlinah, M.Si, Ibu Prof. Dr. Rabina Yunus, M.Si, Ibu Dr. Hj. Indar Arifin, M.Si, Bapak Dr. H. Andi Syamsu Alam, M.Si (Alm), Bapak Dr. H. A.M.Rusli, M.Si, Bapak Dr. H.Suhardiman Syamsu, M.Si, Bapak Dr. Jayadi Nas, M.Si, Bapak Dr. Andi Lukman Irwan, M.Si, Bapak Ashar Prawitno, S.IP, M.Si yang

telah memberikan pengetahuan selama penulis menimba ilmu di Magister Ilmu Pemerintahan Universitas Hasanuddin;

8. Para pegawai dan staf akademik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik yang telah memberikan bantuannya kepada penulis;
9. Para informan dalam penulisan tesis ini, Bapak dr. M. Ichsan Mustari selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Ibu dr. Andi Diamarni selaku Direktur Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi, Ibu dr. Kusrini selaku Direktur Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah, Ibu Andriani selaku Kepala Seksi Keperawatan Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah dan segenap staf dan pegawai Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi, Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah, dan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan yang telah dengan baik menerima, meluangkan waktu, dan memberikan bantuannya kepada penulis untuk mendapatkan data, informasi, dan melakukan wawancara;
10. Seluruh teman-teman angkatan 2018 Magister Pemerintahan Daerah FISIP Unhas; Muh. Zulkarnaen S.IP, Muh. Rezky Gau, S.IP, M.AP, Hardiyanti S.IP, M.AP, Muh. Aksan M, S.IP, Ahmad Rosandi Sakir, S.IP, M.AP, Andi Nur Pratiwi Fatmala, S.IP, M.AP, Salman, S.Sos, M.AP, Abd. Wahid S.Sos, M.AP, Ita Purmalasari, S.STP, M.AP, Yusriah Amaliah, S.IP, M.AP, Andi Kalam Anshari Sriwawo, S.Sos, M.AP dan Fahmi Sulthoni, S.IP, terima kasih atas segala pengalaman, kesenangan dan keseruan berbagi ilmu, kekompakan,



dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis. Semoga kita semua senantiasa diberkahi kebahagiaan dan kesuksesan selalu oleh Allah SWT.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan segala bentuk kasih sayang, doa, dukungan, pelajaran, dan kenangan, tanpa kalian penulis tidak dapat sampai pada titik pencapaian ini.

Akhir kata semoga tesis ini dapat memberikan manfaat kepada pembaca dan menjadi rekomendasi untuk selanjutnya.

Makassar, Juni 2021

Sukma Mahardhiny

## ABSTRAK

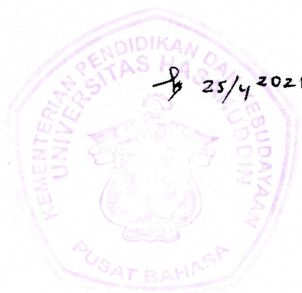
**SUKMA MAHARDHINY.** *Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Khusus Daerah di Provinsi Sulawesi Selatan* (dibimbing oleh Nurlinah dan Andi Lukman Irwan).

Penelitian ini bertujuan mengetahui pelaksanaan standar pelayanan kesehatan pada bagian Instalasi Gawat Darurat dan menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi pelaksanaan standar pelayanan kesehatan pada bagian Instalasi Gawat Darurat di rumah sakit khusus daerah di Provinsi Sulawesi Selatan.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi. Informan adalah direktur rumah sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Kepala Bagian Pelayanan Instalasi Gawat Darurat, seksi keperawatan, bidan, dan perawat. Penentuan informan tersebut dipertimbangkan karena dapat memberikan banyak informasi mengenai standar pelayanan kesehatan pada bagian Instalasi Gawat Darurat. Data yang terkumpul disederhanakan dan dianalisis secara kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan standar pelayanan kesehatan pada pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi dan Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah belum terlaksana dengan baik. Hal tersebut dapat dilihat dari aspek sumber daya manusia, yaitu kurangnya tenaga dokter sehingga kadang-kadang penanganan terlambat karena menunggu tenaga dokter untuk menangani pasien. Faktor pendukung pada standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat adalah persyaratan tenaga medis yang memiliki sertifikat pelatihan kegawatdaruratan dan peningkatan kepuasan pasien belum diimplementasikan dengan baik. Faktor penghambat pada standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat adalah faktor lahan parkir rumah sakit yang belum optimal dan faktor perencanaan serta komitmen rumah sakit yang belum berfokus pada pemenuhan standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat, seperti pelatihan kegawatdaruratan.

Kata kunci: implementasi kebijakan, standar pelayanan, standar pelayanan kesehatan



## ABSTRACT

**SUKMA MAHARDHINY.** *The Implementation of Policy of Health Service Standard of Regional Special Hospitals in South Sulawesi Province* (supervised by **Nurlinah** and **Andi Lukman Irwan**).

The aims of this study are to determine the implementation of health service standard in the emergency installation section and analyze factors affecting the implementation of health service standard in the emergency installation section of regional hospitals in South Sulawesi.

This study used qualitative approach with a case study design. The collected data were simplified and then analyzed qualitatively. The data collection techniques performed in this study were in-depth interviews, observations, and documentation studies. The informants are the directors of hospitals, the heads of health offices of South Sulawesi Province, the heads of the health service sections of health offices of South Sulawesi Province, the doctors, the heads of emergency installations, the nursing section of midwives, and nurses. The informants were determined based on the ones providing a lot of information about health service standard in emergency installation section.

The results show that the implementation of health service standard in the emergency installation services of Pertiwi Mother and Child Hospital and Siti Fatimah Mother and Child Hospital has not been carried out properly. This is indicated by the aspect of human resources in which the hospitals still lack of doctors, so medical treatment is sometimes late because of waiting for doctors to handle patients. The supporting factor of IGD service standard is that the requirements of medical personnel who have emergency training certificates and the increase of patients' satisfaction have not been implemented properly. The inhibiting factors of IGD service standard are hospital parking lots that have not been optimal. Besides, the planning and commitment factors of hospitals have not focused on meeting IGD service standard such as emergency training.

Keywords: policy implementation, service standard, health care standard.



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b>	i
<b>HALAMAN JUDUL</b>	ii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	iii
<b>LEMBAR PERNYATAAN TESIS</b>	iv
<b>PRAKATA</b>	v
<b>ABSTRAK</b>	x
<b>DAFTAR ISI</b>	xii
<b>DAFTAR TABEL</b>	xvi
<b>DAFTAR GAMBAR</b>	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	xviii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Landasan Teori	10
1. Implementasi Kebijakan Pemerintah Daerah	10
2. Teori-Teori Implementasi Kebijakan	12
a. Teori Merilee S. Grindle (1980)	12
b. Teori Ripley dan Franklin	14
c. Teori Donald Van Metter and Carl Van Horn	15
d. Teori Brian W. Hogwood and Lewis A. Gunn	18
e. Teori Edward	19
B. Pelayanan Kesehatan	25
C. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan	28
D. Rumah Sakit	31
a. Definisi Rumah Sakit	32
b. Fungsi Rumah Sakit	32

c. Klasifikasi Rumah Sakit	33
d. Klasifikasi Berdasarkan Kepemilikan	34
e. Klasifikasi Berdasarkan Jenis Pelayanan	34
f. Klasifikasi Berdasarkan Lama Tinggal	35
g. Klasifikasi Berdasarkan Status Akreditasi	35
h. Klasifikasi Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Swasta	35
E. Pengertian Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus	36
F. Rumah Sakit Ibu dan Anak	37
a. Pengertian Rumah Sakit Ibu dan Anak	37
b. Faktor Penyebab Adanya Rumah Sakit Ibu dan Anak	38
c. Jenis Pelayanan di Rumah Sakit Ibu dan Anak	39
d. Tinjauan Kegiatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak	41
G. Standar Pelayanan Minimal	46
H. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	49
I. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit	51
J. Penelitian Terdahulu	52
K. Kerangka Konseptual	56
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Lokasi Penelitian	66
B. Jenis dan Sumber Data	66
C. Objek dan Informan Penelitian	67
D. Teknik Pengumpulan Data	68
E. Teknik Analisis Data	70
F. Definisi Operasional	71
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	73
1. Gambaran Umum Provinsi Sulawesi Selatan	73
2. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan	77
3. Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	83

4. Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	88
B. Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Kesehatan	
Rumah Sakit Khusus Daerah di Provinsi Sulawesi Selatan	90
1. Sumber Daya Manusia	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	90
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	97
2. Anggaran	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	107
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	112
3. Struktur Birokrasi	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	115
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	119
C. Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan	
Kebijakan Standar Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit	
Khusus Daerah di Provinsi Sulawesi Selatan	124
a. Faktor Pendukung Standar Pelayanan IGD	124
1. Persyaratan tenaga medis yang memiliki sertifikat	
pelatihan kegawatdaruratan	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	124
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	126
2. Pembenahan kondisi fisik dan sarana	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	128
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	129
3. Ketersediaan fasilitas/prasarana medis	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	130
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	136
4. Kecepatan pelayanan kegawatdaruratan	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	137
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	139
5. Proses pelayanan	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	140

• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	143
b. Faktor Penghambat Standar Pelayanan IGD	148
1. Faktor Lahan Parkir	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	148
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	150
2. Faktor Perencanaan dan Komitmen	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	151
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	152
3. Faktor Kepuasan Pasien	
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	153
• Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	156
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan	160
B. Saran	162
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	164
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	<b>Judul Tabel</b>	<b>Halaman</b>
Tabel 1	Penelitian Terdahulu	52
Tabel 2	Jumlah Personil IGD Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi Provinsi Sulawesi Selatan	95
Tabel 3	Tingkat Pendidikan Personil Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi Provinsi Sulawesi Selatan	95
Tabel 4	Jumlah Personil IGD Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah Provinsi Sulawesi Selatan	101
Tabel 5	Tingkat Pendidikan Personil Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah Provinsi Sulawesi Selatan	102
Tabel 6	Laporan Pendapatan BLUD Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi Desember 2019	108
Tabel 7	Jumlah Persentase Setifikat Pelatihan Kegawatdaruratan RSIA Pertiwi	121
Tabel 8	Jumlah Persentase Setifikat Pelatihan Kegawatdaruratan RSIA Siti Fatimah	123
Tabel 7	Kartu Inventaris Ruangan Instalasi Gawat Darurat Desember 2019	127



