

MODEL PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN PERKOTAAN BERBASIS ALTRUIS DI KOTA MALANG

Juliastutik

Staf Pengajar Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Muhammadiyah Malang
Alamat Korespondensi : Jl, Sumbersari Gg. IA/18 Malang
Telpon : 0341-581907, Hp : 081334717777, Email: julia@umm.ac.id

ABSTRACT

This research was conducted with the purpose of (1) To know The policies and understanding of government (executive actor's behavior), private and community health services in urban poor communities, (2) To describe the health care model based on the urban poor altruist, which seen from the attitude of care and cooperative behavior of actors and social responsibility executive. The study was conducted with a qualitative approach to the type of descriptive, technical data collection is done by observation and interviews. Informants in the study done by purposive.

Health Services model of the urban poor are more altruistic based on self-oriented (self) implementing a viable model and deserves to be developed in health services in poor communities in Indonesia perkotaan. Due to the altruist-based services will be able to provide services wholeheartedly, who care (care) as well as a mandate of responsibility (responsibility). Since the altruist-based approach will be able to give patients hope, healing and growing confidence in patients to accelerate recovery. Thus the altruistic-based health services will be brought by a layer of society who do need and will become a model of health services in a fair and sustainable.

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan fenomena global serta kompleks yang dapat berdampak luas pada semua aspek kehidupan. Permasalahan kemiskinan terus mengemuka, terutama di wilayah perkotaan, persoalan kemiskinan di wilayah perkotaan ini pada umumnya cenderung dikaitkan dengan masalah status pemukiman, ketersediaan air bersih, sanitasi dan degradasi lingkungan perkotaan semata. Terdapat persoalan lain yang lebih serius dan kurang mendapat perhatian yaitu berkaitan dengan kondisi social dan kesehatan. Tokalau (dalam Moh.Nurhasim:2009) mengemukakan bahwa masyarakat perkotaan menghadapi persoalan kemiskinan yang lebih berat dan semakin menurun kehidupannya dari segi social dan kesehatan sebagai akibat dari kebutuknya kehidupan perkotaan, tingkat hunian yang padat, dan terbatasnya akses terhadap pelayanan dasar. Berdasar pada persoalan tersebut upaya peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin perlu memperhatikan factor-faktor yang lebih sensitif dan spesifik. Berbagai studi menunjukkan

(Thabrany,dkk:2009) bahwa penduduk miskin cenderung mempunyai status kesehatan yang rendah dan lebih rentan terhadap berbagai penyakit, khususnya penyakit menular. Hal ini dikarenakan masyarakat miskin cenderung kurang mendapatkan makanan bernutrisi baik, hidup dalam lingkungan padat dan kumuh, serta sulit mengakses layanan kesehatan (Moh. Nurhasim:2009). Dengan kondisi kesehatan yang buruk, masyarakat miskin akan kehilangan kapasitasnya untuk bekerja, dan sulit bagi keluarganya untuk mengatasi persoalan tersebut tanpa dibantu oleh pihak lain. Hasil kajian dari Sparrow, dkk (dalam Moh.Nurhasim:2009) menunjukkan bahwa proporsi pengeluaran yang masyarakat miskin harus bayarkan untuk memperoleh layanan kesehatan relative lebih tinggi dari masyarakat yang berpendapatan tinggi, sehingga mengakibatkan rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan. Selain itu beban yang harus dipikul oleh masyarakat miskin juga lebih berat karena mereka harus mengurus sendiri orang sakit di keluarganya.

Sumber pembiayaan utama biaya pengobatan di Indonesia berasal dari masing-masing rumah tangga (*out of pocket*) Thabrany (dalam Moh.Nurhasim

:2009). Sistem, pendanaan kesehatan tersebut akan sangat membebani ekonomi rumah tangga terutama kelompok berpendapatan rendah. Bagi kelompok masyarakat yang tidak terjangkau (*the unreach*) atas jaminan kesehatan, kondisi ini menjadi sangat berat dan mempersulit mereka keluar dari belenggu kemiskinan. Jika kondisi ini tidak teratasi, maka pencapaian *Millineum Development Goals* (MDGs) kemungkinan besar tidak akan tercapai.

Upaya untuk meningkatkan kesehatan penduduk miskin penting, karena pertumbuhan ekonomi suatu Negara diperlukan jumlah dan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang memadai. Untuk mencapai SDM yang berkualitas dibutuhkan pemenuhan kebutuhan kesehatan yang memadai, karena dengan SDM yang sehat memungkinkan untuk memiliki produktivitas kerja tinggi, investasi dan tabungan memadai, tingkat pendidikan maju. Perhatian terhadap aspek kesehatan dalam hal ini layanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan, sangat penting karena dapat menekan angka kemiskinan sehingga dapat menjadi factor untuk meningkatkan derajat kesehatan individu dan keluarga.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bagian dari pelayanan public. Pelaksanaan pelayanan public di bidang kesehatan disinyalir banyak mengalami permasalahan. Muwafik Shaleh (2010:14) mengemukakan tentang beragam persoalan dalam pelaksanaan pelayanan public, yaitu (1) masih kuatnya budaya "dilayani" dari pada melayani. Hal ini tampak dari perilaku aparatur pelayanan yang cenderung mengesampingkan kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang baik. Aparatur pemerintah terkesan bertindak lamban dalam memenuhi kebutuhan masyarakat, (2) Budaya pelayanan yang ditampilkan masih cenderung birokratis, terkesan rumit dan berbelit-belit, (3) Persepsi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang baik dan cepat harus melalui beragam jalur pintas. Hal ini juga disebabkan oleh aparatur pelayanan yang masih membedakan dalam memberikan pelayanan. Selanjutnya Mufasik mengemukakan bahwa dalam mewujudkan pelayanan yang terbaik, terdapat beberapa penghalang yang membatasi lembaga pemerintah, masih adanya beberapa budaya yang melekat pada aparatur pelayanan, seperti : alon-alon asal kelakon, kalau bias dikerjakan besok kenapa harus hari ini, asal ada uang semua beres, asal ada uang

semua bias diaturlah, asal ada uang semuanya bisa cepat.

Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat pada implementasinya terbagi dalam 3 bagian, yaitu : 1) pelayanan administratif, 2) Pelayanan Medis, dan 3) Pelayanan Obat. Berkaitan dengan pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan dalam ranah 3 bagian tersebut pelayanan yang dirasakan oleh sebagian besar masyarakat masih banyak mengalami permasalahan.

METODELOGI PENELITIAN

Kerangka Konseptual

Pembentukan model layanan dan Jaminan kesehatan masyarakat miskin perkotaan berbasis *altruis* pelaksana yakni pemerintah dan warga masyarakat diharapkan mampu mengatasi masalah terpinggirkannya bahkan terabaikannya hak-hak warga masyarakat miskin perkotaan dalam pelayanan dan jaminan kesehatan, dimana masalah kesehatan merupakan permasalahan yang urgen yang dapat menyebabkan kondisi fatal yaitu kematian, jika tidak segera mendapatkan pertolongan pelayanan kesehatan. Untuk itu diperlukan asumsi dasar sebagai berikut :

1. Model pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan berbasis *altruis*, berorientasi pada bagaimana memberikan pelayanan dengan memperhatikan : konsep melayani dan dilayani, kesadaran diri sebagai seorang yang bertugas memberikan pelayanan/bantuan, pemahaman tentang orang lain (yang berarti menghargai orang lain bagaimanapun kondisi dan keadaan orang tersebut perlu mendapatkan penghargaan terhadap diri pribadinya), komunikasi (yang berarti bagaimana membawa suasana yang peduli/care terhadap penderitaan orang lain, sehingga orang tersebut merasa mendapatkan perhatian) serta tanggung jawab sebagai amanah.
2. Sinergi antara pemerintah (dalam hal ini para pelaksana), pihak swasta dan warga masyarakat miskin perkotaan merupakan hal yang penting dalam pelaksanaan layanan dan

jaminan kesehatan untuk mewujudkan tercapainya standar pelayanan kesehatan masyarakat yang *care, cooperative dan social responsibility*.

