

**EFEKTIVITAS PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN PENGGUNA
KARTU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. DRADJAT PRAWIRANEGARA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelara Sarjana Ilmu Administrasi Publik Pada Konsentrasi Manajemen Publik
Program Studi Ilmu Administrasi Publik



Oleh :

KANTINA WIDANINGRUM

NIM. 6661112539

**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA
SERANG, 2018**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang Bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kantina Widaningrum

NIM : 6661112539

Tempat, Tanggal Lahir : Serang, 07 Janurari 1994

Jurusan : Ilmu Administrasi Publik

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul **“Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara”** adalah hasil karya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Apabila dikemudian hari skripsi ini terbukti mengandung unsur plagiat, maka gelar Sarjana saya bisa dicabut.

Serang, Juni 2018



Kantina Widaningrum

LEMBAR PERSETUJUAN


Nama : **KANTINA WIDANINGRUM**
NIM : **6661 112539**
Judul : **EFEKTIVITAS PELAYANAN PASIEN RAWAT
JALAN PENGGUNA KARTU JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. DRADJAT
PRAWIRANEGARA**

Serang, Juni 2018

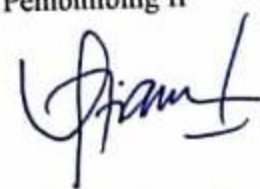
Skripsi Ini Telah Disetujui Untuk Diujikan

Menyetujui,

Pembimbing I


Kandung Sapto Nugroho, M.Si
NIP. 197809182005011002

Pembimbing II


Titi Stiawati, M.Si
NIP. 197011252005012001

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Universitas Sultan Ageng Tirtayasa


Dr. Agus Sjafari, M.Si
NIP. 197108242005011002

PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI PUBLIK
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Nama : KANTINA WIDANINGRUM

NIM : 6661112539

Judul Skripsi : EFEKTIVITAS PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN
PENGGUNA KARTU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. DRADJAT
PRAWIRANEGARA

Telah diuji di hadapan Dewan Penguji Sidang Skripsi di Serang, tanggal 12 Juli tahun 2018 dan dinyatakan LULUS.

Serang, 12 Juli 2018

Ketua Penguji:

Yeni Widvastuti, M.Si

NIP. 197502102005012003

Anggota:

Drs. Hasuri Waseh, M.Si

NIP. 196202032000121001

Anggota:

Titi Stiawati, M.Si

NIP. 197011252005012001



Mengetahui:


Dekan Fasp Untirta
Dr. Agus Sjafari, M.Si
NIP. 197108242005011002


Ketua Program Studi
Listyaningsih, M.Si
NIP. 197603292003422001

Bersabar, Berusaha, Dan Bersyukur
Bersabar Dalam Berusaha
Berusaha Dengan Tekun Dan Pantang
Menyerah
Dan Bersyukur Atas Apa yang Telah
Diperoleh

Ku persembahkan skripsi ini untuk Ibu ku yang sudah berada di sisi-Nya, untuk ayahku tercinta, kakak ku dan juga adik ku yang tiada henti memberikan dukungannya.

"Tanpa keluarga, manusia, sendiri di dunia, gemetar dalam dingin"

Terimakasih juga ku persembahkan kepada sahabat-sahabatku yang senantiasa menjadi penyemangat dan menemani di setiap hariku.

"sahabat merupakan salah satu sumber kebahagiaan dikala kita merasa tidak bahagia"

ABSTRAK

KANTINA WIDANINGRUM, 6661 112539. Skripsi 2018. Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara. Program Studi Administrasi Publik. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Universitas Sultan Ageng Tirtayasa. **Pembimbing I Kandung Sapto Nugroho, M.Si., Pembimbing II Titi Stiawati, M.Si.**

Fokus penelitian ini untuk melihat sejauhmana Efektivitas pelayanan di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara. Masalah dalam penelitian ini : 1). Waktu pelayanan yang kurang baik, 2). Kurangnya sarana prasarana ruang tunggu pasien, kurangnya fasilitas tempat menunggu nomor antrian 3). Pengunjung rumah sakit/Pasien yang merasa kurang adanya keramahan dan respon aktif dari petugas pelayanan; 4). Lahan parkir yang kurang memadai. Metode penelitian Deskriptif Kuantitatif. Teori yang digunakan dari Gibson dalam Makmur (2008:125): 1) Produktivitas; 2) Efisiensi; 3) Fleksibilitas; 4) Keunggulan; 5) Pengembangan; 6) Kepuasan. Nilai t hitung lebih kecil dari t tabel atau jatuh pada daerah penerimaan H_0 ($-25.65 < 1.660$), maka Hipotesis Nol (H_0) diterima dan Hipotesis Alternatif (H_a) ditolak. Hasil penelitian yaitu: Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara mencapai 44,16% dari hipotesis awal (H_0) $< 65\%$. Saran yaitu Melakukan evaluasi berkala terhadap pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara, Melaksanakan pengawasan yang ketat terhadap seluruh pegawai baik itu pegawai administrasi maupun tim medis, Meningkatkan sosialisasi kepada pasien Jaminan Kesehatan Nasional terkait prosedur pelayanan yang dilakukan, Meningkatkan kualitas pegawai dengan sering mengadakan bimbingan teknis terkait pelayanan, Memperbaiki sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara.

Kata Kunci: Efektivitas, Pelayanan Publik

ABSTRACT

KANTINA WIDANINGRUM, 6661 112539. Thesis 2018. *Effectiveness of Outpatient Patient Service Users of National Health Insurance Card at Regional General Hospital dr. Dradjat Prawiranegara. Public Administration Departement. Faculty of Social and Political Sciences. Universitas Sultan Ageng Tirtayasa. 1st Advisor **Kandung Sapto Nugroho, M.Si., 2nd Titi Stiawati, M.Si.***

This research is to see how far Effectiveness of service in hospitals dr. Dradjat Prawiranegara. The problems in this research : 1). Poor service time, 2). Lack of facilities for patient waiting room, 3). Visitors to the hospital / Patients who feel lack of friendliness and active response from service personnel; 4). Insufficient parking space. The research method Quantitative Descriptive. Using effectiveness indicators from Gibson in Makmur (2008: 125): 1) Productivity; 2) Efficiency; 3) Flexibility; 4) Excellence; 5) Development; 6) Satisfaction. The value of t arithmetic is smaller than t table or fall in the acceptance area of H_0 ($-25.65 < 1.660$), then the Hypothesis Zero (H_0) is accepted and Alternative Hypothesis (H_a) is rejected. The results of the research are: Effectiveness of Outpatient Patient Service Users National Health Insurance Card at Regional General Hospital dr. Dradjat Prawiranegara reached 44.16% of the initial hypothesis (H_0) < 65%. The results of the research are: Effectiveness of Outpatient Patient Service Users National Health Insurance Card at Regional General Hospital dr. Dradjat Prawiranegara reached 44.16%. Suggestion is Conducting periodic evaluation on services provided by the Regional General Hospital dr. Dradjat Prawiranegara, Implementing strict supervision on all employees, both administrative staff and medical team, Increasing socialization to patient of National Health Insurance related to service procedure performed, Improving the quality of employees by frequently providing technical guidance related to services, Improving facilities and infrastructure that support services at the Regional General Hospital dr. Dradjat Prawiranegara.

Keywords: Effectiveness, Public Service

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur *Alhamdulillah* peneliti panjatkan kehadiran ALLAH SWT, serta shalawat serta salam selalu tercurahkan untuk Nabi Muhammad SAW, sahabat beserta keluarganya, karena dengan ridho, rahmat, karunia dan kasih sayang-Nya yang berlimpah sehingga akhirnya peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara”

Dengan selesainya Skripsi ini tentunya tidak terlepas dari bimbingan, bantuan dan dorongan dari berbagai pihak yang senantiasa selalu mendukung peneliti dalam upaya menyelesaikan penelitian ini. Maka peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Sholeh Hidayat, M.Pd selaku Rektor Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
2. Dr. Agus Sjafari, S.Sos. M.Si., selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
3. Rahmawati, M.Si, selaku Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
4. Iman Mukroman, M.Si, selaku Wakil Dekan II Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
5. Kandung Sapto Nugroho, M.Si, selaku Wakil Dekan III Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa sekaligus Dosen

Pembimbing I yang membimbing dan membantu peneliti dalam penyusunan skripsi, terima kasih atas arahan dan pembelajarannya.

6. Listyaningsih, M.Si, selaku Ketua Prodi Ilmu Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
7. Dr. Arenawati, M.Si selaku Sekretaris Prodi Ilmu Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa .
8. Titi Stiawati, M.Si selaku Dosen Pembimbing II yang membimbing dan membantu peneliti dalam penyusunan skripsi, terima kasih atas arahan dan pembelajarannya.
9. Ima Maisaroh, M.Si, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang membimbing dan membantu peneliti selama perkuliahan.
10. Semua Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa yang telah membekali ilmu dan pengetahuan selama perkuliahan.
11. Kedua Orang tua tercinta. Kakak tersayang M. Bela Subakti dan Lora Amalia. Adik tersayang Delis Setia Nusanti yang telah memberikan dorongan semangat dan nasehatnya, keluarga peneliti tercinta terima kasih atas segenap perhatian dan motivasinya, canda tawa serta dukungannya untuk peneliti.
12. Sahabat-sahabatku dan teman-teman seperjuanganku di Prodi Ilmu Administrasi Publik FISIP Untirta 2011 untuk Vera, Jeje, Nisa, Ana, Indri DP, Indri Yeni, Cika, Nita, Nendi, Dodi, Tommy, Danang, Dinar, Gesti, Revi, Erin, Uca, Kiki, Ella, Ubay, Jaka, Ola, Ririn, Lita, Ida, Randi, Amel.
13. Keluarga Besar Banten Chorus yang selalu memberi semangat untuk peneliti.

14. Keluarga besar Backpacker Internasional yang telah memberi keceriaan untuk peneliti.

15. Sahabat lelaki Tb. Gilang Permana Putra dan Sahabat perempuan Verayana Sukmasari Putri yang telah mendampingi peneliti selama ini.

Akhir kata peneliti berharap dan berdoa kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu peneliti dalam menyusun skripsi ini mendapat imbalan dari Allah SWT serta peneliti menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dalam Skripsi ini sehingga peneliti dengan rendah hati menerima masukan dari semua pihak agar dapat menghasilkan karya yang lebih baik lagi dan peneliti berharap agar skripsi ini dapat bermanfaat dan menambah pengetahuan kepada pembaca umumnya.