## DAFTAR GAMBAR

	<b>Judul Gambar</b>	<b>Halaman</b>
Gambar 1	Proses Implementasi Kebijakan Publik	61
Gambar 2	Kerangka Konseptual	65
Gambar 3	Bagan Teknis Rekrutmen CPNS Staf Kesehatan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan	99
Gambar 4	Bagan Teknis Rekrutmen non PNS/ Pegawai Kontrak Staf Kesehatan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan	100
Gambar 5	Kutipan LKPJ Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah 2019	110
Gambar 6	Struktur Organisasi Rumah Sakit Ibu dan Anak Pertiwi	114
Gambar 7	Struktur Organisasi Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah	116
Gambar 8	Buku SPO RSIA Siti Fatimah dan RSIA Pertiwi	118

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1: Pedoman Wawancara dengan Pihak RSIA Pertiwi dan RSIA Siti Fatimah	171
Lampiran 2: Pedoman Wawancara dengan Pihak Dinas Kesehatan Provinsi Sulsel	174
Lampiran 3: Sumber Daya Manusia Berdasarkan Permenkes Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit	177
Lampiran 4: Dokumentasi	181
Lampiran 5: Rekomendasi Permohonan Izin Penelitian	
Lampiran 6: Surat Pengantaran Penelitian di Rumah Sakit	
Lampiran 7: Surat Pengantaran Penelitian di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan	
Lampiran 8: Surat Izin Penelitian di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan	
Lampiran 9: Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Pelayanan publik merupakan segala kegiatan yang dilaksanakan instansi pemerintah maupun organisasi penyedia layanan publik dengan tujuan untuk memenuhi segala kebutuhan masyarakat menyangkut pelayanan untuk orang banyak baik barang ataupun jasa sehingga dapat membantu masyarakat untuk mencapai kesejahteraan. Pelayanan publik yang baik dan benar akan meningkatkan kepuasan dari pengguna (konsumen) dari pelayanan publik itu sendiri.

Di tahun 2019 hari kesehatan sedunia mengangkat tema Universal Health Coverage (UCH). Hal ini tentunya didasari oleh fakta bahwa tidak semua masyarakat dunia mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Dilansir laman resmi WHO, ada tiga poin penting yang disuarakan lewat kampanye ini, yaitu kesetaraan dalam akses kesehatan, kualitas dan sarana pelayanan kesehatan, serta perlindungan resiko finansial pasien.

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Salah satu diantaranya adalah rumah sakit. Rumah sakit adalah suatu lembaga dalam mata rantai sistem kesehatan nasional yang mengemban tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

Indonesia merupakan negara kepulauan yang terbentang seluas 1.905 juta km persegi. Dengan bentang alam yang luas, Indonesia masih dihadapkan dengan persoalan Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK). Medan yang tidak bersahabat juga menjadi pembenaran sulitnya mengakses kawasan tersebut.

Permasalahan ini menjadi tantangan Bangsa Indonesia dengan minimnya infrastruktur kesehatan di pelosok Indonesia. Sekalipun tersedia, sebagian besar memiliki kondisi yang kurang memadai. Pasien maupun dokter di daerah terpencil juga kerap kali harus berjalan jauh membelah hutan atau menaiki perahu demi mendapatkan pengobatan. Selain itu, pengadaan alat-alat kesehatan juga menjadi sebab. Tidak semua institusi kesehatan di Indonesia memiliki peralatan yang memadai. Padahal, keberadaan alat-alat ini sangat penting dalam membantu proses diagnosa serta rehabilitasi yang dilakukan tenaga medis seperti dokter. Tanpa dukungan alat-alat tersebut kinerja dokter dan tenaga kesehatan lain akan terhambat. Tidak hanya di daerah, kondisi serupa juga terjadi di kota-kota. Bahkan tidak jarang, pasien harus dirujuk ke rumah sakit di luar negeri guna mendapatkan perawatan lebih dengan ketersediaan alat yang lebih canggih. Di sisi lain, data yang dirilis oleh Kemenkes RI tahun 2019 menyebutkan bahwa 95,13 persen alat kesehatan di Indonesia adalah impor. Hal ini menunjukkan ketertinggalan Indonesia dalam riset dan industri alat kesehatan.

Selain itu, faktor paling krusial yang mengakibatkan ketimpangan pelayanan kesehatan adalah masalah finansial. Indonesia sendiri masih bergulat menyelesaikan hal tersebut. Apabila permasalahan ini dapat diuraikan dengan baik, maka permasalahan lain seperti ketidakmerataan penyebaran dokter, kesulitan infrastruktur medis, dan akomodasi di daerah terpencil, hingga pengembangan alat kesehatan tentunya dapat diselesaikan. Olehnya itu, sangat dibutuhkan peranan Pemerintah sebagai pemegang kendali utama, pemerintah mau tidak mau harus terseret dalam permasalahan ini. Tanpa menutupi fakta bahwa pemerintah telah melakukan banyak upaya untuk mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan yang diterima masyarakat, Indonesia memang masih harus banyak berbenah memperbaiki sistem kesehatannya.

Mengingat adanya penyelenggaraan pelayanan kesehatan terutama di semua rumah sakit, baik itu rumah sakit umum daerah maupun rumah sakit khusus daerah. Oleh karena itu dibutuhkan pelayanan yang profesional dan bertanggung jawab sehingga dibutuhkan upaya dukungan yang optimal dalam rangka pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Klasifikasi dan perizinan rumah sakit perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum agar rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna. Dalam sistem Implementasi pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia, terdapat

hubungan (*relationship*) antara negara dan masyarakat yang tercermin melalui penyelenggaraan pelayanan publik. Oleh karena itu, pemerintah dengan kewenangan (*authorities*) yang dimiliki dapat menjadi pengendali dari sumber-sumber untuk kesehatan melalui regulasi dan kebijakan yang dibuat (Pramusinto dan Purwanto, 2009: 357). Pelayanan publik bidang kesehatan merupakan salah satu bidang terbesar pelayanan publik yang dilakukan pemerintah setelah bidang pendidikan. Hal ini disebabkan karena pelayanan kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan. Salah satu indikator dalam kualitas pelayanan kesehatan dan dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit (Adisasmito, 2009).

Betapa pentingnya rumah sakit untuk didirikan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah sehingga sesuai ketentuan yang berlaku harus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan atau instansi tertentu dengan pengelolaan badan layanan umum atau badan layanan umum daerah (BLUD). Kemudian rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak dibidang perumahsakitian dan badan hukum yang dimaksud dapat berupa badan hukum yang bersifat nirlaba dan badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Rumah sakit perlu melakukan suatu upaya untuk tetap bertahan dan berkembang mengingat besarnya biaya operasional rumah sakit yang sangat tinggi disertai meningkatnya kompetisi kualitas pelayanan jasa rumah sakit. Adapun upaya yang harus dilakukan rumah sakit adalah dengan cara mendiferensiasikan pelayanan jasa kesehatan termasuk pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dengan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, lebih tinggi dari pesaing secara konsisten. Kuncinya dengan cara memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan, dimana setelah menerima jasa pelayanan kesehatan pasien akan membandingkan jasa yang dialaminya dengan jasa yang diharapkan.

Masalah kesehatan adalah merupakan salah satu hal yang sangat mendasar bagi pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan. Berdasarkan kutipan informasi dari Gubernur Sulawesi Selatan pada media Tribun timur Mengungkapkan bahwa sistem pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang tidak dibarengi dengan penambahan jumlah sumber daya manusia yang masih kurang, membuat permasalahan ini semakin besar. seperti pelayanan sistem administrasi, jumlah dokter spesialis yang tidak mencukupi (Tribun Timur, edisi 20 Maret 2020). Hal ini juga di ungkapkan oleh Bapak Wakil Gubernur pada media Tribun Timur edisi 19 Juli 2020 mengungkapkan bahwa :

“Persoalan manajemen rumah sakit menjadi salah satu kendala. kondisi sekarang, tantangan pelayanan kesehatan merupakan sebuah tuntutan. Penting untuk kita selesaikan, dimana hal tersebut selain penyelesaian masalah, juga mampu menjamin pemberian pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi pasien”.



Dalam hal melahirkan juga dipandang sebagai peristiwa biologis bagi wanita untuk mengembangkan umat manusia diatas bumi ini, tetapi melahirkan itu sendiri bukan suatu hal yang mudah, melainkan mengandung berbagai macam resiko dan problema tersendiri. Perkembangan pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan sudah semakin maju, peningkatan pendidikan dan sosial ekonomi masyarakat Indonesia pada umumnya sudah semakin baik. Dengan ditunjang hal-hal tersebut, maka masyarakat akan semakin menyadari untuk mendapatkan dan mencari pelayanan kesehatan yang lebih baik dimasa sekarang ini dan dimasa yang akan datang. Khususnya bagi para ibu hamil yang punya tanggung jawab untuk melahirkan generasi yang sehat serta kebutuhan perawatan kesehatan bagi bayi yang memadai. Pada rumah sakit khusus daerah seperti rumah sakit ibu dan anak, pasien bisa mendapatkan layanan komprehensif yang sangat fokus pada masalah ibu dan anak. Rumah sakit ibu dan anak juga punya banyak pilihan dokter kandungan, bidan dan dokter anak untuk membantu pasien. Selain itu, di rumah sakit ibu dan anak tidak ada pasien dengan penyakit lain sehingga meminimalisir penularan penyakit. Hal ini menguntungkan ibu dan bayi yang baru lahir.

Instalasi gawat darurat rumah sakit ibu dan anak Pertiwi dan rumah sakit ibu dan anak Siti Fatimah merupakan dua rumah sakit khusus daerah yang memberikan layanan publik dalam unit gawat darurat milik pemerintah provinsi Sulawesi Selatan yang terletak di Kota

Makassar. Dua rumah sakit ibu dan anak tersebut diberikan kewenangan oleh pemerintah untuk mengelola pelayanan kesehatannya masing-masing seperti dalam bidang SDM, penganggaran, struktur birokrasi, dan juga dalam membuat standar pelayanan kesehatan seperti standar prosedur operasional (SPO). Dengan adanya perkembangan kesehatan yang semakin pesat, seluruh lapisan masyarakat yang semakin pintar juga menuntut adanya pelayanan yang berkualitas yaitu pelayanan prima yang diberikan oleh tenaga profesional. Dengan adanya perkembangan kesehatan tersebut, maka pelayanan publik dalam bidang kesehatan melakukan peningkatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Disamping itu, pelayanan kesehatan di rumah sakit ibu dan anak berpengaruh pada kepuasan pasien. Kepuasan pasien dipengaruhi oleh *respon time* yang diberikan oleh rumah sakit mulai dari proses pendaftaran, sampai dengan proses pembayaran. Semakin lama waktu tunggu, semakin menurun kepuasan pasien. Selain itu, komunikasi antara petugas medis dan pasien memiliki dampak pada operasional rumah sakit karena terjadi miskomunikasi yang mengakibatkan komplain. Alasan penulis tertarik meneliti topik ini karena sebagai rumah sakit yang dikhususnya untuk pelayanan ibu dan anak, penulis ingin mengetahui sejauh mana penerapan standar pelayanan kesehatan yang sudah ditetapkan rumah sakit khususnya rumah sakit ibu dan anak.