3. Dalam rangka meningkatkan kesadaran dan pemahaman para pelaksana maka perlu dikembangkan pemahaman dan kesadaran para pelaksana dalam layanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan yang berbasis *altruis*.
4. Model yang berbasis *altruis* pelaksana melalui sinergi pemerintah dan masyarakat sebagai alternative model pengembangan konsep peran pelaksana agar dapat berperan secara *responsive dan terintegrasi* sehingga dapat terwujud model pelayanan kesehatan yang adil dan berkelanjutan.

Pendekatan Penelitian

Untuk mengkaji implementasi kebijakan pelaksanaan pelayanan kesehatan diperlukan kajian yang mendalam, karena didalamnya melibatkan berbagai hal seperti isi kebijakan, para pelaksana, dan masyarakat penerima layanan itu sendiri. Oleh karena itu dalam penelitian ini akan lebih banyak mengkaji interaksi diantara institusi yang ada, yaitu pemerintah dan masyarakat beserta peran sosial yang dimainkannya. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif sehingga diharapkan akan diperoleh daya yang mendalam, kaya informasi dan kaya makna.

Untuk menganalisis pelayanan kesehatan terutama dilihat dari para pelaksana sebagai pelaku yang terlibat di dalamnya, diperlukan kecermatan untuk mengungkapkannya, karena pada dasarnya penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang bersifat fenomenologis, dimana penelitian ini berusaha memahami makna dibalik peristiwa/kejadian. Berdasarkan pertimbangan itu maka secara metodologis jenis penelitian kualitatif ini akan mampu mengungkap fenomena yang akan diteliti. Hal ini tentunya berbeda dengan jenis penelitian kuantitatif dengan paradigmanya positivistic yang hanya memahami fenomena dari yang terobservasi.

Penelitian ini diawali dengan kegiatan lapang, yaitu dengan melakukan observasi langsung tentang peran pelaksana baik pemerintah, swasta dan warga

masyarakat sendiri yang dilihat dari pemahaman, kesadaran tentang kepedulian dan tanggung jawab social yang meliputi aspek partisipasi, akses, kesetaraan, keadilan, *responsiveness dan transparansi*. Selanjutnya akan dilakukan wawancara mendalam termasuk dengan informan dan FGD. Hasilnya akan digunakan sebagai bahan dalam merumuskan model dan untuk menentukan materi pelatihan dalam uji coba model.

Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Malang, dengan pertimbangan bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan di Kota Malang menunjukkan banyak permasalahan dan masih terdapatnya ketimpangan sosial. Ini menunjukkan bahwa dalam pengelolaan pelayanan kesehatan masih adanya indikasi tidak/kurang adanya jiwa *altruis*.

Informan, Tehnik Pengumpulan Data dan Analisa Data

Informan dalam penelitian ini diambil secara *purposive* dengan kriteria para actor pengambil kebijakan yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan, para pelaksana yang terlibat baik dalam administrasi, medis maupun pelayanan obat-obatan dan masyarakat miskin perkotaan sebagai sasaran implementasi isi kebijakan yang berkaitan dengan pelayanan dan jaminan kesehatan. Di RSU "Syaiful Anwar" Malang, RSI "Aisyiah" Malang, Puskesmas Dinoyo dan Puskesmas Puskesmas Pandanwangi Kota Malang, dan beberapa pasien (kategori penerima program JAMKESMAS) yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan.

Tehnik pengumpulan data dilakukan dengan observasi, Interview terstruktur. Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif dengan jenis diskriptif, sehingga analisa datanya dilakukan dengan mendiskripsikan temuan data berdasarkan focus masalah yang telah ditetapkan dalam penelitian ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penerapan Kebijakan Pemerintah Kota Malang tentang Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Perkotaan

Dalam Keputusan Walikota Malang Nomor : 188.45/95/35.73.112/2010 tentang Penetapan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kota Malang th 2010 yang ditetapkan pada tanggal 1 Pebruari 2010 dinyatakan bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI No: 316/MenKes/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesejatan Masyarakat (Jamkesmas), bahwa berdasarkan pertimbangan hal tersebut perlu memutuskan : Menetapkan jumlah Anggota Rumah Tangga Miskin, Hampir Miskin, Sangat Miskin yang masuk dalam kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Kota Malang pada Th 2010 sebanyak 94.655 Jiwa yang tersebar dalam 5 wilayah Kecamatan yang ada di Kota Malang. Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat yang dimaksud adalah masyarakat miskin kuota yang pembiayaan pelayanan kesehatannya ditanggung oleh Pemerintah Pusat dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN)

Dalam implementasi di lapangan berkaitan dengan pelayanan kesehatan masyarakat miskin bukan hanya berpedoman pada kebijakan Pemerintah Daerah Kota Malang tersebut, namun juga mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Tehnik Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota yang mengacu pada kebijakn dan strategi desentralisasi bidang kesehatan, yaitu :

1. Terbangunnya komitmen antara pemerintah, legislatif, masyarakat dan stakeholder lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan.
2. Terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin.
3. Terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan.

Sehubungan dengan kebijakan Pemda Kota Malang tentang Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Perkotaan seperti yang disampaikan oleh Kabag Yankes, sebagai berikut :

Kebijakan yang di buat pemerintah tentang program kesehatan masyarakat miskin perkotaan sudah cukup bagus, dan ada perhatian pemerintah dengan memberikan program mulai dari CPSBK, Askeskin dan yang terbaru adalah Program Jamkesmas dan Jamkesda, dan data yang di pakai dinkes kota untuk program jamkesmas adalah data dari BPS tahun 2006 sampai sekarang untuk jamkesmas di ambilkan dana dari APBN sedangkan jamkesda di ambil dari APBD dan bagi masyarakat yang tidak mampu dan dirinya tidak terdaftar di program jamkesmas atau jamkesda harus mengurus SKM yang sudah terlegalisir oleh RT/RW serta kecamatan.

Rumah Sakit yang dituju oleh dinkes kota malang untuk pasien yang menggunakan jamkesmas dan jamkesda adalah rumah sakit RSSA dan Rumah Soepraun /RST.

Berdasarkan data tersebut di atas menunjukkan bahwa kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah Kota malang telah mendukung program pemerintah dalam upaya mengentaskan masyarakat miskin dari permasalahan kesehatan yang memang merupakan tanggungjawab pemerintah sebagaimana yang diamanahkan dalam Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Th 1945 pasal 28 H yang menetapkan bahwa sekehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga Negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin.