Serang, Juni 2018

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERSEMBAHAN

ABSTRAK

ABSTRACT

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL..... vii

DAFTAR DIAGRAM..... viii

DAFTAR GAMBAR.....xi

DAFTAR LAMPIRAN.....xii

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang 1

1.2. Identifikasi Masalah 16

1.3. Batasan Masalah 16

1.4. Perumusan Masalah 17

1.5. Tujuan Penelitian 17

1.6. Manfaat Penelitian 17

1.7. Sistematika Penulisan 18

BAB II DESKRIPSI TEORI, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS

PENELITIAN

2.1. Deskripsi Teori.....	24
2.2. Penelitian Terdahulu	41
2.3. Kerangka Berfikir	42
2.4. Hipotesis Penelitian.....	46

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. Pendekatan dan Metode Penelitian	48
3.2. Ruang Lingkup dan Fokus Penelitian	48
3.3. Lokasi Penelitian.....	49
3.4. Variabel Penelitian	49
3.5. Instrumen Penelitian	50
3.6. Populasi dan Sampel Penelitian	53
3.7. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	55
3.8. Jadwal Penelitian.....	59

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. Deskripsi Objek Penelitian.....	61
4.2. Deskripsi Data.....	71
4.3. Persyaratan Pengujian Statistik.....	74
4.4. Analisis Data	78
4.5. Pengujian Hipotesis.....	98
4.6. Interpretasi Hasil Penelitian	101
4.7. Pembahasan.....	103

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan	106
5.2. Saran.....	108

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah dan Rincian pegawai RSUD Kabupaten Serang dr. Dradjat Prawiranegara.....	6
Tabel 1.2 Jumlah dan Rincian Kapasitas Tempat Tidur Kabupaten Serang dr. Dradjat Prawiranegara Tahun 2016	8
Tabel 1.3 Indikator Pelayanan Kabupaten Serang dr. Dradjat Prawiranegara Tahun 2012/2016	9
Tabel 3.1 Skoring Item Instrumen	51
Tabel 3.2 Kisi-Kisi Instrumen Penelitian.....	52
Tabel 3.4 Jadwal Penelitian	59
Tabel 4.1 Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin.....	64
Tabel 4.2 Unit Pelayanan Kabupaten Serang dr. Dradjat Prawiranegara	69
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	72
Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	72
Tabel 4.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	73
Tabel 4.6 Hasil Perhitungan Validitas Instrumen	75
Tabel 4.7 Hasil Perhitungan Realibilitas Instrumen	76

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 4.1 Tanggapan Responden Mengenai Pegawai Bekerja Dengan Cepat Dalam Memberikan Pelayanan	78
Diagram 4.2 Tanggapan Responden Mengenai Pegawai yang Bekerja Saat ini Sudah Sesuai dengan Keahliannya Masing-masing.....	79
Diagram 4.3 Tanggapan Responden Mengenai Jumlah Pegawai yang ada Saat ini Sudah Mampu Melayani Pasien yang ada	79
Diagram 4.4 Tanggapan Responden Mengenai Pegawai Memberikan Pelayanan yang Baik Terhadap Pasien.....	80
Diagram 4.5 Tanggapan Responden Mengenai Dokter Jaga di Poliklinik Selalu Hadir Tepat Waktu.....	81
Diagram 4.6 Tanggapan Responden Mengenai Waktu Pelayanan Yang Diberikan Sudah Tepat.....	82
Diagram 4.7 Tanggapan Responden Mengenai Waktu Menunggu Pasien Sudah Tepat.....	83
Diagram 4.8 Tanggapan Responden Mengenai Waktu Proses Mengantri Selama Proses Pendaftaran Sudah Tepat	84
Diagram 4.9 Tanggapan Responden Mengenai Pasien Selalu Mendapatkan Informasi Yang Tepat Mengenai Poliklinik Yang Dituju.....	85

Diagram 4.10 Tanggapan Responden Mengenai Informasi Yang Diberikan Kepada Pasien Mudah Dimengerti	86
Diagram 4.11 Tanggapan Responden Mengenai Pegawai Selalu Membantu Pasien Saat Ada Hal Yang Tidak Pasien Ketahui	87
Diagram 4.12 Tanggapan Responden Mengenai Pegawai Selalu Menjawab Mengenai Keluhan Dari Pasien.....	88
Diagram 4.13 Tanggapan Responden Mengenai Pelayanan Yang Diberikan Sama Dengan Pasien Umum.....	89
Diagram 4.14 Tanggapan Responden Mengenai Pelayanan Pada Saat Pendaftaran Mudah Diakses Oleh Setiap Pasien	89
Diagram 4.15 Tanggapan Responden Mengenai Pegawai Yang Memberikan Pelayanan Bersikap Ramah.....	90
Diagram 4.16 Tanggapan Responden Mengenai Pegawai Yang Memberikan Pelayanan Dapat Diandalkan	91
Diagram 4.17 Tanggapan Responden Mengenai Pelayanan Kesehatan Yang Diberikan Kepada Pasien Sudah Baik	91
Diagram 4.18 Tanggapan Responden Mengenai Adanya Tindak Lanjut Dalam Menanggapi Keluhan Pasien.....	92
Diagram 4.19 Tanggapan Responden Mengenai Pihak Rumah Sakit Memfasilitasi Pasien Yang Memberikan Keluhan Bagi Pelayanan.....	93
Diagram 4.20 Tanggapan Responden Mengenai Fasilitas Tunggu Pasien Sudah Memadai.....	94

Diagram 4.21 Tanggapan Responden Mengenai Kemudahan Dalam Mengakses Kartu Jaminan Kesehatan Nasional	95
Diagram 4.22 Tanggapan Responden Mengenai Pelayanan Berorientasi Pada Kepuasan Pasien	95
Diagram 4.23 Tanggapan Responden Mengenai Pasien Puas Dengan Pelayanan Pada RSUD Serang	96
Diagram Hasil Keseluruhan Indikator.....	106

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Antrian Pendaftaran Rawat Jalan	11
Gambar 1.2 Antrian Pendaftaran Pasien Baru Atau Pasien Lama Untuk Rawat Jalan	13
Gambar 1.3 Kondisi Parkiran.....	14
Gambar 2.1 Keterkaitan Efisiensi, Efektifitas, Kualitas dan Produktifitas	27
Gambar 2.2 Kerangka Berfikir.....	45
Gambar 4.1 Struktur RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang	67
Gambar 4.3 Kurva Penolakan dan Penerimaan Hipotesis	100

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran Surat Izin Penelitian
2. Lampiran PERMENPAN No.15 Tahun 2014
3. Lampiran UUD 1945 no. 36 Tahun 2009 Pasal 1
4. Lampiran Profil Rumah Sakit dr. Dradjat Prawiranegara Serang
5. Lampiran Kuesioner Penelitian
6. Lampiran Jawaban Responden
7. Lampiran Tabel Validitas
8. Lampiran Hasil Tabel Perhitungan Validitas Instrumen
9. Lampiran Hasil Uji Realibilitas
10. Lampiran Distribusi Nilai T table
11. Lampiran Foto Dokumentasi
12. Lampiran Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Kesehatan juga suatu unsur yang penting bagi setiap manusia untuk mencapai kesejahteraan. Setiap manusia berhak memiliki perlindungan tentang kesehatan. Negara yang kuat didukung pula oleh masyarakat yang sehat, baik jasmani maupun rohani. Berkaitan dengan hal tersebut, pemerintah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di rumah sakit dan puskesmas baik melalui penyediaan peralatan medis, tenaga perawat yang menguasai di bidangnya. Pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit dan puskesmas merupakan sarana untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan bagi pasien sesuai dengan standar yang ditetapkan serta dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Peralatan obat yang lengkap dan mendukung fasilitas yang lain seperti laboratorium, apotek, ruang tunggu dan sebagainya agar masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang cepat dan tepat.

Negara Indonesia merupakan negara yang jumlah penduduknya berkisar 261.1 juta jiwa (Data BPS, 2016) dan pastinya pada setiap tahunnya akan selalu meningkat, persoalan-persoalan yang munculpun dalam kehidupan masyarakat Indonesia sangat beragam, salah satunya dalam hal kesehatan. Masalah kesehatan

masyarakat khususnya negara berkembang termasuk Indonesia sangat beragam dan harus segera diatasi dengan kerjasama yang kuat antara pemerintah dan masyarakat itu sendiri. Dalam hal ini pemerintah telah membentuk badan khusus secara formal yang menangani masalah kesehatan masyarakat yaitu Kementerian kesehatan. Pemerintah Indonesia selama ini banyak membuat program kesehatan untuk masyarakat Indonesia.

Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan telah digariskan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional. Kesehatan merupakan hal yang sangat penting untuk masyarakat. Dengan kesehatan yang baik masyarakat dapat beraktivitas, masyarakat dapat bekerja, masyarakat dapat sekolah, serta dapat memberikan produktivitas yang baik. Maka dari itu pelayanan kesehatan merupakan salah satu hal terpenting yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Pembangunan kesehatan merupakan bentuk upaya untuk memperoleh

pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 23 Tahun 1992 tentang kesehatan. Misi ini memandang bahwa pembangunan kesehatan dan kesejahteraan sosial masyarakat merupakan suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dalam jangka panjang agar beragam target yang diharapkan agar bisa tercapai, diantaranya adalah pelayanan kesehatan yang optimal. Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, banyak hal yang perlu diperhatikan. Salah satu diantaranya yang dianggap mempunyai peranan yang sangat penting adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pelayanan di bidang kesehatan merupakan bentuk konteks pelayanan publik dan mutlak dilaksanakan dengan baik oleh pemerintah. Agar penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat mencapai tujuan yang diinginkan maka pelayanan harus memenuhi berbagai syarat diantaranya yaitu tersedia sarana dan prasarana, berhubungan antara pasien dan pemberi pelayanan, mudah dijangkau, dan bermutu maka akan memberikan kepuasan yang berdampak terhadap keinginan pasien untuk kembali kepada institusi yang memberikan pelayanan kesehatan yang efektif tersebut.

Peningkatan efektivitas pelayanan publik yang diselenggarakan instansi pemerintahan kini semakin mengemuka, bahkan menjadi tuntutan masyarakat. Di negara-negara berkembang dapat kita lihat mutu pelayanan publik merupakan masalah yang sering muncul, karena pada negara berkembang pada umumnya permintaan akan pelayanan jauh melebihi kemampuan pemerintah untuk memenuhi sehingga persoalan yang sering dikritisi masyarakat atau para penerima layanan adalah persepsi terhadap “kualitas” yang melekat pada seluruh aspek

pelayanan. Karena itu pemerintah harus memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat. Efektivitas pelayanan dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi para konsumen atas pelayanan yang nyata-nyata mereka terima/peroleh dengan pelayanan yang sesungguhnya mereka harapkan/inginkan terhadap atribut-atribut pelayanan suatu rumah sakit. Jika jasa yang diterima atau dirasakan (*perceived service*) sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan, jika jasa yang diterima melampaui harapan pasien, maka efektivitas pelayanan dipersepsikan sangat baik dan berkualitas. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah dari pada yang diharapkan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan buruk.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali dan bermutu penting untuk kesehatan, selanjutnya mengenai fasilitas yang diberikan terhadap masyarakat juga terdapat juga didalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat 3 menyebutkan bahwa, "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak". Salah satu fasilitas yang disediakan oleh pemerintah adalah Rumah sakit dan Puskesmas.

Pelayanan dibidang kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah merupakan bentuk pelayanan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu bentuk pelayanan publik yang dilaksanakan oleh pemerintah adalah pemenuhan kebutuhan kesehatan setiap masyarakat. Perubahan dibidang kesehatan dilaksanakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadi lebih efektif, efisien serta dapat dijangkau dengan setiap lapisan masyarakat. Seperti yang tertuang dalam keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

No.951/MenKes/SK/VI/2000 yaitu bahwa “Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal”.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Dradjat Prawiranegara merupakan rumah sakit yang dimiliki pemerintah Kabupaten Serang yang berlokasi di Kota Serang bertempat di Jl. Rumah Sakit Nomor 1 Serang Banten. RSUD dr. Dradjat Prawiranegara merupakan Rumah Sakit kelas B Non Pendidikan sebagai pusat rujukan Rumah Sakit sewilayah Provinsi Banten yang mencakup Daerah Lebak, Pandeglang, Kabupaten Tangerang, Kota Tangerang serta Kota Cilegon dituntut untuk dapat melakukan pelayanan professional. Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran medik spesialis luas dan subspecialis terbatas. Rumah sakit tipe B ini direncanakan akan didirikan di setiap ibukota propinsi (provincial hospital) yang dapat menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten. Kualitas pelayanan rumah sakit terhadap para konsumennya merupakan suatu hal yang sangat penting, yang pada akhirnya akan mampu memberikan kepuasan kepada konsumennya. Sehingga diharapkan fungsi dan tujuan rumah sakit tersebut dapat tercapai.

