

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu prinsip penting dari penyelenggaraan pelayanan publik adalah pelayanan bagi segenap bangsa Indonesia, artinya pelayanan publik memuat prinsip-prinsip keadilan / *equity* dimana semua masyarakat berhak atas pelayanan publik yang sama tanpa adanya perlakuan diskriminatif. Pelayanan diberikan tanpa memandang status, pangkat, golongan dari semua masyarakat. Pelayanan dalam bidang kesehatan salah satunya. Kesehatan merupakan aspek terpenting dalam kehidupan, namun hambatan terbesar masyarakat Indonesia dalam menikmati layanan kesehatan adalah faktor ekonomi yang rendah. Sedangkan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Setiap peserta berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Kemenkes RI, 2012).

Kemiskinan Indonesia merupakan hal yang dinamis memiliki arti bahwa model jaminan kesehatan dengan sasaran penduduk miskin tidak akan selalu dapat diandalkan untuk mencakup seluruh masyarakat miskin. Kita tidak dapat mengatakan bahwa semua orang miskin sudah ditanggung jika jumlah penerima bantuan sama dengan jumlah orang miskin, karena setiap hari ada penduduk yang menjadi miskin, ataupun yang lepas dari kemiskinan. Selain itu, jika jumlah penduduk miskin yang tercakup sama dengan jumlah total penduduk miskin, namun ada penduduk miskin yang tidak tercakup, jadi kualitas sistem kepesertaan termasuk apakah sistem tersebut *up-*

to-date- adalah titik kunci yang harus diperhatikan dalam melihat dampak penggunaan metode penentuan sasaran tersebut.

Sebagai penunjang bidang kesehatan, pemerintah pada khususnya pusat memberikan layanan yang memudahkan masyarakat pada sektor kesehatan. Salah satunya adalah jaminan kesehatan yang diberikan pada seluruh masyarakat Indonesia yang bisa digunakan oleh masyarakat tanpa pengecualian atau diskriminatif. Jaminan Kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2012).

Kemiskinan dan mahalnya akan biaya kesehatan merupakan salah satu penghambat bagi suatu negara berkembang dalam meningkatkan kualitas dan kesejahteraan masyarakat (Wulandari, 2015). Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikasi melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit (RS), penempatan pelaksana verifikasi di setiap RS, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran (Wulandari, 2015).

Pemerintah Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu Pemda yang sering melahirkan suatu inovasi yang baik. Kabupaten Kulon Progo yang merupakan salah satu daerah administrasi di Provinsi DIY melalui Pemerintah Kabupaten Kulon Progo pula

terciptalah suatu inovasi rumah sakit tanpa kelas untuk memberikan pelayanan kesehatan secara merata terhadap masyarakat yang ada di Kabupaten Kulon Progo. Inovasi rumah sakit tanpa kelas di gagas sendiri oleh Bupati Kulon Progo bapak Hasto Wardoyo (Handoyo, dkk. 2015). Sebagai seorang dokter yang terpilih menjadi bupati, Hasto Wardoyo diawal pemerintahannya langsung mengimplementasikan kepeduliannya pada warga miskin di Kabupaten Kulon Progo. Bentuk konkretnya adalah rumah sakit daerah tanpa kelas. Sistem tanpa kelas ini diterapkan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Nyi Ageng Serang. Terkait pemenuhan pelayanan kesehatan, prinsipnya tetap sama, yakni penyederhanaan (*simplicity*).

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Kulon Progo Nomor 6 Tahun 2009 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah menjelaskan diselenggarakannya sistem JAMKESDA adalah upaya untuk memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat yang pengelolaannya mengintegrasikan antara pembiayaan dan pelayanan kesehatan agar diperoleh biaya yang efisien tanpa mengorbankan mutu pelayanan yang kemudian dilaksanakan melalui program rumah sakit tanpa kelas yang dilaksanakan di RSUD Wates yang diresmikan pada tahun 2012. Dengan adanya Peraturan Daerah dan kebijakan yang dikeluarkan Bupati mengenai pemanfaatan jaminan bagi keluarga miskin, terjadi peningkatan rasio kunjungan GAKIN (Keluarga Miskin) pada tahun 2011 sebesar 39,60% naik menjadi 43,42% ditahun 2012 dan tahun 2013 menjadi 56,35%.

Meningkatnya kunjungan GAKIN pada rawat jalan relatif tidak berpengaruh terhadap layanan, berbeda halnya dengan layanan rawat inap (angka penggunaan tempat tidur kelas III mencapai 114,5%) (Wulandari, 2015). Hal tersebut disebabkan keterbatasan tempat tidur kelas III, meskipun ratio tempat tidur kelas III telah mencapai 48% dari total tempat tidur Rumah Sakit. Kondisi tersebut menimbulkan ide inovasi peningkatan kualitas pelayanan publik melalui penetapan kebijakan RS tanpa kelas bagi pasien GAKIN. Inovasi ini memberikan pengertian

bahwa RSUD Wates menerima semua pasien GAKIN yang membutuhkan rawat Inap walaupun saat itu bangsal kelas III penuh dan sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan pihak penjamin (Jamkesmas, Jamkessos, dan Jamkesda). Dengan kebijakan RS tanpa kelas bagi pelayanan GAKIN daya tampung RS menjadi meningkat dan pemanfaatan layanan oleh GAKIN meningkatkan secara signifikan, tampak dari angka penggunaan tempat tidur tahun 2011 sebesar 80% menjadi 114,5% pada tahun 2013 (Wulandari, 2015).