Penerapan Kebijakan Pemda Kota Malang tentang Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Perkotaan juga menjadi tanggung jawab Rumah Sakit Umum (RSU) "Syaiful Anwar", sebagai rumah sakit dengan klasifikasi type A yang berarti bukan hanya memberikan pelayanan kepada masyarakat yang bertempat tinggal di Kota Malang, namun juga sebagai rumah sakit tingkat Provinsi yang berarti RSU ini juga memberikan pelayanan kepada pasien yang tersebar di seluruh Propinsi Jawa Timur. Berikut hasil wawancara dengan Kabag. Pelayanan Medik berkaitan dengan Implementasi Kebijakan Pemerintah Daerah Kota Malang tentang pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan, sbb:

“Penerapan kebijakan yang ada sudah dilakukan secara maksimal oleh RSSA sesuai dengan acuan dan pedoman di dalam buku jamkesmas, bagi pasien yang miskin perkotaan yang ingin menggunakan pelayanan kesehatan di RSSA harus terdaftar sebagai pemegang jamkesmas dan jamkesda dengan menggunakan prosedur yang ada seperti harus ada surat rujukan dari puskesmas atau RS tipe B, ataupun bagi yang tidak mempunyai itu bisa menggunakan SPM yang di legalisir dari dinkes, terkecuali untuk pasien jamkesmas atau jamkesda yang dalam keadaan darurat dan harus memerlukan perawatan yang intensif (UGD) dan pasien jamkesmas dan jamkesda mendapat di kelas 3

Data yang disampaikan dari Yankes serta dari RSSA “Syaiful Anwar” Malang tersebut menjadi acuan dalam penerapan kebijakan di puskesmas sebagai pelaksana teknis pada level yang paling bawah mulai dari pelayanan yang paling ringan sifatnya sampai dengan pemberian obat gratis, bahkan jika pasien memerlukan perawatan khusus maka fihak puskesmas memberikan rekomendasi ke RSU, hal ini dimaksudkan jika fihak puskesmas sudah tidak mampu lagi memberikan pelayanan secara intensif bahkan dirasakan pasien sangat membutuhkan perawatan dan uji lab yang lebih intensif lagi, Berikut hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Pandanwangi, yang mengemukakan bahwa :

Kebijakan yang di buat oleh pemerintah sudah di jalankan oleh puskesmas Pandanwangi sesuai dengan UU menkes 1 Januari 2010 tentang pelayanan kesehatan di puskesmas sampai dengan pemberian obat gratis, kecuali menggunakan fasilitas yang dibeli swadaya dari peskesma atau pengadaan sendiri seperti uji LAB dll, dan besaran tarif yang di pakai sesuai dengan perda yang ada, dan setiap tahun puskesmas pandanwangi melaporkan keuangan kepada pusat. Sedangkan untuk pasien yang menggunakan jamkesmas, jamkesda, SPM tidak di pungut biaya sama sekali meskipun memakai fasilitas pengadaan puskesmas sendiri, dan akan dirujuk ke RSSA ketika

puskesmas tidak mampu memberikan pelayanan secara intensif

Persyaratan yang harus dipakai untuk masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan hanyalah membawa kartu jamkesmas dan jamkesda kalau tidak mempunyai kartu tersebut hanya membawa SKM yang dilegalisir oleh dinkes. Jika dalam kondisi darurat terutama masyarakat miskin langsung dirujuk ke RSSA dan puskesmas hanya memonitoring keberlangsungan pelayanan dan apa yang di butuhkan si pasien tersebut serta after care terhadap pasien itu sendiri.

Untuk masyarakat miskin yang tidak mempunyai KTP, KK, masyarakat urban yang tidak mempunyai kartu jamkesmas dan jamkesda puskesmas pandansari tetap memberikan kesehatan gratis dan pengobatannya hanya sampai puskesmas saja, puskesmas tidak berani merujuk ke RSSA karena pasien tidak memiliki surat miskin serta identitas. Selain itu puskesmas juga memantau kesehatan masyarakat tipe ini dengan memberdayakan kader puskesmas untuk kesehatan mereka.

Pernyataan Kepala Puskesmas Pandanwangi Blimbing tersebut diperkuat oleh pernyataan dari Kepala Puskesma Dinoyo, yang menyatakan sebagai berikut :

Penerapan kebijakan puskesmas berkaitan dengan kebijakan yang telah di tetapkan oleh pemerintah sudah bagus karena pelayanan di puskesmas dinoyo ini sama sekali tidak menarik retribusi baik kepada masyarakat miskin “apapun satatusnya” dan juga untuk umum, pelayanan tersebut meliputi pelayanan ringan, sedang, berat yang dimana sesuai dengan UU Menkes 1 Januari 2010 yang menyatakan bahwa kesehatan gratis. Persyaratan cukup membawa kartu jamkesmas atau jamkesda yang difoto copi saja, sedangkan untuk yang tidak mempunyai kartu jamkesmas atau gepeng tetap dilayai tanpa ada persyaratan

apapun Jika dalam kondisi darurat puskesmas ini langsung di tangani dan ketika puskesmas tidak tanggung pasien miskin langsung di rujuk ke RS

Berdasarkan data tersebut di atas menunjukkan bahwa fihak Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan kepada masyarakat di tingkat bawah, sekalipun pasien tersebut termasuk golongan paling bawah (gelandangan dan pengemis) yang tentunya tidak memiliki identitas (KTP) dan tempat tinggal menetap. Hal ini dimaksudkan untuk dapat memberikan pelayanan seoptimal mungkin kepada masyarakat luas baik yang bersifat ringan, menengah maupun berat, hanya jika pasien memerlukan penanganan intensive dan darurat sifatnya, maka fihak Puskesmas akan merujuk ke RSU "Syaiful Anwar" Malang.

Kebijakan Pemda Kota Malang berkaitan dengan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Perkotaan di Kota Malang direspon langsung oleh rumah sakit swasta Islam yang ada di Kota Malang. Seperti Rumah Sakit Islam "Aisyiah". Menurut Ka.Bag. Humas RSI tersebut berkaitan dengan kebijakan yang telah ditetapkan Pemerintah Kota Malang tentang Pelayanan Masyarakat Miskin Perkotaan, mengatakan bahwa :

" Penerapan kebijakan yang di tetapkan oleh pemerintah masalah jamkesmas dan jamkesda sudah di terapkan tetapi kebijakan di RSI Aisyiah malang sendiri adalah program dhuafah dimana program tersebut intinya sama dengan program jamkesmas dan sebenarnya di peruntukkan untuk yang tidak mendapatkan kartu jamkesmas dan jamkesda tetapi kalau pasien menggunakan kartu jamkesmas kepada RSI AISYIAH untuk mendapatkan pelayanan kesehatan akan di berikan pengarah dari humas untuk dapat memanfaatkan fasilitas pemerintah dan rumah sakitnya di RSSA dan RS Soepraun".

Berdasarkan data tersebut di atas , nampak jelas bahwa walaupun sebagai RS Swasta RSI "Aisyiah" tersebut tetap menerapkan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah, justru RSI ini memberikan pelayanan kepada mereka yang khususnya tidak

mendapatkan kartu Jamkesmas dan Jamkesda, hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi *overlap* dalam pemanfaatan kartu tersebut oleh masyarakat miskin,

Lebih lanjut beliau mengemukakan tentang persyaratan bagi masyarakat miskin (*dhuafa*) yang berhak mendapatkan perawatan dan pelayanan kesehatan di RSI tersebut, sebagai berikut :

Persyaratan yang harus di lengkapi oleh pasien dhuafa adalah surat pengantar miskin atau SKTM dari RT/RW serta ada keterangan atau rekomendasi dari ranting muhammadiyah setempat yang kemudian bisa langsung mendapatkan pelayanan kesehatan di RSI AISYIAH Malang. Namun demikian pelayanan kesehatan di RS AISYIAH ini di peruntukkan oleh semua agama asalkan memang benar – benar tidak mampu.

Pasien yang tergolong pasien dhuafah dan memakai SKTM akan mendapatkan kamar di kelas 3 dan 4 dan hanya membayar 30% dari semua biaya kesehatannya dan akan di tolak pasien dhuafah ketika kamar yang telah disediakan RS "AISYIAH" untuk kamar kelas 3 dan 4 penuh.