Ketenagakerjaan di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang dapat dikatakan memadai untuk rumah sakit tipe B non pendidikan, baik tenaga struktural maupun fungsional. Komitmen terhadap peningkatan kualitas SDM terus dilakukan, karena RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang menyadari sepenuhnya bahwa SDM merupakan asset yang sangat berharga dalam

tumbuh kembang rumah sakit. Adapun jumlah pegawai di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang seluruhnya adalah 1.197 orang (termasuk 730 orang tenaga PNS 467 orang Non PNS) yang terinci dalam tabel berikut

Tabel 1.1
Jumlah dan Rincian Pegawai RSUD dr. Drajat Prawiranegara
Kabupaten Serang

No	NAMA JABATAN	Jumlah Pegawai Yang ada Per 21-12-2015	
		PNS	Non PNS
I	Jabatan Struktural	14	
II	Jabatan Fungsional Tertentu		
1	Dokter Umum	19	23
2	Dokter Spesialis	42	13
3	Dokter Gigi	2	1
4	Psikolog	1	-
5	Apoteker (Sarjana Farmasi)	12	4
6	Asisten Apoteker / D-III Farmasi	9	32
	Epidemiologi	1	-
7	Perawat	300	197
8	Bidan	30	35
9	Perawat Gigi	3	3
10	SPTG (Teknis Gigi)	1	-
11	Nutrisionis	8	5
12	Sanitrian	3	2
13	Fisioterapi	9	3
14	Radiographer	7	3
15	Refraksi Optisi	2	-
16	Perekam Medis	10	3
17	Elektro Medis	3	1
18	Perawat Anastesi	2	5

No	NAMA JABATAN	Jumlah Pegawai Yang ada Per 21-12-2015	
		PNS	Non PNS
19	Pranata Lab Kesehatan	18	4
20	Teknisi Transfusi Darah	4	-
III	Jabatan Fungsional Umum	230	133
	JUMLAH	730	467

Sumber: RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang

Fasilitas pelayanan yang telah disediakan oleh RSUD dr. Drajat Prawiranegara untuk melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sudah semakin lengkap dan canggih bahkan masih terus dikembangkan baik sarana, prasarana dan SDM dalam rangka menghadapi era globalisasi dan era persaingan antar Rumah Sakit. Salah satu fasilitas pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Drajat Prawiranegara adalah pelayanan rawat jalan (Poliklinik) dan rawat inap. Ada 22 poliklinik rawat jalan di RSUD dr. Drajat Prawiranegara. Untuk menunjang poliklinik yang lumayan banyak di RSUD dr. Drajat Prawiranegara, pihak rumah sakit juga menyediakan Dokter spesialis, Dokter umum dan Dokter gigi. Dokter spesialis di RSUD dr. Drajat Prawiranegara yaitu ada 41 dokter. Dokter Umum dan Dokter Gigi di RSUD dr. Drajat Prawiranegara yaitu ada 44 dokter. Kamar rawat inap di RSUD dr. Drajat Prawiranegara dibagi dalam beberapa kelas, yaitu kelas paviliun, kelas utama, kelas 1, kelas 2, dan kelas 3. Untuk lebih jelasnya, terinci dalam tabel 1.3 di bawah ini:

Tabel 1.2
Jumlah dan Rincian Kapasitas Tempat Tidur RSUD dr. Drajat
Prawiranegara Kabupaten Serang tahun 2016

No	Ruang Perawatan	VVIP	VIP	Utama	Kls I	Kls II	Kls III	Lain-lain	Jumlah
1	Flamboyan 1			8					8
2	Flamboyan 2				4	15			19
3	Flamboyan 3						24		24
4	Anggrek 1					24			24
5	Anggrek 2					22			22
6	Wijayakusuma				4	7	12		23
7	Bayi							40	40
8	Cempaka						52		52
9	Dahlia						50		50
10	Muzdalifah	2	11						13
11	Mina		15						15
12	Melati 1				16				16
13	Melati 2				16				16
14	ICU							7	7
15	NICU							4	4
16	Arafah		13						13
17	Mawar			1	8	3			12
18	Isolasi								4
19	HCU								4
20	Tulip			2	8	11	10	5	36
	Jumlah	2	39	11	50	82	148	64	402

Sumber: RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang

Tempat tidur yang tersedia di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang sejumlah 402 tempat tidur. Pada pertengahan tahun 2016 sedang dilaksanakan pembangunan gedung perawatan sehingga 10 tempat tidur sementara tidak dapat dipergunakan, kapasitas tempat tidur tersebut dibagi dalam beberapa kelas dari kelas III hingga kelas VVIP. Peran RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang sebagai rumah sakit yang sangat peduli pada masyarakat kurang mampu terlihat dan tersedianya 140 tempat tidur pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu.

RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang berlokasi di Pusat Kota Serang, sehingga sangat mudah aksesnya baik menggunakan kendaraan umum maupun pribadi. Kemudahan akses masyarakat ke RSUD dr. Dradjat Prawiranegara menambah sebagai rumah sakit rujukan di Provinsi Banten dan sekitarnya. RSUD dr. Dradjat Prawiranegara sangat mudah dijangkau dari berbagai kabupaten/kota yang ada di sekitar Provinsi Banten. Sehingga pasien yang datang juga berasal dari Pandeglang, Lebak, Cilegon dan Tangerang. Oleh karena itu, kunjungan ke RSUD dr. Dradjat Prawiranegara dapat dikatakan tinggi, baik kunjungan rawat jalan maupun rawat inap. Tentunya hal ini tergambar dengan utilisasi baik rawat jalan maupun rawat inap di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara. Utilisasi layanan kesehatan di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang sebagai berikut :

Tabel 1.3
Indikator Pelayanan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara
Kabupaten Serang tahun 2012 – 2016

No	Uraian	2012	2013	2014	2015	2016	Rata-rata Pertahun
1	Pasien Keluar hidup & Mati	21436	25730	33360	30731	21957	26643
2	BOR (%)	86	74	92	78	70	60
3	LOS	5	4	4	4	3	4
4	BTO	63	62	81	75	26	61
5	TOI	1	1	0	1	1	1
6	NDR (o/oo)	33	28	4	6	22	19
7	GDR (o/oo)	56	44	44	48	36	46

Sumber: RSUD dr. Drajat Prawiranegar Kabupaten Serang

Dari indikator-indikator diatas menjelaskan bahwa rata-rata pertahunnya angka pasien keluar dan masuk cukup tinggi yaitu 26643 jiwa. Indikator BOR (*Bed occupancy Ratio*) angka pengguna tempat tidur atau menurut Depkes (2005) BOR adalah persentase pemakaian tempat tidur pada suatu waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85% (Depkes, 2005), dalam hal ini rata-rata angka BOR RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang pertahunnya mulai dari tahun 2012-2016 adalah 60%. Dalam indikator LOS (*Legth Of Stay*) yaitu rata-rata lamanya pasien di rawat atau indikator ini menjelaskan gambaran tingkatan efisiensi dan mutu pelayanan, menurut Depkes (2005) secara umum nilai AVLOS/LOS yang ideal adalah 6-9 hari, dalam rincian tabel diatas rata-rata LOS pada RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang pertahunnya mulai dari tahun 2012-2016 adalah 4 hari. menurut Depkes (2005) Dalam indikator BTO (*Bed Turn Over*) menurut Depkes RI (2005) adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

Dalam tabel di atas hasil indikator BTO tidak ideal atau di atas rata-rata. TOI (*Turn Over Interval*) indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari (Depkes, 2005), pada rincian indikator diatas menjelaskan setiap tahunnya angkat TOI sendiri 1 hari. Indikator NDR diatas rata-rata setiap tahunnya adalah 19 jiwa, NDR (*Net Death Rate*) sendiri adalah angka kematian 48 jam setelah

dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Sedangkan indikator GDR (*Gross Death Rate*) atau angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar rata-rata angka pertahunnya mencapai 46 jiwa.

Dalam observasi awal, peneliti menemukan beberapa masalah yaitu : *Pertama*, Kepuasan pasien salah satunya dipengaruhi oleh waktu pelayanan, waktu pelayanan adalah waktu minimal yang digunakan untuk melayani pasien. Waktu pelayanan terhitung dari mendaftar ke loket sampai pasien melakukan konsultasi dengan dokter. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit, standar waktu tunggu dalam pelayanan rawat jalan adalah ≤ 60 menit. Kebanyakan pasien di dalam observasi awal ini mengeluh tentang lamanya antrian yang cukup banyak dan dibatasi.

Gambar 1.1
Antrian pendaftaran rawat jalan



Dalam gambar tersebut menunjukkan antrian di loket pendaftaran pasien yang ingin berobat atau rawat jalan sangat penuh hingga antrian tersebut panjang melebihi pintu ruang tunggu. Menurut salah satu pengunjung rumah sakit yang bernama Anisa umur 24 tahun wawancara pukul 08.00 di ruangan pendaftaran pasien rawat jalan, *“antrian panjang itu sudah biasa terjadi setiap hari nya, karena saya selalu mengantar ibu saya untuk berobat. Dalam antrian tersebut pengunjung rumah sakit harus mengambil tiket antrian lalu memilih antara BPJS lama, BPJS baru atau Umum, lalu pengunjung tinggal menunggu waktu di panggil oleh loket yang bersangkutan. Jika datang sangat pagi waktu yang dibutuhkan untuk dipanggil loket sekitar 1 jam lebih”*. Jadi permasalahan disini yaitu waktu antrian yang dibutuhkan sangat lama melebihi standar minimal rumah sakit, karena kurangnya loket yang ada, hanya tersedia 2 loket untuk pasien BPJS baru, 7 loket untuk BPJS lama, 4 loket untuk pasien baru atau rujukkan dan 3 mesin komputer untuk pasien anjungan.

Kedua, masalah yang ditemukan di lapangan yaitu terkait dengan aspek fasilitas fisik, seperti sarana prasarana yang belum memadai ditunjukkan oleh terbatasnya tempat menunggu, terbatasnya jumlah kursi yang tersedia di loket pendaftaran maupun pada ruang tunggu. Sehingga banyak pasien yang berdiri atau duduk selasar Gedung. Hal ini sangat mengganggu baik dari segi kenyamanan pengunjung lain maupun dari nilai estetikanya.

Gambar 1.2
Antrian pendaftaran pasien baru atau pasien lama untuk rawat jalan



Dalam gambar tersebut menunjukkan antrian yang sangat panjang hingga keluar dari ruangan loket pendaftaran, ruangan tersebut kurang besar atau luas hingga tidak cukup untuk kapasitas orang yang mendaftar ke rumah sakit, sehingga ruangan tersebut penuh dan tidak semua pengunjung mendapatkan kursi untuk duduk. Sementara waktu yang dibutuhkan dari daftar hingga dipanggil sekitar 1 jam lebih, jadi banyak pengunjung yang berdiri atau duduk di selasar gedung untuk menunggu panggilan loket.

Ketiga, terkait dengan aspek keramahan petugas pemberi pelayanan serta kemampuan mereka untuk menumbuhkan kepercayaan dan kenyamanan bagi pengguna layanan yang tercantum dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (PERMENPAN) no 15 tahun 2014.