Tabel 1. 1. Peningkatan Kunjungan GAKIN

Tahun	Tingkat Kunjungan
2011	39,60%
2012	43,42%
2013	56,35%

Sumber: Wulandari, Mila. 2015. Hal 5-6.

Meningkatnya rasio membuat Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Nyi Ageng Serang didirikan pada tahun 2013 dan diresmikan pada tanggal 12 november tahun 2014 oleh Bupati Kulonprogo Dr. Hasto Wardoyo,Sp.Og. Rumah Sakit Umum Daerah Nyi Ageng Serang merupakan rumah sakit umum milik Pemerintah Kabupaten Kulonprogo. Rumah sakit Nyi Ageng Serang bertempat di Jl. Bantar Kulon, Banguncipto Kecamatan Sentolo Kabupaten Kulonprogo. Perpindahan inovasi rumah sakit tanpa kelas yang sebelumnya di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates dilatarbelakangi kurangnya fasilitas dan kapasitas Rumah Sakit Umum Daerah Wates yang terus meningkatnya jumlah pasien yang ingin berobat di RSUD Wates, maka Rumah Sakit Umum Daerah Wates tidak memadai maka pada tanggal 7 Juni 2016 inovasi rumah sakit tanpa kelas di pindahkan ke Rumah Sakit Umum Daerah Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo.

Rumah Sakit Umum Daerah Nyi Ageng Serang pada tahun 2015 menjadi salah satu nomine penerima *United Nation Public Service Award* (JawaPos.com, diakses tanggal 13-03-2015 pukul 19.32 WIB). Itu terjadi karena rumah sakit tersebut memiliki program andalan yang sangat pro terhadap pelayanan kesehatan rakyat miskin. Program tersebut adalah rawat inap warga miskin tanpa kelas. Konsepnya sederhana dan tidak membutuhkan banyak biaya. Dengan program itu, tidak ada lagi cerita pasien ditolak rawat inap di RSUD Nyi Ageng Serang. Bupati Kulon Progo Hasto Wardoyo menjelaskan bahwa sebelum adanya inovasi ini pasien miskin di Kabupaten Kulonprogo yang dibiayai Jamkesmas, Jamkesda, atau sekarang BPJS, apabila rawat inap, mendapat jatah di kelas III. Namun, karena kapasitas ruang rawat inap di kelas III terbatas, banyak pasien miskin yang terpaksa ditolak saat akan menjalani rawat inap. Mereka harus masuk daftar tunggu untuk antre rawat inap. Permasalahan ini pula yang kemudian menjadi cikal bakal munculnya inovasi rumah sakit tanpa kelas di Kabupaten Kulonprogo (JawaPos.com, diakses tanggal 13-03-2015 pukul 19.32 WIB).

Inovasi kebijakan rumah sakit tanpa kelas bukan berarti RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah) Nyi Ageng Serang menghilangkan semua kelas III, II, I, VIP, maupun VVIP, akan tetapi semua kelas yang berada di rumah sakit bisa dipakai dengan catatan untuk masyarakat yang mempunyai jaminan kesehatan dengan hak rawat inap kelas III penuh atau melebihi kapasitas yang berada di Rumah Sakit Nyi Ageng Serang maka pasien rawat inap tetap mendapatkan pelayanan dengan menempati seluruh ruang rawat inap dengan catatan ruang rawat inap kelas III penuh maka pasien di pindahkan ke kelas atasnya yaitu di kelas II atau Kelas I, bahkan bisa ditempatkan di kelas VIP. Tarif yang dikenakan sesuai dengan tarif kelas III. Perpindahan ini bersifat sementara, apabila kelas III sudah kosong maka pasien yang berada di kelas II, I, dan VIP di pindahkan kembali sebagaimana haknya semula di kelas III.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana Evaluasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Tanpa Kelas di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui bagaimana evaluasi kebijakan terhadap pelayanan kesehatan Rumah Sakit tanpa kelas di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan serta memberikan dorongan terhadap teori tentang evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan rumah sakit tanpa kelas di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo sehingga dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya maupun berguna bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

b. Manfaat Praktis

1. Penelitian ini sendiri diharapkan memberikan manfaat tersendiri bagi peneliti untuk memenuhi persyaratan akademik untuk mendapatkan gelar sarjana pada program studi Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik dan hasil yang didapat dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ide dan gagasan baru bagi mata kuliah monitoring dan evaluasi kebijakan.
2. Penelitian ini pula diharapkan dapat memberikan informasi serta pengetahuan tambahan kepada masyarakat khususnya di Kabupaten Kulon Progo terhadap evaluasi kebijakan rumah sakit tanpa kelas yang sedang dilaksanakan oleh pemerintah daerahnya dalam upaya memenuhi pelayanan kesehatan.

3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam keikutsertaan memberikan evaluasi kebijakan terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit tanpa kelas. Khususnya kepada Dinas Kesehatan di Kabupaten Kulon Progo.