Berdasarkan uraian-uraian permasalahan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan tersebut, penulis tertarik untuk membahas

Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Khusus Daerah Di Provinsi Sulawesi Selatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumah sakit sebagai salah satu mata rantai sarana pelayanan kesehatan masyarakat dan memiliki peran yang sangat strategis maka berdasarkan latar belakang sebagaimana yang diuraikan sebelumnya, penulis berusaha untuk mengemukakan permasalahan agar keseluruhan proses penelitian dapat terarah pada pokok masalah yang sebenarnya, maka rumusan masalah yang telah dijabarkan muncul pertanyaan dalam penelitian, yaitu:

1. Bagaimanakah pelaksanaan standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Khusus Daerah di Provinsi Sulawesi Selatan?
2. Faktor-faktor apa sajakah yang mempengaruhi pelaksanaan standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Khusus Daerah di Provinsi Sulawesi Selatan?

## **C. Tujuan Penelitian**

Sehubungan dengan permasalahan diatas, maka tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

- a. Untuk menganalisis pengaturan implementasi standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Khusus Daerah Di Provinsi Sulawesi Selatan.

- b. Untuk menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi pelaksanaan standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Khusus Daerah di Sulawesi Selatan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian yang diharapkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Manfaat akademik, diharapkan hasil penelitian ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pemerintahan khususnya yang berfokus pada implementasi standar pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Daerah.
- b. Manfaat praktik, hasil penelitian ini diharapkan berguna bagi seluruh pelayanan publik khususnya pelayanan kesehatan ibu dan anak agar semua norma hukum yang tertuang dalam undang-undang sebagaimana tersebut dapat dilaksanakan secara konsisten untuk kepentingan pelayanan kesehatan masyarakat.
- c. Manfaat metodologis, diharapkan hasil penelitian ini dapat berguna untuk menambah wawasan dan menjadi referensi bagi mahasiswa yang akan melakukan kajian terhadap penelitian selanjutnya.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Landasan Teori

##### 1. Implementasi Kebijakan Pemerintah Daerah

Implementasi menurut Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier (1979) sebagaimana dikutip dalam Coleman M. & Bush T. (2006; 65), mengatakan bahwa:

“Implementasi adalah memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijaksanaan yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat/dampak nyata pada masyarakat atas kejadian-kejadian”.

Implementasi secara sederhana diartikan pelaksanaan atau penerapan. Browne dan Wildavsky (dalam Diana A. & C. Tjipto, 2003:7) mengemukakan bahwa:

“implementasi adalah perluasan aktivitas yang saling menyesuaikan”. Implementasi melibatkan usaha dari policy makers untuk memengaruhi apa yang oleh Lipsky disebut “street level bureaucrats” untuk memberikan pelayanan atau mengatur perilaku kelompok sasaran (*target group*).

Berdasarkan uraian mengenai kedua pendapat tentang pengertian implementasi, perlu kami memberikan batasan. Implementasi adalah pelaksanaan dari apa yang telah ditetapkan dan menerima segala akibat/dampak setelah dilaksanakan tersebut.

Proses implementasi sekurang-kurangnya terdapat tiga unsur yang penting dan mutlak, seperti dikemukakan oleh Adi, Tarwiyah (2005;11), yaitu:

- a. Adanya program atau kebijakan yang dilaksanakan;
- b. *Target groups*, yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran, dan diharapkan dapat menerima manfaat dari program tersebut, perubahan atau peningkatan;
- c. Unsur pelaksana (implementor), baik organisasi atau perorangan, yang bertanggungjawab dalam pengelolaan, pelaksanaan, dan pengawasan dari proses implementasi tersebut.

Winarno (2002), menyatakan bahwa:

“implementasi kebijakan dibatasi sebagai menjangkau tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu pemerintah dan individu-individu swasta (kelompok-kelompok) yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijaksanaan sebelumnya”.

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya, tidak lebih tidak kurang. Kebijakan diturunkan berupa program-program yang kemudian diturunkan menjadi proyek-proyek, dan akhirnya berwujud pada kegiatan-kegiatan, baik yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat maupun kerjasama pemerintah dengan masyarakat.

Dari penjelasan-penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan tidak akan dimulai sebelum tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran ditetapkan atau diidentifikasi oleh keputusan-keputusan

kebijakan. Jadi, implementasi merupakan suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh berbagai aktor sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan-tujuan atau sasaran-sasaran kebijakan itu sendiri.

## 2. Teori-Teori Implementasi Kebijakan

### a. Teori Merilee S. Grindle (1980 )

Keberhasilan implementasi menurut Merilee S. Grindle (1980) dipengaruhi oleh dua variabel besar, yakni isi kebijakan dan lingkungan implementasi. Variabel isi kebijakan ini mencakup:

1. Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau target groups termuat dalam isi kebijakan.
2. Jenis manfaat yang diterima oleh target grup.
3. Sejauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan.
4. Apakah letak sebuah program sudah tepat.
5. Apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementornya dengan rinci, dan
6. Apakah sebuah program didukung oleh sumberdaya yang memadai.

Variabel lingkungan kebijakan mencakup:

1. Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan.
2. Karakteristik institusi dan rezim yang sedang berkuasa.

3. Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran.

Ada empat variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yakni:

1. Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan. Di satu pihak ada beberapa masalah sosial secara teknis mudah dipecahkan, dipihak lain terdapat masalah-masalah sosial yang relatif sulit dipecahkan, seperti kemiskinan, pengangguran, korupsi, dan sebagainya. Oleh karena itu, sifat masalah itu sendiri akan memengaruhi mudah tidaknya suatu program diimplementasikan.
2. Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran. Ini berarti bahwa suatu program akan relatif mudah diimplementasikan apabila kelompok sasarannya heterogen, maka implementasi program akan relatif lebih sulit, karena tingkat pemahaman setiap anggota kelompok sasaran terhadap program relatif berbeda.
3. Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi. Sebuah program akan relatif sulit diimplementasikan apabila sasarannya mencakup semua populasi. Sebaliknya sebuah program relatif mudah diimplementasikan apabila jumlah kelompok sasarannya tidak terlalu besar.
4. Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan. Sebuah program yang bertujuan memberikan pengetahuan atau bersifat kognitif akan relatif mudah diimplementasikan daripada program yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku masyarakat.



## b. Teori Ripley dan Franklin

Kriteria pengukuran keberhasilan implementasi menurut Ripley dan Franklin (1986: 12) adalah (1) tingkat kepatuhan birokrasi terhadap birokrasi di atasnya atau tingkatan birokrasi sebagaimana diatur dalam undang-undang, (2) adanya kelancaran rutinitas dan tidak adanya masalah; serta (3) pelaksanaan dan dampak (manfaat) yang dikehendaki dari semua program yang ada terarah.

Pengukuran keberhasilan implementasi dari sudut pandang tingkat kepatuhan yaitu sebagai kepatuhan para implementor dalam melaksanakan kebijakan yang tertuang dalam dokumen kebijakan (dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, atau program). Dengan cara pandang yang demikian studi implementasi yang menggunakan perspektif ini juga ingin mengetahui kepatuhan para bawahan dalam menjalankan perintah yang diberikan oleh para atasan sebagai upaya untuk melaksanakan suatu kebijakan.

Sudut pandang yang kedua mengenai kelancaran rutinitas yang tidak hanya memahami implementasi dari aspek kepatuhan para implementer kebijakan dalam mengikuti *Standart Operating Procedure* (SOP) saja tetapi sudut pandang ini berusaha untuk memahami implementasi secara lebih luas. Ukuran keberhasilan implementasi tidak hanya dilihat dari segi kepatuhan para implementor dalam mengikuti SOP namun demikian juga diukur dari keberhasilan mereka dalam merealisasikan tujuan-tujuan kebijakan yang wujud nyatanya berupa

munculnya dampak kebijakan, artinya kepatuhan para implementer dalam mengimplementasikan kebijakan sesuai SOP bukan satu-satunya alat ukur keberhasilan implementasi. Pencapaian tujuan kebijakan tidak cukup hanya dengan mengikuti SOP saja akan tetapi sangat dipengaruhi oleh faktor lain yaitu ketepatan instrumen kebijakan, kecukupan keluaran kebijakan, kualitas keluaran kebijakan, dan lain-lain.

c. Teori Donald Van Metter and Carl Van Horn

Menurut Van Metter and Van Horn dalam Mulyadi (2016: 72) ada enam variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi yaitu:

1) Standar dan Sasaran kebijakan

Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur sehingga tidak menimbulkan interpretasi yang dapat menyebabkan terjadinya konflik diantara para agen implementasi.

2) Sumberdaya

Kebijakan perlu didukung oleh sumberdaya, baik sumberdaya manusia maupun sumberdaya non manusia. Manusia merupakan sumberdaya yang terpenting dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi. Tahap-tahap tertentu dari keseluruhan proses implementasi menuntut adanya sumberdaya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara politik. Tetapi ketika kompetensi dan kapabilitas dari sumber-sumber daya itu nihil, maka kinerja kebijakan publik sangat sulit untuk diharapkan.

Sumberdaya lain yang perlu diperhitungkan juga ialah sumberdaya finansial dan sumberdaya waktu. Ketika sumberdaya manusia yang kompeten dan kapabel telah tersedia sedangkan dana yang dikeluarkan melalui anggaran tidak tersedia, maka memang menjadi persoalan pelik untuk merealisasikan apa yang hendak dituju oleh tujuan kebijakan publik. Demikian dengan sumberdaya waktu dimana saat sumber daya manusia giat bekerja dan kucuran dana yang diberikan berjalan dengan baik, tetapi terbentur dengan persoalan waktu yang ketat, maka hal ini dapat menjadi penyebab ketidakberhasilan implementasi kebijakan.

3) Komunikasi antar organisasi dan penguatan aktivitas

Koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan publik. Semakin baik koordinasi dan komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi, maka asumsinya kesalahan-kesalahan akan sangat kecil untuk terjadi, begitu pula sebaliknya.