Pada hal ini peneliti bertanya pada pengunjung rumah sakit, menurut ibu Siti umur 35 tahun wawancara di ruangan pendaftaran pasien rawat jalan pukul 09.00 WIB *“pelayanan ya standar sih, petugas disini kurang ramah, jarang senyum ke pengunjung dan responnya kurang, tapi ada sih beberapa petugas atau perawat yang ramah kalo saya tanya-tanya”* dan menurut Nelly 24 tahun wawancara di depan ruangan pendaftaran pasien rawat jalan pukul 9.30 WIB *“kalau saya nanya ke satpam/petugas jawabnya singkat seadanya seperti ga semangat, tapi saya liat kalo ngusir orang jenguk dan batas waktunya habis itu semangat”* dalam pernyataan dua orang pengunjung rumah sakit tersebut membuktikan bahwa ada kurang responsifnya dan kurang ramahnya beberapa petugas yang bekerja pada rumah sakit tersebut. Sehingga kurang bisa untuk memberikan kepercayaan dan kenyamanan untuk pengunjung atau pasien di rumah sakit umum daerah (RSUD) dr. Drajat Prawiranegara Serang.

Keempat, masalah yang ditemukan pada lahan parkir, terbatasnya lahan untuk kendaraan roda empat menyebabkan banyak penumpukan kendaraan di dalam lahan parkir rumah sakit dan lahan parkir roda dua yang letaknya berada diluar rumah sakit sehingga membuat pasien/pengunjung berjalan cukup jauh ke dalam rumah sakit.

Gambar 1.3
Parkiran yang penuh



Dalam gambar tersebut menunjukkan parkiran yang padat dan menumpuk, dalam hal ini peneliti bertanya pada salah satu pengunjung yang berada pada parkiran mobil untuk memberikan pendapat dalam hal ini, bapak Dani 40 tahun wawancara di depan UGD RSUD Dr, Dradjat Prawiranegara pukul 10.00WIB. *“saya sudah beberapa kali mengunjungi rumah sakit ini, kalau saya mau parkir itu selalu penuh harus muter-muter dulu jadi lama cari tempat yang kosongnya, belum lagi akses ambulans langsung ke UGD jadi kalo saya belum nemu parkiran terus ada ambulans datang itu saya panik jadi saya muter sekali lagi”*

Peneliti menemukan permasalahan pada lahan parkir yang sempit dan kurang memadai untuk jalur ambulans lewat, sehingga pengunjung rumah sakit sulit untuk menemukan lahan parkir mobil yang kosong, demikian pula pada lahan parkir motor yang selalu penuh dan lokasinya berada pada depan pintu gerbang rumah sakit yang cukup jauh dari dalam rumah sakit tersebut.

Mengingat kesehatan merupakan hal yang sangat penting untuk masyarakat, karena kesehatan adalah tolak ukur dari keberhasilan pemerintah

dalam mensejahterakan masyarakat dan juga berdasarkan permasalahan di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul **“Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara”**.

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan di atas maka peneliti mengidentifikasi masalah dengan rincian sebagai berikut:

1. Waktu pelayanan yang kurang baik, menyebabkan pasien yang berkunjung pada hari itu dibatasi dan juga pasien harus mengambil nomor antrian sejak dini hari.
2. Kurangnya sarana prasarana peralatan ruang tunggu pasien, kurangnya fasilitas tempat menunggu nomor antrian dan proses konsultasi ke dokter yang lumayan menguras waktu.
3. Pengunjung rumah sakit/Pasien yang merasa kurang adanya keramahan dan respon aktif dari petugas pelayanan.
4. Lahan parkir yang kurang memadai untuk roda 4 sehingga banyak penumpukan kendaraan dan lahan parkir untuk roda dua yang cukup jauh dijangkau untuk pengunjung rumah sakit.

1.3. Batasan Masalah

Penulis menyadari bahwa permasalahan yang terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Serang sangat kompleks, serta penulis memiliki keterbatasan waktu dan dana. Oleh karena itu penulis membatasi penelitian ini

hanya terfokus pada Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara.

1.4. Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil identifikasi dan batasan masalah yang telah peneliti buat, maka dengan demikian perumusan masalahnya yaitu seberapa besar Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara?

1.5. Tujuan Penelitian

Dari tema yang dipilih, maka peneliti memiliki tujuan penelitian yang ingin dicapai yaitu untuk mengetahui Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara.

1.6. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi baik secara teoritis maupun praktis, antara lain:

1. Bagi Penulis

Untuk menambah ilmu pengetahuan dan pemahaman dalam bidang manajemen pelayanan publik yang diteliti saat ini yaitu Efektivitas Pelayanan

Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara

2. Bagi Instansi

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi terutama di bidang pelayanan agar lebih baik lagi sehingga sesuai dengan harapan khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiraneggara.

1.7. Sistematika Penulisan

BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini dijelaskan mengenai latar belakang masalah, identifikasi masalah, pembatasan masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian serta sistematika penulisan.

1.1 Latar Belakang Masalah

Latar belakang masalah menerangkan atau menjelaskan ruang lingkup dari kedudukan masalah yang akan diteliti. Latar belakang masalah harus diuraikan secara jelas, faktual dan logis dengan didukung oleh data data lapangan.

1.2 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah akan diperjelas aspek permasalahan yang muncul dari variabel yang akan diteliti, identifikasi masalah dapat diajukan dalam bentuk pertanyaan atau pernyataan.

1.3 Batasan Masalah

Pembatasan masalah memfokuskan pada masalah spesifik yang akan diajukan dalam rumusan masalah. Pembatasan masalah dapat diajukan dalam bentuk pernyataan, selain itu pembatasan masalah juga perlu menjelaskan lokus, tujuan dan waktu penelitian.

1.4 Rumusan Masalah

Perumusan masalah bertujuan untuk memilih dan menetapkan masalah yang paling *urgent* yang berkaitan dengan judul penelitian. Rumusan masalah adalah mendefinisikan permasalahan yang telah diterapkan dalam bentuk definisi konsep dan definisi operasional.

1.5 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian mengungkapkan tentang sasaran yang ingin dicapai dengan dilaksanakannyapenelitian terhadap permasalahan yang sudah dirumuskan sebelumnya.

1.6 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian akan menjelaskan manfaatteoritis dan praktis dari diadakannya penelitian tersebut.

1.7 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan menjelaskan tentang isi bab perbab.

BAB II DESKRIPSI TEORI, KERANGKA BERFIKIR DAN HIPOTESIS PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan mengenai: deskripsi teori, kerangka berfikir penelitian serta hipotesis.

2.1 Deskripsi Teori

Mengkaji berbagai teori dan konsep yang relevan dengan permasalahan dan variabel penelitian, kemudian menyusunnya secara teratur dan rapi yang digunakan untuk merumuskan hipotesis.

2.2 Kerangka Berfikir

Kerangka berfikir adalah penjelasan secara sistematis tentang hubungan antara variabel penelitian yang dituangkan dalam bentuk bagan atau tabel.

2.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dirumuskan berdasarkan kajian teori dan kajian konseptual serta kerangka berfikir

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini dijelaskan mengenai: metode penelitian, fokus penelitian, lokus penelitian, instrumen penelitian, populasi, sampel, teknik pengumpulan data, pengolahan data dan analisis data serta dijelaskan teknik pengolahan data yang digunakan pada penelitian ini.

3.1 Metode Penelitian

Bagian ini menguraikan tentang tipe/pendekatan penelitian yaitu *survey* (*deskriptif analisis eksplanatory,eksperimental*, atau kuantitatif/kualitatif)

3.2 Fokus Penelitian

Bagian ini membatasi dan menjelaskan substansi materi kajian penelitian yang akan dilakukan.

3.3 Lokasi Penelitian

Menjelaskan tempat (lokus) penelitian dilaksanakan. Menjelaskan tempat penelitian, serta alasan memilihnya, jika dipandang perlu dapat diberi deskripsi tentang tempat penelitian dilaksanakan.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Definisi Konsep

Memberikan penjelasan tentang konsep dari variabel yang akan diteliti menurut pendapat peneliti berdasarkan kerangka teori yang digunakan

3.4.2 Definisni Operasional

Merupakan penjabaran konsep atau variabel penelitian dalam rincian yang terukur (indikator penelitian)

3.5 Instrumen Penelitian

Menjelaskan tentang proses penyusunan dan jenis alat pengumpul data yang digunakan, proses pengumpulan data, dan teknik pengumpulan kualitas instrumen (validitas, reliabilitas, dan normalitas).

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

Menjelaskan wilayah generalisasi atau populasi penelitian, penetapan besar sampel, dengan teknik pengambilan sampel serta rasionalisasinya.

3.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Menjelaskan teknik analisis dan rasionalisasinya, teknik analisis data harus sesuai dengan sifat data yang diteliti.

3.8 Jadwal Penelitian

Menjelaskan jadwal penelitian secara rinci beserta tahapan penelitian yang akan dilakukan, jadwal penelitian ditulis dalam bentuk tabel.

BAB IV HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini dijelaskan mengenai deskriptif objektif penelitian yang meliputi lokasi penelitian secara jelas, struktur organisasi dari populasi atau sampel yang telah ditentukan sebelumnya, serta hal lain yang berhubungan dengan objek penelitian.

4.1 Deskripsi Objek Penelitian

Menjelaskan tentang objek penelitian yang meliputi lokasi penelitian, struktur organisasi dari populasi atau sampel yang berhubungan dengan objek penelitian.

4.2 Deskripsi Data

Menjelaskan hasil penelitian yang telah diolah dari data mentah dengan menggunakan teknik analisis data, baik kualitatif maupun kuantitatif.

4.3 Pengujian Persyaratan Statistik

Melakukan pengujian terhadap persyaratan statistik dengan menggunakan statistik tertentu.

4.4 Pengujian Hipotesis

Melakukan pengujian terhadap hipotesis dengan menggunakan teknik analisis statistik yang sudah ditentukan semua, seperti korelasi, atau regresi baik sederhana maupun ganda.

4.5 Interpretasi Hasil Penelitian

Melakukan penafsiran terhadap hasil akhir pengujian hipotesis.

4.6 Pembahasan

Melakukan pembahasan lanjut terhadap analisis data, pada akhir pembahasan peneliti dapat mengungkapkan berbagai keterbatasan yang mungkin terdapat pada pelaksanaan penelitian.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini dijelaskan mengenai kesimpulan dan saran hasil penelitian yang telah dilaksanakan.

5.1 Kesimpulan

Menyimpulkan hasil penelitian yang diungkap secara singkat, jelas dan mudah dipahami.

5.2 Saran

Berisi tindak lanjut dari sumbangan penelitian terhadap bidang yang diteliti, baik secara teoritis maupun praktis.

BAB II
DESKRIPSI TEORI, KERANGKA BERFIKIR DAN HIPOTESIS
PENELITIAN

2.1. Deskripsi Teori

Teori adalah seperangkat konstruk (konsep), definisi dan proposisi yang berfungsi untuk melihat fenomena secara sistematis melalui spesifikasi hubungan antara variabel sehingga dapat berguna untuk menjelaskan dan meramalkan fenomena (Newmann dalam Sugiyono, 2009:80). Deskripsi teori dalam sebuah penelitian merupakan sebuah uraian tentang teori (bukan sekedar pendapat pakar atau penulis buku) dan hasil-hasil penelitian yang relevan dengan variabel yang diteliti. Deskripsi teori paling tidak berisi tentang penjelasan terhadap variabel-variabel yang diteliti melalui pendefinisian, dan uraian yang lengkap dan mendalam dari berbagai referensi, sehingga ruang lingkup, kedudukan dan prediksi terhadap hubungan antar variabel yang akan diteliti lebih jelas dan terarah. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa istilah yang berkaitan dengan masalah penelitian dengan mengklasifikasikan ke dalam teori yaitu. Adapun penjelasannya sebagai berikut :

2.1.1. Deskripsi Efektivitas Pelayanan

Efektivitas Pelayanan terdiri dari dua suku kata yaitu Efektivitas dan Pelayanan. Pengertian Efektivitas mengacu pada dua kepentingan yaitu baik secara teoritis maupun secara praktis, artinya adanya ketelitian yang bersifat komprehensif dan mendalam dari efisiensi serta kebaikan-

kebaikan untuk memperoleh masukan tentang produktifitas. Efektivitas merupakan keadaan yang berpengaruh terhadap suatu hal yang berkesan, kemandirian, keberhasilan usaha, tindakan ataupun hal yang berlakunya. Hal tersebut juga sejalan dengan pendapat yang dikemukakan Sedarmayanti dalam bukunya yang berjudul *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja* mengenai pengertian efektivitas yaitu:

“Efektivitas merupakan suatu ukuran yang memberikan gambaran seberapa jauh target dapat dicapai. Pengertian efektivitas ini lebih berorientasi kepada keluaran sedangkan masalah penggunaan masukan kurang menjadi perhatian utama. Apabila efisiensi dikaitkan dengan efektivitas maka walaupun terjadi peningkatan efektivitas belum tentu efisiensi meningkat” (Sedarmayanti, 2009: 59).

