

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Setiap orang dalam hidupnya memiliki sejumlah kebutuhan baik kebutuhan yang bersifat primer, sekunder maupun tersier. Kebutuhan manusia yang bersifat primer antara lain adalah kebutuhan di bidang kesehatan. Semua orang tanpa terkecuali tentulah menempatkan kesehatan sebagai kebutuhan yang diprioritaskan karena dengan kondisi tubuh yang sehat pulalah maka manusia dapat melakukan aktifitas-aktifitas lainnya. Karena begitu pentingnya masalah kesehatan ini maka sewajarnya setiap warga negara perlu mendapatkan jaminan dari negara bahwa kesehatan merupakan hak dasar mereka. Untuk kepentingan inilah maka negara juga menjadi salah satu bagian yang sangat penting dalam menentukan arah kebijakan negara di bidang kesehatan. Begitu pentingnya arti kesehatan bagi setiap orang, maka sangatlah wajar apabila setiap warga negara berhak memperoleh kesetaraan akses di bidang kesehatan, terutama bagi mereka yang tidak beruntung. Ketika pelayanan kesehatan yang diberikan oleh sektor swasta tidak terjangkau oleh masyarakat, maka kewajiban negara hadir untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang secara ekonomi memiliki keterbatasan. Kita menyadari bahwa bagi masyarakat miskin pengobatan seringkali menjadi kendala terbesar. Jangankan untuk membiayai pengobatan, untuk pemenuhan kebutuhan makan sehari-hari saja bukan persoalan yang mudah bagi mereka. Itulah sebabnya

kenapa muncul idiom sindiran seperti “orang miskin dilarang sakit”, yang maknanya adalah bahwa sakit akan menjadi beban berat bagi mereka.

Oleh karena itu masalah jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sudah lama menjadi perhatian pemerintah baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Terlebih dengan desentralisasi dan otonomi daerah maka pelayanan publik di berbagai bidang termasuk di bidang kesehatan diharapkan menjadi semakin efisien dan efektif. Desentralisasi dan otonomi daerah dalam perspektif organisasi dan manajemen dipandang sebagai cara untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelaksanaan tugas sebagaimana diungkapkan oleh Baswir (1998:26) bahwa ada empat tujuan peningkatan otonomi daerah antara lain :

1. Meningkatkan pertumbuhan ekonomi masing-masing daerah, termasuk kesesuaian pertumbuhan ekonomi dengan kebutuhan, kondisi, dan kemampuan masing-masing daerah;
2. Meningkatkan jumlah dan mutu pelayanan masyarakat di masing-masing daerah;
3. Meningkatkan kondisi sosial dan budaya masyarakat di masing-masing daerah;
4. Meningkatkan demokrasi kehidupan berbangsa dan bernegara.

Sementara Mardiasmo (2002:3) menyatakan adanya tiga misi utama yang harus dipahami dari penyelenggaraan otonomi daerah yaitu :

1. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan publik dan kesejahteraan masyarakat;
2. Menciptakan efisiensi dan efektifitas pengelolaan sumber daya daerah;

3. Memberdayakan dan menciptakan ruang bagi masyarakat untuk berprestasi dalam proses pembangunan.

Dari kedua pendapat tersebut memiliki kesamaan bahwa peningkatan kualitas pelayanan publik menjadi aspek yang sangat penting dari penyelenggaraan otonomi daerah. Pelayanan publik pada kenyataannya menjadi tugas penting bagi pemerintah di berbagai tingkatan, dan pelayanan kesehatan menjadi pelayanan primer yang menjadi prioritas pemerintah dibelahan manapun. Dalam konteks otonomi daerah di Indonesia, bidang kesehatan juga menjadi urusan wajib baik bagi Pemerintah kabupaten maupu Pemerintah Kota. Mardiasmo juga menyatakan bahwa sebagai implikasi dari desntralisasi di bidang kesehatan, maka ada sejumlah faktor yang akan menentukan keadilan, efisiensi dan kualitas kesehatan antara lain :

1. Sumber daya keuangan sektor publik
2. Pola alokasi sumber daya secara keseluruhan
3. Distribusi sumber daya manusia
4. Pemanfaatan pelayanan
5. Jangkauan dan ketersediaan pelayanan
6. Perubahan dalam sistem pendukung
7. Ketersediaan obat-obat dasar.

Desentralisasi bidang kesehatan memang telah menjadi strategi pilihan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sebagaimana tertuang dalam lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/MENKES/SK/2003 yang menyatakan bahwa tujuan desentralisasi di bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat

dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional di bidang kesehatan, yang mencakup delapan kebijakan desentralisasi kesehatan antara lain:

1. Desentralisasi di bidang kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan, serta potensi dan keanekaragaman daerah.
2. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi luas, nyata dan bertanggungjawab.
3. Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh di letakan di Kabupatendan Kota, sedangkan desentralisasi di tingkat Propinsi bersifat terbatas.
4. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan harus sesuai dengan konstitusi negara sehingga tetap terjamin hubungan yang serasi antara pusat dan daerah serta antar daerah.
5. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan kemampuan daerah otonom. Pemerintah pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah dengan meningkatkan kemampuan daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen daerah.
6. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan peran dan fungsi badan legislatif daerah, baik dalam hal fungsi legislasi, fungsi anggaran, maupun fungsi pengawasan.

7. Sebagai pelengkap desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan pula dekonsentrasi bidang kesehatan, yang diletakan di propinsi sebagai wilayah administrasi.
8. Untuk mendukung desentralisasi bidang kesehatan dimungkinkan pula dilaksanakan tugas pembantuan di bidang kesehatan, khususnya dalam penanggulangan kejadian luar biasa, bencana dan masalah-masalah kegawatdaruratan kesehatan lainnya.

Munculnya kebijakan desentralisasi kesehatan ini dapat dimaknai adanya kesungguhan pemerintah untuk menempatkan pembangunan kesehatan sebagai kebijakan prioritas. Pembangunan kesehatan sesungguhnya merupakan investasi sumber daya manusia yang sangat menentukan kualitas manusia Indonesia di masa depan. Masalah kesehatan juga merupakan kebutuhan dasar manusia yang bersifat universal, bahkan sekarang dipandang sebagai bagian dari Hak Asasi Manusia. Namun dalam realitasnya di Indonesia masih berkembang pandangan yang keliru yang memandang pembangunan kesehatan lebih menekankan pada aspek teknis yang lebih mengedepankan keterlibatan dokter, perawat dan paramedis lainnya daripada menempatkan secara proporsional aspek derajat kesehatan sebagai bagian dari kebutuhan dasar semua orang. Oleh karenanya pembangunan kesehatan di Indonesia sudah selayaknya mengembangkan paradigma baru yang menempatkan kesehatan sebagai kebutuhan semua orang (*health for all*) yang dapat memaksa pemerintah untuk menyediakan pelayanan yang dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, termasuk kalangan kelas bawah yang miskin (*pro poor*). Salah satu

cara memberikan akses kepada masyarakat yang kurang mampu adalah dengan cara memberikan mekanisme pembiayaan yang ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah.

Indonesia sendiri dalam konteks capaian kebijakan kesehatan termasuk kelompok negara pertama yang dipandang berhasil melaksanakan kebijakan kesehatan Global, dimana sesuai dengan Deklarasi Alma Alta “*Health for All*” tahun 1979 telah mampu melaksanakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pendekatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*). Melalui kebijakan desentralisasi kesehatan diharapkan membuka ruang kepada daerah untuk juga semakin berkontribusi dalam upaya peningkatan derajat kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan kepentingan daerah. Karena layanan kesehatan masuk kategori layanan yang membutuhkan proses yang cepat, maka pemerintah daerah juga dituntut mengembangkan pelayanan prima di bidang kesehatan. Pelayanan prima ini diharapkan akan semakin meningkatkan kepuasan masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan. Sayangnya selama ini masih terdapat stigma negatif terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh institusi pelayanan pemerintah baik oleh institusi pelayanan kesehatan primer (Puskesmas, Pustu) maupun oleh insitusi pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (RSUD maupun RSUP). Terlebih apabila pengguna layanan berasal dari kelompok masyarakat yang kurang mampu yang pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah. Sudah cukup lama pemerintah telah meluncurkan berbagai program intervensi di bidang kesehatan untuk kalangan kurang mampu seperti Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin atau yang lebih populer dengan ASKESKIN pada tahun 2005. Program tersebut kemudian pada tahun 2008 berubah nama menjadi JAMKESMAS. Keduanya

memiliki tujuan yang sama yaitu melaksanakan jaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin atau tidak mampu dengan beberapa prinsip penyelenggaraan yaitu:

1. Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan asas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.
2. Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial.
3. Pelayanan kesehatan dengan prinsip managed care dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang
4. Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba.
5. Menjamin adanya protabilitas dan equitas dalam pelayanan kepada peserta.
6. Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.

Sejak tahun Januari 2014 program pelayanan asuransi kesehatan yang diberikan oleh pemerintah dilaksanakan oleh BPJS sesuai dengan Undang-Undang No 24 tahun 2011. Selain adanya program jaminan kesehatan nasional, maka pemerintah daerah juga memiliki program jaminan kesehatan daerah yang dikelola secara mandiri oleh daerah sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing, seperti DKI Jakarta dengan Kartu Jakarta Sehat (KJS). Pemerintah Kota Semarang juga memiliki program serupa terkait asuransi kesehatan yang dibiayai oleh pemerintah kota Semarang. Kota Semarang dalam rangka mewujudkan Kota Tangguh dimana kesehatan adalah salah satu faktor pendukungnya memiliki program yang disebut *Universal Health Coverage* (UHC). Berbeda dengan program Jamkesda sebelumnya yang secara spesifik diperuntukan bagi kalangan kurang

mampu, maka program UHC ditujukan untuk semua kalangan baik kalangan kurang mampu ataupun kalangan mampu, yang telah berstatus sebagai warga Kota Semarang. Program UHC sendiri merupakan kerjasama yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Semarang dengan BPJS Kesehatan Kota Semarang. Masyarakat kota Semarang yang belum memiliki BPJS maupun yang telah memiliki BPJS mandiri namun dalam membayar iur terhenti karena tidak mampu nantinya akan dijamin kesehatannya oleh Pemerintah Kota melalui anggaran yang berasal dari APBD. Dengan adanya UHC masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan secara gratis, dimana seluruh pembiayaan ditanggung oleh Pemerintah Kota Semarang dengan persyaratan mau ditempatkan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kelas III . Pasien penerima program UHC dapat berobat ke rumah sakit yang ada di Kota Semarang, akan tetapi RSUD Wongsonegoro sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kota Semarang menjadi rumah sakit pertama yang direkomendasikan untuk dapat menerima pasien penerima program UHC. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk menganalisis bagaimana kualitas pelayanan program UHC yang ada di RSUD Wongsonegoro tersebut.