E. Tinjauan Pustaka

Dalam sebuah tinjauan pustaka, penulis mengemukakan beberapa kajian pustaka yang memiliki hubungan dengan penelitian ini. Tujuan dari kajian pustaka ini untuk menemukan sisi menarik atau hal lain yang dilakukan, serta memberikan suatu perbedaan pada penelitian terdahulu dengan penelitian yang penulis lakukan.

Penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Khozin (2010) evaluasi implementasi kebijakan standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul. Pada penelitian ini menjelaskan bahwa dalam melaksanakan standar pelayanan minimal (SPM) pada bidang kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, meskipun baru menjangkau secara umum saja. Pada pelaksanaannya SPM dapat berperan baik dalam capaian kinerja pelayanan kesehatan yang ada, sehingga terjadi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat di Kabupaten Gunung Kidul.

Penelitian yang dilakukan oleh Septian (2015) evaluasi kebijakan kesehatan masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Rubini Kabupaten Pontianak. Pada Penelitian ini menjelaskan bahwa dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat pada pelaksanaan belum semua masyarakat bisa mendapatkan kartu Jamkesmas dikarenakan kurang optimalnya informasi melalui media massa seperti koran dan juga radio. Pemerintah Kabupaten Pontianak belum bisa mengefesiensikan anggaran Jamkesda.

Karena dengan mulainya BPJS tanggal 1 Januari 2014 meningkatnya biaya iurang perbulan dari sebelumnya sebesar Rp 12.000,- menjadi Rp 19.225,-. Belum adanya peran Pemerintah Daerah menimalisir kemiskinan, akhirnya biaya yang dikeluarkan Pemerintah Daerah membengkak dari tahun sebelumnya.

Penelitian yang dilakukan Winarno (2013) evaluasi kebijakan pembangunan puskesmas pembantu di Provinsi Kalimantan Tengah. Dalam penelitian ini menerangkan bahwa pembangunan puskesmas pembantu di Provinsi Kalimantan Tengah yang dananya berasal dari APBD I, tidak diperlukan oleh Kabupaten/Kota. Dana untuk pembangunan maupun rehabilitasi sarana pelayanan kesehatan yang berasal dari Dana Alokasi Khusus (DAK) masing-masing Kabupaten dan APBD II. Dana anggaran yang disediakan sebaiknya untuk meningkatkan program. Tidak ada agenda yang melatarbelakangi pembangunan puskesmas pembantu di Provinsi Kalimantan Tengah, namun faktor politik lebih terlihat dalam penyusunan agenda kebijakan ini. Peraturan baku/formula dalam mengalokasikan dana untuk pembangunan puskesmas pembantu melalui APBD I di Provinsi Kalimantan Tengah. Alokasi ini lebih berdasar pada komitmen politik kepala daerah dan DPRD. Sehingga tidak ada target untuk berapa lama pengalokasian dana tersebut.

Penelitian yang dilakukan Herman (2008) evaluasi kebijakan penempatan tenaga kesehatan di Puskesmas sangat terpencil di Kabupaten Buton. Menjelaskan bahwa kebijakan penempatan tenaga bentuk berpihak pada Puskesmas sangat terpencil masih bersifat umum dan berorientasi jangka pendek. Sebagian tenaga kesehatan tidak retensi tinggal di Puskesmas sangat terpencil. Kecilnya penghasilan yang diterima karena tidak adanya insentif merupakan alasan penting untuk pindah, selain faktor geografis,

pengembangan karir dan penghargaan yang tidak jelas. Upaya pemerintah daerah dalam penyediaan sara penunjang berupa rumah dinas dan kendaraan dinas tidak berpengaruh terhadap retensi tenaga di Puskesmas sangat terpencil.

Penelitian yang dilakukan Pani (2012) evaluasi implementasi kebijakan bantuan operasional kesehatan di tiga Puskesmas Kabupaten Ende Provinsi Nusa Tenggara Timur. Pada penelitian ini menjelaskan bahwa kebijakan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di tiga Puskesmas Kabupaten Ende dilaksanakan sesuai petunjuk teknis BOK tahun 2011. Pemanfaatan dana BOK belum efektif dimana pemanfaatan dana lebih kearah kesesuaian dengan petunjuk teknis untuk tertib administrasi dalam hal ini untuk kelengkapan surat pertanggung jawaban (SPJ) tanpa memperhatikan dampak bagi masyarakat. Kewenangan daerah dalam hal ini Puskesmas sangat terbatas dalam pemanfaatan dana BOK. Keterlambatan dana yang diterima oleh puskesmas diatasi dengan sistem pinjam dan hutang sehingga kegiatan upaya kesehatan preventif dan promotive tetap berjalan. Peran kepala Puskesmas dalam sosialisasi dan monitoring evaluasi belum optimal dalam pelaksanaan kebijakan BOK di tingkat Puskesmas. Hal ini tampak dengan adanya kekeliruan penyusunan item kegiatan *Plan Of Action* (POA). Penyusunan POA tidak melibatkan masyarakat implementasi kegiatan tidak menggunakan standar operasional prosedur serta sistem monitoring dan pertanggung jawaban dilaksanakan secara administratif untuk menghabiskan anggaran.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian-penelitian yang telah ditulis di atas adalah perbedaan dari penelitian Muhammad Khozan (2010) yaitu ada pada objek penelitiannya di Kabupaten Gunung Kidul, penelitian ini sama-sama mengambil topik evaluasi kebijakan dan temanya evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan. Perbedaan dari

