

**Kualitas Program Pelayanan Kesehatan Gratis (*Universal Coverage*)  
Di Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou  
Manado (Studi Kasus Di Instalasi Rumah Inap E).**

**Gideon Gabriel Lumempow**

Dibimbing Oleh : 1. Dr. Dra. Joyce J. Rares, M.Si  
2. Jericho D. Pombengi, S.Sos, M.Si

***ABSTRACT*** :As written on roadmap of policy achievement, in 2012-2013 every region in Indonesia had a duty to developed health assurance to assured every citizen to achieve an universal health coverage. Therefore, every region should made an universal health coverage programme which is used APBD as a fund resource. Government of Manado has issued a free universal health coverage programme for every citizen with ID Card or Family Card for the submission. This research focus on service quality of BLU Prof. Kandou Hospital of Manado as a care-taker if the service that have given appropriate to Prof. Kandou Hospital's standart procedure. **Research Method:** This research using qualitative-descriptive approaching method in depth interview to 7 respondent, observation and files investigation. This research using additional instrument i.e. questionnaire, recorder and writing equipment. **Result:** According to prime service quality points those are transparency, accountability, conditional, rights equivalence, balance and duty, the service implementation of universal health coverage programme at BLU Prof. Kandou Hospital of Manado is going well. The obstacle was in application submission procedure in district or representative office of health ministry that sometimes had problem and the DPHO doesn't appropriate to doctor's advice. **Conclusion:** BLU Prof. Kandou Hospital of Manado has given a good quality service of free universal health coverage programme according to the research that have done in IRINA E.

**Keywords:** *Service Quality, Public Service, BLU Prof. Kandou Hospital of Manado as a care taker, Universal Coverage Manado.*

#### **PENDAHULUAN**

Keunggulan setiap Negara lebih ditentukan oleh faktor kualitas kebijakan publik (*the quality of public policy*) yang dikembangkan dan secara relatif bukan pada faktor-faktor lain (Nugroho, 2012: 626). Undang Undang Dasar 1945 mengamanatkan bahwa negara wajib melayani setiap warga negara dan penduduk untuk memenuhi kebutuhan

dasarnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Seluruh kepentingan publik harus dilaksanakan oleh pemerintah sebagai penyelenggara negara dengan kata lain bahwa seluruh kepentingan yang menyangkut hajat hidup orang banyak.

Dalam UUD mengatakan bahwa “negara wajib melayani setiap warga negara” hal ini berkaitan erat dengan aspek

pelayanan publik yang merupakan proses pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelaksanaan pelayanan publik yang prima dapat dinilai dari proses dan produk pelayanannya. Aspek proses meliputi SDM aparatur, mekanisme serta sarana dan prasarana yang digunakan dalam proses, sedangkan aspek produk pelayanan meliputi jenis, kualitas, dan kuantitas produk pelayanan (Surjadi, 2009)

Memahami pengertian pelayanan seperti yang termuat dalam Surat Keputusan Negara Pendayagunaan Aparatur Negara No. 81 / 1993, maka dapat dipahami bahwa instansi pemerintah yang berorientasi pada pelayanan umum harus memberikan pelayanan prima kepada yang dilayani. Artinya pelayanan yang memuaskan adalah suatu tanggung jawab (kewajiban) pihak pemberi pelayanan dan merupakan hak dari pihak penerima layanan yang dibenarkan oleh ketentuan hukum.

Dengan demikian dalam menentukan suatu program pelayanan harus dirumuskan secara matang sesuai dengan kebutuhan agar dapat mencapai tujuan melalui partisipasi dari masyarakat. Suatu hal yang harus diperhatikan bahwa di dalam proses pelaksanaan suatu

program pelayanan sekurang kurangnya terdapat tiga unsur yang penting dan mutlak ada menurut Syukur Abdullah (1987) antara lain sebagai berikut :

- a) Adanya program (kebijaksanaan) yang dilaksanakan.
- b) Target group, yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat dari program tersebut dalam bentuk perubahan dan peningkatan.
- c) Unsur pelaksana (implementer) baik organisasi maupun perorangan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan, pelaksanaan dan pengawasan dari proses implementasi tersebut.