Model Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Perkotaan di Kota Malang Berbasis Altruis

Altruis, dalam kamus lengkap sosiologi tersebut didefinisikan sebagai "suatu perilaku pribadi yang didasarkan pada kepentingan bersama". Batson (1991) mengemukakan *Altruis*, adalah "keadaan motivasional seseorang yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan orang lain". Sutandyo (2009) mendefinisikan *altruis* sebagai kecenderungan suatu subyek untuk lebih berkenaan memikirkan kesejahteraan subyek lain (*the alter*) dari pada merisaukan kesejahteraan dirinya sendiri (*the ego*). Berdasarkan definisi konsep tersebut *altruis* merupakan perilaku pribadi/individu yang didasarkan oleh tingkat pemahaman, kesadaran, sikap dan perilaku dalam melaksanakan tugas pekerjaannya berdasarkan kepentingan bersama, yang akan melahirkan tingkat kepedulian social dan rasa tanggung jawab diri yang tinggi baik

Kegiatan pelayanan adalah sebuah kegiatan yang menitikberatkan pada upaya memberikan sesuatu yang terbaik bagi orang lain. Kegiatan memberi sesuatu adalah suatu sikap untuk lebih mengutamakan kepentingan orang lain di atas segalanya termasuk dirinya sendiri. Suatu sikap untuk membuat orang lain lebih terhormat dan dihargai. *Altruis* menunjuk pada suatu cara bagaimana seorang pelaksana bersikap dan berperilaku sesuai dengan posisi jabatan yang diembannya berdasarkan nilai-nilai kemanusiaan dengan mementingkan kebutuhan bersama serta bagaimana pelaksana tersebut berinteraksi dan berintegrasi dengan organisasi/lembaga/system social serta masyarakat untuk mencapai tujuan tertentu, yang dilihat dari pemahaman, kesadaran, sikap dan perilaku yang mencerminkan kepedulian, kerjasama dan tanggung jawab.

Pelayanan kesehatan berbasis *altruisme*, adalah pelayanan yang diberikan oleh dengan memenuhi unsur-unsur : (1) Pemahaman terhadap pekerjaan, (2) Konsep diri, (3) Pemahaman terhadap orang lain, (4) Komunikasi (5) Tanggung jawab.

Penjelasan dari beberapa unsur yang berkaitan dengan pelayanan berbasis altruis dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. *Pemahaman terhadap pekerjaan*: Orang yang menganggap pekerjaannya penting dan bermanfaat bagi diri dan orang lain akan memiliki motivasi yang tinggi dan antusiasisme yang luar biasa untuk mempersembahkan yang terbaik dari pekerjaan yang ditekuninya, termasuk memberikan pelayanan prima dengan sepebuh hati.
2. *Pemahaman terhadap diri /Konsep diri* : Sebagai aktor yang bertugas memberikan pelayanan di lapangan maka para pelaksana terlebih dulu perlu memahami diri, dengan memberikan perhatian dan penghargaan pada diri sendiri, seperti kemampuan, pengetahuan, ketrampilan, dan penampilan. Jika sudah menghargai diri sendiri sebagai pribadi yang prima, maka akan terbangun motivasi dan percaya diri yang tinggi untuk menghasilkan yang terbaik bagi orang lain (pasien). Antusiasisme yang tinggi akan mamancarkan kepribadian yang positif sehingga banyak

orang yang menyukainya. Apapun pekerjaannya jika seseorang menghargai keberadaannya sebagai bagian penting dalam sebuah proses pelayanan, maka otomatis akan berusaha semaksimal mungkin untuk selalu tampil prima , termasuk juga dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

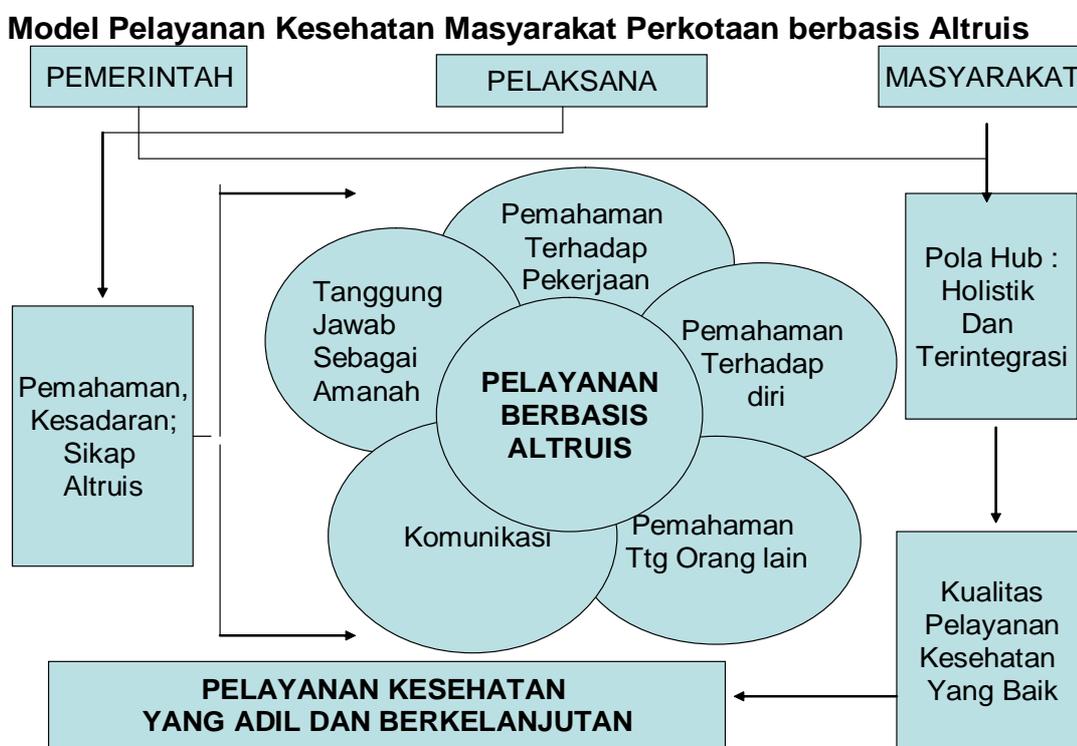
3. *Pemahaman terhadap Orang Lain* : Apapun kondisi pasien mereka adalah manusia yang datang membutuhkan bantuan dan pertolongan, maka sebagai pelaksana harus dapat menerima pasien apa adanya tanpa memandang suku, ras, agama dan status sosial ekonomi. Selain itu pasien yang datang tentunya dari latar belakang yang berlainan, sehingga dalam penanganannya membutuhkan spesifikasi tersendiri antara satu pasien dengan yang lainnya. Secara medis mungkin penanganannya sama, tetapi perlakuan pelaksana kepada masing-masing individu pasien yang tentunya harus dibedakan, mengingat bahwa setiap manusia memiliki sifat dan kepribadian yang “unik” yang lain dari pada yang lain, sehinggamembutuhkan perhatian tersendiri. Dan itu harus difahami oleh para pelaksana, sehingga proses pelayanan yang diberikan memiliki kualitas dan hasil yang maksimal.
4. *Komunikasi* : Dalam setiap aktivitas apapun itu dibutuhkan komunikasi yang komunikatif. Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan maka sikap penerimaan (*acceptence*) yang ditunjukkan dengan senyum, sapa, dan peduli (*care*) terhadap orang yang akan dilayani merupakan bentuk hubungan yang memang harus dilakukan. Komunikasi yang terjadi adalah komunikasi profesional, tetapi fleksibel. Dengan komunikasi yang terjadi akan tumbuh rasa penghargaan dari pasien sebagai diri manusia, karena pada dasarnya sakit fisik yang diderita oleh para pasien tidak menutup kemungkinan disebabkan oleh sakit psikis, sehingga penerimaan dari para pelaksana dengan senyum, sapa tersebut merupakan salah satu obat yang dapat menyembuhkan penyakit para pasien.

5. *Tanggung jawab sebagai Amanah* : Apapun profesinya sebagai pelaksana dituntut untuk memiliki tanggung jawab terhadap pekerjaannya, tuntutan profesionalitas ditunjukkan oleh para pelaksana dengan kerja maksimal, tepat waktu, tepat sasaran dan tepat terhadap janji. Ini semua merupakan bagian dari strategi pelayanan secara prima sebagai pertanggungjawaban terhadap profesi sekaligus amanah yang harus diembannya.