penelitian dari penelitian Septian (2015) yaitu ada pada objek penelitiannya di RSUD dr. Rubini Kabupaten Pontianak, penelitian dari Septian dengan penelitian ini sama-sama mengambil topik evaluasi kebijakan dan temanya evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan. Perbedaan dari penelitian Winarno (2013) yaitu bentuk kebijakan pembangunan puskesmas sedangkan penelitian ini bentuk kebijakannya pelayanan kesehatan. Perbedaan dari penelitian Herman (2008) yaitu evaluasi kebijakan ketenaga kerjaan meskipun bidangnya kesehatan sedangkan penelitian ini berfokus pada bidang pelayanan. Perbedaan dari penelitian Pani (2012) yaitu ada pada kebijakan bantuan operasional kesehatan sedangkan penelitian ini kebijakan pelayanan kesehatan.

F. Kerangka Teori

1. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi adalah penilaian yang sistematis dan obyektif pada proyek yang sedang berlangsung atau selesai, program atau kebijakan, desain, implementasi dan hasil. Tujuannya adalah untuk menentukan relevansi dan pemenuhan tujuan, pengembangan efisiensi, efektifitas, dampak dan berkelanjutan. Evaluasi harus memberikan informasi yang dapat dipercaya dan berguna, memungkinkan penggabungan dalam proses pengambilan keputusan. (Sangweni, 2008).

Darwin (dalam Wahyu, 2008) menyebutkan evaluasi pada dasarnya adalah sebuah alat untuk menilai seberapa jauh sebuah program berjalan dapat membuahkan hasil yang didapat dengan tujuan yang ditentukan. Evaluasi juga dapat diartikan sebagai penilaian terhadap suatu masalah yang pada umumnya dapat menunjukkan baik serta buruknya suatu masalah tersebut. Dengan kaitannya dengan suatu program biasanya

evaluasi dilakukan dalam rangka untuk mengukur efek suatu program dalam mencapai tujuannya. Hanafi (dalam Wahyu, 2008).

Evaluasi kebijakan dilakukan untuk dapat mengetahui 4 hal yaitu: Proses pembuatan kebijakan, Proses implementasi kebijakan, Konsekuensi kebijakan, Efektivitas dampak kebijakan Wibowo (dalam Wahyu, 2008). Evaluasi merupakan aktifitas yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi tentang berjalanya suatu kebijakan, kemudian informasi tersebut digunakan untuk menentukan pilihan-pilihan yang tepat dalam mengambil keputusan. peran utama evaluasi dalam hal ini adalah untuk menyediakan informasi-informasi yang berguna bagi para pembuat keputusan untuk membuat kebijakan berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan sebelumnya Cepi (dalam Muktiali, 2009).

Sementara itu Pall (dalam Wahyu 2008) memisahkan evaluasi kedalam empat kategori, yaitu: perencanaan dan membutuhkan evaluasi, proses evaluasi, dampak dari evaluasi, efisiensi evaluasi. Menurut Riyanto (dalam Wahyu 2008) evaluasi pelaksanaan kebijakan merupakan evaluasi yang dirumuskan seperti berikut : Diperuntukan untuk mengevaluasi terhadap proses pembuatan kebijakan, dilakukan dengan menambahkan pemahaman apa yang telah terjadi selain prinsip kepatuhan, dilaksanakan untuk dapat mengevaluasi dampak untuk waktu jangka pendek.

Evaluasi merupakan sebuah proses yang harus dilaksanakan seseorang atau sekelompok untuk memperoleh informasi berguna untuk menentukan satu atau dua pilihan-pilihan yang dapat digunakan, karena menentukan atau memutuskan suatu kebijakan tidak bisa secara sembarang, maka pilihan-pilihan itu harus diberikan nilai yang relatif, oleh karena itu pemberian nilai-nilai tersebut memerlukan pertimbangan

yang rasional berdasarkan informasi dari evaluasi untuk mengambil keputusan (Uzer, 2003).

Sebuah aktifitas pembuatan keputusan untuk menilai sesuatu, baik itu objek, kegiatan, peristiwa yang sedang berjalan maupun tidak. Patton (dalam Carlos 2006) menyatakan sebuah proses evaluasi harus menekankan pada hasil atau keluaran yang didapat dibanding melihat hasil tersebut. Berdasarkan pendapat tersebut, dapat dipastikan bahwa didalam suatu implementasi program yang telah dievaluasi menitik beratkan pada hasil dari program tersebut.