Kesehatan merupakan aspek yang sangat penting dalam pemenuhan kewajiban Negara. Dalam Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, ditetapkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kekuasaan dalam pelayanan kesehatan terletak pada pemerintah pusat dan daerah, dan pada golongan sosial atas yang mempunyai wewenang menetapkan pilihan atas alternatif pelayanan kesehatan.

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak di butuhkan oleh

masyarakat. Tidak mengherankan apabila bidang kesehatan perlu untuk selalu di benahi agar bisa memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk masyarakat, pelayanan kesehatan yang di maksud tentu pada proses pelayanan yang cepat , tepat, murah dan ramah. Karena baik atau tidaknya mutu pelayanan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses (Azrul Azwar, 2011: 60).

Untuk menciptakan Tujuan dari Pemerintah Republik Indonesia dalam memberikan pelayanan kesehatan, maka pemerintah meluncurkan Program Kesehatan nasional maka Presiden mengeluarkan (Perpres No. 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014) dan salah satu program yang direncanakan adalah rencana pembangunan kesehatan nasional (*Universal Health Coverage*), dan Perpres tersebut langsung direspon oleh kementerian kesehatan dengan mengeluarkan (Kepmenkes RI No.Hk.03.01/ 160/ I/ 2010 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010 –2014) dan (Kepmenkes No.686/Menkes/SK/VI/2010 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat) dalam rangka mencapai *Universal Health Coverage* pada Tahun 2014 (KBRN Jakarta). Namun yang

menjadi masalah dalam mencapai tujuan pemerintah tersebut harus mengalami proses transisi dimana pada Tahun 2012 - 2013 yang menjamin kepesertaan masyarakat adalah daerah (PEMDA harus membantu mengembangkan JAMKES untuk menjamin seluruh penduduknya dalam mencapai *Universal Health Coverage* 2014) dengan itu daerah harus membuat suatu Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda *Universal Coverage*) yang dimana sumber dana dari APBD, serta peserta adalah penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan dan memiliki KTP/KK di daerah setempat, dan dasar hukumnya adalah UU No 32 Tahun 2004 “daerah berkewajiban menyelenggarakan atau mengembangkan sistem jaminan sosial”. Adapun masalah dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (*Universal Coverage*) adalah sebagai berikut (Yulita Hendaratini): Sumber Anggaran : APBD ditentukan oleh komitmen kepala Daerah, Kepesertaan : *by name by address* masih sulit, Portabilitas : tidak ada (terbatas), Model Pengelolaan Keuangan : BLU dan pola Keuangan daerah, Benefit : yang berbeda beda serta kecukupan biaya yang harus disesuaikan dengan benefit dasar BPJS, SDM Pengelola : terbatas atau sedikit

Yang diteliti dalam hal ini adalah kualitas pelayanan yang diberikan di Rumah sakit sebagai pemberi layanan, kualitas pelayanan berhubungan erat dengan pelayanan yang sistematis dan komperhensif yang lebih dikenal dengan konsep pelayanan prima. Aparat pelayanan hendaknya memahami variabel-variabel pelayanan prima seperti yang terdapat dalam agenda perilaku pelayanan prima sektor publik. Variabel yang dimaksud adalah pemerintah yang bertugas melayani, masyarakat yang dilayani pemerintah, kebijaksanaan yang dijadikan landasan pelayanan publik, peralatan atau sarana pelayanan yang canggih. Kualitas pelayanan yang memuaskan masyarakat sesuai dengan standar dan asas pelayanan masyarakat, manajemen dan kepemimpinan serta organisasi pelayanan masyarakat. Variabel pelayanan prima di sektor publik tersebut dapat diimplementasikan apabila aparat pelayanan berhasil menjadikan kepuasan pelanggan sebagai tujuan utamanya, dan supaya kepuasan pelanggan yang menjadi tujuan utama terpenuhi, maka aparatur pelayanan wajib mengetahui dengan pasti siapa pelanggannya. Ukuran keberhasilan penyelenggaraan pelayanan ditentukan oleh tingkat kepuasan penerima layanan. Kepuasan penerima layanan dicapai