Berdasarkan hasil observasi di RSUD bahwa di setiap ruang pelayanan administrasi, baik itu pelayanan administrasi, pelayanan medis maupun pelayanan obat-obatan telah terpasang komitmen

dalam memberi pelayanan kesehatan dengan 5S, yaitu : Senyum, Sapa, Salam, Sopan dan Santun. Kebijakan yang telah ditetapkan dalam pelayanan kesehatan tersebut sebenarnya identik dengan pelayanan kesehatan yang berbasis *altruis* yang dimaksudkan dalam penelitian ini.

Lebih jelasnya Model pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan berbasis altruis, dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar. 1. Hubungan antar konsep pembentuk Pelayanan Kesehatan berbasis *altruis* (diadopsi dari Service Excellent)

Dalam bukunya *Public Service Communication*, Akh/Muwafik Saleh (2010: 180) mengemukakan bahwa terdapat teknik membangun hubungan baik dengan pelanggan dalam pelayanan publik, bahwa salah satu sifat manusia adalah bahwa setiap orang ingin diperlakukan oleh setiap orang lain selayaknya orang penting yang dihargai, dihormati dan disanjung, keran bentuk penghargaan yang diberikan oleh petugas

pada saat memberikan pelayanan sama dengan memberikan penghargaan pada diri petugas sendiri.

Pelayanan kesehatan erat kaitannya dengan pelayanan publik, dimana setiap petugas dituntut untuk mampu memberikan pelayanan prima (*service excellent*) merupakan salah satu komponen penting yang harus dijalankan oleh semua perusahaan/instansi supaya tetap bertahan di tengah persaingan global. Sebenarnya pelayanan prima (*service excellent*)

hanya bagian kecil dari sistem manajemen perusahaan yang kompleks, namun jika dijalankan dengan pemahaman yang benar dan untuk tujuan yang mulia “memberikan pelayanan dengan sepenuh hati dan merupakan bagian dari ibadah” maka akan memberikan sesuatu yang dahsyat terutama berkaitan dengan pembentukan “CITRA” untuk setiap perusahaan/instansi/organisasi yang bergerak dalam bidang jasa/layanan publik, tidak terkecuali dalam layanan kesehatan (Muwafik,2010:63)

Pelayanan administrasi

Petugas kurang menerapkan model berbasis altruis tersebut, bahkan terkesan formalitas semata, dengan berorientasi pada “menyelesaikan tugas” hari ini. Saat dilakukan observasi ditemui para petugas yang secara tidak langsung mengabaikan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pihak RSUD dengan 5S nya tersebut, seperti tidak memberikan senyuman, tidak menyapa. Sapaan atau lebih tepatnya panggilan yang dilakukan dengan memanggil nama pasien karena memberi isyarat giliran/antrian dan terkesan bersifat formal, bahkan ditemui terdapat petugas yang memanggil pasien dengan nada marah, karena saat dipanggil yang pertama tidak ada (karena harus ke kamar mandi). Juga dengan nada tinggi dalam memberikan penjelasan pada pasien, terutama jika persyaratan pasien kurang. Pelayanan administrasi merupakan pintu pertama setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan. Jika di pintu pertama ini setiap petugas administrasi menerapkan program pelayanan yang berbasis 5S tersebut, tidak menutup kemungkinan proses penyembuhan pasien akan lebih cepat. Karena pelayanan yang baik akan mempengaruhi proses penyembuhan pasien.

Menurut hasil wawancara dengan salah satu pasien RSUD bernama Suriani (pengguna jamkesmas), mengemukakan bahwa :

“Saya menerima kartu jamkesmas sejak tahun 2007. Jika berobat ke rumah sakit sekarang sudah tidak lagi berbelit-belit, langsung mendapatkan penanganan, bahkan dokter jaga langsung, namun di bagian pelayanan administrasi yang diberikan terutama di bagian UGD dan bagian informasi kurang memuaskan, pasien mendapat perlakuan

yang dengan dibentak dan menjawab pertanyaan dengan tidak ramah, ya saya diam saja sambil ketakutan dengan kondisi hati was-was dan kaget juga, ya tapi mau bagaimana lagi saya kan butuh pertolongan. Tetapi tentang pelayanan kesehatan saat darurat sudah cukup bagus beserta perawatnya juga, bagaimanapun saya berterimakasih karena mendapat bantuan dengan cepat”

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang menyangkut kondisi darurat sekalipun tidak mengalami hambatan, namun justru pasien mengalami perlakuan yang kurang menyenangkan di bagian administrasi saja. Dalam pelayanan prima seorang petugas pelayanan yang memberikan jasa dituntut untuk memahami kondisi sosial dan psikologis pasien saat datang ke tempat berobat mereka membutuhkan pertolongan, harapan yang didapatkannya adalah perlakuan yang menyenangkan, yang akan dapat membantu proses penyembuhan pasien, sekaligus akan memberikan CITRA positif pada lembaga pemberi pelayanan jasa tersebut tak terkecuali di bidang kesehatan.

Pelayanan Medis

Petugas (dalam hal ini dokter) justru yang sepenuhnya telah melakukan pelayanan kesehatan dengan berbasis altruis. Pada saat pasien masuk ruang pemeriksaan dokter, dengan senyum dokter menyapa pasiennya dan menyapa menanyakan apa keluhannya dan dengan sabar pula dokter mendengarkan keluhan pasiennya sambil mencatatnya dalam rekam medik yang sudah disiapkan sebelumnya. Rata-rata dokter dalam memberikan pelayanan terutama berkaitan dengan pemeriksaan sudah memahami kondisi psikologis pasiennya, terbukti saat dilakukan observasi perlakuan dokter terhadap pasien yang satu dengan yang lainnya tidak sama dalam bersikap, setelah ditanyakan ke dokter yang bertugas saat itu mengemukakan, bahwa : *“hal ini dilakkan karena menurutnya tidak semua penyakit yang diderita pasien itu murni karena penyakit fisik bisa juga karena kondisi psikis, sehingga menurutnya dibutuhkan perhatian juga secara manusiawi dan personal”*, dengan sabar dan telatennya para dokter

tersebut memeriksa pasien. 1 pasien rata-rata bisamemakan waktu 15-20 menit bahkan ada yang sempat $\frac{3}{4}$ jam jika memang dibutuhkan pemeriksaan yang serius terhadap penyakit yang diderita pasiennya. Ini menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan sudah berubah orientasi dari pada pendekatan *medicine* ke pendekatan *humanis*.

Hasil wawancara dengan seorang pasien laki-laki dengan profesi sopir angkot sekaligus mengguna program JAMKESMAS di RSUD Syaiful Anwar Malang, mengemukakan bahwa :

“Saya merasa cukup puas dengan pelayanan yang di berikan pihak RSUD, suster dan dokternya ramah mas, banyak senyum dll, mungkin karena masih mudah mudah suster nya . keluarga saya yang mengantar dan menjenguk saya juga merasakan hal yang sama. Pokoknya sekarang beda dengan yang dulu, sekarang sudah sangat baik cekatan dan langsung ditangani. Persyaratannya mudah juga tinggal kita tunjukkan kartu Jamkesmas, Jamkesda kalau tidak punya disuruh minta SPM dari RT/RW setempat, tapi yang saya ndak suka malah di bagian receptionisnya karena terlalu angker dan sering bentak. Kalau Tim medis cukup merespon laporan dari pihak pasien. Alhamdulillah lancar administrasinya dan tdak di persulit kok. Ya kalau bisa tau penderitaan dan kesulitan keadaan kami, saya percaya petugas yang peduli akan mempermudah kami menerima perawatan dan pengobatan dengan menggunakan kartu ini (maksudnya Kartu JAMKESMAS)

Dari pernyataan pasien tersebut menunjukkan bahwa telah terjadi perubahan dari pendekatan *medicine* ke pendekatan *humanistic*, karena memang tidak semua penyakit disebabkan karena kondisi sakit semata, melainkan faktor sosial dan kondisi psikologia juga ikut berperan serta mempengaruhi kesehatan seseorang, bahkan dalam penyembuhan pasien, tidak mutlak obat-obatan, dengan pasien bercerita tentang kondisi sosial psikologisnya yang melatar belakangi terjadinya kondisi sakit tersebut sudah merupakan bagian dari proses penyembuhan, maka dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan sangat

dibutuhkan jiwa altruis, yang berarti melayani dengan sepenuh hati dari setiap petugas pemberi jasa di bidang kesehatan baik itu di bagian administrasi, medis maupun pelayanan obat-obatan.