4) Karakteristik agen pelaksana

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang terlibat dalam pengimplementasian dalam kebijakan publik. Hal ini sangat penting karena kinerja implementasi kebijakan publik akan sangat banyak dipengaruhi oleh ciri-ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya. Selain itu, cakupan atau luas wilayah implementasi kebijakan perlu juga diperhitungkan manakala hendak menentukan agen pelaksana. Semakin luas cakupan

implementasi kebijakan, maka seharusnya semakin besar pula agen yang terlibat.

5) Kondisi sosial, ekonomi, dan politik

Kondisi sosial, ekonomi, dan politik mencakup sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan dan sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik yang telah ditetapkan. Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi penyebab terjadinya kegagalan kinerja implementasi kebijakan.

6) Disposisi implementor

Disposisi implementor mencakup tiga hal penting, yaitu:

- a. Respon implementor terhadap kebijakan yang akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan
- b. Kognisi, yakni pemahamannya terhadap kebijakan
- c. Intensitas disposisi implementor yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor

Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana akan sangat banyak mempengaruhi keberhasilan atau tidaknya kinerja implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi oleh karena kebijakan yang akan implementor laksanakan adalah kebijakan “dari atas” (*top down*) yang sangat mungkin para pengambil keputusannya tidak pernah mengetahuinya (bahkan tidak menyentuh) kebutuhan, keinginan, atau permasalahan yang warga ingin selesaikan.

d. Teori Brian W. Hogwood and Lewis A. Gunn

Menurut Hogwood dan Gunn dalam Alfatih (2010: 48-49) untuk dapat mengimplementasikan kebijakan publik dengan sempurna maka diperlukan beberapa persyaratan tertentu, yaitu:

- 1) Kondisi eksternal yang dihadapi oleh badan/instansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan/kendala yang serius
- 2) Tersedia waktu dan sumberdaya yang cukup memadai
- 3) Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia
- 4) Kebijakan yang akan diimplementasikan didasari pada hubungan kausalitas yang handal
- 5) Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubungnya
- 6) Hubungan saling ketergantungan harus kecil
- 7) Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan
- 8) Tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat
- 9) Komunikasi dan koordinasi yang sempurna
- 10) Pihak-pihak yang memiliki wewenang/kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan keputusan yang sempurna

Model ini terdiri dari 10 poin dan diantaranya pada sumberdaya, misalnya waktu, keuangan, sumber daya manusia, peralatan yang harus tersedia dengan memadai dan harus diperhatikan dengan seksama agar implementasi kebijakan dapat dilaksanakan dengan baik. Disamping itu, sumber daya yang memadai tersebut harus dalam kombinasi yang

berimbang. Tidak boleh terjadi sumber daya manusia cukup tetapi peralatan tidak memadai, atau sumber keuangan memadai, tetapi ketersediaan waktu dan keterampilan tidak cukup. Hambatan lain, kondisi eksternal pelaksana harus dapat dikontrol agar kondusif bagi implementasi kebijakan. Ini cukup sulit karena kondisi lingkungan sangat luas, beragam serta mempunyai karakteristik yang spesifik sehingga tidak mudah untuk dapat dikendalikan dengan baik. Teori ini juga mensyaratkan adanya komunikasi dan koordinasi yang baik. Seringkali, dalam pelaksanaan suatu kegiatan, kedua hal ini kurang mendapat perhatian dengan baik. Apalagi harus sempurna. Hal ini sering memperburuk keadaan karena adanya ego sektoral.

e. Teori Edward

Faktor–faktor yang berpengaruh dalam implementasi menurut George C. Edwards III sebagai berikut:

**a. Komunikasi**

Menurut Edward III dalam Widodo (2011: 96), komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian informasi komunikator kepada komunikan. Informasi mengenai kebijakan publik menurut Edward III dalam Widodo (2011: 96) perlu disampaikan kepada pelaku kebijakan agar para pelaku kebijakan dapat mengetahui apa yang harus mereka persiapkan dan lakukan untuk menjalankan kebijakan tersebut sehingga tujuan dan sasaran kebijakan dapat dicapai sesuai dengan yang diharapkan.

Implementasi akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggungjawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat dengan para pelaksana. Konsistensi atau keseragaman dari ukuran dasar dan tujuan perlu dikomunikasikan sehingga implementors mengetahui secara tepat ukuran maupun tujuan kebijakan itu. Komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit. Seseorang bisa menahannya hanya untuk kepentingan tertentu, atau menyebarkannya. Di samping itu sumber informasi yang berbeda juga akan melahirkan interpretasi yang berbeda pula. Agar implementasi berjalan efektif, siapa yang bertanggungjawab melaksanakan sebuah keputusan harus mengetahui apakah mereka dapat melakukannya. Sesungguhnya implementasi kebijakan harus diterima oleh semua personel dan harus mengerti secara jelas dan akurat mengenai maksud dan tujuan kebijakan. Jika para aktor pembuat kebijakan telah melihat ketidakjelasan spesifikasi kebijakan sebenarnya mereka tidak mengerti apa sesungguhnya yang akan diarahkan. Para implementor kebijakan bingung dengan apa yang akan mereka lakukan sehingga jika dipaksakan tidak akan mendapatkan hasil yang optimal. Tidak cukupnya komunikasi kepada para implementor secara serius mempengaruhi implementasi kebijakan.

## **b. Sumberdaya**

Jika para pelaksana kebijakan yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan kurang mempunyai sumber-sumber daya maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif. Sumberdaya meliputi manusia (staff), peralatan (facilities), Informasi dan Kewenangan (information and authority). Sumberdaya manusia merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh karena staf yang tidak mencukupi, memadai ataupun tidak kompeten dibidangnya. Penambahan jumlah staf dan implementor saja tidak cukup, tetapi diperlukan juga kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapable) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri. Untuk itu perlu adanya manajemen SDM yang baik agar dapat meningkatkan kinerja program.

Sumberdaya peralatan merupakan sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan. Sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan yang meliputi gedung, tanah, dan sarana yang semuanya akan memudahkan dalam memberikan pelayanan dalam implementasi kebijakan. Seperti yang dijelaskan oleh Edward III dalam Widodo (2011: 102) menyatakan:

Physical facilities may also be critical resources in implementation. An implementor may have sufficient staff, may understand what he supposed to do, may have authority to exercise his task, but



without the necessary building, equipment, supplies and even green space implementation will not succeed.

Kesimpulan dari penjelasan diatas ialah fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukan dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

Informasi merupakan sumberdaya penting bagi pelaksanaan kebijakan. Ada dua bentuk informasi yaitu informasi mengenai bagaimana cara menyelesaikan kebijakan/program serta bagi pelaksana harus mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dan informasi tentang data pendukung kepatuhan kepada peraturan pemerintah dan undang-undang. Kenyataan dilapangan bahwa tingkat pusat tidak tahu kebutuhan yang diperlukan para pelaksana dilapangan. Kekurangan informasi/ pengetahuan bagaimana melaksanakan kebijakan memiliki konsekuensi langsung seperti pelaksana tidak bertanggungjawab, atau pelaksana tidak ada di tempat kerja sehingga menimbulkan inefisien. Implementasi kebijakan membutuhkan kepatuhan organisasi dan individu terhadap peraturan pemerintah yang ada.

Sumberdaya lain yang juga penting adalah kewenangan untuk menentukan bagaimana program dilakukan, kewenangan untuk membelanjakan/mengatur keuangan, baik penyediaan uang, pengadaan

staf, maupun pengadaan supervisor. Fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan/program harus terpenuhi seperti kantor, peralatan, serta dana yang mencukupi. Tanpa fasilitas ini mustahil program dapat berjalan.

### **c. Disposisi atau Sikap**

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektivitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut. Para pelaksana mungkin memahami maksud dan sasaran program namun seringkali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karena mereka menolak tujuan yang ada didalamnya sehingga secara tersembunyi mengalihkan dan menghindari implementasi program. Disamping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program. Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan program dapat mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari dukungan pimpinan ini adalah menempatkan kebijakan menjadi prioritas program, penempatan pelaksana dengan orang-orang yang mendukung program,

memperhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik demografi yang lain. Disamping itu penyediaan dana yang cukup guna memberikan insentif bagi para pelaksana program agar mereka mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan kebijakan/program.

#### **d. Struktur Birokrasi**

Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah 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. Aspek dari struktur organisasi adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

Menurut pandangan Edwards (dalam Budi Winarno, 2008: 181) sumber-sumber yang penting meliputi, staf yang memadai serta keahlian-keahlian yang baik untuk melaksanakan tugas-tugas mereka, wewenang serta fasilitas-fasilitas yang diperlukan untuk menerjemahkan usul-usul diatas kertas guna melaksanakan pelayanan-pelayanan kesehatan.

Struktur birokrasi menurut Edwards (dalam Budi Winarno, 2008: 203) terdapat dua karakteristik utama, yakni *Standard Operating Procedures* (SOP) dan Fragmentasi:

“SOP atau prosedur-prosedur kerja ukuran-ukuran dasar berkembang sebagai tanggapan internal terhadap waktu yang terbatas dan sumber-sumber dari para pelaksana serta keinginan untuk keseragaman dalam bekerjanya organisasi-organisasi yang kompleks dan tersebar luas. Sedangkan fragmentasi berasal dari tekanan-tekanan diluar unit-unit birokrasi, seperti komite-komite legislatif, kelompok-kelompok kepentingan, pejabat-pejabat eksekutif, konstitusi negara dan sifat kebijakan yang mempengaruhi organisasi birokrasi pemerintah.”

Bila sumberdaya cukup untuk melaksanakan suatu kebijakan dan para implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, implementasi masih gagal apabila struktur birokrasi yang ada menghalangi koordinasi yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan. Kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak orang, serta pemborosan sumberdaya akan mempengaruhi hasil implementasi. Perubahan yang dilakukan tentunya akan mempengaruhi individu dan secara umum akan mempengaruhi sistem dalam birokrasi.

## **B. Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan. Definisi pelayanan

kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Berdasarkan Pasal 52 ayat (1) UU Kesehatan, pelayanan kesehatan secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*)
- b. Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.
- c. Pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*)
- d. Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan

pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti puskesmas.

Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat (2) UU Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Berdasarkan uraian di atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, klinik, dan rumah sakit diatur secara umum dalam UU Kesehatan, dalam Pasal 54 ayat (1) UU Kesehatan berbunyi bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan

secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Dalam hal ini setiap orang atau pasien dapat memperoleh kegiatan pelayanan kesehatan secara professional, aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif serta lebih mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

### **C. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan**

Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap perlindungan dan kepastian hukum pasien. Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Pasal 53 UU Kesehatan, yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.