apabila penerima layanan memperoleh pelayanan sesuai dengan yang dibutuhkan dan diharapkan. Dengan demikian kebutuhan para penerima layanan harus dipenuhi oleh pihak penyelenggara pelayanan agar para penerima layanan tersebut memperoleh kepuasan. Untuk itulah diperlukan suatu pemahaman tentang konsepsi kualitas pelayanan. Kualitas pelayanan diartikan sebagai tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. (Wyckof dalam Tjiptono, dkk, 1996:59).

Kualitas pelayanan bukanlah dilihat dari sudut pandang pihak penyelenggara atau penyedia layanan, melainkan berdasarkan persepsi masyarakat (pelanggan) penerima layanan. Pelangganlah yang mengkonsumsi dan merasakan pelayanan yang diberikan, sehingga merekalah yang seharusnya menilai dan menentukan kualitas pelayanan. Apabila pelayanan yang diterima atau dirasakan itu sesuai dengan apa yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika pelayanan yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika

pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik buruknya kualitas pelayanan tergantung kepada kemampuan penyedia layanan dalam memenuhi harapan masyarakat (para penerima layanan) secara konsisten (Tjiptono, dkk, 1996:59). Berdasarkan sejumlah uraian tersaji, maka pengertian kualitas pelayanan adalah totalitas karakteristik suatu konsep pelayanan yang mencakup seluruh aspek pelayanan, dan tolak ukur kualitas pelayanan itu adalah dapat memberi kepuasan kepada para pelanggan atau penerima layanan.

## **METODOLOGI PENELITIAN**

### **A. Metode Penelitian**

Meyer & Greenwood mengartikan Deskripsi kualitatif semata-mata mengacu pada identifikasi sifat-sifat yang membedakan atau karakteristik sekelompok manusia, benda, atau peristiwa.

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan pendekatan kualitatif dimana dalam penelitian ini bersifat deskriptif yaitu melakukan wawancara mendalam pengumpulan data primer dan pengumpulan data-data sekunder, yang

kemudian hasil data primer dan sekunder diolah dan akan diperoleh data.

### **B. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat (BLU) Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagai layanan tingkat tersier yang bekerjasama dengan pemerintah Kota Manado dalam melaksanakan program pelayanan kesehatan gratis (*Universal Coverage*)

### **C. Informan Penelitian**

Informan yang dimaksud dalam kegiatan penelitian ini adalah aparatur dan tokoh masyarakat yang menangani langsung atau terkait dalam penelitian ini. Teknik purposive sampling (*judgement sampling*) merupakan pemilihan siapa subjek yang ada dalam posisi terbaik untuk memberikan informasi yang dibutuhkan (Ulbar Silalahi 2009 : 272). Purposif sampel ini digunakan dalam penentuan jumlah informan penelitian. Informan dalam penelitian ini berjumlah 7 informan

### **D. Fokus Penelitian**

Yang menjadi fokus penelitian adalah :

1. Program (Kebijakan) Pelayanan Kesehatan Gratis (*Universal Coverage*).
2. Rumah Sakit Umum Pusat (BLU) Prof. Dr. R. D. Kandou Manado

(Pelaku kebijakan) sebagai pemberi pelayanan

3. Masyarakat (Lingkungan Kebijakan) yang belum memiliki jaminan kesehatan sebagai target group sebagai penerima pelayanan
4. Serta pelayanan (Sub Indikator) yang diberikan dalam pelaksanaan program (kebijakan) tersebut sebagai penentu akhir.