Masyarakat miskin perkotaan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mempergunakan kartu JAMKESMAS, dimana dalam penanganannya tidak dibedakan dengan pasien umum yang lainnya. Masyarakat kategori ini berhak mendapatkan pelayanan di bidang kesehatan dengan sumber pembiayaan baik dari APBN maupun APBD. Ini semua merupakan wujud dan tanggungjawab Pemerintah terhadap tingka kesehatan warga negara secara menyeluruh, paling tidak terpenuhinya standart kesehatan masyarakat.

Kapala bagian Diklit RSUD Syaiful Anwar , mengemukakan bahwa :

“Menteri kesehatan kini sedang menyiapkan RUU tentang pembebasan biaya untuk pasien kelas 3 dan 4, Jika jadi kita pihak rumah sakit siap siap collapse (ndak stabil , karena) RSUD ini bersifat BLU (badan Layanan Umum) jadi disamping kita mendapat subsidi dari daerah dan pusat kita juga cari dari sumber dana lain yang tidak mengikat, salah satunya memanfaatkan bidang layanan diklit ini. Jadi kita tarik semua orang yang memanfaatkan dan menggunakan layanan ini dengan penarikan biaya administrasi yang proporsional di setiap kegiatannya. Selanjutnya beliau mengemukakan bahwa Pihak RSUD sebenarnya ada websaite tapi tidak terlalu di gunakan dan dimanfaatkan, jadi setiap data / SK baru tidak bisa di akses masyarakat luas padahal itu info public. Kemaren aslinya kita dapat alokasi anggaran dari pusat untuk memperbaiki jaringan dan websaite RSUD tapi kami kecewa dengan petugas yang mengerjakan proyek tsb. Mereka tidak bisa menyelesaikan sesuai target jadi terpaksa kami batalkan dan uang anggaran tsb ditarik lagi oleh pusat.

Dari data tersebut menunjukkan bahwa begitu rumit dan krusialnya permasalahan di bidang kesehatan terutama berkaitan dengan implementasi para

masyarakat yang mempergunakan kartu JAMKESMAS, dimana dalam pelaksanaannya membutuhkan kesiapan mental para petugas yang otomatis jumlahnya sangatlah banyak dengan latar belakang kondisi sosial psikologis yang bervariasi dengan temperamen dan perilaku yang bervariasi pula dan ini semuanya menuntut biaya yang tidak sedikit, apalagi jika Rumah Sakit dihadapkan dengan persoalan obat yang tidak tersedia di apotik untuk kategori obat pemegang kartu JASKESMAS apalagi dengan penyakit pasien yang membutuhkan obat khusus dan harganya relatif tinggi. Menurut pihak RSU walaupun selama ini dapat teratasi, namun tetap saja dibutuhkan kerja ekstra untuk pengurusan pencairan dana obat dalam kategori tersebut.

Sedangkan hasil wawancara dengan pasien Ibu Sumiati (Pasien Kelas 4) dan keluarga pasien di RSI Aisyiah Kota Malang, yang mengatakan bahwa :

“Saya merasa Cukup puas dengan pelayanan yang di berikan pihak RSI, suster dan dokternya ramah-ramah, banyak senyum , selalu memberi salam. Persyaratannya mudah tinggal kita disuruh minta SKTM dari RT/RW setempat trus di stempel di Ranting Muhammadiyah. Tim medis cukup cepat merespon laporan dari pihak pasien. Alhamdulillah lancar administrasinya dan tidak di persulit kok. Tapi kami agak aneh karena tiap pagi ada siraman rohani sama petugas rohaniawan RSI, Seharusnya pelayanan itu ya yang begini ini, ramah, banyak senyum dan memahami kondisi kami yang tidak mampu tapi membutuhkan pertolongan pelayanan kesehatan. Dengan pelayanann yang ramah ini serasa kami merasa ada yang peduli dan memperhatikan kondisi kami dan keluarga. Jadinya mau tidak mau kami merasa pelayanan yang diberikan mempercepat proses penyembuhan kami”.

Pelayanan yang diberikan di RSI “Aisyiah tersebut karena rumah sakit ini menetapkan kebijakan bahwa “Layananku adalah Ibadahku”, dengan demikian jika para pasien merasa senang dengan perlakuan petugas layanan tersebut, maka para petugas merasa bahwa itu semua untuk mendapatkan

pahala dari Allah SWT, sehingga dengan memperbanyak perlakuan yang humanis, secara otomatis akan semakin memperbanyak amalan, seperti yang disampaikan salah satu petugas medis di RSI “Aisyiah” yang mengemukakan bahwa :

“Kami pera petugas disini merasa bahwa kami semua mendapatkan amanah dari Allah untuk mengemban tugas mulia ini, dan kami wajib untuk menjalankan amanah tersebut tanpa membedakan siapapun pasien tersebut, dari mana dan berstatus apa, yang penting bagi kami adlah memberikan yang terbaik, namun semuanya kembali kepada masyarakat sebagai penerima, karena kami tidak dapat menilai diri kami sendiri, iarlah masyarakat yang menilai, InsyaAllah kami amanah dan akan tetap memberikan yang terbaik semampu kami dalam menjalankan tugas mulia tersebut”

Pelayanan Obat-Obatan

Dalam memberikan pelayanan obat-obatan petugas terkesan bersikap formal dan kaku, hal ini disebabkan karena banyaknya resep yang harus dilayani, sehingga tidak lagi memperhatikan faktor manusia penerima layanan. Ada tulisan di ruang tersebut **“Harap bersabar, setiap resep obat sangat membutuhkan ketelitian dan kecermatan”**.

Sehubungan dengan pelayanan obat-obatan salah satu petugas di bagian mengemukakan bahwa :

“Kami berusaha semaksimal mungkin melayani dengan sebaik mungkin, dengan antri sesuai dengan kedatangan diapotik ini, karena meracik obat membutuhkan ketelitian, saya percaya para pasien mengerti akan hal ini. Namun rata-rata pasien disini tidak membutuhkan obat racikan, tetapi sudah dalam bentuk kapsul/tablet, namun demikian kami tetap berhati-hati dan selalu teliti jangan sampai salah dalam memberikan obat, karena akibatnya bisa fatal. Kalau antrian sampai lama itu disebabkan karena banyaknya pasien yang harus dilayani dalam 1 hari tersebut dan semua pasien

membutuhkan obat itu segera. Itulah yang menyebabkan kami tidak mungkin berkomunikasi yang lain, kecuali menjelaskan ke pasien cara meminum obat tersebut”

Hasil wawancara dengan pasien dengan program ASKES yang sedang antri di tempat pengambilan obat tersebut Bu. Li'anawati mengemukakan bahwa :

“Saya kalau rutin berobat kesini sampai petugasnya hafal semua, saya menderita penyakit darah tinggi dan harus mengkonsumsi obat setiap harinya. Setiap berobat kesini saya mesti berangkat pagi-pagi, karena antriannya di 3 tempat di bagian administrasi , di pelayanan dokter dan di bagian obat. Untuk mengambil obat antriannya banyak, karena banyaknya pasien yang berobat ke RS ini, makanya saya kalau sudah diperiksa dokter dan mengambil obat tetap saya antrikan untuk mendapatkan nomor, tetapi saya bilang ke petugas obatnya saya ambil besok paginya. Dan besok paginya saya minta tolong anak saya untuk mengambil, hal ini saya lakukan untuk menghindari antri panjang dan saya kalau sudah lama menunggu jenuh yang akhirnya kepala saya pusing”.