1.2. Identifikasi dan Rumusan Masalah

1.2.1. Identifikasi Masalah:

Bahwa kemampuan Rumah Sakit Umum yang dimiliki oleh Pemerintah Daerah dalam memenuhi kebutuhan dan harapan pasien menjadi representasi kualitas pelayanan publik. Dalam kenyataannya sampai saat ini tingkat keluhan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit masih banyak ditemukan, terlebih

untuk pasien yang memanfaatkan Jaminan Kesehatan dari pemerintah. Kualitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit sangatlah penting untuk dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan rumah sakit secara optimal, termasuk pasien yang memanfaatkan jaminan sosial kesehatan dari pemerintah seperti *Universal Health Coverage*.

1.2.2. Rumusan Masalah

1.2.2.1. Bagaimanakah penilaian pasien pengguna program *Universal Health Coverage* terhadap kinerja pelayanan RSUD Wongsonegoro Kota Semarang?

1.2.2.2. Bagaimana harapan pasien pengguna program *Universal Health Coverage* terhadap kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Wongsonegoro Kota Semarang?

1.2.2.3. Bagaimana tingkat kesesuaian antara kinerja dan kepentingan pasien pengguna program *Universal Health Coverage* dengan pelayanan yang secara nyata diterima?

1.2.2.4. Hal-hal apa saja yang dikeluhkan pasien pengguna program *Universal Health Coverage* yang perlu ditingkatkan kualitasnya?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Untuk mengetahui penilaian pasien pengguna program *Universal Health Coverage* terhadap kinerja pelayanan pada RSUD Wongsonegoro Kota Semarang.

- 1.3.2. Untuk mengetahui tingkat kepentingan atau harapan pasien pengguna program *Universal Health Coverage* terhadap kualitas pelayanan pada RSUD Wongsonegoro Kota Semarang.
- 1.3.3. Untuk mengetahui tingkat kesesuaian antara kinerja dan kepentingan pasien terhadap pelayanan pengguna program *Universal Health Coverage* dengan pelayanan yang secara nyata diterima.
- 1.3.4. Untuk mengetahui hal-hal yang menjadi keluhan pasien pengguna program *Universal Health Coverage* yang perlu ditingkatkan kualitasnya.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

- 1.4.1.1. Memberikan kontribusi dalam memperluas kajian tentang peran organisasi publik dalam tugas pelayanan.
- 1.4.1.2. Memberikan kontribusi dalam memperkaya kajian administrasi publik khususnya terkait dengan pelayanan kesehatan

1.4.2. Manfaat Praktis

- 1.4.2.1. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan, khususnya dalam memperbaiki kinerja pelayanan pada RSUD Wongsonegoro Kota Semarang.
- 1.4.2.2. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi tolok ukur kualitas pelayanan atau kinerja pelayanan RSUD Wongsonegoro Kota Semarang.

1.5. Kerangka Teori

1.5.1. Penelitian Terdahulu

1. Berdasarkan jurnal penelitian yang berjudul "Analisis Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Madiun" menurut Andy Widyatmoko dijelaskan bahwa penelitian yang digunakan adalah deskriptif dianalisis secara kuantitatif. Survey penelitian dilakukan dengan menggunakan kuesioner, wawancara, dan observasi. Terdapat 6 indikator-indikator pelayanan yang digunakan untuk menilai kualitas pelayanan dalam penelitian, yaitu Daya Tanggap (*Responsiveness*), Keandalan (*Reliabilitas*), Keterampilan dan kemampuan (*Competence*), Akses (*Access*), Kesopanan dan Keramahan (*Courtesy*), Penampilan (*Appereance Presentation*). Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan beberapa hal mengenai analisis kualitas pelayanan program jaminan kesehatan BPJS kesehatan pada RSUD Kota Madiun, yaitu:

Indikator pelayanan kebersihan, kerapian dan kenyamanan ruang rawat inap kelas III dinilai kurang baik oleh mayoritas pasien dengan nilai rata-rata yang hanya 1,76, padahal ekspektasi dari pasien cukup tinggi bila dilihat dari tingkat kepentingan pasien terhadap indikator ini yang cukup tinggi dengan nilai rata-rata 3,59. Indikator pelayanan ini perlu mendapat perhatian lebih dari pihak RSUD Kota Madiun untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Indikator pelayanan kelengkapan, kesiapan dan kebersihan alat-alat yang dipakai memiliki penilaian yang kurang baik dari mayoritas pasien dengan

nilai rata-rata 2,00 namun ekspektasi dari pasien cukup tinggi pada indikator ini karena dianggap penting oleh mayoritas pasien dengan nilai rata-rata 3,40. Adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan yang didapat bagi pasien perlu dijadikan acuan untuk memperbaiki kinerja pada indikator pelayanan ini.

2. Berdasarkan jurnal penelitian yang berjudul "Analisis Kualitas Pelayanan Kesehatan Publik di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan" menurut Marlindawaty dijelaskan bahwa penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif deskriptif. Metode pengumpulan data dilakukan melalui 2 tahap yaitu, melalui dokumentasi dengan mengumpulkan data-data yang mendukung, literatur-literatur dari hasil penelitian yang pernah dilakukan dan mengumpulkan data primer menggunakan kuesioner. Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik non-probability sampling (sampling jenuh), sampel yang digunakan dalam penelitian sebanyak 50 responden. Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan beberapa hal mengenai analisis kualitas pelayanan kesehatan publik di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan, yaitu:
 - a. Hasil penelitian membuktikan bahwa kualitas pelayanan publik (*tangibels, reliability, responsiveness, competence, security dan assurance*) secara simultan berpengaruh signifikan terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan.

- b. Hasil penelitian membuktikan bahwa *tangibels* tidak berpengaruh terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan.
 - c. Hasil penelitian membuktikan bahwa *reliability* berpengaruh signifikan terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan.
 - d. Hasil penelitian membuktikan bahwa *responsiveness* tidak berpengaruh terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan.
 - e. Hasil penelitian membuktikan bahwa *competence* tidak berpengaruh terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan.
 - f. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa *security* tidak berpengaruh terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan.
 - g. Hasil penelitian membuktikan bahwa *assurance* tidak berpengaruh terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Bersalin (RSKB) Sayang Ibu Balikpapan.
3. Berdasarkan jurnal penelitian yang berjudul "Kualitas Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang" menurut Retma Balqis Bestari dijelaskan bahwa penelitian menggunakan metode deskriptif-kuantitatif. Sampel yang digunakan dalam penelitian sebanyak 60 responden. Berdasarkan penelitian ini dapat

disimpulkan beberapa hal mengenai kualitas pelayanan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang, yaitu: Secara keseluruhan kualitas pelayanan program jaminan kesehatan nasional (JKN) di RSUD Kabupaten Magelang dipersepsikan oleh masyarakat penggunanya berada pada kategori “Sangat Puas” dengan perolehan nilai *satisfaction* 83,80% dalam interval 81-100 %. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien program jaminan kesehatan nasional (JKN) sangat puas dengan kualitas pelayanan RSUD Muntilan berdasarkan perhitungan *Customer Satisfaction Index* yang digunakan dalam penelitian.

Dalam peningkatan kualitas pelayanan diprioritaskan pada unsur-unsur yang mempunyai nilai rendah sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap dipertahankan. Berdasarkan tingkat kesesuaian antara penilaian kinerja dan harapan dari 18 atribut kualitas pelayanan yang diperoleh dari survey terhadap 60 responden, atribut yang memiliki tingkat kesesuaian 3 paling rendah adalah :

- a. Prosedur Pelayanan yang tidak berbelit-belit (83,79 %)
- b. Tindakan cepat pada saat pasien membutuhkan (84,43 %)
- c. Kemampuan dokter dan perawat untuk cepat tanggap menyelesaikan keluhan pasien (86,07 %)

1.5.2. Administrasi Publik

Chandler dan Plano dalam Keban (2004:3), mengatakan bahwa administrasi publik adalah proses dimana sumber daya dan personel publik

diorganisir dan dikoordinasikan untuk memformulasikan, mengimplementasikan, dan mengelola (*manage*) keputusan-keputusan dalam kebijakan publik. Chandler dan Plano menjelaskan bahwa Administrasi Publik merupakan seni dan ilmu (*art and science*) yang ditujukan untuk mengatur "*public affairs*" dan melaksanakan berbagai tugas yang ditentukan.

Administrasi publik sebagai disiplin ilmu bertujuan untuk memecahkan masalah publik melalui perbaikan-perbaikan terutama dibidang organisasi, sumber daya manusia dan keuangan. Marshall E. Dimock, Gladys O. Dimock dan Louis W. Koenig (1960), mengatakan bahwa administrasi publik adalah kegiatan pemerintah didalam melaksanakan kekuasaan politiknya, Jhon M. Pfiffner dan Robert V. Presthus (1960:4), mendefinisikan administrasi publik adalah (1) meliputi implementasi kebijakan pemerintah yang telah ditetapkan oleh badan-badan perwakilan politik, (2) koordinasi usaha-usaha perorangan dan kelompok untuk melaksanakan kebijakan pemerintah. Hal ini meliputi pekerjaan sehari-hari pemerintah. (3) suatu proses yang bersangkutan dengan pelaksanaan kebijakan-kebijakan pemerintah, peengarahan kecakapan dan teknik-teknik yang tidak terhingga jumlahnya memberikan arah dan maksud terhadap usaha sejumlah orang.

Dwight Waldo (1971) dalam Pasolong (2011:8), mendefinisikan administrasi publik adalah manajemen dan organisasi dari manusia-manusia dan peralatannya guna mencapai tujuan pemerintah. Menurut Nicholas Henry dalam Pasolong (2011:8), administrasi publik adalah suatu kombinasi yang kompleks antara teori dan praktik, dengan tujuan mempromosi pemahaman terhadap

pemerintah dalam hubungannya dengan masyarakat yang diperintah, dan juga mendorong kebijakan publik agar lebih responsif terhadap kebutuhan sosial. David H. Rosenbloom (2005), menunjukkan bahwa administrasi publik merupakan pemanfaatan teori-teori dan proses-proses manajemen, politik dan hukum untuk memenuhi keinginan pemerintah dibidang legislatif, eksekutif, dalam rangka fungsi-fungsi pengaturan dan pelayanan terhadap masyarakat secara keseluruhan atau sebagian.