#### **E. Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian ini adalah kata kata dan tindakan para informan sebagai data primer dan tulisan atau dokumen dokumen yang mendukung pernyataan informan. Untuk memperoleh data data yang relevan dengan tujuan penelitian, maka digunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut : Data Primer, Data Sekunder

#### **F. Teknik Analisis Data**

Untuk menghasilkan dan memperoleh data yang akurat dan objektif sesuai dengan apa yang menjadi tujuan dalam penelitian ini, maka analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis data kualitatif dengan cara analisis konteks dari telaah pustaka dan analisis pernyataan dari hasil wawancara dari informan. Dalam melakukan analisis data peneliti mengacu

pada beberapa tahapan yang terdiri dari beberapa tahapan antara lain:

1. Pengumpulan informasi melalui wawancara terhadap key informan yang compatible terhadap penelitian kemudian observasi langsung ke lapangan untuk menunjang penelitian yang dilakukan agar mendapatkan sumber data yang diharapkan.
2. Reduksi data (*data reduction*) yaitu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan di lapangan selama meneliti tujuan diadakan 25 transkrip data (transformasi data) untuk memilih informasi mana yang dianggap sesuai dengan masalah yang menjadi pusat penelitian lapangan.
3. Uji *Confirmability*, Uji *confirmability* berarti menguji hasil penelitian. Bila hasil penelitian merupakan fungsi dari proses penelitian yang dilakukan, maka penelitian tersebut telah memenuhi standar *confirmability*-nya.

Penyajian data (*data display*) yaitu kegiatan sekumpulan informasi dalam bentuk teks naratif, grafik jaringan, tabel dan bagan yang bertujuan mempertajam pemahaman penelitian terhadap informasi yang dipilih kemudian disajikan dalam tabel ataupun uraian penjelasan.

Pada tahap akhir adalah penarikan kesimpulan atau verifikasi (*conclusion drawing/ verification*), yang mencari arti pola-pola penjelasan, konfigurasi yang mungkin, alur sebab akibat dan proposisi. penarikan kesimpulan dilakukan secara cermat dengan melakukan verifikasi berupa tinjauan ulang pada catatan-catatan di lapangan sehingga data-data di uji validitasnya

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Kualitas Program pelayanan kesehatan gratis (*Universal Coverage*) tersebut dilihat atau diamati dari proses pemberian pelayanan maka dilihat dari enam indikator (pelayanan publik) yang merupakan sub indikator yang ada, sebagaimana yang dikemukakan oleh teori L. Poltak Sinambale yaitu Pelayanan publik pada dasarnya adalah untuk mencapai kepuasan itu dituntut kualitas pelayanan prima yang tercermin dari Transparansi, Akuntabilitas, Kondisional, Partisipatif, Kesamaan hak, keseimbangan hak dan kewajiban”(L. Poltak Sinambale, 2002: 6).

Untuk mengungkap bagaimana Kualitas dari pemberian pelayanan kesehatan gratis (*Universal Converage*) tersebut, dilakukan wawancara terhadap pimpinan direksi, tenaga medis (dokter dan

perawat), dan administrasi, serta masyarakat kota manado sebanyak 7 orang. Hasil wawancara dan pembahasannya dikemukakan sebagai berikut :

#### a) Transparansi

Transparansi adalah pelayanan yang bersifat terbuka atau jelas, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan (pasien/masyarakat) dan disediakan secara memadai/sesuai dengan kebutuhan serta mudah dimengerti (L. Poltak Sinambale, 2002: 6). Dalam hal ini bagaimana keterbukaan/kejelasan, kemudahan untuk mendapatkan pelayanan dari BLU Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou sebagai pihak yang memberikan pelayanan (dalam sistem kebijakan yaitu pelaku kebijakan), karena dalam pelayanan ketika penerima pelayanan atau pasien dengan mendapatkan kejelasan dan kemudahan untuk mendapatkan pelayanan maka penerima pelayanan atau pasien akan merasa puas dengan semua pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit sebagai pemberi pelayanan.

Transparansi yang dimaksud dalam hal untuk mengetahui kepuasan penerima pelayanan atau pasien di

BLU Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou dilihat dari tiga aspek, yaitu prosedur pelayanan, persyaratan pelayanan, dan memiliki sistem yang efektif.