Berdasarkan pengertian diatas, bahwa sesuatu dapat berjalan sesuai dengan apa yang diharapkan dengan tepat dan berhasil, maka sesuatu itu sudah berjalan dengan efektif dan efisien, artinya informasi harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Adapun Pengertian efektivitas menurut Supriyono dalam bukunya yang berjudul *Sistem Pengendalian Manajemen* mengatakan bahwa :

”Efektivitas merupakan hubungan antara keluaran suatu pusat tanggung jawab dengan sasaran yang mesti dicapai, semakin besar kontribusi daripada keluaran yang dihasilkan terhadap nilai pencapaian sasaran tersebut, maka dapat dikatakan efektif pula unit tersebut ” (Supriyono, 2000: 29).

Dilihat dari pengertian diatas, bahwa efektivitas merupakan suatu tindakan yang mengandung pengertian mengenai terjadinya suatu efek atau akibat yang dikehendaki dan menekankan pada hasil atau efeknya dalam pencapaian tujuan. Efektivitas dapat diartikan sebagai pengukuran

dalam arti tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya merupakan sebuah pengukuran dimana suatu target telah tercapai sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Efektivitas juga dapat diartikan sebagai tindakan dan kegiatan dalam mencapai tujuan yang ditetapkan sebelumnya oleh pemerintah, serta sangat penting peranannya di dalam setiap badan pemerintahan dan berguna untuk melihat perkembangan dan kemajuan yang dicapai oleh suatu badan atau instansi pemerintahan itu sendiri. Menurut Yamit dalam bukunya *Manajemen Produksi dan Operasi*,

“efektivitas merupakan suatu ukuran yang memberikan gambaran seberapa jauh tujuan tercapai, baik secara kualitas maupun waktu, orientasinya pada keluaran yang dihasilkan” (Yamit, 2003:14).

Berdasarkan pengertian tersebut, dapat dijelaskan bahwa efektivitas seringkali berarti kuantitas atau kualitas (keluaran) dari barang dan jasa. Efektivitas adalah ciri yang baik dalam suatu organisasi, dapat dilihat dari tingkat keberhasilan organisasi yang relatif seperti tercapainya suatu tujuan organisasi. Kegiatan yang dinilai efektif apabila output yang dihasilkan dapat memenuhi tujuan yang diharapkan.

Pengertian efektivitas informasi menurut Mc Leod yang dikutip oleh Susanto Azhar, 2013 : 38 dalam bukunya yang berjudul *Sistem Informasi Manajemen* mengatakan bahwa :

“Efektivitas artinya informasi harus sesuai dengan kebutuhan pemakai dalam mendukung suatu proses bisnis, termasuk di dalamnya informasi tersebut harus disajikan dalam waktu yang tepat, format yang tepat sehingga dapat dipahami, konsisten dengan format sebelumnya, isinya sesuai dengan kebutuhan saat

ini dan lengkap atau sesuai dengan kebutuhan dan ketentuan” (McLeod dalam Susanto, 2007:41).

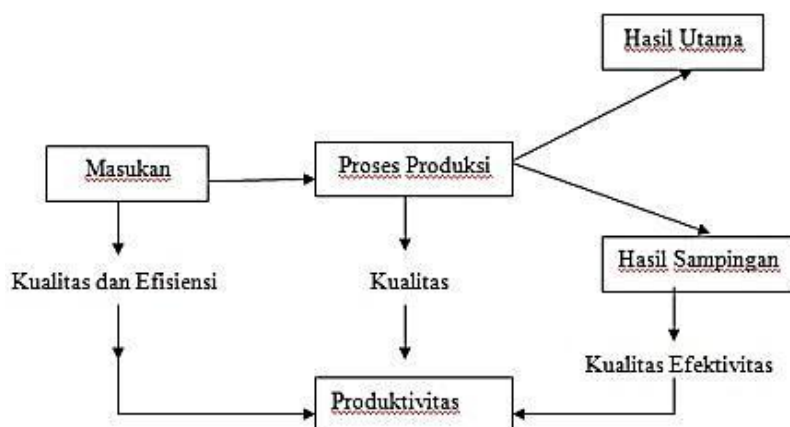
Dilihat dari penjelasan diatas, bahwa efektivitas pelayanan yang harus diberikan oleh rumah sakit itu adalah pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakatnya.

2.1.2. Ukuran Efektivitas

Efektivitas juga merupakan pengukuran dalam arti tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya merupakan sebuah pengukuran dimana suatu target telah tercapai sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Berikut ini adalah keterkaitan antara efisiensi, efektivitas, kualitas dan produktivitas yang secara skematis dapat digambarkan pada gambar 2.1 yaitu :

Gambar 2.1

Keterkaitan Efisiensi, Efektivitas, Kualitas dan Produktivitas



Sumber: Sedarmayanti, 2009:60

Berdasarkan gambar diatas, dapat dijelaskan bahwa keterkaitan efisiensi, efektivitas, kualitas dan produksi bahwa efisiensi dapat dikatakan sebagai ukuran dalam membandingkan penggunaan masukan (input). Efektivitas ini merupakan gambaran seberapa jauh target dapat tercapai yang dapat dilihat dari kualitas yang memadai. Kualitas ini berpengaruh pada hasil yang akan dicapai. Produktivitas individu merupakan perbandingan dari efektivitas keluaran (pencapaian hasil kerja yang maksimal) dengan efisiensi salah satu masukan (tenaga kerja) yang mencakup kuantitas, kualitas dalam satuan waktu tertentu.

2.1.3. Indikator Efektivitas

Efektivitas pelayanan yang dilakukan oleh pemerintah kepada masyarakat dapat diwujudkan apabila ada beberapa indikator sebagai ukuran efektivitas. Efektivitas juga merupakan pengukuran dalam arti tercapainya sasaran atau tujuan yang telah ditentukan sebelumnya merupakan sebuah pengukuran dimana suatu target telah tercapai sesuai dengan apa yang telah direncanakan.

Oleh karena itu, dalam mengukur efektivitas suatu organisasi, akan dilihat sejauh mana atau seberapa besar kemampuan organisasi dalam melakukan inovasi, kemampuan beradaptasi dengan perubahan lingkungan, kemampuan organisasi dalam mengambil pelajaran, baik dari kegagalan maupun keberhasilan, dan kapasitas organisasi itu untuk mengatur perubahan-perubahan yang terjadi.

Steers dalam Tangkilisan (2005:140-141) mengemukakan lima kriteria dalam pengukuran efektivitas yaitu :

1. Produktivitas
2. Kemampuan adaptasi atau fleksibilitas
3. Kepuasan kerja
4. Kemampuan ber laba
5. Pencarian sumber daya

Sedangkan kriteria atau indikator dari pada efektivitas (Tangkilisan, 2005:141) yaitu diantaranya sebagai berikut :

1. Pencapaian target : maksud pencapaian target disini diartikan sejauh mana target dapat ditetapkan organisasi dapat terealisasikan dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari sejauh mana pelaksanaan tujuan organisasi dalam mencapai target sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.
2. Kemampuan adaptasi (fleksibilitas) : keberhasilan suatu organisasi dilihat dari sejauh mana organisasi dapat menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi baik dari dalam organisasi dan luar organisasi.
3. Kepuasan kerja : suatu kondisi yang dirasakan oleh seluruh anggota organisasi yang mampu memberikan kenyamanan dan motivasi bagi peningkatan kinerja organisasi.
4. Tanggung jawab : organisasi dapat melaksanakan mandat yang telah diembannya sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat sebelumnya, dan bisa menghadapi serta menyelesaikan masalah yang terjadi dengan pekerjaanya.

Efektivitas organisasi pada dasarnya adalah efektivitas individu para anggotanya di dalam melaksanakan tugas sesuai dengan kedudukan dan peran mereka masing-masing dalam organisasi tersebut. Pendapat Gibson dalam Makmur Syarif (2008:125) indikator efektivitas adalah sebagai berikut :

1. Produktivitas
Perbandingan antara hasil yang dicapai dengan keseluruhan sumber daya yang digunakan.
2. Efisiensi

Pemakaian sedikit mungkin sumber daya atau unit untuk menghasilkan sebanyak mungkin output. Efisiensi dalam menggunakan masukan (input) akan menghasilkan produktivitas yang tinggi, yang merupakan tujuan daripada setiap organisasi apapun bidang kegiatannya.

3. **Fleksibilitas**
Kemampuan dalam menjawab perubahan lingkungan eksternal, kemampuan individu, dan kelompok dalam organisasi yang sama dan kemampuan organisasi dalam mengadaptasikan praktik perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian serta kebijakan dalam menjawab perubahan yang ada.
4. **Keunggulan**
Kemampuan bersaing terhadap perubahan-perubahan yang ada.
5. **Pengembangan**
Pengembangan timbul untuk menanggapi kebutuhan. Tujuan umum pengembangan adalah untuk membuat lebih tanggap secara manusiawai, lebih efektif, dan lebih memperbarui diri sendiri.
6. **Kepuasan**
Kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara tingkat kepentingan dan kinerja atau hasil yang dirasakan.

2.1.4. Deskripsi Pelayanan Publik

Penyelenggaraan pelayanan publik merupakan upaya Negara untuk memenuhi kebutuhan dasar dan hak-hak sipil setiap warga Negara atas barang, jasa, dan pelayanan administrasi yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik. Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan kepada Negara untuk memenuhi kebutuhan dasar setiap warga Negara dan kesejahteraannya, sehingga efektivitas suatu system pemerintahan sangat ditentukan oleh baik buruknya penyelenggara pelayanan publik. Pengertian umum pelayanan publik menurut Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: 63 Tahun 2003 dalam (Ratminto dan Atik 2012:5) adalah:

“Segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah di pusat, di daerah dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah dalam bentuk

barang dan atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan”.

Mengikuti definisi tersebut di atas, pelayanan publik atau pelayanan umum dapat didefinisikan sebagai segala bentuk jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Milik Daerah, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan perundang-undangan. Sedangkan menurut Bab 1 Pasal 1 Ayat 1 UU No. 25/2009, yang dimaksud dengan pelayanan publik yaitu:

“kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik”

Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2004 menyatakan bahwa Hakikat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat.

2.1.5. Asas Pelayanan Publik

Untuk dapat memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pengguna jasa, penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi asas-asas pelayanan sebagai berikut (PERMENPAN Nomor 15 Tahun 2014):

a. Transparansi

Bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti.

b. Akuntabilitas

Dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

c. Kondisional

Sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektifitas.

d. Partisipatif

Mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat.

e. Kesamaan Hak

Tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender, dan status ekonomi.

f. Keseimbangan Hak dan Kewajiban

Pemberi dan penerima pelayanan publik harus memnuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak.