Berdasarkan beberapa definisi administrasi publik dari para ahli tersebut, dapat dipahami bahwa administrasi publik adalah kerjasama yang dilakukan oleh sekelompok orang atau lembaga dalam melaksanakan tugas-tugas pemerintahan dalam memenuhi kebutuhan publik secara efisien dan efektif.

Terdapat definisi lain yang dikemukakan oleh Nicholas Henry dalam Pasolong (2011: 28) mengemukakan lima paradigma administrasi publik yaitu:

1) Paradigma Dikotomi Antara Politik dan Administrasi (1900-1926)

Fokus dari ilmu administrasi negara terbatas pada masalah-masalah organisasi, kepegawaian dan penyusunan anggaran dalam birokrasi dan pemerintahan. Sedangkan masalah-masalah pemerintahan, politik dan kebijaksanaan merupakan substansi ilmu politik. Lokus paradigma ini adalah mempermasalahkan di mana seharusnya administrasi negara ini berada. Pada masa ini, dibedakan dengan jelas antara administrasi dan politik negara.

2) Paradigma Prinsip - Prinsip Administrasi Negara (1927-1937)

Lokus dari administrasi negara tidak merupakan masalah dalam paradigma ini, yang dipentingkan fokusnya yaitu: “prinsip-prinsip administrasi” dipandang dapat berlaku universal pada setiap bentuk organisasi dan setiap lingkungan sosial budaya.

3) Paradigma Administrasi Negara Sebagai Ilmu Politik (1950-1970)

Secara singkat dijelaskan bahwa fase paradigma ini merupakan suatu usaha untuk menetapkan kembali hubungan konseptual antara administrasi negara dan ilmu politik. Konsekuensi dari usaha ini adalah keharusan untuk merumuskan bidang ini paling sedikit dalam hubungan dengan fokus keahlian esensial.

4) Paradigma Administrasi Negara Sebagai Ilmu Administrasi (1954-1970)

Administrasi negara telah berkembang sebagai ilmu administrasi. Perkembangan ini diawali dengan ketidaksenangan bahwa ilmu administrasi dianggap sebagai ilmu kelas dua setelah ilmu politik. Sebagai suatu paradigma, pada fase ini ilmu administrasi hanya memberikan fokus, tetapi tidak pada lokusnya

5) Paradigma Administrasi Negara Sebagai Ilmu Administrasi Negara

Masa ini terjadi setelah tahun 1970. Pada masa ini, administrasi negara telah berkembang menjadi ilmu administrasi negara, yaitu merambah ke teori organisasi, ilmu kebijakan (*policy science*), dan ekonomi politik.

1.5.3. Manajemen Publik

Pada dasarnya manajemen publik yaitu manajemen instansi pemerintah. Overman dalam Pasolong (2011:83), mengemukakan bahwa manajemen publik bukanlah “*scientific management*”, meskipun sangat dipengaruhi oleh manajemen bukanlah “*policy analysis*”, bukanlah juga administrasi publik, merefleksikan tekanan-teknan orientasi “*rational-instrumental*” pada satu pihak,

dan orientasi politik kebijakan dipihak lain. Manajemen publik adalah suatu studi indisipliner dari aspek-aspek umum organisasi, dan merupakan gabungan antara fungsi manajemen seperti *planning*, *organizing*, dan *controlling* satu sisi, dengan SDM, keuangan, fisik, informasi dan politik disisi lain. Berdasarkan pendapat Overman tersebut, OTT, Hyde, dan Shafritz (1991:xi) dalam Pasolong (2011:83), mengemukakan bahwa manajemen publik dan kebijakan publik merupakan dua bidang administrasi publik yang tumpang tindih. Tapi untuk membedakan keduanya secara jelas maka dapat dikemukakan bahwa kebijakan publik merefleksikan sistem otak dan syaraf, sementara manajemen publik merepresentasikan sistem jantung dan sirkulasi dalam tubuh manusia. Dengan kata manajemen publik merupakan proses menggerakkan SDM dan non SDM sesuai perintah kebijakan publik.

J. Steven Ott, Albert C. Hyde dan Jay M. Shafritz (1991) dalam Pasolong (2011:83), berpendapat bahwa dalam tahun 1990an, manajemen publik mengalami masa transisi dengan beberapa isu penting yang akan sangat menantang, yaitu:

- 1) Privatisasi sebagai suatu alternatif bagi pemerintah dalam memberikan pelayanan publik.
- 2) Rasionalitas dan akuntabilitas.
- 3) Perencanaan dan kontrol.
- 4) Keuangan dan penganggaran.
- 5) Produktivitas dan SDM.

Pengembangan manajemen publik dimasa mendatang, menurut “*The National Commission on Public Service*” di Amerika Serikat lihat Ott, Hyde, dan Shafritz (1991:428-419) dalam Pasolong (2011:84), perlu memperhatikan beberapa hal, yaitu:

- 1) Perlu mengidentifikasi secara jelas peran dari pelayanan publik dalam proses yang demokratis, sekaligus standar etika dan kinerja yang tinggi dari para pejabat kunci.
- 2) Perlu fleksibilitas dalam menata organisasi, termasuk kebebasan memperkerjakan dan memecat pegawai yang harus diberikan kepada para petinggi kabinet dan pemimpin instansi.
- 3) Pengangkatan atau penunjukan pejabat oleh presiden harus dikurangi, dan lebih memberikan ruang pengembangan karier profesional.
- 4) Pemerintah harus melakukan investasi lebih besar dibanding pendidikan dan pelatihan eksekutif dan manajemen.

Perkembangan manajemen publik paling tidak dipengaruhi oleh beberapa pandangan yaitu manajemen normatif, manajemen deskriptif, manajemen stratejik dan manajemen publik. Paradigma Manajemen Publik menurut Pasolong (2011: 84-98):

1. Manajemen Normatif

Pendekatan manajemen normatif melihat manajemen sebagai suatu proses penyelesaian tugas atau pencapaian tujuan. Manajemen normatif sejak pembentukannya lebih bersifat “*profit oriented*” atau “*business-oriented*”

dan karena itu dianggap tidak cocok dengan ideology administrasi publik yang lebih berorientasi kepada public service.

2. Manajemen Deskriptif

Menurut Mintzberg (1973) pendekatan manajemen deskriptif memberikan fungsi-fungsi yang senyatanya dilakukan oleh seorang manajer di tempat kerjanya. Menurutnya, fungsi-fungsi manajemen yang benar-benar dijalankan terdiri atas kegiatan personal, yaitu kegiatan yang dilakukan manajer untuk mengatur waktunya sendiri, jenis kegiatan yang kedua adalah kegiatan interaktif, kegiatan ketiga adalah administratif dan jenis kegiatan keempat adalah kegiatan teknis.

3. Manajemen Strategik

Nawawi (2003:248), merumuskan definisi manajemen strategik salah satunya yaitu: manajemen strategik adalah proses atau rangkaian kegiatan pengambilan keputusan yang bersifat mendasar dan menyeluruh disertai penetapan melaksanakannya yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran didalam suatu organisasi, untuk mencapai tujuannya.

4. Manajemen Publik

Wilson meletakkan 4 (empat) prinsip dasar bagi studi administrasi publik yang mewarnai manajemen publik sampai sekarang yaitu (1) pemerintah sebagai *setting* utama organisasi; (2) fungsi eksekutif sebagai fokus utama; (3) pencarian prinsip-prinsip dan teknik manajemen yang lebih efektif sebagai kunci pengembangan kompetensi administrasi, dan (4) metode

perbandingan sebagai suatu metode studi dan pengembangan bidang administrasi publik.

5. Manajemen Kinerja

Surya Dharma (2005:1), mengatakan bahwa manajemen kinerja suatu proses yang dirancang untuk meningkatkan kinerja organisasi, kelompok dan individu yang digerakkan oleh para manajer. Selanjutnya menurut Ruki (2004:7), merumuskan manajemen kinerja adalah berkaitan dengan usaha, kegiatan atau program yang diprakarsai dan dilaksanakan oleh pimpinan organisasi untuk merencanakan, mengarahkan dan mengendalikan prestasi pegawai.

1.5.4. Kebijakan Publik

Secara konseptual kebijakan publik dapat dilihat dari kamus Administrasi Publik Chandler dan Plano (1988:107) dalam Pasolong (2011:38), mengatakan bahwa kebijakan publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumber-sumber daya yang ada untuk memecahkan masalah publik atau pemerintah. Bahkan Chandler dan Plano beranggapan bahwa kebijakan publik merupakan suatu bentuk investasi yang kontinu oleh pemerintah demi kepentingan orang-orang yang tidak berdaya dalam masyarakat agar mereka dapat hidup dan ikut berpartisipasi dalam pemerintahan.

William N. Dunn (1994) dalam Pasolong (2011:39), mengatakan bahwa kebijakan publik adalah suatu rangkaian pilihan-pilihan yang saling berhubungan yang dibuat oleh lembaga atau pejabat pemerintahan pada bidang-bidang yang menyangkut tugas pemerintahan, seperti pertahanan keamanan,

energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan masyarakat, kriminalitas, perkotaan dan lain-lain.

Thomas R. Dye (1981) dalam Pasolong (2011:39), mengatakan bahwa kebijakan publik adalah “apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan”. Dye mengatakan bahwa bila pemerintahan memilih untuk melakukan sesuatu maka harus ada tujuannya (objektifnya) dan kebijakan publik itu meliputi semua tindakan pemerintah, jadi bukan semata-mata merupakan pernyataan keinginan pemerintah atau pejabat pemerintah saja.

Shfritz & Russel (1997:47) dalam Pasolong (2011:39), mendefinisikan kebijakan publik dengan sederhana dan menyebut “*is whatever goverment dicides to do or not to do*”. Chandler dan Plano mengatakan bahwa apa yang dilakukan ini merupakan proses terhadap suatu isu politik.

Chaizi Nasucha (2004:37) dalam Pasolong (2011:39), mengatakan bahwa kebijakan publik adalah kewenangan pemerintah dalam pembuatan suatu kebijakan yang digunakan kedalam perangkat peraturan hukum. Kebijakan tersebut bertujuan untu menyerap dinamika sosial dalam masyarakat, yang akan dijadikan acuan perumusan kebijakan agar tercipta hubungan sosial yang harmonis.