Basaid mendefinisikan “Evaluasi suatu upaya yang sistematis dalam rangka mengumpulkan informasi dan atau permasalahan yang dialami dalam tahap pelaksanaan serta mencatat pula barbagai keberhasilan yang dicapai guna dapat memberikan kesimpulan dan saran sebagai bahan masukan pada proses perencanaan proyek masa datang agar dapat lebih efisien dan efektif”.(Atmajha, 2015)

1.1. Sifat Evaluasi

Ada beberapa karakteristik evaluasi yang membedakan dari metode kebijakan analisis yang lainnya: (Dunn, 2003:609)

1. Fokus nilai: evaluasi beda dengan pemantaun karena evaluasi lebih focus kepada nilai dari suatu kebijakan dan program. Evaluasi menentukan manfaat atau kegunaan suatu program, bukan sekedar suatu penampilan informasi mengenai hasil aksi kebijakan.
2. Interdependensi fakta nilai: tuntutan evaluasi tergantung bak “fakta” maupun “nilai. Dalam evaluasi untuk mengukur tingkat keberhasilan suatu kebijakan tersebut berharga bagi sejumlah individu, sekelompok hasi-hasil kebijakan secara actual

merupakan konsekuensi dari aksi-aksi yang dilakukan untuk memecahkan masalah tertentu.

3. Orientasi masa kini dan masa lampau: evaluasi bersifat retrospektif dan setelah aksi-aksi dilakukan (*ex post*). Rekomendasi yang juga mencakup premis-premis, bersifat prospektif dan dibuat sebelum aksi-asi dilakukan (*ex ante*).
4. Dualitas nilai: nilai-nilai yang mendasari tuntutan evaluasi mempunyai kualitas ganda, karena dipandang sebagai tujuan sekaligus cara.

1.2. Tujuan Evaluasi

Setiap kegiatan yang dilakukan atau dijalankan pasti mempunyai tujuan dan manfaat, begitu juga dengan evaluasi sangat diperlukan agar suatu kebijakan atau program dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Ada dua tujuan evaluasi yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum diarahkan kepada program secara keseluruhan, sedangkan tujuan khusus lebih difokuskan pada masing-masing komponen. (Arikunto, 2002:13). Pada dasarnya tujuan akhir evaluasi adalah memberikan bahan-bahan pertimbangan untuk menentukan atau membuat kebijakan tertentu yang diawali dengan suatu proses pengumpulan data yang sistematis.

1.3. Kriteria Evaluasi

Menurut Wiliam N Dunn ada beberapa kriteria evaluasi suatu kebijakan yakni (Dunn,2003:610)

1. Efektivitas

Efektivitas adalah suatu ukuran yang sesuai dengan target (kualitas, kuantitas, dan waktu) yang dicapai oleh tata kelola, dan apakah hasil yang diinginkan tersebut telah dicapai. Efektivitas berasal dari kata efektif yang berarti suatu efek yang dikehendaki dalam pekerjaan. Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan dalam setiap organisasi. Efektivitas juga disebut efektif, capaian tercapainya tujuan atau sasaran yang telah ditentukan sebelumnya.

2. Efisiensi

Efisiensi adalah ketepatan dalam pemanfaatan sumber daya ada dan ketepatan dalam penggunaan biaya dengan memanfaatkan yang menghasilkan. Efisiensi harus selalu kualitatif dan dapat diukur (terukur), efisien adalah hasil usaha yang telah dicapai lebih besar dari usaha yang dilakukan. Efisiensi lebih melihat bagaimana cara mencapai hasil yang dicapai dengan membandingkan antara inputnya dengan outputnya. Efisiensi dalam menggunakan input (input) akan menghasilkan produktifitas tinggi, yang merupakan tujuan dari setiap organisasi manapun dalam bidang kegiatannya.

3. Kecukupan

Kecukupan adalah kriteria untuk menilai apakah pencapaian hasil yang ditemukan sesuai dengan yang diinginkan. Kecukupan juga dapat dikatakan tujuan yang telah dicapai sudah dirasakan mencukupi dalam berbagai hal. Kecukupan (*adequacy*) berkenaan dengan seberapa jauh suatu tingkat efektivitas memuaskan kebutuhan, nilai, atau kesempatan yang menumbuhkan adanya masalah.

4. Pemerataan

Pemerataan adalah kriteria berhubungan dengan rasionalitas legal dan sosial dan menunjuk pada distribusi akibat dan usaha antara kelompok-kelompok yang berbeda dalam masyarakat untuk mengukur ketepatan penggunaan biaya dan manfaat apakah yang didistribusikan secara merata untuk kelompok sasaran.

5. Responsivitas

Responsivitas adalah seberapa jauh suatu kebijakan dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Kriteria responsivitas adalah penting karena analisis yang dapat memuaskan semua kriteria lainnya efektifitas, efisiensi, kecukupan, kesamaan masih gagal jika belum menanggapi kebutuhan actual dari kelompok yang semestinya diuntungkan dari adanya suatu kebijakan.

6. Ketepatan

Ketepatan adalah kriteria untuk mengukur hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai. Kriteria yang dipakai untuk menyeleksi sejumlah alternatif untuk dijadikan rekomendasi dengan menilai apakah hasil dari alternatif yang direkomendasikan tersebut merupakan pilihan tujuan yang layak.

2. Pelayanan Publik

Istilah pelayanan berasal dari kata “layan” yang artinya menolong menyediakan segala apa yang diperlukan oleh orang lain untuk perbuatan melayani. Pada dasarnya setiap manusia membutuhkan pelayanan, bahkan secara ekstrim dapat dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia. (Sinambela, 2010:3). Pelayanan adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang dengan landasan tertentu dimana tingkat pemuasaannya hanya dapat dirasakan oleh

orang yang melayani atau dilayani, tergantung kepada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pengguna. (Moenir, 2010:26-27).