- c. Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Kemudian dalam Pasal 54 UU Kesehatan juga mengatur pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan non diskriminatif.
- b. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- c. Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan itu sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum antara pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan, yang meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan preventif dan kuratif untuk kepentingan pasien. Secara khusus dalam Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.



Peraturan atau dasar hukum dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Pasal 53 dan Pasal 54 UU Kesehatan sebagai dasar dan ketentuan umum dan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf (b) UU Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan kesehatan di rumah sakit mencakup segala aspeknya yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.

Melalui ketentuan UU Kesehatan dan UU Rumah Sakit dalam hal ini pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, memiliki tanggung jawab agar tujuan pembangunan di bidang kesehatan mencapai hasil yang optimal, yaitu melalui pemanfaatan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, baik dalam jumlah maupun mutunya, baik melalui mekanisme akreditasi maupun penyusunan standar, harus berorientasi pada ketentuan hukum yang melindungi pasien, sehingga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan.

Pelayanan kegiatan kesehatan dapat diperoleh mulai dari tingkat puskesmas, rumah sakit umum/swasta, klinik dan institusi pelayanan kesehatan lainnya diharapkan kontribusinya agar lebih optimal dan maksimal. Masyarakat atau pasien dalam hal ini menuntut pihak pelayanan kesehatan yang baik dari beberapa institusi penyelenggara di

atas agar kinerjanya dapat dirasakan oleh pasien dan keluarganya, di lain pihak pemerintah belum dapat menerapkan aturan pelayanan kesehatan secara tepat, sebagaimana yang diharapkan karena adanya keterbatasan-keterbatasan. Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dibutuhkan tenaga kesehatan yang baik, terampil dan fasilitas rumah sakit yang baik, tetapi tidak semua institusi pelayanan medis tersebut memenuhi kriteria tersebut, sehingga meningkatkan kerumitan sistem pelayanan kesehatan dewasa ini.

#### **D. Rumah Sakit**

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rumah sakit dalam bahasa Inggris disebut hospital. Kata hospital berasal dari kata bahasa latin *hospitali* yang berarti tamu, secara lebih luas kata itu bermakna menjamu para tamu.

Rumah Sakit adalah salah satu sarana atau tempat menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, serta memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan

pemulihan kesehatan (rehabilitatif), yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

#### a. Definisi Rumah Sakit

Pengertian atau definisi dari rumah sakit tercantum dalam Pasal 1 ayat (1) UU Rumah Sakit, pengertian rumah sakit ialah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, serta menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan institusi yang mempunyai kemandirian untuk melakukan hubungan hukum yang penuh dengan tanggung jawab. Rumah sakit bukan (*persoon*) yang terdiri dari manusia sebagai (*natuurlijk persoon*) melainkan rumah sakit diberikan kedudukan hukum sebagai (*persoon*) yang merupakan badan hukum (*rechtspersoon*) sehingga rumah sakit diberikan hak dan kewajiban menurut hukum.

Rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Rumah sakit harus diselenggarakan oleh suatu badan hukum yang dapat berupa perkumpulan, yayasan atau perseroan terbatas.

#### b. Fungsi Rumah Sakit

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 menyatakan fungsi rumah sakit adalah:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

#### c. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Pasal 18 UU Kesehatan diatur bahwa rumah sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya yaitu, sebagai berikut :

- Jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
  - 1) Rumah sakit umum memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang masih dapat dikategorikan sebagai penanganan penyakit secara umum atau menyeluruh.
  - 2) Rumah sakit khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

- Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat yaitu sebagai berikut :

- 1) Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba yang diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat.
- 2) Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

#### d. Klasifikasi Berdasarkan Kepemilikan

Berdasarkan kepemilikan, klasifikasi ini terdiri atas rumah sakit pemerintah, rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan. Klasifikasi berdasarkan kepemilikan terdiri atas Rumah Sakit pemerintah yang terdiri dari: Rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan, Rumah Sakit pemerintah daerah, Rumah Sakit militer, Rumah Sakit BUMN, dan Rumah Sakit swasta yang dikelola oleh masyarakat.

#### e. Klasifikasi Berdasarkan Jenis Pelayanan

Klasifikasi berdasarkan jenis pelayanannya, rumah sakit terdiri atas Rumah Sakit Umum, memberi pelayanan kepada pasien dengan beragam jenis penyakit dan Rumah Sakit Khusus, memberi pelayanan pengobatan khusus untuk pasien dengan kondisi medik tertentu baik

bedah maupun non bedah. Contoh: rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, rumah sakit paru-paru, rumah sakit gigi dan mulut, rumah sakit jiwa, dan rumah sakit bersalin.

f. Klasifikasi Berdasarkan Lama Tinggal

Berdasarkan lama tinggal, rumah sakit terdiri atas rumah sakit perawatan jangka pendek yang merawat penderita kurang dari 30 hari dan rumah sakit perawatan jangka panjang yang merawat penderita dalam waktu rata-rata 30 hari.

g. Klasifikasi Berdasarkan Status Akreditasi

Berdasarkan status akreditasi terdiri atas rumah sakit yang telah diakreditasi dan rumah sakit yang belum diakreditasi. Rumah sakit telah diakreditasi adalah rumah sakit yang telah diakui secara formal oleh suatu badan sertifikasi yang diakui, yang menyatakan bahwa suatu rumah sakit telah memenuhi persyaratan untuk melakukan kegiatan tertentu.

h. Klasifikasi Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Swasta

Klasifikasi rumah sakit umum maupun rumah sakit swasta diklasifikasikan menjadi Rumah sakit kelas A, B, C, dan D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.

- a) Rumah sakit kelas A, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas dan subspecialistik luas.

- b) Rumah sakit kelas B, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisistik dan subspecialistik terbatas.
- c) Rumah sakit kelas C, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisistik dasar.
- d) Rumah sakit kelas D, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik.

#### **E. Pengertian Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus**

Pengertian Rumah Sakit menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 031/Birhub/1972 tentang Rumah Sakit Pemerintah pada pasal 1, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah suatu kompleks atau ruangan yang digunakan untuk menampung dan merawat orang sakit dan atau bersalin, sedangkan rumah sakit umum adalah yang melaksanakan pelayanan dari yang bersifat sederhana sampai spesialisistik kepada penderita didalam cabang-cabang spesialisistik klinis, termasuk laboratorium, radiology, farmasi dan lain-lain.

Sedangkan pengertian Rumah Sakit Khusus menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 134/Menkes/1978 pada pasal 4 adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan perawatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau organ tertentu/tindakan tertentu atau organ tertentu/tindakan tertentu/cabang ilmu tertentu. Sesuai dengan kekhususannya rumah sakit ini bertugas

melaksanakan pelayanan rujukan yang berupa pengobatan, perawatan, pelayanan penunjang, medik rehabilitasi, serta rujukan medis dan kesehatan.

## **F. Rumah Sakit Ibu dan Anak**

### **a. Pengertian Rumah Sakit Ibu dan Anak**

Rumah Sakit Ibu dan Anak berdasarkan klasifikasi tipe rumah sakit adalah rumah sakit khusus tipe E (*spesial hospital*) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kesehatan kedokteran saja, yaitu dalam bidang pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak. Didalam Rumah Sakit Ibu dan Anak, pelayanan dan fasilitas yang ada ditujukan supaya ibu dan anak merasa aman serta nyaman untuk berada di rumah sakit. Diketahui bahwa baik ibu yang sedang mengandung maupun tidak serta ibu yang sedang mengalami penyakit seputar kehamilan tentu saja memiliki karakter yang berbeda, sehingga perlu pelayanan khusus untuk para ibu dibidang kesehatan. Hal ini hampir serupa dengan karakter anak kecil yang tidak mungkin disamakan dengan orang dewasa pada umumnya, sehingga dalam perkembangan jaman saat ini, pelayanan maupun fasilitas bagi ibu dan anak sangat diharapkan keberadaannya.



b. Faktor Penyebab Adanya Rumah Sakit Ibu dan Anak

- Takut rumah sakit

Suasana di rumah sakit sering menjadi dilema bagi ibu dan anak. Jarum suntik, alat bedah, atau mungkin darah merupakan sesuatu yang sangat ditakuti oleh banyak orang khususnya anak-anak.

- Kurang rasa aman dan nyaman

Seorang ibu yang sedang hamil khususnya, pasti mendambakan seorang buah hati yang sehat, sehingga ibu hamil pasti sangat menjaga kondisi kandungannya. Oleh sebab itu hamil cenderung memilih tempat dalam bepergian, ibu hamil lebih memilih ke tempat-tempat yang dirasa aman dan nyaman untuk ibu hamil dan bayi didalam kandungannya. Bangunan rumah sakit yang ada saat ini cenderung kurang memperhatikan detail-detail bangunan yang kurang aman dan nyaman

- Kesadaran perlunya perlakuan khusus bagi ibu dan anak

Diketahui bahwa memang ibu dan anak membutuhkan perlakuan yang tidak mungkin disamakan dengan orang dewasa pada umumnya. Seorang ibu yang sedang hamil cenderung berhati-hati dan menjaga benar-benar kondisi kandungannya, sedangkan anak kecil malah cenderung lebih hiperaktif sehingga memang diperlukan perlakuan khusus terhadap ibu dan anak.

- Solusi dalam rumah tangga

Dalam rumah tangga tentu saja kehadiran anak menjadi hal yang sangat penting, namun terkadang ada keluarga yang sulit untuk memperoleh keturunan. Rasa malu maupun rendah diri tentu saja mempengaruhi kondisi dari keluarga tersebut, sehingga memang diperlukan pelayanan khusus bagi keluarga yang mengalami penyakit karena sulit memperoleh keturunan. Namun kebalikannya tak jarang pula ada keluarga yang kesulitan dalam mengontrol kehamilan, sehingga juga perlu ada pelayanan untuk keluarga dalam mengontrol kehamilan (KB)

c. Jenis Pelayanan di Rumah sakit Ibu dan Anak

Pelayanan pada Rumah Sakit Ibu dan Anak yang diberikan kepada pasien antara lain :

- Preventif

Merupakan pelayanan untuk mencegah pasien terjangkit dari penyakit, hal ini dapat dilakukan dengan cara :

1. Pemeriksaan rutin terhadap perkembangan bayi dan ibu hamil
2. Konsultasi kesehatan
3. Penyuluhan tentang gizi ibu dan anak
4. Imunisasi dan KB

- Kuratif

Merupakan usaha penyembuhan pada pasien dengan cara

pengobatan dan perawatan berupa :

1. Persalinan
2. Pembedahan
3. Pengobatan

- Rehabilitasi

Merupakan tindakan penyembuhan kondisi fisik pasien setelah melampaui masa pengobatan berupa :

1. Perawatan atau pemulihan kesehatan
2. Perawatan bayi

Pada hakekatnya, fungsi Rumah Sakit Ibu dan Anak tidak berbeda dengan Rumah Sakit pada umumnya, hanya saja lebih dikhususkan untuk memberikan pelayanan medis terhadap segala hal yang berhubungan dengan bidang Obstetri dan Ginekologi, antara lain:

- Memberikan pelayanan medis pada ibu yang menginginkan anak maupun membatasi anak.
- Memberikan pemeriksaan, pengawasan dan perawatan khusus terhadap ibu selama masa kehamilan secara teratur maupun pemeriksaan terhadap anak.
- Memberikan pelayanan medis terhadap peristiwa persalinan baik yang melahirkan secara normal maupun dengan kelainan.