Definisi kebijakan publik di atas dapat dikatakan bahwa: (1) kebijakan publik dibuat oleh pemerintah yang berupa tindakan-tindakan pemerintah, (2) kebijakan publik harus berorientasi kepada kepentingan publik, dan (3) kebijakan publik adalah tindakan pemilihan alternatif untuk dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah demi kepentingan publik.

1.5.5. Kualitas Pelayanan Publik

Pelayanan yang berkualitas merupakan harapan semua orang, baik pelayanan di sektor swasta maupun pelayanan di sektor publik atau pemerintah. Namun pada kenyataannya pelayanan di sektor publik masih menunjukkan kondisi yang belum memuaskan. Pelayanan publik sering ditandai oleh berbagai stigma negatif seperti pelayanan yang lambat, berbelit-belit, terlalu birokratis, penuh ketidakpastian dan sebagainya. Kesemua kondisi tersebut berjung pada citra negatif yang sangat lekat pada pelayanan sektor publik. Akibatnya banyak pelayanan sektor publik yang dinilai kurang atau bahkan belum bisa memberikan kepuasan kepada masyarakat.

Pelayanan publik yang belum memuaskan ditandai oleh adanya *rent seeking* sehingga menyebabkan ekonomi biaya tinggi (*high cost economy*). Penilaian masyarakat bahwa pelayanan sektor publik cenderung lambat dan berbelit menjadi penilaian umum yang berkembang di masyarakat. Oleh karena itu tidak jarang muncul jargon sebagai bentuk sindiran kepada pelayanan sektor publik seperti “Jika bisa dipersulit mengapa dipermudah?”, dikarenakan kejengahan masyarakat pada berbelitnya pelayanan biasanya memunculkan rente seperti uang pelicin untuk minta percepatan pelayanan dan sejenisnya. Kondisi inilah yang secara perlahan namun pasti menumbuhkan keengganan masyarakat jika akan berhadapan dengan birokrasi. Menurut Sondang P Siagian yang dikutip oleh Nunik Herawati dalam Teguh Yuwono (2001:179-180) ada beberapa karakter birokrasi yang membuat masyarakat merasa malas untuk berurusan yaitu:

1. *Apathy* (apatis) yaitu kondisi acuh tak acuh terhadap pengguna jasa.
2. *Bush off* (menolak berurusan) yaitu berusaha agar pembtuh jasa tidak berurusan dengannya.
3. *Coldness* (dingin) yaitu kurangnya keramahan dalam memberikan pelayanan.
4. *Condenscion* (memandang rendah) yaitu memperleakukan pembtuh jasa sebagai orang yang tidak tahu apa-apa sehingga penyelesaian urusan menurut keinginan aparaturnya.
5. *Robotism* (bekerja mekanis) yaitu bekerja secara perilaku mekanis dan memperlakukan pembtuh jasa dengan perilaku dan tutur kata yang sama dan monoton.
6. *Rondaround* (ping pong/saling melempar tanggungjawab) yaitu dalam penyelesaian urusan, masyarakat pengguna jasa harus menghubungi berbagai pihak yang tidak jarang saling melempar tanggungjawab.

Perilaku aparaturnya yang belum mampu memposisikan dirinya sebagai pelayan, telah menciptakan sebuah relasi yang kurang menguntungkan bagi masyarakat, dimana sebagai pengguna jasa pelayanan publik memiliki posisi inferior. Kondisi ini mencerminkan masih buruknya manajemen sektor publik. Menurut Sadu Wasistiono (2003:42-43) ada sejumlah faktor yang menghambat untuk mewujudkan manajemen publik yang baik yaitu antara lain:

1. Instansi pemerintah pada umumnya menyelenggarakan kegiatan yang bersifat monopoli sehingga tidak terdapat iklim kompetisi di dalamnya.

2. Dalam menjalankan kegiatannya, aparat pemerintah lebih mengandalkan kewenangan daripada kekuatan pasar atau kebutuhan konsumen.
3. Belum atau tidak diadakannya akuntabilitas terhadap kegiatan suatu instansi pemerintah, baik akuntabilitas vertikal ke bawah, ke samping maupun ke atas. Hal ini disebabkan karena belum adanya tolok ukur kinerja tiap instansi pemerintah yang dibakukan secara nasional berdasarkan standar yang dapat diterima secara umum.
4. Dalam aktifitasnya, aparat pemerintah seringkali terjebak pada *etic*, yakni mengutamakan pandangan dan keinginan mereka sendiri (birokrasi) daripada *emic* yakni pandangan dari mereka yang menerima jasa layanan pemerintah.
5. Kesadaran anggota masyarakat atas hak dan kewajibannya sebagai warga negara maupun sebagai konsumen masih relatif rendah, sehingga mereka cenderung menerima begitu saja layanan yang diberikan oleh instansi pemerintah. Terlebih apabila layanan tersebut bersifat cuma-cuma.

Kondisi kualitas pelayanan publik yang buruk terjadi karena adanya praktek manajemen publik yang buruk. Oleh karena itu untuk memperbaiki kualitas pelayanan publik maka praktek manajemen publik yang baik menjadi sebuah *condition sin quanon* (sebuah keharusan). Manajemen publik yang baik mensyaratkan adanya birokrasi yang lebih ramping, yang berorientasi pada efisiensi. Pentingnya birokrasi yang berorientasi pada kinerja yang efisien sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan publik juga diakui oleh pemerintahan Clinton. Pada tahun 1993 pemerintahan Clinton membuat

terobosan dengan mengembangkan tradisi baru dalam praktek birokrasi yang dikenal dengan sebuah kontrak pelayanan pelanggan baru (*a new customer service contract*) yang dapat menjamin pemerintahan yang efektif, efisien dan responsif. Misi utama dari perbaikan birokrasi adalah mewujudkan birokrasi yang dapat bekerja lebih baik (*work better*) dan berbiaya lebih sedikit (*cost less*). Misi ini mendorong lahirnya nilai-nilai baru yang harus dimiliki oleh birokrasi, yang menurut Al Gore (1993:63) mencakup standar dan prinsip-prinsip yang harus dikembangkan oleh institusi pelayanan publik yang mencakup didalamnya antara lain:

1. Survei terhadap pelanggan sesering mungkin untuk menemukan jenis dan kualitas pelayanan yang mereka inginkan.
2. Standar jabatan dan pengukuran hasil untuk menghadapi pelanggan.
3. Kinerja yang tinggi untuk menghadapi yang terbaik di dunia usaha.
4. Menyediakan alternatif pilihan baik menyangkut sumber-sumber pelayanan maupun sarana dalam pemberian pelayanan.
5. Menyediakan sistem informasi pelayanan dan keluhan yang mudah untuk diakses.
6. Menyelenggarakan penelitian-penelitian dan pelayanan diberikan dengan penuh keramahan.
7. Menyediakan lingkungan yang menyenangkan bagi pelanggan.
8. Memberikan ganti rugi untuk pelayanan yang kurang baik.

Tuntutan peningkatan kualitas pelayanan publik nampaknya menjadi sebuah fenomena yang semakin meluas di era global saat ini, termasuk juga

semakin berkembang di Indonesia. Birokrasi tidak bisa lagi mengabaikan tuntutan publik tentang peningkatan kualitas pelayanan publik karena menurut Teguh Yuwono (2001:15-16) pelayanan publik adalah target utama dari semua proses manajemen publik yang harus dikelola secara profesional. Untuk kepentingan inilah maka birokrasi harus memiliki kapasitas yang dibutuhkan dalam pelayanan serta memiliki orientasi peran yang baru yang lebih mengedepankan kepentingan pelanggan. Dalam tataran teoritik banyak sekali berkembang pemikiran tentang pentingnya pelayanan yang berorientasi pada pelanggan. Salah satu dari penulis yaitu David Osborne dan Ted Gaebler (1996:208-212) mengidentifikasi beberapa keuntungan manajemen yang menempatkan pelanggan pada posisi sentral antara lain:

1. Sistem yang berorientasi pelanggan memaksa pemberi jasa untuk bertanggungjawab kepada pelanggannya. Ini berarti pemberi jasa harus selalu mencari umpan balik untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan pelanggannya. Demikian juga bagi birokrasi publik yang berorientasi pada pelanggan akan dapat menghasilkan barang dan jasa pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat.
2. Sistem yang berorientasi pada pelanggan mendepolitisasi keputusan pilihan pemberi jasa. Hal ini terjadi karena dasar pembuatan keputusan terletak pada kebutuhan pelanggan, bukan pada pertimbangan politik pembuat keputusan.
3. Sistem yang berorientasi pada pelanggan merangsang lebih banyak inovasi, terutama ketika ia harus bersaing dengan pemberi jasa lainnya, sehingga ia

akan selalu mencari cara-cara baru untuk memuaskan pengguna jasa atau pelangganya. Institusi pelayanan milik pemerintah, seperti rumah sakit misalnya harus bersaing dengan swasta yang memberikan pelayanan sejenis, sehingga ia harus mampu mengadopsi cara-cara baru untuk mengoptimalkan pelayanan pada pelangganya.

4. Sistem yang berorientasi pada pelanggan memberikan kesempatan kepada orang lain untuk memilih diantara berbagai macam pelayanan. Orientasi pelayanan pada kebutuhan pengguna jasa akan menyebabkan adanya berbagai jenis pelayanan untuk sektor yang sama sehingga pengguna jasa dapat memilih yang terbaik.
5. Sistem yang berorientasi pada pelanggan menghindari pemborosan karena pasokan disesuaikan dengan permintaan.
6. Sistem yang berorientasi pada pelanggan mendorong pelanggan untuk lebih memiliki komitmen. Penelitian sektor pendidikan di Amerika menunjukkan bahwa siswa lebih memiliki komitmen terhadap sekolah yang telah mereka pilih sendiri.
7. Sistem yang berorientasi pada pelanggan menciptakan peluang yang lebih besar bagi keadilan. Dalam konteks ini subsidi yang diberikan pemerintah tidak diberikan kepada lembaga akan tetapi kepada individu-individu.