Pelayanan adalah suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksud untuk memecahkan permasalahan konsumen atau pelanggan. (Ratminto, 2005:2). Pelayanan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan kepada orang lain atau pihak lain yang dapat memberikan suatu keuntungan dan dapat memberikan manfaat, hasil dari pelayanan berupa kepuasan yang diberikan walaupun hasil dari pelayanan yang diberikan tidak terkait pada suatu benda. (Sakir, 2017:8).

Pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, bahwa pelayanan umum merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dalam memenuhi kewajibannya, akan tetapi tidak disebabkan oleh hal itu saja melainkan pemerintah memang harus memberikan pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan publik yang diberikan kepada masyarakat harus sesuai dengan standar pelayanan, karena masyarakat berhak mendapatkan pelayanan dari pemerintah secara prima atau pelayanan yang berkualitas. Pelayanan publik dimaksudkan untuk menyejahterakan masyarakat dari negara kesejahteraan (*welfare state*). (Dwiyanto, 2003).

Pelayanan publik adalah pemberian layanan (melayani) keperluan masyarakat, yang memiliki kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok serta tata cara yang telah di tentukan. Maka pelayanan publik dapat dikatakan sebagai pemenuhan keinginan dan kebutuhan masyarakat oleh penyelenggara pemerintah. Pelayanan publik

juga merupakan serangkaian atau sejumlah aktivitas yang dilakukan oleh pemerintah atau birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, Negara didirikan oleh publik atau masyarakat tentu saja dengan tujuan agar dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat. (Sinambela, 2006:5)

Menurut Mote (2008:22) menyatakan bahwa pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberi layanan dan melayani kepentingan masyarakat yang mempunyai keperluan pada organisasi sesuai dengan aturan dan tata cara yang telah ada dari organisasi tersebut. Pelayanan publik yang profesional yaitu pelayanan dengan adanya akuntabilitas dan tanggung jawab. Pelayanan profesional mempunyai ciri sebagai berikut:

1. Efektif yaitu mementingkan pada suatu pencapaian apa yang menjadi tujuan dan sasaran pada pelayanan publik.
2. Sederhana yaitu tata cara pelayanan publik yang dilakukan dengan cara tidak berbelit-belit, cepat, tepat, mudah dilaksanakan dan mudah dipahami oleh masyarakat.
3. Kejelasan pelayanan publik yaitu mengandung arti adanya kejelasan dan kepastian mengenai:
 - a) Prosedur dan tata cara pelayanan yang baik
 - b) Persyaratan pelayanan dan persyaratan teknis maupun persyaratan administratif
 - c) Unit kerja dan pejabat yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang baik
 - d) Rincian biaya atau tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya
 - e) Jadwal waktu penyelesaian pelayanan

4. Keterbukaan yaitu tata cara persyaratan satuan kerja atau pejabat yang bertanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian pelayanan dan waktu yang berkaitan dengan proses pelayanan harus diinformasikan secara terbuka sehingga masyarakat dapat mudah mengetahui dan memahami pelayanan tersebut.
5. Efisiensi yaitu mengandung arti sebagai berikut:
 - a) Persyaratan pelayanan dibatasi pada hal-hal berkaitan langsung dengan pencapaian tujuan dan sasaran pelayanan tetapi dengan cara tetap memperhatikan keterkaitan antara persyaratan dengan pelayanan
 - b) Pengulangan pemenuhan persyaratan harus dicegah, dalam jal instansi pemerintah memberi informasi pada masyarakat tentang pemenuhan persyaratan pada proses pelayanan sehingga masyarakat mengetahui sehingga tidak terjadi pengulangan pemenuhan persyaratan pelayanan pada instansi pemerintah.
6. Ketepatan waktu yaitu pelaksanaan pelayanan masyarakat dapat diselesaikan secara cepat dan tepat waktu.
7. Responsif yaitu mengarah pada daya tanggap dan cepat menanggapi apa yang menjadi masalah pada pelayanan, kebutuhan, dan aspirasi masyarakat yang dilayani oleh instansi.
8. Adaptif yaitu secara cepat menyesuaikan terhadap yang menjadi tuntutan, aspirasi, dan keinginan masyarakat yang dilayani.

2.1. Tujuan Pelayanan Publik

Tujuan pelayanan publik pada dasarnya adalah memuaskan masyarakat. Untuk mencapai kepuasan itu dapat diwujudkan dengan pelayanan yang berkualitas. Kualitas memiliki definisi yang konvensional hingga yang strategis. Definisi konvensional dari

kualitas menggambarkan karakteristik langsung dari suatu produk. Sedangkan dalam definisi strategis dinyatakan bahwa kualitas tersebut adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan atau kebutuhan pelanggan. (Sinambela, 2010:6).