Berdasarkan data dan wawancara dengan penerima pimpinan, administrasi dan pasien yang berkompeten di BLU Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou maka diketahui bahwa tujuan dari program pelayanan kesehatan gratis (*Universal Coverage*) adalah program kesehatan yang bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada semua masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan apa pun dan termasuk dalam golongan kurang mampu serta merupakan masyarakat kota manado.

Berdasarkan penelitian yang ada, secara umum prosedur dan mekanisme pelayanan di rumah sakit dalam proses pendaftaran untuk inap, dan pemberian pelayanan kesehatan selama masa penyembuhan dan penyelesaian administrasi di Instalasi Rumah Inap (IRINA) E Atas sudah sangat baik, tetapi yang menjadi permasalahan adalah proses pengurusan jaminan yang tidak mudah, seperti yang di utarakan oleh

pasien *Universal Coverage* dalam wawancara yaitu sebagai berikut:

Untuk mengurus jaminan *Universal Coverage* ini sangat susah, dalam hal pengurusan surat keterangan kurang mampu di kelurahan dan pengurusan surat juga di dinas kesehatan sama sulitnya. Saya waktu mengurus harus bermohon sampai saya menagis di depan mereka, soalnya surat yang saya urus itu kata mereka nanti akan selesai seminggu kemudian sedangkan anak saya sudahh kejang-kejang di puskesmas untuk dirujuk di rumah sakit Prof. Dr. R. D. Kandou kita harus membawa kartu jaminan UC dan surat keterangan kurang. Maka kita tidak akan bebas dari biaya ginap di kelas III dan pengobatan. Tapi untuk pengurusan administrasi di rumah sakit sangat baik dari pihak rumah sakit khususnya Instalasi Rumah Inap (IRINA) E Atas sangat membantu dan tidak mempersulit kami sebagai pasien, jika kami tidak tauh maka mereka akan memberi penjelasan

Dari pernyataan dari pada informan di atas keseluruhan menunjukkan bahwa prosedur pelayanan, mekanisme pelayanan, serta sistem yang efektif. Dari prosedur dan mekanisme



pelayanan di rumah sakit sudah sangat baik serta memiliki sistem yang efektif, maka bisa disimpulkan bahwa transparansi dari pelayanan yang diberikan rumah sakit sudah berkualitas dan telah memuaskan penerima pelayanan atau pasien.

b) Akuntabilitas

Dalam memberikan sebuah pelayanan sangat di tuntut sebuah tanggungjawab dari pemberi pelayanan demi terciptanya suatu kondisi keamanan yang dapat menimbulkan suatu keadilan sehingga pelanggan merasa nyaman dengan proses pelayanan yang ada (L. Poltak Sinambale, 2002: 6). Untuk menjamin rasa aman dari penerima pelayanan maka dalam pelaksanaan program tersebut di dasari dengan Peraturan Walikota No.4 Tahun 2013 Tentang Program Kesehatan Gratis *Universal Coverage* (UC)”, Akuntabilitas adalah suatu wewenang dan tanggungjawab dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan yang berdasarkan prosedur pelayanan rumah sakit dan peraturan walikota.

Dalam penelitian ini akuntabilitas dari pelayanan yang ada sudah baik dengan berpedoman pada sistem pelayanan dari rumah sakit yang sudah baik

tetapi bertabrakan dengan kebijakan dalam pembuatan program itu sendiri. Secara garis besar semua pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan sudah bisa dipertanggungjawabkan kepada masyarakat/pasien dalam hal: kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas rumah sakit, terjangkaunya masyarakat terhadap besarnya biaya yang di tetapkan oleh rumah sakit dengan pembiayaan yang tidak di jamin oleh progam *Universal Coverage*. Informan pasien yang diwawancarai mengakui hal tersebut Akuntabilitas dari pihak pemberi pelayanan yaitu BLU Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou sudah sepenuhnya bertanggung jawab sesuai dengan pelayanan yang diberikan dengan melandaskan kepada aturan bersama yang telah diatur dalam MOU, jadi dengan kata lain untuk akuntabilitas dari pertanggungjawaban dari pihak rumah sakit sebagai pemberian pelayanan yang ada sudah bermutu.

c) Kondisional

Pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan

efektivitas (L. Poltak Sinambale, 2002: 6), yang dimaksud dengan kondisional yang ada adalah kondisi rumah sakit sebagai pemberi pelayanan di sesuaikan dengan kapasitas pelayanan yang maksimal dalam hal, sebagai berikut: kedisiplinan petugas medis, kemampuan petugas medis, kecepatan pelayanan, dan kepastian jadwal pelayanan.