Pentingnya kualitas pelayanan publik melahirkan berbagai model pelayanan publik dengan pendekatan manajemen seperti halnya *New Public Management* dimana berbasis teori demokrasi memandang pentingnya persamaan hak diantara warga negara dalam pelayanan dan bentuk pelayanan yang diberikan

kepada masyarakat merupakan hasil perumusan yang dilakukan bersama-sama antara masyarakat dengan institusi pelayanan. Model ini dinilai sebagai model ideal pelayanan pemerintahan yang demokratis. *New Public Management* juga menekankan pentingnya birokrasi mengakomodir preferensi nilai masyarakat, sehingga proses konsultasi dengan pengguna layanan menjadi sebuah keharusan. Oleh karenanya mekanisme *voice* menjadi sangat penting, terutama sebagai alat kontrol dalam mempertahankan kualitas yang diberikan oleh birokrasi. Pelibatan masyarakat sebagai pengguna layanan sekaligus juga dibutuhkan untuk menilai kualitas pelayanan. Ini sejalan dengan kedudukan organisasi pelayanan publik yang memiliki karakteristik akuntabilitas publik dimana setiap warga negara mempunyai hak untuk mengevaluasi pelayanan yang mereka terima.

Untuk memperbaiki kualitas pelayanan publik, Bank Dunia menekankan pentingnya tata kelola pemerintahan yang baik (*Good Governance*) yang berorientasi pada efisiensi dan efektifitas. Menurut UNDP yang dikutip oleh Agus Dwiyanto (2003:5-6) ada sembilan karakteristik dari *Good Governance* antara lain:

1. *Participation*: adanya pelibatan masyarakat dalam proses pembuatan keputusan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.
2. *Rule of Law*: adanya kerangka hukum yang adil dan dilaksanakan tanpa pandang bulu.
3. *Transparency*: adanya keterbukaan kepada publik untuk memperoleh informasi tentang apa yang dilakukan oleh pemerintah.

4. *Responsiveness*: adanya lembaga publik yang tanggap dalam melayani stakeholder.
5. *Consensus Orientation*: berorientasi pada kesepakatan untuk kepentingan masyarakat yang lebih luas.
6. *Equity*: adanya pemerataan kesempatan yang sama untuk memperoleh kesejahteraan.
7. *Efficiency and effectiveness*: dilakukannya pengelolaan sumberdaya secara efisien dan efektif.
8. *Accountability*: adanya upaya pertanggungjawaban kepada publik atas segala tindakan yang dilakukan oleh pemerintah.
9. *Strategic Vision*: adanya visi jauh ke depan dari para penyelenggara pemerintahan.

Menurut Agus Dwiyanto (Editor, 2005:20-24) pelayanan publik menjadi titik strategis dalam mewujudkan praktek *Good Governance* dengan beberapa alasan antara lain :

1. Pelayanan publik selama ini menjadi menjadi ranah dimana negara yang diwakili oleh pemerintah berinteraksi dengan lembaga non pemerintah, dengan pergumulan yang sangat intensif antara pemerintah dan warga negaranya. Fakta selama ini mencatat bahwa pelayanan publik di Indonesia sangat buruk dan kurang menguntungkan untuk mewujudkan praktek *good governance*;
2. Pelayanan publik adalah ranah dimana aspek *good governance* dapat diartikulasikan secara relatif mudah. Nilai-nilai yang mencirikan praktek

good governance seperti efisiensi, non diskriminatif dan berkeadilan, berdaya tanggap tinggi dan memiliki akuntabilitas tinggi dapat dengan mudah dikembangkan parameternya dalam ranah pelayanan publik;

3. Pelayanan publik melibatkan kepentingan semua unsur governance baik baik pemerintah yang merepresentasikan negara, masyarakat sipil, maupun mekanisme pasar. Oleh karena itu pelayanan publik menjadi pertarungan ketiga unsur governance sehingga kontrol terhadap sebuah pelayanan lebih mudah dilakukan.

Dalam konteks pelayanan publik meskipun didalamnya dapat melibatkan pihak ketiga atau sektor swasta, namun peran pemerintah sangat menentukan, terutama ketika pelayanan menjadi tidak optimal ketika diserahkan kepada mekanisme pasar. Apabila mekanisme pasar gagal memberikan pelayanan yang dibutuhkan, maka pemerintah akan menjadi tumpuan untuk mengoptimalkannya. Hal ini karena sektor publik pada hakekatnya mencakup kegiatan dengan dua aspek penting yaitu :*pertama*, aktivitas yang secara sosial penting; dan *kedua* adalah aktivitas yang dipandang tidak akan dapat disediakan oleh mekanisme pasar sebagaimana mestinya.

Ada hal yang cukup berbeda antara pelayanan sektor publik dengan pelayanan, sektor swasta, yaitu bahwa pelayanan sektor publik dituntut untuk menyediakan kesetaraan akses kepada warga negara termasuk mereka yang tidak memiliki kemampuan untuk membayar ongkos pelayanan, yang mengakibatkan aspek kualitas terkadang menjadi terabaikan. Namun tidak berarti pelayanan sektor publik bisa dilakukan dengan mengabaikan persoalan kualitas. Kualitas

sendiri menurut Sinambela (2006:13) dimaknai sebagai segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan. Dengan demikian maka pelayanan dikatakan berkualitas apabila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat. Jika ada kondisi menunjukkan ketidakpuasan masyarakat terhadap sebuah layanan, maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan tersebut tidak berkualitas atau tidak efisien.

1.5.6. Mengukur Kualitas Pelayanan Publik

Kualitas pelayanan yang baik pada organisasi publik telah lama menjadi pusat perhatian. Organisasi publik sendiri dikatakan efektif apabila dalam realitasnya mampu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan, terutama mampu memberikan pelayanan dengan cepat dan tepat dan menjadi solusi bagi permasalahan yang ada di masyarakat. Memberikan kualitas pelayanan secara konsisten bukanlah persoalan mudah bagi organisasi publik, terutama karena dinamika perubahan tuntutan masyarakat yang terus mengalami perubahan. Disamping itu pelayanan publik juga memiliki tingkat kesulitan tersendiri dalam membuat indikator terutama karena menghasilkan produk yang disebut barang dan jasa publik. Menurut Mc Kevitt (1998:45) tantangan terbesar dalam membangun kualitas pelayanan publik adalah adanya aspek alamiah dari barang dan jasa publik yaitu *intangibility, heterogeneity, simultaneous production and consumption, lack of ownership, and perishability*. Aspek tidak kasat mata, keanekaragaman, produksi dan konsumsi yang dilakukan secara bersamaan, kelangkaan dan peluang terjadinya pembusukan, menjadi tantangan terbesar organisasi penyelenggara pelayanan publik.

Dalam kerangka peningkatan kualitas pelayanan publik maka penilaian pelayanan secara terstruktur dan berkesinambungan menjadi sebuah kebutuhan. Melakukan penilaian terhadap kualitas pelayanan organisasi publik pada hakekatnya adalah melakukan penilaian atas kinerja yang dilakukan oleh organisasi. Upaya penilaian ini membutuhkan instrumen atau parameter penilaian atau lebih dikenal dengan standar pelayanan yang akan dijadikan sebagai alat rujukan dalam penilaian. Sejalan dengan penyelenggaraan otonomi daerah misalnya, maka pada tahun 2005 pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal sebagai berikut (Surjad,2009:70-71) :

1. Pemerintah Daerah menerapkan SPM sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri.
2. SPM yang telah ditetapkan pemerintah menjadi salah satu acuan bagi pemerintahan daerah untuk menyusun perencanaan dan penganggaran penyelenggaraan pemerintahan daerah.
3. Pemerintahan daerah menyusun rencana pencapaian SPM yang memuat target tahunan pencapaian SPM dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM sesuai dengan peraturan menteri.
4. Rencana pencapaian SPM sebagaimana pada ayat (3) dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Strategi Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD).
5. Target tahunan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dituangkanke dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD). Rencana

Kerja Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renja SKPD), Kebijakan Umum Anggaran (KUA), Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD) sesuai klasifikasi belanja daerah dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah.

Disamping pentingnya bagi daerah untuk menyusun dan memiliki Standar Pelayanan Minimal dalam memberikan pelayanan publik, yang tidak kalah penting untuk diperhatikan adalah terkait penyusunan dan Penetapan SPM yang mencakup antara lain :

1. Konsensus, yaitu disepakati bersama oleh komponen-komponen atau unit-unit kerja yang ada.
2. Sederhana, yaitu mudah dimengerti dan dipahami.
3. Nyata, yaitu memiliki dimensi ruang dan waktu serta persyaratan atau prosedur teknis.
4. Terukur, yaitu dapat dihitung dan dianalisa.
5. Terjangkau, yaitu dapat dicapai bersama SPM jenis-jenis pelayanan dasar lainnya dengan menggunakan sumber-sumber daya dan dana yang tersedia.
6. Terbuka, yaitu dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
7. Akuntabel, yaitu dapat dipertanggungjawabkan kepada publik.
8. Bertahap, yaitu mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan, dan personil dalam pencapaian SPM

Standar Pelayanan Minimal merupakan salah satu pintu masuk bagi pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik. Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan hak-haknya, maka pemerintah dituntut

memiliki kemauan keras untuk memberikan pelayanan yang dibutuhkan dan sesuai dengan harapan masyarakat. Di sisi lain kualitas pelayanan publik sendiri tidak akan dapat dilakukan penilaian tanpa terlebih dahulu tersedia parameter atau standar pelayanan, sebagai jaminan kepastian bagi pemberi pelayanan dan penerima pelayanan. Standar ini tentu saja harus disusun sesuai dengan sifat, jenis, dan karakteristik dari layanan yang diberikan serta dengan memperhatikan kondisi dan kebutuhan lingkungan. Kalau dalam sektor swasta kita kenal dengan pelayanan paripurna, maka sektor publik sekarang pun mengenal konsep pelayanan prima, yaitu pelayanan yang mampu memuaskan pelanggan. Kepuasan pelanggan sendiri oleh Kottler (Sumarjadi,2009:49) dimaknai sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja yang ia rasakan dibandingkan dengan harapan. Dengan demikian kepuasan pelanggan sesungguhnya dapat menunjukkan tingkat kinerja pelayanan. Oleh karenanya untuk mengetahui tingkat kinerja pelayanan dibutuhkan pengukuran indeks kepuasan masyarakat sebagai pelanggan. Mengacu pada Keputusan Menpan No KEP/25/M.PAN/2/2004 tentang pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat terhadap layanan instansi pemerintah ditetapkan 14 unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran antara lain :

1. Prosedur pelayanan
2. Persyaratan pelayanan
3. Kejelasan petugas pelayanan
4. Kedisiplinan petugas pelayanan
5. Tanggungjawab petugas pelayanan