Sedangkan menurut pasal 4 UU No. 25/2009, penyelenggaraan pelayanan publik berasaskan:

a. Kepentingan umum;

b. Kepastian hukum;

- c. Kesamaan hak;
- d. Keseimbangan hak dan kewajiban;
- e. Keprofesionalan;
- f. Partisipatif;
- g. Persamaan perlakuan/tidak diskriminatif;
- h. Keterbukaan
- i. Akuntabilitas;
- j. Fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan;
- k. Ketepatan waktu; dan
- l. Kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan.

2.1.6. Prinsip Pelayanan Publik

Penyelenggaraan pelayanan publik perlu memperhatikan dan menerapkan prinsip pelayanan publik. Di dalam PERMENPAN no. 15 Tahun 2014 disebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

1. Sederhana. Standar Pelayanan yang mudah dimengerti, mudah diikuti, mudah dilaksanakan, mudah diukur, dengan prosedur yang jelas dan biaya terjangkau bagi masyarakat maupun penyelenggara.
2. Partisipatif. Penyusunan Standar Pelayanan dengan melibatkan masyarakat dan pihak terkait untuk membahas bersama dan mendapatkan keselarasan atas dasar komitmen atau hasil kesepakatan.

3. Akuntabel. Hal-hal yang diatur dalam Standar Pelayanan harus dapat dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan kepada pihak yang berkepentingan.
4. Berkelanjutan. Standar Pelayanan harus terus-menerus dilakukan perbaikan sebagai upaya peningkatan kualitas dan inovasi pelayanan.
5. Transparansi. Standar Pelayanan harus dapat dengan mudah diakses oleh masyarakat.
6. Keadilan. Standar Pelayanan harus menjamin bahwa pelayanan yang diberikan dapat menjangkau semua masyarakat yang berbeda status ekonomi, jarak lokasi geografis, dan perbedaan kapabilitas fisik dan mental.

2.1.7. Standar Pelayanan Publik

Setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang wajib ditaati oleh pemberi dan atau penerima pelayanan. Menurut PERPEMPAN No.15 Tahun 2014 , Standar pelayanan, sekurang-kurangnya meliputi:

a. Identifikasi Persyaratan

Persyaratan adalah syarat (dokumen atau barang/hal lain) yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif. Persyaratan pelayanan merupakan suatu

tuntutan yang harus dipenuhi, dalam proses penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan ketentuan perundangundangan. Persyaratan pelayanan dapat berupa dokumen atau barang/hal lain, tergantung kebutuhan masing-masing jenis pelayanan.

b. Identifikasi Prosedur

Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi penerima pelayanan. Prosedur pelayanan merupakan proses yang harus dilalui seorang pelanggan untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan.

c. Identifikasi Waktu

Waktu pelayanan adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan. Kemudian waktu-waktu yang diperlukan dalam setiap proses pelayanan (dari tahap awal sampai akhir) dijumlahkan untuk mengetahui keseluruhan waktu yang dibutuhkan. Proses identifikasi waktu pelayanan ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan. Dalam menghitung waktu, perlu betul-betul memperhatikan baik prosedur yang mengatur hubungan dengan pengguna layanan, maupun prosedur yang mengatur hubungan antar petugas.

d. Identifikasi Biaya/Tarif

Biaya adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.

e. Identifikasi Produk Pelayanan

Produk pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan dapat berupa penyediaan barang, jasa dan/atau produk administrasi yang diberikan dan diterima pengguna layanan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang ditetapkan. Proses identifikasi produk pelayanan dapat dilakukan berdasarkan keluaran (output) yang dihasilkan dari setiap tahap pelayanan. Hasil akhir dari prosedur pelayanan inilah yang menjadi “produk” dari suatu jenis pelayanan. Proses identifikasi ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan. Hasil yang diharapkan dari proses identifikasi ini adalah daftar produk layanan yang dihasilkan dari setiap jenis pelayanan.

f. Penanganan Pengelolaan Pengaduan

Organisasi penyelenggara pelayanan wajib membuat mekanisme pengelolaan pengaduan. Bentuk-bentuk pengelolaan pengaduan yang banyak digunakan antara lain: penyediaan kotak saran/kotak pengaduan, sms, portal pengaduan dalam website, dan penyediaan petugas penerima pengaduan. Untuk mempermudah penanganan pengaduan, perlu dibuatkan prosedur pengelolaan pengaduan. Dalam mekanisme pengaduan harus diinformasikan secara jelas nama petugas, nomor telepon, alamat email, dan alamat kantor yang dapat dihubungi.

Penyusunan standar pelayanan publik harus disusun dengan baik dan tidak rumit, untuk itu harus mempertimbangkan aspek; kemampuan,

kelembagaan, dan aparat penyelenggaraan pelayanan, serta potensi daerah dan karakteristik sosial budaya masyarakat setempat. Dengan demikian standar pelayanan publik yang ditetapkan dapat dilaksanakan dengan baik, terutama oleh para pelaksana operasional pelayanan yang berhadapan langsung dengan masyarakat, serta mudah dimengerti dan diterima oleh masyarakat/*stakeholder*.

2.1.8. Pola Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Dalam kaitannya dengan pola pelayanan, PERMENPAN No. 15 Tahun 2014 menyatakan adanya empat pola pelayanan, yaitu:

a. Fungsional

Pola pelayanan publik diberikan oleh penyelenggara pelayanan, sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya.

b. Terpusat

Pola pelayanan publik diberikan secara tunggal oleh penyelenggara pelayanan berdasarkan pelimpahan wewenang dari penyelenggara pelayanan terkait lainnya yang bersangkutan.

c. Terpadu

Pola penyelenggaraan pelayanan publik terpadu dibedakan menjadi dua, yaitu:

a) Terpadu satu atap

Pola pelayanan terpadu satu atap diselenggarakan dalam satu tempat yang meliputi berbagai jenis pelayanan yang tidak

mempunyai keterkaitan proses dan dilayani melalui beberapa pintu. Terhadap jenis pelayanan yang sudah dekat dengan masyarakat tidak perlu disatukan.

b) Terpadu Satu Pintu

Pola pelayanan terpadu satu pintu diselenggarakan pada satu tempat yang meliputi berbagai jenis pelayanan yang memiliki keterkaitan proses dan dilayani melalui satu pintu.

d. Gugus Tugas

Petugas pelayanan publik secara perorangan atau dalam bentuk gugus tugas ditempatkan pada instansi pemberi pelayanan dan lokasi pemberian pelayanan tertentu.

2.1.9. Deskripsi Pelayanan Kesehatan

Perlu diketahui bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, karena kesehatan merupakan hal yang sangat penting. Berdasarkan peraturan daerah kabupaten Serang nomor 4 Tahun 2007 tentang Retribusi pelayanan kesehatan pada RSUD dr.Dradjat Prawiranegara, menjelaskan pengertian pelayanan kesehatan adalah “Jasa pelayanan kesehatan dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap kepada masyarakat yang dilaksanakan oleh

unit sarana pelayanan kesehatan pemerintah daerah dengan dipungut biaya”.

Berdasarkan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, menjelaskan pengertian dari pelayanan kesehatan promotif, pelayanan kesehatan preventif, pelayanan kesehatan kuratif, pelayanan kesehatan rehabilitatif dan pelayanan kesehatan tradisional. Adapun pengertian pelayanan kesehatan promotif adalah “Suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan”. Pengertian pelayanan kesehatan preventif adalah “suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit”. Pengertian pelayanan kesehatan kuratif adalah “suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan atau pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin”.

Pengertian pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah “kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita kedalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya”. Pengertian pelayanan kesehatan tradisional adalah “pengobatan dan/perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun menurun secara

empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dimasyarakat.”

2.1.10. Rumah Sakit

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 adalah:

“Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”.

Sedangkan pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, dinyatakan bahwa :

“Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan”.

Dari pengertian diatas, rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

2.2. Penelitian Terdahulu

Sebagai bahan pertimbangan dalam penelitian ini akan di cantumkan beberapa hasil penelitian terdahulu oleh beberapa peneliti yang pernah peneliti baca, yaitu:

1. Penelitian yang dilakukan oleh (1) Yuristisi Winda Bata, SKM, (2) Drs. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes (3) Dr. Darmawansyah, SE, MS tahun 2013 (universitas Hasanudin) tahun 2013 dalam Jurnal yang berjudul “Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Pengguna Askes Sosial pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Lakipada Kabupaten Tana Toraja”. Dalam penelitian ini persamaannya terdapat pada variabel yang memfokuskan kepada kualitas pelayanannya dan perbedaannya ada pada objek yang diteliti dan metode yang digunakan.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Widya Chitami Puti tahun 2013 (universitas Widayatama) dalam Sripsinya yang berjudul “Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Terhadap Loyalitas Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit Otorita Batam”. Pada penelitian tersebut dapat diketahui bahwa kualitas pelayanan terdiri dari *Tangibles* (Bukti Fisik), *Reliability* (Kehandalan), *Responsiveness* (Daya Tanggap), *Assuarance* (Jaminan) dan *Empathy* (empati). Dalam penelitian ini persamaannya ada pada variabel yang memfokuskan pada kualitas pelayanan rumah sakit dan perbedaannya ada pada objek yang diteliti dan teori yang digunakan.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Merry Martha Mahayu tahun 2013 (Universitas Airlangga) dalam jurnal yang berjudul “Kualitas Pelayanan Penerimaan Jamkesmas di RSUD Ibnu Sina Gresik” dalam penelitian ini persamaannya terdapat pada variabel yang digunakan yaitu variabel bebas fokus kepada kualitas pelayanan dan variabel terikat fokus kepada pasien yang memiliki Kartu Jamkesmas dan Perbedaan dalam penelitian ini ada pada metode penelitian, objek yang diteliti dan teori yang digunakan.

2.3. Kerangka Berfikir

Suatu gambaran alur pikiran penulis mengenai fokus penelitian yang akan dilaksanakan yaitu, Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara, penelitian ini diawali dengan melihat permasalahan yang terdapat pada latar belakang masalah yaitu, (1) Waktu pelayanan yang kurang baik, menyebabkan pasien yang berkunjung pada hari itu dibatasi dan juga pasien harus mengambil nomor antrian sejak dini hari.. (2) Kurangnya sarana prasarana peralatan ruang tunggu pasien, kurangnya fasilitas tempat menunggu nomor antrian dan proses konsultasi ke dokter yang lumayan menguras waktu. (3) Pengunjung rumah sakit/Pasien yang merasa kurang adanya keramahan dan respon aktif dari petugas pelayanan. (4) Lahan parkir yang kurang memadai untuk roda 4 sehingga banyak penumpukan kendaraan dan lahan parkir untuk roda dua yang cukup jauh dijangkau untuk pengunjung rumah sakit.

Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah indikator efektivitas dari Gibson dalam Syarief Makmur (2008:125) adalah sebagai berikut :

1. Produktivitas

Perbandingan antara hasil yang dicapai dengan keseluruhan sumber daya yang digunakan.

2. Efisiensi

Pemakaian sedikit mungkin sumber daya atau unit untuk menghasilkan sebanyak mungkin output. Efisiensi dalam menggunakan masukan (input) akan menghasilkan produktivitas yang tinggi, yang merupakan tujuan daripada setiap organisasi apapun bidang kegiatannya.

3. Fleksibilitas

Kemampuan dalam menjawab perubahan lingkungan eksternal, kemampuan individu, dan kelompok dalam organisasi yang sama dan kemampuan organisasi dalam mengadaptasikan praktik perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian serta kebijakan dalam menjawab perubahan yang ada.