Berdasarkan data yang disampaikan pasien tersebut menunjukkan bahwa RSU sebagai tempat rujukan para pasien se kota Malang yang membawahi 5 kecamatan belum ditambah dengan pasien dari luar Kota Malang, tentunya tidak sedikit jumlah yang harus dilayani setiap harinya. Dan antrian panjang pun tidak dapat dihindari lagi. Namun apa yang dilakukan pasien tersebut menjadi alternatif pilihan yang dapat memperlancar proses pengambilan obat dengan catatan obat yang di rumah belum habis toal, artinya saat memutuskan untuk mengambil obat esok harinya, pasien tersebut masih mempunyai obat cadangan yang dapat dikonsumsi selama belum mendapatkan obat yang baru. Kondisi ini tentunya dapat dimaklumi sehingga petugas tidak lagi berkomunikasi yang menurutnya tidak perlu mengingat banyaknya antrian setiap hari di tempat pengambilan obat, sehingga

komunikasi yang terjadi antara pasien dan petugas di tempat ini adalah komunikasi yang bersifat formalitas, dimana petugas memanggil untuk memberikan nomor antrian dan komunikasi di saat memberikan obat dengan menjelaskan cara mengkonsumsi obat tersebut.

Permasalahan yang dihadapi

Aktivitas pelayanan kesehatan bagaimanapun besarnya tetap menghadapi permasalahan yang berkaitan dengan komponen yang melekat pada institusi tersebut. Adapun permasalahan yang dialami oleh masing-masing institusi pelayanan kesehatan dimana penelitian ini dilakukan dapat dideskripsikan sebagai berikut :

Rumah Sakit Umum “Syaiful Anwar” Malang

Adapun permasalahan yang dihadapi oleh RSU berkaitan dengan Pelayanan Kesehatan masyarakat Miskin Perkotaan berbasis Altruis menurut Kabag.Humas, adalah sebagai berikut :

“Kebijakan ini sudah cukup memenuhi kebutuhan masyarakat miskin perkotaan berkaitan dengan standar pelayanan kesehatan tetapi masih di sayangkan belum tepatnya siapa yang seharusnya menerima kartu tersebut sehingga tidak sia – sia pemerintah mengeluarkan dana yang sangat besar. Idealnya pelayanan RSSA adalah tinggal melayani saja tanpa harus mensosialisasikan bagaimana cara masyarakat miskin perkotaan mengakses kesehatan apalagi mengurus masyarakat miskin yang gelandangan, dan seharusnya para gelandangan di cover oleh dinsos serta di beri kartu tertentu untuk dapat mengakses kesehatan di RSSA”.

Selain permasalahan tersebut di atas lebih lanjut beliau mengemukakan bahwa terdapat persoalan lainnya seperti :

- Terdapat resep obat yang tidak tersedia bagi para pengguna Jamkesmas, yang ini menjadikan pembengkakan anggaran bagi RS

yang ditunjuk untuk melayani program Jamkesmas.

- Kurangnya komunikasi kepada masyarakat pengguna jamkesmas tentang mekanisme pelayanan kesehatan yang pada akhirnya membingungkan masyarakat bagaimana cara menggunakannya dan merepotkan pihak rumah sakit karena harus menjelaskan ke setiap pemegang kartu JAMKESMAS
- Obat untuk pasien jamkesmas sering kali tidak ada sehingga RSSA menalangi untuk pengadaan obat

RSI “Aisyah” Malang

Menurut Ka.Bag Humas RSI “Aisyah” permasalahan yang dihadapi berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang tergolong dhuafa (istilah yang dipakai di RSI) adalah :

- Banyaknya anggota masyarakat terutama kaum dhuafa yang tidak mengetahui tentang adanya program dhuafah dan manipulasi data yang dilakukan oleh pasien dhuafah, di mana terkadang ada yang seharusnya mampu tetapi masih saja mengurus SKTM serta rekomendasi dari ranting Muhammadiyah dan ada juga masyarakat mampu yang mengatasnamakan anggota dari Muhammadiyah.
- Pencarian Stempel (mungkin bagi mereka yang bukan warga Muhammadiyah)
- Dibutuhkannya Sosialisasi pada masyarakat luas karena ini program baru dari RSI
- Menurut beliau Idealnya pelayanan kesehatan (point masukan) Hendaknya berdasar pada nilai-nilai dasar ke-Islaman yakni memanusiakan manusia mas, artinya nilai humanis dan simpati serta empati social harus di gunakan disitu. Dengan begitu akan mempercepat proses penyembuhan pasien yang datang.

Dinas Kesehatan Kota Malang

Menurut Ketua Yankes Kota Malang dalam pelaksanaan implementasi pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan terdapat beberapa

kendala yang menurutnya perlu mendapatkan perhatian serius yaitu :

“Faktor penghambat yang utama adalah masalah data yang menurut dinkes tidak valid karena data yang dipakai dari data BPS, dimana data itu di buat pada tahun 2006 dan dipakai sampai sekarang, padahal setiap tahun pasti ada perubahan ekonomi pada masyarakat. Selain itu Program yang ada saat ini berjalan sudah memenuhi akan kebutuhan masyarakat miskin tetapi pendataanlah yang masih kurang valid yang dimana yang seharusnya mendapatkan kartu malah tidak mendapatkan kartu jamkesmas. Pendataan dan data dari BPS sering kurang Up-date sehingga banyak masyarakat miskin yang layak nya mendapat kartu jaminan tapi tak pernah ter-cover”.

Menurut Ka. Dinkes tersebut idealnya pelayanan kesehatan terutama untuk masyarakat miskin adanya policy tentang asuransi kesehatan yang di mana masyarakat diwajibkan untuk membayar premi sesuai dengan starta ekonomi dan mungkin untuk yang memang tidak mampu akan di bebaskan dari premi setiap bulan.

Puskesmas

Menurut Kepala Puskesmas Pandanwangi Blimbing bahwa Faktor penghambat dari kebijakan yang sudah ada berkaitan dengan pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan adalah :

“Faktor ketidak tahuan dari pasien serta tidak digunakannya kartu jamkesmas dengan alasan malu menggunakannya. Faktor ketidak tahuan pasien jamkesmas untuk mengakses pelayanan kesehatan gratis dan masa tempo habis kartu tersebut sehingga terkadang ada masyarakat yang ngeyel untuk tetap mendapatkan pelayanan kesehatan. selain itu msyarakat merasa tidak butuh kartu

tersebut sehingga tidak di jaga sehingga kalau akan berobat dan perlu memakai kartu hilang, baru mengalami kebingungan. Saya menganggap pelayanan tsb sudah memenuhi kebutuhan masyarakat tapi jika berbicara tingkat kepuasan ya saya pribadi mengembalikannya kembali ke masyarakat karena yang berhak menilai adalah masyarakat, terutama para pengguna layanan kesehatan. Tegur ibu kepala puskesmas tsb. Idealnya pelayanan kesehatan (point masukan) Saya kira kita harus tetap menjadi pelayan masyarakat ya, tidak melihat pasien dari keluarga dan keekonomiannya, semua harus kita layani dengan sepenuh hati.