G. Definisi Konseptual

Definisi Konseptual merupakan pengertian sebagai bentuk penjelasan gambaran secara jelas mengenai pembahasan penelitian ini dengan tujuan menghindari terjadinya kesalahpahaman terhadap pengertian maupun batasan terkait istilah yang terdapat didalam pokok pembahasan. Adapun pengertian yang ini peneliti terangkan sebagai berikut ini :

1. Evaluasi kebijakan adalah penilaian yang sistematis dan obyektif pada proyek yang sedang berlangsung atau selesai, program atau kebijakan, desain, implementasi dan hasil. Tujuannya adalah untuk menentukan relevansi dan pemenuhan tujuan, pengembangan efisiensi, efektifitas, dampak dan berkelanjutan.
2. Pelayanan publik adalah melayani setiap masyarakat yang mempunyai kepentingan pada suatu organisasi atau instansi yang berhubungan dengan produk, jasa, dan manusia.

H. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah suatu landasan yang dapat memberikan penjelasan maupun memberikan suatu batasan terhadap permasalahan yang dijadikan sebagai objek dari penelitian yang dilakukan. Adapun definisi operasional dari Kriteria Evaluasi dalam penelitian ini menggunakan indikator dari Wiliam N Dunn sebagai berikut :

1. Efektivitas
 - a. Kejelasan tujuan kebijakan atau program rumah sakit tanpa kelas
 - b. Ketepatan kebijakan atau program rumah sakit tanpa kelas

2. Efisiensi
 - a. Ketepatan penggunaan anggaran kebijakan rumah sakit tanpa kelas
3. Kecukupan
 - a. Kecukupan hasil yang diperoleh dari pelaksanaan kebijakan rumah sakit tanpa kelas
 - b. Kecukupan dalam aspek kebutuhan nilai dari kebijakan rumah sakit tanpa kelas
4. Pemerataan
 - a. Manfaat yang didapatkan dari pelaksanaan kebijakan dari rumah sakit tanpa kelas merata
5. Responsivitas
 - a. Kepuasan masyarakat terhadap kebijakan rumah sakit tanpa kelas
6. Ketepatan
 - a. Pelaksanaan kebijakan rumah sakit tanpa kelas sudah tepat kepada masyarakat yang membutuhkan.

I. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan metode analisis deskriptif. Penelitian kualitatif memiliki karakteristik sebagai berikut: (1) data penelitian diperoleh secara langsung dari lapangan, dan bukan dari laboratorium atau penelitian terkontrol; (2) penggalan data dilakukan secara alamiah, melakukan kunjungan pada situasi-situasi alamiah subyek; dan (3) untuk memperoleh makna baru dalam bentuk kategori-kategori jawaban, peneliti wajib mengembangkan situasi dialogis sebagai situasi ilmiah (Agus Salim dalam Sakir, 2015: 30). Metode analitis-deskriptif dilakukan dengan cara memberikan keterangan dan gambaran yang sejeleas-jelasnya secara sistematis,

objektif, kritis dan analitis mengenai Evaluasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Tanpa Kelas di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo Tahun 2016.

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dan RSUD Nyi Ageng Serang Kulon Progo dengan rasionalisasi sebagaimana yang sudah dijelaskan dalam latar belakang.

3. Jenis Data

Menurut lofland dan lofland (Moleong dalam Sakir, 2015: 31) mengatakan bahwa sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata, dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Data yang dimaksud adalah data yang berkaitan tentang Evaluasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Tanpa Kelas di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo tahun 2016. Menurut cara pengumpulannya, secara garis besar data penelitian dibedakan menjadi 2 (dua) jenis, antara lain sebagai berikut:

3.1. Data primer

Data primer adalah suatu data yang dapat berupa data dokumen asli yang dikumpulkan dari situasi aktual dimana ketika peristiwa itu terjadi oleh karena itu dinamakan data primer. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari wawancara bersama beberapa sumber yang ditetapkan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dan RSUD Nyi Ageng Serang.

Tabel 1. 2. Data Primer Penelitian

No	Nama Data	Sumber Data	Teknik Pengumpulan Data
1	Latar belakang Kebijakan RSUD Tanpa Kelas	Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo	Wawancara (<i>in-depth interview</i>)
2	Aspek efektivitas, efesiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas, kecukupan, ketepatan, pelaksanaan evaluasi kebijakan RSUD tanpa kelas	Dinas Kesehatan dan RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo	Wawancara (<i>in-depth interview</i>), Dokumentasi

Sumber: (Diolah tahun 2019)

3.2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang dikumpulkan dari tangan kedua atau dari sumber-sumber lain yang dapat berupa bacaan dan berbagai sumber data lainnya. Data sekunder didapat dari sumber bacaan yang terdiri dari dokumentasi dan arsip Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dan RSUD Nyi Ageng Serang. Peneliti menggunakan data sekunder ini untuk memperkuat penemuan dan melengkapi informasi yang telah dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan sumber data. Adapun data sekunder dalam penelitian ini, yaitu:

Tabel 1. 3. Data Sekunder Penelitian

No	Nama Data	Sumber Data
1	Laporan Monev Pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Kesehatan RSUD Tanpa Kelas	Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo RSUD Nyi Ageng Serang
2	Dasar Hukum Kebijakan Pelayanan Kesehatan RSUD Tanpa Kelas	Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo RSUD Nyi Ageng Serang
3	Profil RSUD Tanpa Kelas	RSUD Nyi Ageng Serang
4	Artikel/jurnal, dll yang relevan	Pihak Ketiga