4. Keunggulan

Kemampuan bersaing terhadap perubahan-perubahan yang ada.

5. Pengembangan

Pengembangan timbul untuk menanggapi kebutuhan. Tujuan umum pengembangan adalah untuk membuat lebih tanggap secara manusiawai, lebih efektif, dan lebih memperbarui diri sendiri.

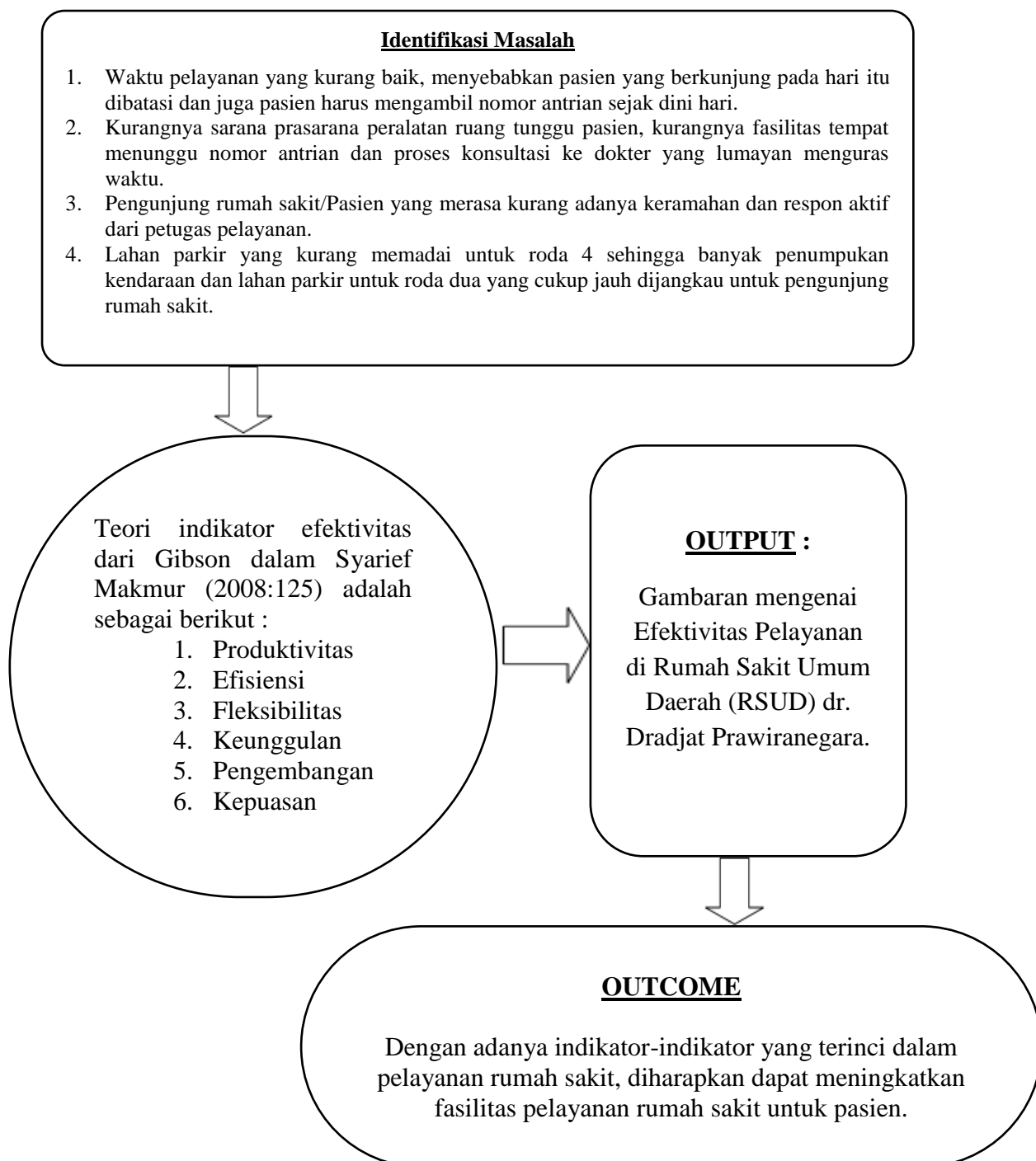
6. Kepuasan

Kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara tingkat kepentingan dan kinerja atau hasil yang dirasakan.

Maka untuk mempermudah memahami alur berfikir, peneliti menggambarkan kerangka berfikir sebagai berikut:

Gambar 2.2

Kerangka Berfikir



Sumber: Peneliti, 2018

2.4. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran sebagaimana adanya, pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar kerja serta panduan dalam verifikasi. Hipotesis adalah keterangan sementara dari hubungan fenomena-fenomena yang kompleks (Nazir, 2003:115). Hipotesis adalah jawaban sementara yang diberikan oleh peneliti terhadap pertanyaan penelitian. Hipotesis harus diuji, bukan dibuktikan kebenaran atau ketidakbenarannya (Prasetya Irawan, 2006:146). Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono, 2008:70).

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan hipotesis deskriptif, yaitu jawaban sementara terhadap rumusan masalah deskriptif. Mengacu pada uraian yang telah dipaparkan sebelumnya, maka peneliti menetapkan hipotesis sebagai berikut:

H_0 : “Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara kurang dari 65%”.

H_0 : $\mu < 65\%$

Ha : “Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara lebih dari atau sama dengan 65%”

Ha : $\mu \geq 65\%$

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Pendekatan dan Metode Penelitian

Metode penelitian dapat diartikan sebagai cara ilmiah untuk mendapatkan data yang valid dengan tujuan dapat ditemukan, dibuktikan, dan dikembangkan suatu pengetahuan tertentu sehingga pada gilirannya dapat digunakan untuk memahami, memecahkan, dan mengatasi permasalahan (Sugiyono,2005:3). Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan antara variabel satu dengan variabel yang lain (Sugiyono, 2005: 11). Sedangkan pendekatan kuantitatif adalah penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas pelayanan pasien rawat jalan pengguna kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara.

3.2. Ruang Lingkup / Fokus Penelitian

Fokus penelitian adalah pemusatan konsentrasi pada tujuan dari penelitian yang dilakukan. Fokus penelitian harus dinyatakan secara eksplisit untuk memudahkan peneliti sebelum melakukan observasi. Fokus penelitian merupakan garis besar dari pengamatan penelitian, sehingga observasi dan analisa hasil penelitian lebih terarah. Disini peneliti memfokuskan masalah penelitian pada

“Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara”.

3.3. Lokasi Penelitian

Penelitian mengenai Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara. Lokasi penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara.

3.4. Variabel Penelitian / Fenomena yang diamati

3.4.1. Definisi Konsep

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara. Indikator teori yang digunakan untuk analisis data dalam penelitian ini yaitu teori indikator efektivitas dari Gibson dalam Makmur (2008:125) dengan indicator sebagai berikut: 1) Produktivitas; 2) Efisiensi; 3) Fleksibilitas; 4) Keunggulan; 5) Pengembangan; dan 6) Kepuasan.

3.4.2. Definisi Operasional

Variabel yang menjadi indikator dalam penelitian ini berdasarkan teori indikator efektivitas dari Gibson dalam Makmur (2008:125) adalah sebagai berikut :

1. Produktivitas
Perbandingan antara hasil yang dicapai dengan keseluruhan sumber daya yang digunakan.
2. Efisiensi
Pemakaian sedikit mungkin sumber daya atau unit untuk menghasilkan sebanyak mungkin output. Efisiensi dalam menggunakan masukan (input) akan menghasilkan produktivitas yang tinggi, yang merupakan tujuan daripada setiap organisasi apapun bidang kegiatannya.
3. Fleksibilitas
Kemampuan dalam menjawab perubahan lingkungan eksternal, kemampuan individu, dan kelompok dalam organisasi yang sama dan kemampuan organisasi dalam mengadaptasikan praktik perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian serta kebijakan dalam menjawab perubahan yang ada.
4. Keunggulan
Kemampuan bersaing terhadap perubahan-perubahan yang ada.
5. Pengembangan
Pengembangan timbul untuk menanggapi kebutuhan. Tujuan umum pengembangan adalah untuk membuat lebih tanggap secara manusiawai, lebih efektif, dan lebih memperbarui diri sendiri.
6. Kepuasan
Kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara tingkat kepentingan dan kinerja atau hasil yang dirasakan.

3.5. Instrumen Penelitian

Dalam metode penelitian kuantitatif, tentunya sangat berbeda dengan penelitian kualitatif, dimana dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen adalah peneliti itu sendiri, sedangkan dalam penelitian kuantitatif umumnya peneliti menggunakan instrumen (alat ukur) untuk pengumpulan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berbentuk kuisisioner, dengan jumlah variabel sebanyak satu variabel atau variabel mandiri. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa:

1. Kuesioner, yaitu daftar pertanyaan yang telah disusun sebelumnya. Pernyataan-pernyataan yang terdapat dalam kuisisioner atau, daftar pernyataan tersebut cukup terperinci dan lengkap. Biasanya sudah menyediakan pilihan jawaban (kuesioner tertutup).
2. Observasi, merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang tidak hanya mengukur sikap dari responden (wawancara dan kuesioner) namun juga dapat digunakan untuk merekam berbagai fenomena yang terjadi (situasi dan kondisi). Teknik ini digunakan bila penelitian ditujukan untuk mempelajari perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan dilakukan pada responden yang tidak terlalu besar.

Dalam penelitian ini skala pengukuran instrumen yang digunakan adalah skala *likert*. Skala *likert* digunakan untuk mengukur sikap pendapat dan persepsi seorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial. Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala *likert* mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif. Sehingga, untuk keperluan analisis kuantitatif, maka jawaban dari setiap item instrumen diberi skor, yakni sebagai berikut:

Tabel 3.1
Skoring Item Instrumen

Pilihan Jawaban	Skor
Sangat Setuju	4
Setuju	3
Tidak setuju	2
Sangat Tidak Setuju	1

Sumber: Peneliti, 2018

Untuk mempermudah menemukan jawaban atas permasalahan yang telah diuraikan sebelumnya, berikut peneliti uraikan kisi-kisi instrumen yang digunakan.

Tabel 3.2
Kisi-Kisi Instrumen Penelitian

No.	Dimensi	Indikator	No item Instrumen
1.	Produktivitas	1. Kualitas dan Kuantitas pegawai yang memberi pelayanan 2. Kinerja pegawai dalam melayani pasien	1, 2, 3, 4
2.	Efisiensi	1. Ketepatan waktu 2. Fasilitas dalam menunjang pelayanan	5, 6, 7, 8
3.	Fleksibilitas	1. Komunikasi dan interaksi yang jelas 2. Kemampuan menghadapi perubahan	9, 10, 11, 12
4.	Keunggulan	1. Kualitas pelayanan yang dihasilkan dan jaminan pelayanan yang diberikan 2. Sikap pegawai dalam pelayanan 3. Memberikan pelayanan sesuai aturan yang ditetapkan	13, 14, 15, 16, 17
5.	Pengembangan	1. Kemampuan pegawai dalam menghadapi masalah 2. Kelengkapan sarana dan prasarana penunjang pelayanan	18, 19, 20
6.	Kepuasan	1. Berorientasi pada kepuasan pelanggan	21, 22, 23

Sumber: Peneliti, 2018

3.6. Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1. Populasi Penelitian

Populasi menurut Nanang Martono (2010:66) adalah keseluruhan objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah dan memenuhi syarat-syarat tertentu berkaitan dengan masalah penelitian. Populasi juga dapat dikatakan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang berobat jalan di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara yang menggunakan kartu Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil populasi sebesar 24776 orang. Jumlah tersebut didapatkan dari jumlah pasien rawat jalan pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara periode Januari-April 2018.