Sedangkan permasalahan yang dialami oleh Puskesmas Dinoyo, menurut data hasil wawancara dengan Ka. Puskesmas mengemukakan bahwa :

“ Perrsoalan kartu pasien (Jamkesmas / Jamkesda), sering lupa naruh, disamping itu data dari BPS yang pendataanya kurang bagus sehingga sering memunculkan kecemburuan sosial, artinya masyarakat yang tidak berhak menerima mendapatkan kartu tersebut, tetapi masyarakat yang seharusnya menerima justru tidak mendapatkannya”

Dari permasalahan yang disampaikan oleh pihak Puskesmas dan DKK Kota Malang permasalahan yang krusial adalah ada pada pendataan, dimana pihak BPS dalam hal ini dibutuhkan pengawalan data melalui program supervisi monitoring terhadap data yang masuk, dengan melakukan cros-cek data ulang ke masing-masing Kelurahan melalui Ketua RT atau masing-masing Dasa wisma. Yang menurut Ka Puskesmas Dinoyo dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan pemegang kartu JAMKESMAS dibutuhkan pembaharuan data setiap tahunnya, hal ini

Masyarakat Penerima JAMKESMAS

- Secara umum hasil wawancara dari pihak RSUD, RSI dan Puskesmas menyatakan bahwa : masih banyaknya masyarakat yang tidak faham akan penggunaan kartu Jamkesmas, hal disebabkan karena kurangnya sosialisasi dan komunikasi tentang penggunaan Jamkesmas oleh masyarakat miskin sebagai pengguna tentang mekanisme pelayanan kesehatan.
- Ketidaksihatian masyarakat penerima kartu JAMKESMAS dalam menyimpan kartu tersebut, sehingga pada saat dibutuhkan banyak masyarakat yang merasa kehilangan dengan kartu tersebut. Padahal kartu tersebut satu-satunya kartu yang bisa dipergunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa :

1. Kebijakan dan pemahaman para pelaksana instansi baik pemerintah, swasta tentang program pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan berbasis altruis sudah melekat dengan kebijakan masing-masing instansi, di RSUD ditetapkan kebijakan pelayanan dengan menerapkan 5S (Senyum, Sapa, Salam, Sopan dan Santun), di RSI “Aisyah” dengan penerapan “Layananku adalah Ibadahku”, sedangkan di Puskesmas para petugas sudah menjalankan sesuai dengan aturan kebijakan Departemen kesehatan RI dan Dinas Kesehatan Kota Malang, terutama berkaitan dengan standart pelayanan bagi pasien, dan jika Puskesmas tidak mampu menanganinya, maka pasien dirujuk langsung ke RSUD.
2. Model pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan berbasis *altruis*, yang dilihat dari sikap *care* dan perilaku *cooperative and social responsibility* aktor pelaksananya sudah terimplementasikan khususnya dalam layanan medis, namun belum sepenuhnya diimplementasikan di pelayanan

administrasi dan pelayanan obat-obatan dengan kesan formalitas dan cepat selesai.

lapisan masyarakat yang memang membutuhkan dan akan menjadi model pelayanan kesehatan yang adil dan berkelanjutan.

Rekomendasi :

1. Pemerintah Kota Malang mempunyai tanggungjawab yang cukup besar dalam upaya peningkatan sumber daya manusia, untuk itu dibutuhkan konsistensi dalam hal pengalokasian Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk pemenuhan kebutuhan masyarakat miskin perkotaan di bidang kesehatan. Untuk th 2011 diharapkan pemerintah dapat mengalokasikan sumber pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dari APBD th 2011 nanti, dengan harapan dapat menjangkau semaksimal mungkin pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan baik secara kuantitas maupun kualitas.
2. Melibatkan RS swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat miskin perkotaan, sehingga masyarakat dapat memilih RS yang dapat memberikan pelayanan yang memungkinkan berdekatan dengan tempat tinggalnya, sehingga pelayanan yang diterima bisa cepat dan tepat.
3. Model Pelayanan Kesehatan masyarakat miskin perkotaan berbasis altruis yang lebih berorientasi pada diri (*self*) pelaksana merupakan model yang layak dan patut untuk dikembangkan dalam pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin perkotaan di Indonesia. Karena dengan pelayanan berbasis altruis tersebut akan dapat memberikan pelayanan sepenuh hati, yang peduli (*care*) serta tanggungjawab yang amanah (*responsibility*). Karena pendekatan dengan model altruis tersebut akan dapat menumbuhkan rasa percaya diri pada pasien untuk mempercepat kesembuhannya. Dengan demikian pelayanan kesehatan yang berbasis altruis ini akan dapat dinikmati oleh

DAFTAR PUSTAKA

- Adi Isbandi Rukminto, 2001, *Pemberdayaan Pengembangan Masyarakat dan Intervensi Komunitas (Pengantar Pada Pemikiran dan Pendekatan Praktis)*, Lembaga Penerbit, FE Universitas Indonesia. Jakarta
- Akh. Muwafik Saleh, 2010, *Public Service Communication*, Praktek Komunikasi dalam Pelayanan Publik Disetai Kisah-Kisah Pelayanan, UMM Pers. Malang
- Ali Gufron Mukti, dkk, 2006, *Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) Tahun 2005 di Dua Kabupaten di Bandung*, Makalah pada Seminar Nasional Reformasi Sektor Kesehatan Dalam Desentralisasi Kesehatan di Bandung, 6 – 8 Juni 2006.
- Astutik, Juli, 2003, *Program Pemberdayaan Masyarakat Miskin Perkotaan melalui P2KP (Studi di Kelurahan Merjosari Kota Malang)*, Universitas Muhammadiyah Malang.
- _____, 2008, *Implementasi Kebijakan Konversi Minyak Tanah ke LPG dalam Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat Miskin di Kota Malang*. Universitas Muhammadiyah Malang
- _____, 2009, *Fenomena Kemiskinan di Kota Malang (Substansi dan rekomendasi Aksi)*, Makalah dalam FGD “Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia : Analisis Strategis Nasional Atas Peran Negara Donor, MNCS dan Lembaga Internasional. Peneliti Dr. Adriana. E, dkk Kerjasama LIPI Jakarta dengan FISIP- UMM
- Bruce L. Berg, 2006, *Qualitative, Research Methods for The Sosial Sciences*, California State University, Long Beach

Denzin, Norman K and Vonna.S, Lincoln, 1994,
Hand Book of Qualitative Research, Sage
Publication.

Hairunnisa, (2004) ***Tingkat Kepuasan Pasien
Kelas III terhadap Pelayanan Kesehatan
di RSUD Panglima Sebaya Tanah Grogot
Kab. Paser Kalimantan Timur***, Skripsi Jurusan
Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP - UMM

James Midgley, 2005, ***Pembangunan Sosial,
Perspektif Pembangunan Dalam
Kesejahteraan Sosial***, Direktorat Perguruan
Tinggi Agama Islam. DEPAG RI Jakarta.

Moh. Nurhasim, dkk, 2009, ***Utilisasi, Pelayanan
dan Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin
"The Unreach" di Kota Bandung (Studi
Kasus)*** Seminar Akhir Penelitian Program Riset
Kompetitif LIPI Bidang VII Sub Program
"Critical and Strategic Social Issues" Desember
2009, Jakarta

Rahmad KDS, Juli Astutik, 2005, ***Pemberdayaan
Masyarakat Miskin Perkotaan melalui
Program P2KP (Kajian Kebijakan
Program P2KP) di Kota Malang***

Roro Ratna Hendrayanti, (2003) ***Kebijakan
Pelayanan Kesehatan di RSUD
Pamekasan Pada Masyarakat Ekonomi
Rendah*** di Kab. Pamekasan, Skripsi Jurusan
Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP – UMM.

Sudarsih, 2010, ***Pembangunan dan Rekayasa
Sosial, dalam Teori-Teori Perubahan***