6. Kemampuan petugas pelayanan
7. Kecepatan pelayanan
8. Keadilan mendapatkan pelayanan
9. Kesopanan dan keramahan petugas
10. Kewajaran biaya pelayanan
11. Kepastian biaya pelayanan
12. Kepastian jadwal pelayanan
13. Kenyamanan lingkungan
14. Keamanan pelayanan

Dalam realitasnya banyak sekali pendapat yang berkembang di masyarakat mengenai cara mengukur pelayanan publik yang sifatnya tidak tunggal akan tetapi multi indikator. Menurut Dr Vreye yang dikutip oleh Dadang Juliantara (2005:24-25) mengelaborasi apa yang disebut dengan *seven simple strategic for success* yang kemudian dikenal sebagai Service Model, dimana didalamnya mencakup 7 dimensi pengukuran antara lain:

1. *Self-esteem*(harga diri), dimana didalamnya menyangkup adanya upaya untuk menempatkan seseorang menurut keahliannya, menetapkan tugas yang futuris yang berpedoman pada kesuksesan masa depan.
2. *Exceed Expectation* (melampauai harapan), dimana pelayanan bukan hanya sekedar memenuhi harapan akan tetapi juga mampu memberikan nilai lebih kepada pelangganya.
3. *Recovery* (pembenahan), dimana selalu diusahakan untuk mengumpulkan informasi tentang keinginan pelanggan, mendengarkan keluhan pelanggan

dan keluhan pelanggan dianggap sebagai peluang untuk memperbaiki pelayanan.

4. *Vision* (pandangan jauh ke depan), dimana untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dilakukan perencanaan ideal termasuk memaksimalkan pemanfaatan teknologi.
5. *Improve* (perbaikan), yaitu adanya upaya secara berkesinambungan dan terus menerus untuk mengikuti perubahan dan tuntutan pelanggan dengan orientasi better is better, melalui penciptaan standar yang responsif dan lingkungan yang kondusif.
6. *Care* (perhatian), yaitu adanya upaya menjaga kualitas dengan menerapkan ukuran yang tepat.
7. *Empower* (pemberdayaan atau penguatan), yang dilakukan baik secara internal terhadap sumber daya manusia yang memberikan pelayanan maupun pemberdayaan terhadap pengguna layanan. Kondisi ini akan menciptakan hubungan yang adil antara pemberi layanan dengan pengguna layanan.

Sementara penulis lain Zethaml dan kawan-kawan (1990;21) mengemukakan *adanya* sepuluh dimensi yang dapat dipergunakan untuk menilai kualitas pelayanan antara lain sebagai berikut:

1. *Tangibles*, yaitu tampilan fasilitas fisik, peralatan/perlengkapan, pegawai, dan alat-alat komunikasi.
2. *Reliability*, yaitu kemampuan untuk menyelenggarakan keandalan dan ketepatan pelayanan yang dijanjikan.

3. *Responsiveness*, yaitu keinginan untuk membantu dan menyelenggarakan pelayanan yang tepat/cepat.
4. *Competence*, yaitu kepemilikan ketrampilan dan pengetahuan yang dipersyaratkan untuk menyelenggarakan pelayanan
5. *Courtesy*, yang didalamnya mencakup kesopanan, penghargaan, perhatian, dan keakraban hubungan dengan pegawai.
6. *Credibility*, yang mencakup didalamnya adanya sifat dapat dipercaya, meyakinkan, kejujuran dari penyedia layanan.
7. *Security*, yaitu adanya kondisi bebas dari bahaya, resiko atau keragu-raguan.
8. *Access*, yaitu kondisi mudah ditemui dan mudah dihubungi.
9. *Communication*, yaitu memelihara informasi yang dimiliki pelanggan dengan bahasa yang mereka pahami dan mendengarkan mereka.
10. *Understanding the customer*, yaitu mengusahakan untuk memahami pelanggan dan kebutuhan-kebutuhan mereka.

Selanjutnya Zeithaml, Parasuraman dan Berry (1990:26) mengidentifikasi adanya lima indikator penentu kualitas pelayanan yang disusun atas dasar sepuluh dimensi pelayanan tersebut di atas dengan metode yang dikenal SERVQUAL yang didalamnya antara lain adalah :

1. *Reliability*, yaitu kemampuan untuk menyelenggarakan keandalan dan keakuratan pelayanan yang dijanjikan.
2. *Responsiveness*, yaitu kemauan untuk membantu pelanggan dan menyelenggarakan pelayanan yang tepat atau cepat.

3. *Assurance*, yang mencakup pengetahuan dan kesopansantunan pegawai dan kemampuan mereka untuk membawa kepercayaan dan keyakinan.
4. *Emphaty*, yang mencakup kepedulian, perhatian secara individu yang diberikan penyedia layanan kepada pelanggan.
5. *Tangibles*, yaitu penampakan dan tampilan fisik lingkungan penyedia layanan, baik fasilitas fisik, perlengkapan atau peralatan, pegawai, maupun alat-alat komunikasi.

Pelayanan publik sebagai salah satu tanggungjawab dan fungsi pemerintah sangatlah beragam jenisnya, baik pelayanan yang bersifat umum maupun pelayanan administratif. Pelayanan umum sendiri ada yang dikategorikan sebagai pelayanan primer, pelayanan sekunder, dan pelayanan tertier. Pelayanan di bidang kesehatan termasuk kedalam pelayanan primer atau pelayanan dasar (*core public service*) yang biasanya mencakup apa yang dikenal dengan HEWS yaitu *Health, Education, Welfare*, dan *Security*. Pelayanan kesehatan sendiri menjadi pelayanan prioritas pembangunan di hampir semua negara di dunia, yang ditunjukkan dengan adanya besaran anggaran yang dialokasikan untuk program intervensi di bidang kesehatan.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu investasi yang penting dalam mendukung capaian kualitas sumber daya manusia, yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan derajat kesejahteraan. Hanya dengan indek kesehatan yang baik maka manusia dapat melakukan pekerjaanya secara optimal. Oleh karena itu maka pelayanan kesehatan yang bermutu harus menjadi prioritas secara berkesinambungan. Sebagai pelayanan dasar, pelayanan bidang kesehatan ini juga memiliki standar tersendiri yang tetap mengacu pada standar pelayanan publik pada

umumnya. Menurut Pohan (2003:19) pelayanan kesehatan harus mengandung dimensi mutu pelayanan kesehatan yang antara lain mencakup:

1. Kompetensi teknis, menyangkut ketrampilan, kemampuan, dan penampilan atau kinerja pemberi pelayanan kesehatan.
2. Keterjangkauan atas akses pelayanan kesehatan, yaitu bahwa pelayanan kesehatan harus dapat dijangkau oleh masyarakat, tidak terhalang oleh keadaan geografi (lamanya perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi dan jenis hambatan lainnya), sosial (dapat tidak diterimanya pelayanan secara sosial), ekonomi(kemampuan membayar pelayanan), organisasi (diatur untuk memberi kemudahan bagi pasien) dan bahasa (menggunakan bahasa yang dipahami oleh pasien).
3. Efektifitas pelayanan kesehatan, yaitu pelayanan kesehatan harus mampu mengobati atau mengurangi keluhan yang ada, mencegah terjadinya penyakit serta berkembangnya atau meluasnya penyakit yang ada.
4. Efisiensi pelayanan kesehatan, yaitu mampu mengoptimalkan sumberdaya kesehatan yang terbatas untuk melayani pasien yang besar jumlahnya.
5. Kesiambungan pelayanan kesehatan, yang berarti pasien harus dilayani sesuai dengan kebutuhan, termasuk apabila diperlukan rujukan, tanpa harus mengulangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu.
6. Keamanan, yang dimaknai bahwa pelayanan kesehatan itu harus aman, baik bagi pasien, bagi pemberi pelayanan, maupun bagi masyarakat.

7. Kenyamanan, yaitu keadaan yang menunjuk pada kenikmatan yang mendorong pasien datang kembali dan dapat menimbulkan kepercayaan pasien pada pelayanan kesehatan yang diberikan.
8. Informasi, dalam pengertian pemberi pelayanan kesehatan harus mampu memberikan informasi yang jelas tentang apa, siapa, kapan, dimana, dan bagaimana pelayanan kesehatan itu dilaksanakan. Dimensi informasi ini sangat penting pada tingkat Puskesmas dan Rumah sakit.
9. Ketepatan waktu, yaitu pelayanan dilaksanakan dalam waktu dan cara yang tepat oleh pemberi pelayanan dan menggunakan peralatan dan obat yang tepat, serta biaya yang efisien.
10. Hubungan antar manusia, yaitu interaksi pemberi pelayanan kesehatan dengan konsumen, dengan sesama pemberi layanan dan sebagainya, yang memandang dengan proporsi yang seimbang terkait dengan hak dan kewajiban masing-masing sehingga memunculkan hubungan yang harmonis

Upaya memperbaiki pelayanan kesehatan yang berkualitas atau bermutu bukan hanya upaya yang dilakukan oleh negara-negara berkembang saja akan tetapi juga negara-negara maju, termasuk negara yang menggunakan sistem kesejahteraan sosial di Eropa seperti Inggris. Pada tahun 1993 Komisi Pemeliharaan Kesehatan Inggris mengusulkan enam dimensi yang harus digunakan untuk memperbaiki kualitas kesehatan (Lihat Mc Kevitt, 1998:264) yang antara lain adalah :

1. *Access to service* (akses terhadap pelayanan)
2. *Relevance to need* (kesesuaian dengan kebutuhan)
3. *Effectiveness* (efektifitas)

4. *Equity* (keadilan dan pemerataan)
5. *Social acceptability* (penerimaan secara sosial)
6. *Efficiency and economy* (efisiensi dan ekonomis)

Pada akhirnya sebuah kualitas pelayanan apapun termasuk pelayanan kesehatan sangat tergantung pada komitmen dan kesungguhan yang dimiliki oleh para pelaku pelayanan. Makin tinggi komitmen mereka maka makin tinggi kemauan mereka untuk memahami apa yang menjadi kebutuhan dan harapan pengguna layanan. Dengan demikian maka akan lebih mudah untuk mewujudkan pelayanan prima, yaitu pelayanan yang senantiasa berorientasi kepada kepuasan pengguna layanan. Untuk kepentingan penelitian skripsi ini mengacu pada berbagai teori yang telah dikemukakan, maka akan digunakan metode SERVQUAL dari Zeithaml dengan lima dimensi sebagai parameternya.