Kedisiplinan petugas medis telah dilaksanakan sesuai dengan aturan yang berlaku dari jam datang petugas medis dan administrasi, pemberian obat, pemberian makan, serta pertukaran jam jaga perawat yang sudah diatur, semua itu dibenarkan oleh perawat dan tenaga administrasi yang ada, sebagai berikut:

Hasil penelitian menunjukkan untuk mutu dari kondisi pemberi pelayanan yang diberikan sudah berdaya guna dan berhasil guna sesuai dengan kondisi pemberi pelayanan dengan mengutamakan profesionalisme kerja serta memaksimalkan semua tenaga yang ada demi kesehatan banyak anak, telah menghasilkan pelayanan yang bermutu sesuai dengan kondisi rumah sakit.

#### d) Partisipatif

Pelayanan yang dapat mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat (L. Poltak Sinambale, 2002: 6). Yang dimaksud dengan partisipatif adalah melibatkan masyarakat dalam pemberian pelayanan dengan memperhatikan setiap keluhan, kebutuhan, dan keinginan dari pasien UC.

Penelitian yang dilakukan dalam hal melibatkan pasien dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ternyata sudah berjalan sejak dari dulu sebelum program *Universal Coverage* ini. Dalam hal keluhan, kebutuhan, dan keinginan dari pasien selalu berjalan dengan baik karena adanya komunikasi dua arah dari pihak pasien kepada rumah sakit dan begitu sebaliknya.

Hasil penelitian menunjukkan dalam hal memberdayakan masyarakat/pasien yang ada sudah berjalan dengan baik, sebelum program UC dilaksanakan dalam hal partisipatif sudah berjalan dengan semestinya, dan bisa dikatakan bermutu karena para pasien bersedia melakukan hal tersebut.

- e) Kesamaan hak
- Pelayanan yang tidak melakukan diskriminasi dilihat dari aspek apa pun khususnya suku, ras, agama, golongan, status sosial, dan lain-lain (L. Poltak Sinambale, 2002: 6). Kesamaan hak yang dimaksud dalam hal ini adalah tidak adanya perbedaan dalam pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani, karena program *Universal Coverage* ini bertujuan untuk masyarakat kota Manado yang memiliki KTP atau KK kota Manado dengan kata lain pasti banyak pasien yang dari berbagai golongan/status yang berbeda.
- Hasil penelitian menunjukkan Untuk kesamaan hak dalam pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sudah sangat baik seperti wawancara yang dilakukan menghasilkan bukti bahwa pelayanan medis di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou sangat adil dalam memberikan pelayanan.
- f) Keseimbangan hak dan kewajiban
- Pelayanan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan publik (L. Poltak Sinambale, 2002: 6). Keseimbangan hak dan kewajiban adalah kesamaan dari aspek penerima pelayanan yaitu

pasien yang dan pemberi pelayanan yaitu rumah sakit, dan kedua aspek tersebut memiliki hak dan kewajibannya sendiri.

Dalam penelitian yang ada di temukan permasalahan yaitu dari aspek penerima pelayanan yaitu pasien telah sepenuhnya menerima haknya dalam pelayanan kesehatan dari rumah sakit sedangkan dalam hal kewajiban mereka seringkali belum sepenuhnya melaksanakan atau masih ada yang kurang, tapi dari aspek pemberi pelayanan juga mengalami masalah dalam penerimaan hak pembayaran jasa yang sering terlambat dalam penyaluran dan kewajiban sebagai tenaga medis telah dilaksanakan dengan baik.