- Memberikan pengawasan, pemeriksaan dan perawatan tinggal kepada ibu sesudah masa persalinan atau yang mengalami kelainan kandungan serta perawatan dan pemeriksaan terhadap anak yang dirawat di rumah sakit.
- Memberikan pelayanan medis yang berupa fisioterapi maupun keterampilan pada masa pra-kehamilan dan pra-persalinan.
- Memberikan perawatan terhadap bayi yang baru lahir, baik lahir secara normal maupun lahir secara tidak normal (prematuro isolasi) serta anak-anak balita.
- Memberikan pelayanan pemeriksaan laboratorium, jantung, penyinaran dan pemotretan kepada ibu dan anak.

#### d. Tinjauan Kegiatan di Rumah Sakit Ibu dan Anak

##### 1. Kegiatan Medis

- Poliklinik

Merupakan bagian yang melayani pasien rawat jalan khususnya pasien bayi atau anak, ibu hamil, atau ibu yang memiliki penyakit kandungan. Poliklinik biasanya terdiri dari beberapa poli, antara lain :

- Poli Anak

Merupakan unit yang melayani anak usia 0-12 tahun, pelayanan berupa imunisasi, konsultasi kesehatan, perkembangan kesehatan anak dan pengobatan penyakit anak.

- Poli Kandungan dan Kebidanan

Berdasarkan ketentuan dari Departemen Kesehatan RI, setiap rumah sakit harus dilengkapi dengan spesialisasi lainnya, salah satunya adalah unit kandungan ini.

- Poli Gizi

Merupakan unit yang mengontrol segala nutrisi dan gizi dari pasiennya, khususnya ibu dan anak, karena diketahui baik ibu dan anak membutuhkan asupan gizi yang cukup.

- Unit Gawat Darurat

Merupakan salah satu unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian yang perlu diorganisir. Tidak semua rumah sakit harus mempunyai bagian gawat darurat yang lengkap dengan tenaga memadai dan peralatan canggih, karena dengan demikian akan terjadi penghamburan dana dan sarana.

Sejak tahun 2000 Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan konsep Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) memadukan penanganan gawat darurat mulai dari tingkat pra rumah sakit sampai tingkat rumah sakit dan rujukan antara rumah sakit dengan pendekatan lintas program dan multisektoral. Pelayanan gawat darurat di tingkat Rumah Sakit meliputi suatu sistem terpadu yang dipersiapkan mulai dari *IGD*,

*HCU, ICU* dan kamar jenazah serta rujukan antar RS mengingat kemampuan tiap-tiap Rumah Sakit untuk penanganan efektif (pasca gawat darurat) disesuaikan dengan Kelas Rumah Sakit. Unit ini bekerja tiap hari selama 24 jam dan bersifat sementara, bisa juga merupakan unit pengganti poliklinik ketika sudah tutup. Kegiatan pelayanan di UGD meliputi :

- Pasien diterima di UGD
- Pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter
- Jika kondisi pasien membaik maka diperbolehkan untuk pulang, namun jika tidak maka akan di bawa ke ruang perawatan.

- Tujuan Unit Gawat Darurat

Tujuan dari pelayanan gawat darurat adalah untuk memberikan pertolongan pertama pada pasien yang datang dan menghindari berbagai resiko seperti kematian, menanggulangi korban kecelakaan, atau bencana lainnya yang langsung membutuhkan tindakan. Pelayanan pada unit gawat darurat untuk pasien yang datang akan langsung dilakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan dan prioritasnya.

• Farmasi

Penyediaan fasilitas berupa apotik serta penyediaan obat-obatan. Sasarannya adalah pasien poliklinik dan umum. Pendistribusian obat dilakukan ke bagian perawatan, pelayanan dan penunjang

secara medis.

- Terapi

Merupakan kegiatan-kegiatan fisik yang berguna untuk memulihkan kondisi pasien. Pelayanan ini berupa penggunaan otot-otot motorik pada tingkat sederhana baik pada pasien rawat jalan maupun rawat inap.

- Bedah

Terdiri dari bagian operasi atau pembedahan yang digunakan untuk menolong kelahiran secara operasi dan bagian persalinan normal.

- Perawatan

Perawatannya dibedakan antara perawatan normal dengan perawatan isolasi. Bagian ini dibedakan atas perawatan ibu dan bayi, masing-masing bagian perawatan mendapat pengawasan dari stasiun perawat. Beberapa macam perawatan antara lain :

- Perawatan umum

Perawatan kepada pasien yang bersifat umum, dalam arti tidak memiliki penyakit khusus yang harus dirujuk ke unit lain.

- Perawatan isolasi

Merawat pasien yang memiliki penyakit khusus, biasanya jenis penyakit menular. Memiliki ruangan yang serba tertutup guna menghindari penyebaran penyakit.

- ICU

Merawat pasien yang memerlukan perawatan dan pengawasan secara intensif karena kondisi tubuhnya tergolong kritis.

## 2. Kegiatan Non Medis

- Kegiatan Administratif

Meliputi kegiatan pendaftaran pasien, mendata keluhan dan penyakit pasien, serta laporan perkembangan pasien

- Kegiatan Perawatan Inap

Unit perawatan inap beserta seluruh pendukungnya

- Unit-unit pendukung pelayanan medis

Fungsi-fungsi yang terkait seperti : laboratorium, farmasi, radiologi, UGD, ICU, Instalasi bedah dan ruang bersalin.

- Kegiatan Pendukung Non Medis

Terdiri dari unit gizi, unit sterilisasi, kantor, dll.

- Kelompok kegiatan Komersial dan Sosial

Fungsinya sebagai salah satu pemasukan, meliputi : area parkir, kantin, wartel, dll.

- Service penunjang

Unit penunjang pada bagian servis antara lain dapur, pos keamanan, janitor, dll.



## **G. Standar Pelayanan Minimal**

Beberapa pengertian dari standar adalah sebagai berikut:

1. Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan (PP No. 25 Tahun 2000).
2. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai atau standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai (Kepmenkes No. 228 Tahun 2008).

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik, dan menyediakan kepuasan pelanggan, pelayanan juga dapat diartikan sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain (Hasyim, 2006).

Standar pelayanan adalah suatu tolak ukur yang dipergunakan untuk acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai komitmen atau janji dari pihak penyedia pelayanan kepada pelanggan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas (LAN, 2003).

Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah meliputi penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang, dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.

Manfaat yang dapat diperoleh dengan adanya standar pelayanan (LAN, 2003):

1. Memberikan jaminan kepada masyarakat bahwa mereka mendapat pelayanan dalam kualitas yang dapat dipertanggungjawabkan, memberikan fokus pelayanan kepada pelanggan/masyarakat, menjadi alat komunikasi antara pelanggan dengan penyedia pelayanan dalam upaya meningkatkan pelayanan, menjadi alat untuk mengukur kinerja pelayanan serta menjadi alat monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan.
2. Melakukan perbaikan kinerja pelayanan publik. Perbaikan kinerja pelayanan publik mutlak harus dilakukan, dikarenakan dalam kehidupan bernegara pelayanan publik menyangkut aspek kehidupan yang sangat luas. Hal ini disebabkan tugas dan fungsi utama pemerintah adalah memberikan dan memfasilitasi berbagai pelayanan publik yang diperlukan oleh masyarakat, mulai dari pelayanan dalam bentuk pengaturan ataupun pelayanan-pelayanan lain dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat dalam bidang pendidikan, kesehatan, sosial dan lainnya.
3. Meningkatkan mutu pelayanan. Adanya standar pelayanan dapat membantu unit-unit penyedia jasa pelayanan untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat pelanggannya. Dalam standar pelayanan ini dapat terlihat dengan jelas dasar hukum, persyaratan pelayanan, prosedur pelayanan,

waktu pelayanan, biaya serta proses pengaduan, sehingga petugas pelayanan memahami apa yang seharusnya mereka lakukan dalam memberikan pelayanan.

Peraturan Pemerintah No. 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal Bab 1 ayat 6 menyatakan standar pelayanan minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal. Ayat 7 menjelaskan indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 58 Tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

Standar pelayanan minimal adalah ketentuan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta

pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Tujuan standar pelayanan minimal di RSUD maupun RSKD adalah untuk melihat pelayanan yang diberikan oleh pemerintah kepada rakyat sehingga dapat diketahui apakah sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan atau masih sangat jauh dibawah standar.

#### **H. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat**

Instalasi Gawat Darurat adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin. Menurut Musliha (2010: 37), pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang ditujukan kepada pasien gawat darurat yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secara cepat dan tepat.

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*). Ada beberapa hal yang membuat situasi di IGD menjadi khas, diantaranya adalah pasien yang perlu penanganan cepat walaupun riwayat kesehatannya belum jelas. Sistem pelayanan yang diberikan menggunakan sistem triage, dimana

pelayanan diutamakan bagi pasien dalam keadaan darurat (*emergency*) bukan berdasarkan antrian.

Setiap penyelenggaraan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan adalah ukuran yang diberlakukan dalam penyelenggaraan pelayanan yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan. Menurut Bharata dalam Mulyadi (2016: 195) ada empat unsur penting dalam proses pelayanan publik, yaitu:

1. Penyedia layanan, yaitu pihak yang dapat memberikan suatu layanan tertentu kepada konsumen, baik berupa layanan dalam bentuk penyediaan dan penyerahan barang (*goods*) atau jasa-jasa (*services*).
2. Penerima layanan, yaitu mereka yang disebut sebagai konsumen (*customer*) atau kustomer yang menerima berbagai layanan dari penyedia layanan.
3. Jenis layanan, yaitu layanan yang dapat diberikan oleh penyedia layanan kepada pihak yang membutuhkan layanan.
4. Kepuasan pelanggan, dalam memberikan layanan penyedia layanan harus mengacu pada tujuan utama pelayanan, yaitu kepuasan pelanggan. Hal ini sangat penting dilakukan karena tingkat kepuasan yang diperoleh para pelanggan itu biasanya sangat berkaitan erat dengan standar kualitas barang dan atau jasa yang mereka nikmati.