Sumber: (Diolah, 2019)

4. Teknik Pengumpulan Data

Metode yang digunakan untuk proses pengumpulan data dalam penelitian ini adalah :

4.1. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan jalan tanya jawab sepihak yang dilakukan secara sistematis dan berlandaskan kepada tujuan penelitian Hadi (dalam Syuroh, 2012). Tanya jawab ‘sepihak’ berarti bahwa pengumpul data yang aktif bertanya, sermentara pihak yang ditanya aktif memberikan jawaban atau tanggapan. Menurut sugiyono (2012), dalam penelitian kualitatif teknik sampling yang lebih sering digunakan adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu, misalnya orang tersebut dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan. Dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara tak-

struktur (*in-dept interview*) untuk mendapatkan informasi terkait kebijakan pelayanan kesehatan RSUD Tanpa Kelas di Kabupaten Kulon Progo. Adapun rencana narasumber dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

Tabel 1. 4. Daftar Narasumber Penelitian

No	Narasumber	Instansi
1	dr. Ananta Kogam	PLH Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo
2	Usman	<i>Staff</i> Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo
3	Dr. sandrawati Said. M.Kes	Direktur RSUD Nyi Ageng Serang
4	Sri Yuli Nurlaeni, S.Kep., Ners	Kepala Pelayanan RSUD Nyi Ageng Serang
5	Juminem	Pasien RSUD Nyi Ageng Serang
6	Sitriani	Pasien RSUD Nyi Ageng Serang
7	Joko Santoso	Pasien RSUD Nyi Ageng Serang
8	Parjiman	Pasien RSUD Nyi Ageng Serang
9	Romadhan	Pasien RSUD Nyi Ageng Serang

Sumber: (Diolah 2019)

4.2. Dokumentasi

Teknik Dokumentasi, Menurut Sugiyono (dalam Syaroh, 2012) dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life histories*), ceritera, biografi, peraturan, kebijakan. Dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar hidup, sketsa dan lain-lain. Dokumen yang

digunakan dalam penelitian ini adalah dokumen-dokumen resmi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dan RSUD Nyi Ageng Serang yang relevan dengan Kebijakan Kesehatan Rumah Sakit Tanpa Kelas.

5. Teknik Analisis Data

Dalam penelitian ini teknis analisis data yang digunakan merujuk kepada analisis data kualitatif sebagai model alir (*flow model*), komponen-komponen analisis data yang terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan dan verifikasi (Salim, 2006:22).

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara narasumber. Lokasi wawancara bertempat di Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo dan RSUD Nyi Ageng Serang, selain itu peneliti juga mengumpulkan dokumen-dokumen penunjang penelitian seperti profil, Lakip tahun 2016.

b. Reduksi data

Proses pemilihan atau menyeleksi data wawancara yang didapatkan dari lapangan, dalam penelitian ini informasi yang diperoleh disaring menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan dalam definisi operasional.

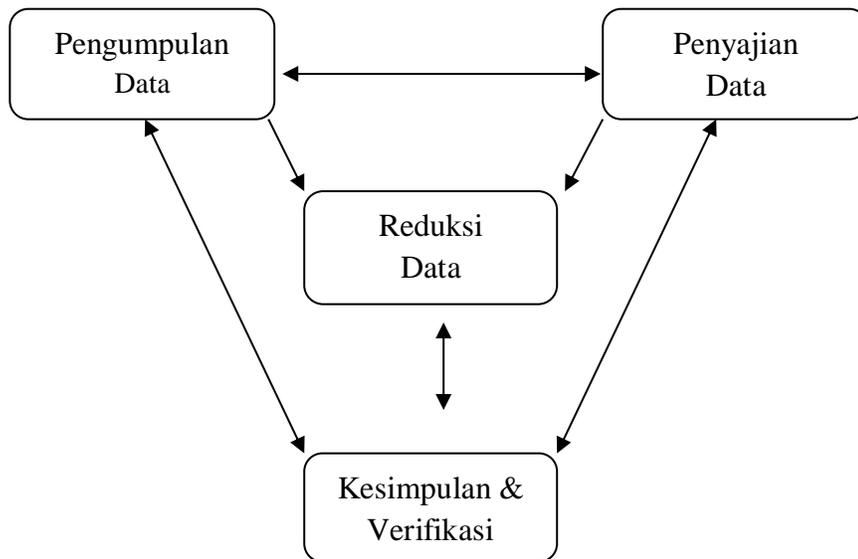
c. Penyajian data

Penyajian data dilakukan dengan cara menggambarkan keadaan sesuai dengan data yang sudah diringkaskan dan disajikan dalam laporan yang mudah untuk dipahami.

d. Penarikan kesimpulan dan verifikasi

Menarik kesimpulan terhadap data yang didapatkan dalam bentuk laporan dengan cara membandingkan, menghubungkan data yang mengarah kepada temuan di lapangan sehingga dapat menarik kesimpulan yang sesuai.

Bagan 1. 1. Komponen Analisis Data Model Interaktif



Sumber: Salim, Agus. 2006. Teori dan Paradigma Penelitian Sosial. Yogyakarta: Tiara Wacana.