Hasil penelitian menunjukkan Ternyata dalam kesamaan hak dan kewajiban mempunyai masalah dimana kedua belah pihak sebagai pemberi pelayanan yaitu rumah sakit mengalami masalah pada hak mereka, dan sebagai penerima pelayanan yaitu pasien mengalami masalah pada kewajiban mereka dalam melengkapi berkas jaminan *Universal Coverage*. Masalah tersebut bukan timbul akibat pemberi pelayanan atau rumah sakit

tetapi dari pembuat kebijakan sendiri atau pemerintah.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasannya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Adanya transparansi yang berkualitas dan memuaskan pasien, akuntabilitas dari pertanggungjawaban dari pihak rumah sakit sebagai pemberian pelayanan yang ada sudah bermutu, telah menghasilkan pelayanan yang bermutu sesuai dengan kondisi rumah sakit, Partisipatif dalam hal memberdayakan masyarakat/pasien yang ada sudah berjalan dengan baik.
2. Kesamaan hak dalam pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sudah sangat baik, kesimbangan hak dan kewajiban dari penerima dan pemberi mengalami masalah namun pada dasarnya tidak mengurangi pemberian pelayanan dari rumah sakit sehingga bisa dikatakan cukup baik, serta pada dasarnya pasien/masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang ada.
3. Kualitas program pelayanan kesehatan gratis (*Universal Coverage*) di Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou Manado

dapat dinilai bahwa pelayanannya berkualitas atau bermutu.

### B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian tersebut maka perlu dikemukakan beberapa saran sebagai berikut:

1. Dalam rangka lebih baiknya pelayanan yang ada di Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dalam rangka mempermudah pasien/masyarakat dalam kemudahan informasi maka perlu adanya ruangan informasi atau *customer service* untuk mendapatkan kemudahan bertanya dan berkonsultasi dengan permasalahan yang ada.
2. Untuk jaminan obat-obatan dalam program *Universal Coverage* sebaiknya ditambahkan dengan obat-obat dengan harga yang mahal, jangan hanya alat suntik, infus, dan obat generik lainnya. Supaya benar-benar program ini gratis.
3. Untuk pembayaran jasa kepada tenaga medis juga harus diperhatikan dan diperhitungkan dengan baik jangan hanya melihat kepentingan pemerintah sebagai pembuat kebijakan tetapi tenaga medis sebagai pemberi pelayanan. Untuk pemerintah jangan hanya membuat kebijakan yang hanya

untuk menunjukkan kepada masyarakat bahwa pemerintah mempunyai kebijakan ini tetapi tidak melihat, mengkaji, dan memperhitungkan dengan baik apa saja kelemahan dan keuntungan dari kebijakan tersebut.

#### DAFTAR PUSTAKA

Abdullah, Syukur, 1988. *Laporan temu kajian posisi dan peran ilmu administrasi Negara dan manajemen*, Jakarta: Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia dan Asia Foundation

Azwar, Azrul. 2011. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Tangerang: Binarupa Akasar Publisher.

Dunn, William N, 2003. *Analisis kebijaksanaan Publik*. Yogyakarta: Gajah mada University press.

Nugroho, Riant, 2012. *Public Policy*, Jakarta : Alex Media Komputindo

Tjiptono, Fandy & Anastasaia Diana, 2003. *TQM Edisi Revisi*, Yogyakarta: Penerbit Andi

#### Sumber-sumber lain :

- Peraturan Walikota No.4 Tahun 2013 Tentang Program Kesehatan Gratis *Universal Converge* (UC)
- Perpres No. 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka

Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014;

- Kepmenkes RI No. 1161/Menkes/SK/X/2007 Tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Tarif INA- DRG;
- Kepmenkes RI No.989/Menkes/SK/IX/2007 Tentang Penetapan Tarif Kelas III Rumah Sakit di Seluruh Indonesia Berdasarkan INA –DRG;
- Kepmenkes RI No.Hk.03.01/ 160/ I/ 2010 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2010 –2014;