## **I. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit**

Rumah sakit mempunyai hak-hak sebagaimana yang diatur dalam Pasal 30 UU Rumah Sakit antara lain, sebagai berikut :

- a. Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
- b. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka pengembangan pelayanan.
- c. Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- d. Menggugat pihak yang mengalami kerugian.
- e. Mendapatkan perlindungan hukum.
- f. Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di rumah sakit.

Kewajiban rumah sakit menurut Pasal 29 UU Rumah Sakit, disebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, nondiskriminasi dan efektif mengutamakan kepentingan pasien.
- c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- d. Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
- e. Menyelenggarakan rekam medis.

- f. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.

## J. Penelitian Terdahulu

Berikut beberapa hasil penelitian yang berkaitan dengan Implementasi Kebijakan dan berkaitan dengan Kesehatan yang pernah dilaksanakan diantaranya:

Tabel 1  
Penelitian Terdahulu

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Hasil penelitian
Niken Irmawati	Responsivitas Pemerintah Kota Surakarta dalam perlindungan anak menuju Solo Kota Layak Anak (KLA)	Penelitian ini bertujuan mengkaji bagaimana responsivitas Pemerintah Kota Surakarta terhadap perlindungan anak menuju Solo sebagai Kota Layak Anak (KLA) dan mengetahui kendala dan upaya yang dihadapi Pemerintah Kota Surakarta terhadap perlindungan anak menuju Solo sebagai Kota Layak Anak (KLA).	Hasil penelitian menunjukkan bahwa: a) Kemampuan mengenali kebutuhan anak masih terbatas, dimana Pemerintah Kota Surakarta belum memiliki data dasar tentang jumlah kasus maupun penanganan permasalahan anak secara lengkap dan <i>up to date</i> . b) Kemampuan pemerintah menyusun agenda dan prioritas pelayanan perlindungan anak sudah sesuai dengan kebutuhan anak, namun sesungguhnya kebutuhan-kebutuhan anak di Kota Surakarta tidak hanya mencakup kebutuhan perlindungan atas ESKA, gizi buruk, anak putus sekolah, dan partisipasi anak. c) Pemerintah masih banyak bertumpu pada lembaga-lembaga lain yang peduli terhadap perlindungan anak.

<p>Rochatun, Isti</p>	<p>Eksplorasi Anak Jalanan Sebagai Pengemis Di Kawasan Simpang Lima Semarang</p>	<p>Tujuan penelitian ini adalah  (1) Untuk mengetahui eksploitasi terhadap anak jalanan sebagai pengemis di kawasan Simpang Lima Semarang.  (2) Mengetahui bentuk eksploitasi terhadap anak jalanan di kawasan Simpang Lima Semarang.  (3) Mengetahui dampak eksploitasi anak terhadap anak jalanan dan masyarakat di kawasan Simpang Lima Semarang.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa (1) Ada tiga hal yang melatarbelakangi terjadinya eksploitasi terhadap anak jalanan di kawasan Simpang Lima Semarang yakni: Ekonomi keluarga yang rendah (kemiskinan), komunitas dan pengaruh lingkungan dan kekerasan kehidupan rumah tangga orang tua. (2) Bentuk eksploitasi anak jalanan di kawasan Simpang Lima Semarang adalah yang dilakukan oleh orang tua dan yang dilakukan oleh preman. (3) Dampak terjadinya eksploitasi terhadap anak dapat meliputi beberapa hal yakni: bidang ekonomi, kesehatan, psikologis dan pendidikan sedangkan dampak eksploitasi bagi masyarakat meliputi: membuat resah pengguna jalan, mengganggu ketertiban lalu lintas dan membuat resah masyarakat.</p>
<p>Widyoktor apika</p>	<p>Implementasi Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat di R.S. Dr. Sobirin Kab. Musi Rawas</p>	<p>Menganalisis bagaimana implementasi standar pelayanan IGD di R.S. Dr. Sobirin dan untuk menganalisis faktor-faktor apa yang mempengaruhi implementasi standar pelayanan IGD di R.S Dr. Sobirin Kab. Musi Rawas</p>	<p>Pelaksanaan Standar Pelayanan IGD di R.S. Dr. Sobirin Kab. Musi Rawas belum terlaksana dengan optimal. Hal tersebut tercermin dari tingkat kepatuhan dalam pemenuhan persyaratan SDM, pembenahan fisik bangunan dan ketersediaan fasilitas medis di Instalasi Gawat Darurat belum sesuai dengan standar. Dalam hal rutinitas fungsi yakni proses pelayanan di Instalasi Gawat Darurat belum dapat diimplementasikan dengan lancar hal ini dikarenakan IGD belum memiliki ruang khusus triase, ruang resusitasi dan ruang observasi untuk menampung pasien-pasien yang perlu pengawasan. Faktor penghambat terpenuhinya standar pelayanan IGD adalah faktor lokasi rumah sakit Dr. Sobirin yang notabene</p>



Josep Ginting	Implementasi Standar Operasional Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Pontianak Tahun 2012	Menganalisis bagaimana standar operasional kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Pontianak	tetapi berlokasi di Kota Lubuk Linggau.  Hasil penelitian menunjukkan implementasi standar dalam pelayanan kesehatan kepada pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Pontianak belum berjalan sebagaimana yang diharapkan.
R.Hendri Apriyanto, Tjahjono Kuntjoro, Lutfhan Lazuard	Implementasi Kebijakan Subsidi Pelayanan Kesehatan Dasar Terhadap Kualitas Pelayanan Puskesmas Di Kota Singkawang	Untuk mengetahui kualitas pelayanan puskesmas dengan kebijakan subsidi pelayanan kesehatan dasar dari sisi persepsi masyarakat, kontrol/supervisi dinas, manajemen, waktu pelayanan, kapasitas/jenis pelayanan dan perilaku petugas puskesmas.	Penelitian Puskesmas Singkawang Tengah, Timur dan Utara yang dinilai masyarakat, yaitu skor 3.33, secara umum ini berarti kualitas pelayanan puskesmas secara relatifnya baik. Namun Dimensi <i>reliability</i> , point 2 Pelayanan pemeriksaan dilakukan secara cepat, sesuai dengan prosedur memperlihatkan skor 2.92 dan point 5 Jadwal pelayanan yang tepat memperoleh skor 2.97, pada dimensi <i>responsiveness</i> Pasien tidak menunggu lama dalam mendapatkan pelayanan point 3 memperoleh skor 2.77 dan point 4 Waktu buka dan tutup puskesmas sesuai jadwal memperoleh skor 2.94. Hasil analisis kualitatif dinas kesehatan mengontrol/ <i>supervise</i> puskesmas melalui laporan utilisasi/kunjungan, manajemen dan waktu pelayanan puskesmas sering terabaikan, kapasitas/ jenis pelayanan puskesmas terkendala di reagensia,dan obatobatan. Perilaku petugas mengabaikan pelayanan dan waktu pelayanan dan adanya indikasikan penyimpangan laporan utilisasi/kunjungan pasien di puskesmas

Rahma Suryani	Implementasi Standar Pelayanan Kesehatan Masyarakat	Untuk mengetahui bagaimanakah implementasi Standar Operasional Prosedur Puskesmas Kuta Cot Glie menurut masyarakat dan mengetahui bagaimanakah Implementasi Standar Operasional Prosedur Puskesmas Kuta Cot Glie menurut Pegawai.	Secara umum menurut masyarakat Implementasi Standar Operasional Prosedur di Puskesmas Kuta Cot Glie dilaksanakan dengan kategori Cukup dengan presentase 73,42%, sedangkan menurut pegawai puskesmas, Implementasi Standar Operasional Prosedur sudah dilaksanakan sesuai dengan Standar yang ada dengan presentase nilai 100% termasuk dalam kategori Baik.
Ismed Rahmin Tanjung	Implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak di Era Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Nias Barat Tahun 2016	Untuk melihat proses implementasi program kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Nias Barat Tahun 2016.	Proses implementasi Program kesehatan ibu dan anak khususnya di Kabupaten Nias Barat masih belum berjalan dengan baik, ditemukan beberapa kendala yaitu sumber daya, koordinasi serta petunjuk pelaksanaan yang belum memadai.
Mochammad Abdul Riffai	Manajemen Kualitas Kesehatan di Rumah Sakit Slamet Riyadi Surakarta	Untuk mengetahui pengelolaan kualitas layanan kesehatan.	Manajemen dari ketiga indikator yang digunakan untuk mengelola kualitas pelayanan kesehatan mampu dimaksimalkan. Untuk strategi langsung tertuang dalam program kerja yang merupakan kegiatan terpadu dan terencana yang berusaha mengelola sumber daya organisasi sebagai suatu sistem yang sesuai dengan tujuan dan sasarannya. Penilaian terhadap sumber daya manusia yang dilakukan oleh masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah Sakit Slamet Riyadi dinilai baik walaupun ada keterbatasan dalam pelaksanaannya.

## **K. Kerangka Konseptual**

Negara adalah suatu badan atau organisasi tertinggi yang mempunyai wewenang untuk mengatur hal-hal yang berkaitan untuk kepentingan orang banyak serta mempunyai kewajiban-kewajiban untuk melindungi, mensejahterakan masyarakatnya dan sebagainya. Dapat dikatakan menjadi suatu negara bila terdapat wilayah, rakyat dan pemerintahan. Sebagaimana instansi politik lainnya, negara adalah asosiasi hubungan manusia yang menguasai manusia lain.

Untuk memahami tentang implementasi kebijakan maka kita tidak bisa terlepas dari pertanyaan tentang kebijakan apa yang diimplementasikan. Berhubung dalam penelitian ini membahas kebijakan dalam organisasi pemerintah khususnya bidang kesehatan, maka kebijakan yang dibahas adalah kebijakan pemerintah atau kebijakan publik.

Konsep kebijakan publik (*public policy*) menurut Suhaiman (1998: 24) adalah sebagai suatu proses yang mengandung berbagai pola aktivitas tertentu dan merupakan seperangkat keputusan yang bersangkutan dengan tindakan untuk mencapai tujuan dalam beberapa cara yang khusus. Dengan demikian, maka konsep kebijakan publik berhubungan dengan tujuan dengan pola aktivitas pemerintah mengenai sejumlah masalah serta mengandung tujuan.