1.5.7. Kepuasan Pelanggan

Menurut Lukman dalam Pasolong (2011:144), menyatakan bahwa kepuasan sebagaimana tingkat persamaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dengan harapannya. Sejalan pandangan, Gibson dkk (1987), Wexley dan Yulk (1988), dijelaskan bahwa kepuasan pada hakikatnya berkaitan dengan faktor kebutuhan seseorang (pelanggan). Artinya, jika kebutuhan seseorang terpenuhi maka orang tersebut merasa puas, demikian pula sebaliknya. Kemudian Tjiptono dalam Pasolong (2011:144), menambahkan bahwa kepuasan pelanggan dapat menciptakan kesetiaan dan loyalitas pelanggan kepada perusahaan.

Pendapat di atas, dipertegas oleh Schnaars dalam Tjiptono menyebut bahwa pada dasarnya tujuan dari suatu bisnis atau usaha adalah menciptakan rasa puas terhadap pelanggannya. Schaars juga menyebut bahwa: “Terciptanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya: hubungan antara pelanggan dengan instansi menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembeli (pemakaian) ulang, terciptanya loyalitas dari pelanggan serta terbentuknya rekomendasi dari mulut ke mulut yang kesemuanya menguntungkan perusahaan”

Sementara itu, Kotler menandakan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan dengan kinerja yang ia rasakan, dibandingkan dengan harapannya.

Tingkatan kepuasan dapat mengacu pada fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja, khususnya kinerja pelayanan dan lain sebagainya dibawah harapan, maka pelanggan akan tidak puas. Bila kinerja sesuai harapan, maka pelanggan akan memberikan ungkapan rasa kepuasannya. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan pelanggan akan sangat puas harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitif terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan tersebut.

Faktor-faktor pendorong kepuasan kepada pelanggan dalam Handi Irawan (2007):

a. Kualitas Produk

Pelanggan akan merasa puas setelah membeli dan menggunakan produk tersebut yang memiliki kualitas produk baik.

b. Harga.

Biasanya harga murah adalah sumber kepuasan yang penting. Akan tetapi biasanya faktor harga bukan menjadi jaminan suatu produk memiliki kualitas yang baik.

c. Kualitas Jasa

Pelanggan merasa puas apabila mereka memperoleh jasa yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan dari pegawai maupun karyawan perusahaan.

d. *Emotional factor*

Kepuasannya bukan karena kualitas produk, tetapi harga diri atau nilai sosial yang menjadikan pelanggan puas terhadap merk produk tertentu.

e. Biaya atau kemudahan untuk mendapatkan produk atau jasa

Kenyamanan dan efisien dalam mendapatkan suatu produk atau jasa serta mudah mendapatkan jasa produk memberikan nilai tersendiri bagi kepuasan pelanggan.

1.5.8. Model Gap

Zeithaml et.al. (1990:36) mengatakan bahawa ada 4 (empat) jurang pemisah yang menjadi kendala dalam pelayanan publik, yaitu:

- a. Tidak tahu apa yang sebenarnya diharapkan oleh masyarakat;

- b. Pemberian ukuran yang salah dalam pelayanan masyarakat;
- c. Keliru penempilan diri dalam pelayanan publik itu sendiri;
- d. Ketika membuat perjanjian terlalu berlebihan dan pengobralan.

Sementara itu, Zeithaml et.al (1990) mengemukakan bahwa manajemen pelayanan yang baik tidak bisa diwujudkan karena adanya lima gap, yaitu:

1. Gap 1 (gap persepsi manajemen). Ini terjadi apabila terdapat perbedaan antara harapan-harapan konsumen dengan persepsi manajemen terhadap harapan-harapan konsumen. Misalnya harapan konsumen adalah mendapatkan pelayanan yang terbaik, tidak menjadi persoal meskipun harganya mahal. Sebaliknya manajemen mempunyai persepsi bahwa konsumen mengharapkan harga yang murah meskipun kualitasnya lebih rendah. Faktor-faktor yang menjadi penyebab yaitu kurangnya riset pemasaran dan tidak dimanfaatkannya riset pemasaran, kurang efektifnya komunikasi ke atas di dalam organisasi penyelenggara pelayanan, terlalu banyaknya tingkatan manajemen.
2. Gap 2 (gap persepsi kualitas). Gap persepsi kualitas akan terjadi apabila terdapat perbedaan antara persepsi manajemen tentang harapan-harapan konsumen dengan spesifikasi kualitas pelayanan yang dirumuskan, disebabkan oleh faktor-faktor, diantaranya lemahnya komitmen manajemen terhadap kualitas pelayanan, tidak tepatnya persepsi tentang feasibilitas, tidak tepatnya standarisasi tugas, kurang tepatnya perumusan tujuan.
3. Gap 3 (gap penyelenggaraan pelayanan), Gap ini lahir jika pelayanan yang diberikan berbeda dengan dengan spesifikasi kualitas pelayanan yang telah

dirumuskan, timbul karena adanya ketidakjelasan peran, adanya konflik peran, tidak cocoknya karakteristik pekerja dengan pekerjaan, tidak cocoknya teknologi dengan karakteristik pekerjaan, tidak tepatnya sistem pengawasan, lemahnya kontrol, dan lemahnya kekompakan tim.

4. Gap 4 (gap komunikasi pasar). Gap 4 lahir sebagai akibat dari adanya perbedaan antara pelayanan yang diberikan dengan komunikasi eksternal terhadap konsumen, terjadi karena faktor-faktor kurangnya komunikasi horizontal, adanya kecenderungan untuk mengobral janji.
5. Gap 5 (gap kualitas pelayanan). Gap kualitas pelayanan ini terjadi karena pelayanan yang diharapkan oleh konsumen tidak sama dengan pelayanan yang senyatanya diterima atau dirasakan oleh konsumen, terjadi sebagai akibat dari akumulasi empat macam gap tersebut sebelumnya.

1.6 Metode Penelitian

1.6.1 Rancangan Penelitian

Jenis Penelitian yang dilaksanakan merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan strategi penelitian survei. Penelitian survei menurut Earl Babbie yang dikutip oleh Cresell (2012:18) merupakan penelitian yang berusaha memaparkan secara kuantitatif kecenderungan, sikap, atau opini dari suatu populasi tertentu dengan meneliti sampel dari populasi tersebut. Penelitian ini meliputi studi-studi *cross-sectional* dan longitudinal yang menggunakan kuesioner atau wawancara terencana dalam pengumpulan data, dengan tujuan untuk menggeneralisasi populasi berdasarkan sampel yang telah ditentukan. Sementara menurut Faried Ali (1997:2) menyatakan bahwa metode penelitian survei adalah usaha pengamatan untuk

mendapatkan keterangan-keterangan yang jelas terhadap suatu masalah tertentu dalam suatu penelitian. Penelitian ini berusaha mencari hasil yang segera dapat digunakan untuk suatu tindakan yang sifatnya deskriptif yaitu melukiskan hal-hal yang mengandung fakta-fakta, klasifikasi dan pengukuran, yang akan diukur adalah fakta yang fungsinya merumuskan dan melukiskan apa yang terjadi.

Tujuan penelitian deskriptif sendiri adalah untuk membuat deskripsi, fakta-fakta, serta hubungan antar fenomena yang diselidiki. Menurut Masri Singarimbuan dan Sofian Effendi (1981:4) penelitian deskriptif pada umumnya memiliki dua tujuan utama yaitu: *pertama* adalah mengetahui perkembangan sarana fisik tertentu atau terjadinya suatu aspek fenomena sosial tertentu; dan yang *kedua* adalah untuk mendeskripsikan secara terperinci fenomena sosial tertentu. Penelitian ini biasanya dilakukan tanpa hipotesa yang dirumuskan secara ketat. Menurut Sanapiah Faisal (1992:20) penelitian deskriptif yang biasa juga disebut penelitian taksonomik dimaksudkan untuk eksplorasi dan klarifikasi mengenai sesuatu fenomena atau kenyataan sosial, dengan mendeskripsikan sejumlah variabel yang berkenaan dengan masalah dan unit yang diteliti. Segi-segi metodologi penelitian yang perlu dinyatakan dan dijelaskan dalam suatu rancangan penelitian deskriptif dengan metode survei adalah populasi dan sampel penelitian, metode dan instrumen pengumpulan data serta metode pengolahan dan analisa data. Menurut Earl Babbie (1989:237) survei merupakan sarana yang terbaik untuk mengukur sikap dan orientasi, termasuk untuk mengukur pendapat publik misalnya.

Mendasarkan pada berbagai pendapat tersebut diatas maka metode survei deskriptif dipandang tepat untuk digunakan dalam penelitian ini karena sesuai

dengan maksud penelitian yaitu untuk memperoleh gambaran mengenai penilaian responden (pasien kepesertaan program *Universal Health Coverage*) terhadap kualitas pelayanan di Rumah Sakit Wongsonegoro Kota Semarang.

1.6.2. Populasi dan Teknik Pengambilan Sampel

Dalam suatu penelitian survei seorang peneliti tidak harus meneliti seluruh populasi karena akan membutuhkan waktu yang lebih lama dan biaya yang besar. Namun dengan meneliti sebagian dari populasi diharapkan dapat juga menggambarkan sifat, kecenderungan dan orientasi populasi. Oleh karena itu dalam penelitian survei, masalah populasi dan sampel menjadi faktor yang sangat penting. Menurut Sugiyono (2002:57) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek atau subyek yang menjadi kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Sedangkan sampel menurut Suharsini Arikunto (1998:117) adalah bagian dari populasi yang diambil sebagai sumber data dan dapat mewakili keseluruhan populasi. Agar sampel dapat mewakili populasi maka harus diambil dengan metode yang tepat yang sesuai dengan ciri-ciri populasi dan tujuan penelitian.

Dalam penelitian ini populasi adalah seluruh pasien yang telah mendapatkan pelayanan program *Universal Health Coverage* di Rumah Sakit Daerah Wongsonegoro Kota Semarang. Sedangkan sampelnya adalah sebagian dari populasi tersebut. Teknik pengambilan sampel sangat penting untuk menentukan validitas hasil penelitian yang biasanya terkait dengan besaran sampel, teknik sampling, dan karakteristik sampel. Untuk kasus populasi yang homogen, sampel yang dibutuhkan tidak harus besar. Menurut Winarno Surakhmad (1985:100)

apabila ukuran populasi sebanyak kurang atau sama dengan 100, maka pengambilan sampel sekurang-kurangnya 50% dari ukuran populasi. Untuk kepentingan penelitian ini digunakan sampling non probabilitas dengan tehnik pengambilan sampel secara aksidental. Jumlah responden peneliti dapat dari nama-nama rekomendasi peserta pengguna program UHC yang diberikan oleh Dinas Kesehatan, yaitu berjumlah 200 orang. Dari 200 orang tersebut kemudian peneliti mengambil 50 orang yang diambil secara acak.