Kebijakan tersebut akhirnya disebut juga dengan kebijakan pemerintah/negara seperti yang didefinisikan oleh Suradinata (1993: 190)

sebagai berikut: Kebijakan negara/pemerintah adalah kebijakan yang dikembangkan oleh badan-badan atau lembaga dan pejabat pemerintah. Kebijakan Negara dalam pelaksanaannya meliputi beberapa aspek, berpedoman pada ketentuan yang berlaku, berorientasi kepada kepentingan umum dan masa depan serta strategi pemecahan masalah yang terbaik.

Sebuah kebijakan hendaknya tersusun dengan baik sehingga mudah terarah. Kebijakan yang tersusun secara baik tentu memerlukan waktu untuk berkembang dan seyogyanya tetap mempertahankan hal-hal seperti yang diutarakan oleh Winardi (1990: 1200) sebagai berikut :

- a. Memungkinkan penafsiran terbuka dan penilaian.
- b. Bersifat konsisten dan tidak boleh ada dua kebijakan yang saling bertentangan dalam suatu organisasi.
- c. Harus sesuai dengan keadaan yang berkembang.
- d. Harus membantu pencapaian sasaran dan harus dibantu dengan fakta-fakta yang obyektif.
- e. Harus sesuai dengan kondisi-kondisi eksternal.

Dengan demikian disamping kebijakan tersebut perlu tersusun dengan baik, ada pula beberapa faktor yang dapat turut memperbaiki kualitas suatu kebijakan adalah seperti yang disampaikan oleh Tjokroamidjojo (1991: 116).

- a. Jangan didasarkan pada selera seketika (whims) tetapi harus melalui proses yang rasional berdasarkan akal sehat.

- b. Penyempurnaan informasi dan sistem informasi bagi analisa dan pembentukan kebijakan.
- c. Dikembangkan *unified approach* dalam perumusan kebijakan.
- d. Peka terhadap kebutuhan obyektif masyarakat.

Pada dasarnya rumusan kebijakan memang harus bersifat obyektif baik sebagai dasar analisisnya maupun kondisi kebutuhan masyarakat atau obyek yang akan terkena dampak kebijakan yang akan diambil serta dapat memudahkan penentu kebijakan untuk mengadakan revisi atau perbaikan, jika ternyata pelaksanaannya tidak sesuai dengan harapan obyektif tadi.

Dari beberapa proses kebijakan, implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting dari keseluruhan proses kebijakan. Implementasi kebijakan itu sendiri mengandung beberapa makna, sebagaimana yang dirumuskan dalam kamus Webster (dalam Wahab,1997: 64) bahwa: "*to Implement* (mengimplementasikan) berarti "*to provide the means for carrying but*": (menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu). Kalau pandangan ini kita ikuti, maka implementasi daripada kebijakan dapat dipandang sebagai suatu proses untuk melaksanakan keputusan kebijaksanaan (biasanya dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan peradilan, perintah eksekutif, atau Dekrit Presiden).

Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1986: 4) memberikan penjelasan mengenai makna implementasi yaitu memahami apa yang

senyatanya terjadi sesudah suatu program berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijaksanaan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.

Implementasi kebijakan merupakan suatu upaya untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu dengan arena-sarana tertentu dan dalam urutan waktu tertentu, J.A.M. Maarse (dalam Sunggono, 1994: 137) dengan demikian yang diperlukan dalam implementasi tersebut adalah suatu tindakan yang sah atau implementasi suatu rencana peruntukan. Dengan demikian pelaksanaan kebijakan dapat melibatkan penjabaran lebih lanjut dari tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tersebut oleh pejabat atau instansi pelaksana (Hamdi, 1999: 5). Implementasi kebijakan publik pada umumnya diserahkan kepada lembaga-lembaga pemerintahan dalam berbagai jenjangnya hingga jenjang pemerintahan yang terendah. Dari pemerintah pusat sampai pemerintah daerah.

Oleh karena itu secara umum, terdapat beberapa keadaan yang perlu dipertimbangkan dalam mengupayakan keberhasilan implementasi kebijakan. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Pressman dan Wildavsky (dalam Hamdi, 1999: 55) sebagai berikut:

- a. Implementasi perlu didasarkan pada suatu teori yang tepat dalam menghubungkan perubahan dalam perilaku target dengan pencapaian tujuan kebijakan.
- b. Adanya penjelasan arah dan structural kebijakan
- c. Adanya keterampilan teknis dan manajerial yang memadai di unit-unit kerja yang melaksanakan kebijakan.
- d. Adanya dukungan-dukungan yang tepat dari partisipasi terkait.
- e. Hubungan dan konflik antara berbagai partisipan jangan sampai mengurangi atau meniadakan pentingnya arti kebijakan yang dilaksanakan.

Dari beberapa pengertian diatas menunjukkan bahwa dalam implementasi suatu kebijakan publik harus memperhatikan faktor-faktor dari dalam (intern) organisasi pemerintah dan faktor dari luar (ekstern). Disamping memperhatikan faktor intern dan ekstern organisasi maka ada beberapa model yang dikembangkan oleh Rippley dan Franklin (1986: 89) yang antara lain menyatakan bahwa keberhasilan dari implementasi kebijakan atau suatu program itu adalah ditujukan dari tiga faktor seperti :

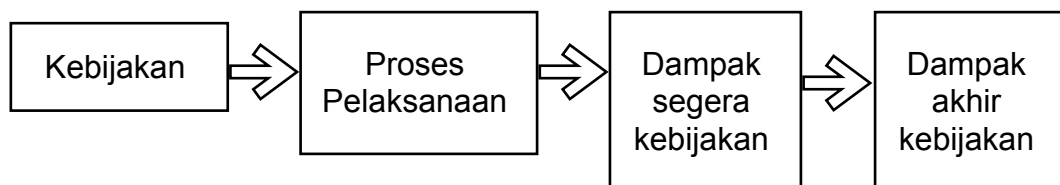
- a. Perspektif kepatuhan (*compliance*) yang mengukur implementasi dari kepatuhan *street level bereaucrats* terhadap atasan mereka.
- b. Keberhasilan implementasi diukur dari kelancaran rutinitas dan tiadanya persoalan

- c. Implementasi yang berhasil mengarah kepada kinerja yang memuaskan semua pihak terutama kelompok penerima manfaat yang diharapkan.

Dengan demikian apabila suatu kebijakan publik memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan dengan memperhatikan prosedur-prosedur yang ada, maka diharapkan akan menghasilkan kebijakan yang tepat pada sasaran yang diinginkan.

Proses implementasi kebijakan publik baru dapat dimulai apabila tujuan-tujuan kebijakan publik telah ditetapkan, program-program telah dibuat, dan dana telah dialokasikan untuk pencapaian tujuan kebijakan tersebut. Suatu proses implementasi dapat digambarkan secara sistematis seperti berikut ini:

Gambar 1  
Proses implementasi kebijakan publik



Sumber : Bambang Sunggono (1994:139)

Dari skema tersebut terlihat bahwa proses implementasi dimulai dengan suatu kebijakan yang harus dilaksanakan. Hasil proses implementasi terdiri dari hasil kebijakan yang segera atau disebut sebagai "*policy performance*". Secara konkrit antara lain dapat kita lihat jumlah dan isi barang dan jasa yang dihasilkan pemerintah dalam jangka waktu



tertentu untuk menaikkan taraf kesejahteraan warga masyarakat, misalnya perubahan dalam taraf kesejahteraan warga masyarakat dapat dianggap sebagai hasil akhir kebijakan yang disebut juga sebagai "*policy outcome*" atau "*policy impact*". Dengan sendirinya di dalam hasil akhir kebijakan termasuk juga hasilhasil sampingan disamping "*policy performance*" yang diperoleh.

Pendekatan yang digunakan dalam menganalisis implementasi kebijakan tentang implementasi kebijakan standar pelayanan kesehatan ini adalah teori yang dikemukakan oleh George C. Edwards III. Dimana implementasi dapat dimulai dari kondisi abstrak dan sebuah pertanyaan tentang apakah syarat agar implementasi kebijakan dapat berhasil, penulis mengambil tiga variabel yang menjadi bahan penelitian tesis ini yaitu Sumber Daya (*resources*), Anggaran (*budgeting*), dan Struktur Birokrasi (*bureucratic structure*). Ketiga faktor di atas harus dilaksanakan secara simultan karena antara satu dengan yang lainnya memiliki hubungan yang erat. Tujuan kita adalah meningkatkan pemahaman tentang implementasi kebijakan.

Pemerintah dalam hal ini adalah yang membuat dan melaksanakan peraturan daerah merupakan poin penting dalam penyelenggaraan pemerintahan. Pelayanan dan pengaturan berkenaan dengan nilai dasar yang dijelaskan pada konsep tentang masyarakat yaitu mengenai hak dan kewajiban masyarakat. Yang pertama mengenai tugas pengaturan, jika yang bertugas mengatur adalah pemerintah maka

yang diatur adalah yang diperintah dalam hal ini masyarakat. Berarti pemerintah memiliki hak untuk mengatur dan masyarakat memiliki kewajiban untuk diatur. Hal ini terkait dengan konsep implementasi kebijakan.

Pada Peraturan Presiden No.82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, menjelaskan pengertian jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan serta untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan program jaminan kesehatan.

Berdasarkan kebijakan kementerian kesehatan mengenai standar pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 yang telah disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakit di Indonesia diantaranya mengatur tentang:

- a. Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit adalah:
  - Setiap rumah sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan: melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilitasi (*life saving*).
  - Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.
  - Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).

- Rumah sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
  - Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
  - Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
  - Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.
- b. Klasifikasi Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai Standar Minimal untuk Rumah Sakit Kelas C
  - c. Jenis Pelayanan
  - d. Sumber Daya Manusia
  - e. Ketentuan Umum Fisik Bangunan
  - f. Ketentuan Umum Sarana
  - g. Ketentuan Umum Fasilitas / Prasarana Medis dan obat-obatan sesuai dengan tipe/kelas IGD.

Dari penjabaran tersebut maka regulasi Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 136 tahun 2018 tentang pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis integrasi ke program jaminan kesehatan nasional, tujuan utama penyelenggaraan pemerintah adalah menciptakan kesejahteraan serta jaminan kesehatan kepada masyarakat Sulawesi Selatan.

Berdasarkan penjelasan tersebut maka kerangka konseptual dari penelitian ini adalah:

Gambar 2  
Kerangka Konseptual