1.6.3. Instrumen Penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian kualitas pelayanan pasien kepesertaan program *Universal Health Coverage* adalah berupa angket, dengan tingkat pengukuran ordinal, dimana pada masing-masing unsur kategori jawabannya terdiri dari lima tingkatan dengan rentang skore nilai dari satu (1) sampai lima (5) dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Untuk alternatif jawaban terkait dengan variabel kinerja kualitas pelayanan atau tingkat kepuasan terhadap kualitas pelayanan yaitu: 5=sangat puas/sangat baik; 4=puas/baik;3=cukup puas/cukup baik;2=kurang puas/kurang baik; 1=tidak puas/tidak baik
2. Untuk alternatif jawaban terkait dengan variabel tingkat kepentingan terhadap kualitas pelayanan atau harapan responden terhadap kualitas pelayanan program *Universal Health Coverage* adalah sebagai berikut: 5=sangat penting; 4=Penting; 3=Cukup Penting; 2= Kurang penting; dan 1=Tidak penting

1.6.4. Konsep dan Operasionalisasi

Kualitas Pelayanan secara konseptual dapat dimaknai sebagai pelayanan yang mampu memenuhi atau mampu melewati harapan pengguna, yang dilakukan oleh instansi yang berwenang termasuk dalam hal ini adalah pelayanan program *universal health coverage* pada RSUD Wongsonegoro Kota Semarang. Untuk mengukur kualitas pelayanan ini digunakan lima (5) dimensi pengukuran yaitu keandalan; daya tanggap, jaminan, empati dan penampilan fisik. Adapun pemaknaan masing-masing dimensi secara konseptual adalah sebagai berikut.

1. Keandalan (*reliability*) adalah kemampuan untuk menyelenggarakan pelayanan yang telah dijanjikan secara cepat dan tepat.
2. Daya tanggap (*responsiveness*) adalah kemauan untuk membantu pasien dan menyediakan pelayanan yang tepat.
3. Jaminan (*assurance*) adalah pengetahuan dan kemampuan pegawai untuk membuat pasien atau keluarganya yakin dan percaya.
4. Empati (*emphaty*) adalah perhatian ataupun perhatian individual yang diberikan petugas kepada pasien atau keluarganya.
5. Tampilan fisik (*tangibles*) adalah tampilan atau penampakan secara fisik lingkungan rumah sakit baik fasilitas fisik ataupun penampilan pegawai yang bertugas memberikan pelayanan

Kelima dimensi tersebut kemudian diterjemahkan kedalam indikator-indikator yang bisa dilihat secara nyata di lapangan sebagaimana dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Keandalan antara lain: kesederhanaan persyaratan pelayanan; kecepatan prosedur pendaftaran sampai penanganan pasien; ketepatan jadwal pelayanan; ketelitian diagnosa dan pemeriksaan; keterjangkauan lokasi
2. Daya Tanggap antara lain: daya tanggap petugas dalam menyelesaikan keluhan pasien; kemauan dokter/perawat menjelaskan tentang manfaat, cara pemakaian dan efek pemakaian obat; kesigapan petugas terhadap pasien yang membutuhkan penanganan segera.
3. Jaminan (*assurance*) antara lain: kesopanan dan keramahan petugas yang memberikan rasa aman kepada pasien; jaminan kesembuhan setelah melakukan pengobatan; kelengkapan dan kebersihan peralatan medis yang digunakan dalam menangani pasien; adanya kesempatan bagi pasien untuk melakukan konsultasi.
4. Empati (*emphaty*) antara lain: kesetaraan dalam pelayanan atau tidak ada perlakuan diskriminatif; kesediaan petugas untuk menanyakan keluhan penyakit pasien; kemauan petugas untuk membantu pasien secara individual
5. Tampilan fisik (*tangibles*) antara lain: kebersihan dan kenyamanan ruangan; kebersihan kamar perawatan; kebersihan kamar mandi dan WC; kebersihan dan kerapian petugas

1.6.5. Sumber Data dan Pengumpulan Data

1. Sumber Data: penelitian ini membutuhkan data primer dan data sekunder. Data primer terkait dengan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan *Universal Health Coverage* dilakukan melalui penyebaran kuesioner berdasarkan indikator dari lima dimensi kualitas pelayanan. Sedangkan data sekunder terdiri dari data yang diperoleh dari dokumen resmi baik terkait aturan, maupun data statistik

yang sudah ada dari BPS, Dinas Kesehatan Kota Semarang, maupun RSUD Wongsonegoro.

2. Pengumpulan Data: data yang dibutuhkan dalam penelitian ini dilakukan dengan dua cara yaitu penyebaran kuesioner untuk data terkait penilaian kinerja dan harapan/kepentingan pelayanan oleh pasien penerima program *universal health coverage* dan wawancara mendalam terutama terkait dengan kebijakan program *universal health coverage*.

1.6.6. Analisa Data

Dalam penelitian ini analisis menggunakan tipe deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Adapun untuk menjawab masalah yang dirumuskan akan menggunakan analisis tingkat kepuasan atau penilaian kinerja pelayanan dan juga tingkat kepentingan atau harapan pasien. Skala rata-rata digunakan untuk melihat penilaian kinerja dan tingkat harapan/kepentingan. Perhitungan kelas interval masing-masing jawaban baik untuk tingkat kepuasan/penilaian kinerja dan tingkat kepentingan atau harapan ada lima kategori yaitu: Sangat Tinggi; Tinggi; Cukup Tinggi; Sedang; Rendah; dan Sangat Rendah

Berdasarkan hasil penilaian tingkat kepentingan dan hasil penilaian kinerja maka akan dihasilkan suatu perhitungan mengenai tingkat kesesuaian antara tingkat kepentingan (harapan pasien) dan kinerja pelayanan yang diterima oleh pasien. Dua variabel dalam perhitungan tingkat kesesuaian adalah variabel tingkat kinerja (X) yang mampu memberikan kepuasan pelanggan dan tingkat harapan pelanggan (Y). Adapun rumus untuk menilai kesesuaian adalah sebagai berikut:

$$Tki = \frac{Xi}{Yi} \times 100\%$$

Dimana : Tki adalah tingkat kesesuaian responden

Xi adalah skor peniaian kinerja pelayanan UHC

Yi adalah skor penilaian kepentingan/harapan pasien program UHC

Selanjutnya sumbu mendatar (X) akan diisi oleh skor tingkat pelaksanaan, sedangkan sumbu tegak (Y) akan diisi oleh skor tingkat kepentingan/harapan. Secara lebih sederhana rumus untuk setiap faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien UHC adalah sebagai berikut:

$$X = \frac{\sum Xi}{n} \qquad Y = \frac{\sum Yi}{n}$$

Dimana X = Skor rata-rata tingkat pelaksanaan/penilaian kinerja/kepuasan pasien

Y = Skor rata-rata tingkat kepentingan/harapan pasien

N = Jumlah responden

Untuk analisis tingkat kepentingan atau harapan pasien dilakukan dengan membuat diagram kartesius, yang merupakan suatu bangun yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh dua garis yang berpotongan tegak lurus pada titik-titik (X,Y), dimana X merupakan rata-rata dari rata-rata skor tingkat pelaksanaan atau kepuasan pasien seluruh faktor dan Y adalah rata-rata skor tingkat

kepentingan/harapan seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Adapun rumus untuk seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah :

$$X = \frac{\sum_{i=1}^N X_i}{K} \quad Y = \frac{\sum_{i=1}^N Y_i}{K}$$

Dimana K = Banyaknya atribut atau fakta yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien

Penilaian terhadap masing-masing indikator digunakan skala Linkert dengan rentang bobot penilaian terhadap jawaban adalah 5 (bobot tertinggi) dan 1 (bobot terendah). Untuk memperoleh validitas penilaian pembobotan maka digunakan perhitungan kelas interval dengan rumus: (skor tertinggi) – (skor terendah) : 5 atau 0,8. Atas dasar hasil perhitungan tersebut maka diperoleh jenjang kategori kinerja sebagai berikut:

Nilai 4,3 - 5 = Sangat Baik

Nilai 3,5 - 4,2 = Baik

Nilai 2,7 - 3,4 = Cukup Baik

Nilai 1,9 - 2,6 = Kurang Baik

Nilai 1,0 - 1,8 = Tidak baik atau buruk

Jenjang kategori tersebut dilakukan untuk memberi penilaian terhadap masing-masing indikator dimensi pelayanan kesehatan apakah kinerjanya sangat baik, baik, cukup baik, kurang baik ataukah buruk.

Hasil dari tingkat unsur-unsur yang mempengaruhi kepuasan pelanggan akan dijabarkan dan dibagi menjadi empat bagian yang masing-masing bagian diberikan simbol. Simbol A pada kotak diagram menunjukkan faktor atau atribut yang dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan, termasuk unsur-unsur yang dianggap sangat penting, namun manajemen belum melaksanakan sesuai harapan pelanggan sehingga pasien kecewa. Simbol B menunjukkan unsur pokok yang telah berhasil dilaksanakan, untuk itu wajib dipertahankan. Unsur tersebut dianggap sangat penting dan sangat memuaskan. Simbol C menunjukkan beberapa faktor yang kurang penting pengaruhnya bagi pelanggan dan pelaksanaannya oleh penyedia layanan biasa-biasa saja. Sedangkan simbol D menunjukkan faktor yang kurang penting dalam mempengaruhi kepuasan pelanggan dalam hal ini pasien UHC akan tetapi pelaksanaannya oleh penyedia layanan berlebihan. Unsur ini dianggap kurang penting tapi pelayanannya sangat melebihi harapan pelanggan/pasien. Secara jelas dapat digambarkan melalui diagram kartesius seperti gambar berikut ini:

Y (Kepentingan /Harapan Pelanggan)	Prioritas Utama A	Pertahankan Prestasi B
	Prioritas Rendah C	Berlebihan D
X (Kinerja Pelayanan)		