3.6.2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Apa yang

dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif (Sugiyono, 2009:81).

Teknik sampling adalah suatu cara pengambilan sampel yang representatif dari populasi. Secara teknis ada dua cara yang dapat digunakan dalam teknik sampling, yaitu teknik sampling acak dan teknik sampling tak acak. Sampel adalah bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Dalam penelitian ini, teknik sampling yang digunakan adalah teknik *aksidental sampling*. Yaitu, teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2009:122). Dalam menentukan jumlah atau ukuran sampel (*sample size*), berdasarkan dari Riduan (2004:65) peneliti menggunakan rumus *Taro Yamane* :

$$n = \frac{N}{N(d^2) + 1}$$

Keterangan:

n = besaran sampel
 N = besaran populasi
 d = tingkat ketidakteelitian

Berdasarkan rumus tersebut peneliti mengambil tingkat kesalahan sebesar 10 % atau 0,10 maka jumlah sampel yang didapat dari populasi adalah:

$$n = \frac{24776}{24776(0,10)^2 + 1} \quad n = \frac{24776}{247.76 + 1} \quad n = \frac{24776}{248.76}$$

$n = 99.59$ dibulatkan menjadi = 100 orang.

Jadi berdasarkan jumlah keseluruhan populasi, sampel dalam penelitian ini berjumlah 100 orang.

3.7. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data adalah kegiatan lanjutan setelah pengumpulan data dilaksanakan. Pada penelitian kuantitatif, pengolahan data secara umum dilaksanakan dengan melalui tahap memeriksa (*editing*), proses pemberian identitas (*coding*), dan proses pembeberan (*tabulating*). (dalam Bungin 2009:164-168).

1. *Editing*, adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai menghimpun data di lapangan. Kegiatan ini menjadi penting karena kenyataannya bahwa data yang terhimpun kadang kala belum memenuhi harapan peneliti, ada diantaranya kurang atau terlewatkan, tumpang tindih, berlebihan bahkan terlupakan. Oleh karena itu, keadaan tersebut harus diperbaiki melalui *editing* ini.
2. *Coding*, setelah tahap *editing* selesai dilakukan, kegiatan berikutnya adalah mengklasifikasi data-data tersebut melalui tahapan *coding*.

Maksudnya bahwa data yang telah diedit tersebut diberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis.

3. Tabulasi (Proses Pembeberan), adalah bagian terakhir dari pengolahan data. Maksud tabulasi adalah memasukan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya.

Setelah pengolahan data selesai dilakukan, maka tahap selanjutnya yaitu analisis data. Dalam penelitian kuantitatif, maka kegiatan dalam analisis data adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti serta melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajukan.

A. Uji Validitas

Hasil penelitian yang valid bila terdapat kesamaan antara data yang terkumpul dengan data yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukur) itu valid. Valid berarti instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (dalam Sugiyono, 2009:121). Untuk menguji validitas instrumen, peneliti menggunakan rumus *Korelasi Product Moment* sebagai berikut:

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan:

r = Koefisien Korelasi Product Moment

n = Jumlah sampel

$\sum xy$ = Jumlah hasil kali skor X dan Y yang berpasangan

$\sum x$ = Jumlah skor dalam sebaran X

$\sum y$ = Jumlah skor dalam sebaran Y

$\sum x^2$ = Jumlah skor yang dikuadratkan dalam sebaran X

$\sum y^2$ = Jumlah skor yang dikuadratkan dalam sebaran Y

B. Uji Reliabilitas

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama, akan menghasilkan data yang sama. Sugiyono (2009:121). Adapun, pengujian reliabilitas instrumen dilakukan dengan menggunakan teknik *Alpha Cronbach*, yaitu perhitungan yang dilakukan dengan menghitung rata-rata interkorelasi diantara butir-butir pertanyaan dalam kuesioner. Variabel dikatakan reliabel jika nilai alphanya lebih dari 0.30 (Purwanto, 2007:181). Dengan dilakukan uji reliabilitas, maka akan menghasilkan suatu instrumen yang benar-benar tepat atau akurat dan mantap. Apabila koefisien reliabilitas instrumen yang dihasilkan lebih besar, berarti instrumen tersebut memiliki reliabilitas yang cukup baik.

Rumus *Alpha Cronbach* adalah sebagai berikut:

$$r_{11} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{\sum S_t^2} \right)$$

Keterangan:

n = Jumlah butir

S_i^2 = Variasi butir

S_t^2 = Variasi total

C. Uji T-Test

Pengujian validitas dan reliabilitas instrumen penelitian dalam penelitian ini menggunakan uji T karena variabel penelitian dalam penelitian ini bersifat tunggal. Untuk melakukan pengujian hipotesis deskriptif menggunakan t-test satu sampel dan menggunakan uji pihak kanan. Menurut Sugiyono (2009:164-165), uji pihak kanan digunakan apabila hipotesis nol (H_0) berbunyi “lebih kecil atau sama dengan (\leq)” dan hipotesis alternatifnya (H_a) berbunyi “lebih besar ($>$)”. Pengujian hipotesis deskriptif ini menggunakan rumus t-test sebagai berikut:

$$t = \frac{\bar{X} - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

Keterangan:

t = Nilai t yang dihitung

\bar{X} = Nilai rata-rata

μ_0 = Nilai yang dihipotesiskan

s = Simpangan baku

n = Jumlah anggota sampel

3.8. Jadwal Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Dradjat Prawiranegara. Adapun waktu pelaksanaan penelitian ditunjukkan pada tabel 3.4 berikut :

Tabel 3.4.
Jadwal Penelitian

Kegiatan	Waktu Pelaksanaan 2018					
	Jan 18	Feb 18	Maret 18	April 18	Mei 18	Juni 18
Pengajuan Proposal	■	■				
Bimbingan Bab I, II, dan III	■	■				
Seminar Proposal			■			
Revisi Proposal			■			
Pengolahan dan Analisis Data				■		
Bimbingan Bab IV dan V				■	■	
Sidang Skripsi						■
Revisi Skripsi						■

Sumber: Peneliti, 2018

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Deskripsi Obyek penelitian

4.1.1. Gambaran Umum Kabupaten Serang

Secara geografis wilayah Kabupaten Serang terletak pada koordinat $5^{\circ} 50'$ - $6^{\circ} 21'$ Lintang Selatan dan $105^{\circ} 0'$ - $106^{\circ} 22'$ Bujur Timur. Jarak terpanjang menurut garis lurus dari utara ke selatan adalah sekitar 60 km dan jarak terpanjang dari barat ke timur sekitar 90 km, dengan luas wilayah 1.467,35 km². Kabupaten Serang adalah daerah yang sangat potensial karena dilalui jalan tol Jakarta – Merak yang merupakan akses utama menuju Pulau Sumatera melalui penyebrangan pelabuhan Merak, hal ini sebagai transit perhubungan darat antara Pulau Jawa dan Pulau Sumatra dan daerah penyangga Ibu Kota Negara. Luas wilayah Kabupaten Serang seluas 1.467.35 Km². Jumlah penduduk 1.419.657 jiwa yang tersebar atas 29 Kecamatan dan 326 Desa, yang berbatasan langsung dengan wilayah/daerah lain yaitu :

- 1) Sebelah Utara : Laut Jawa dan Kota Serang
- 2) Sebelah Timur : Kabupaten Tangerang
- 3) Sebelah Selatan : Kabupaten Lebak dan Kabupaten Pandeglang
- 4) Sebelah Barat : Kota Cilegon dan Selat Sunda

A. Batas Administrasi Daerah

Secara administratif, Kabupaten Serang terdiri atas 29 Kecamatan dan 326 Desa, dengan batas – batas sebagai berikut:

- 1). Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Jawa dan Kota Serang;
- 2). Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Lebak dan Pandeglang.
- 3). Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Tangerang;
- 4). Sebelah Barat berbatasan dengan Kota Cilegon dan Selat Sunda;

B. Topografis

Pada umumnya wilayah Kabupaten Serang merupakan dataran rendah dan pegunungan dengan ketinggian antara 0 – 1778 meter diatas permukaan laut.

Kabupaten Serang termasuk iklim tropis dengan temperature udara rata-rata berkisar antara 25,8 derajat celcius – 27,6 derajat celcius, 62egara62ture udara minimum 20,9 derajat celcius maksimum 33,8 derajat celcius dan terdapat pulau-pulau yang berada di wilayah perairan Kabupaten Serang yang tercatat sebanyak 17 pulau.

C. Hidrologi dan Klimatologis

Kondisi hidrologi di Kabupaten Serang ditandai dengan terdapatnya Daerah Aliran Sungai (DAS). Pengelolaan sungai mengatur adanya Satuan Wilayah Sungai (SWS) dan Daerah Aliran Sungai (DAS). Secara umum, baik SWS maupun DAS yang ada di Kabupaten Serang

relatif tidak luas. Sungai-sungai yang terdapat di Kabupaten Serang memiliki lebar yang relatif kecil (lebar kurang dari 50 m) dan pendek (panjang kurang dari 100 km). Selain itu terdapat DPS (Daerah Pengelolaan Sungai), yakni pengelolaan satu atau beberapa DAS secara bersama yang dilakukan dalam pelaksanaan perencanaan dan pengelolaan karena faktor efisiensi dana dan pelaksanaan. SWS yang terdapat di Kabupaten Serang, yaitu Ciujung-Ciliman, terdiri atas DAS Cidurian, Ciujung, Cibanten, dan Cidanau. DAS-DAS tersebut terdiri dari sub-sub DAS dengan rincian luas sebagai disajikan pada tabel 1.3. sungai yang besar adalah Cidurian dan Ciujung. Sungai Cidurian berhulu di Kabupaten Tangerang. Sebagian besar sungai mengalir ke arah utara menuju Laut Jawa. DAS Cidanau mengalir ke barat, Selat Sunda. Di sebelah selatannya terdapat DAS Ciliman dimana terdapat dua arah pengaliran, yang pada umumnya mengalir ke utara menuju Laut Jawa atau Teluk Banten, dan sebagian ke barat menuju Selat Sunda.

Ditinjau dari fisiografi dan morfologi permukaan tanahnya, sebagian besar (sekitar 35 %) bagian utara Kabupaten Serang merupakan hilir tata air permukaan yang mengarah ke Laut Jawa bagian barat daya, khususnya ke Teluk Banten. Dari 35 % tersebut, sekitar 25 % merupakan daerah perbukitan sangat rendah atau mengalami pendataran sangat aktif (peneplainisasi) dan 10 % berupa dataran pesisir. Aliran air permukaan yang besar terutama berasal dari Daerah

Aliran Sungai (DAS) Cidurian dan DAS Ciujung. Sekitar 50 % merupakan perbukitan daerah hulu terutama di bagian selatan dan sedikit di utara-barat laut, yaitu Kecamatan Bojonegara dan Kecamatan Pulo Ampel. Sisanya sekitar 14 % merupakan wilayah perbukitan yang mengarahkan aliran air permukaannya ke arah barat di Selat Sunda terutama dari DAS Ciliman, dengan dataran pesisir hilirnya di sebelah barat yang sangat sempit (1 %).

D. Jumlah Penduduk Kabupaten Serang

Jumlah Penduduk Kabupaten Serang memiliki jumlah penduduk sebanyak 1.419.657 jiwa , menurut registrasi penduduk yang dihasilkan melalui Sistem Informasi Administrasi Kependudukan (SIAK) yang telah dikonsolidasikan dan dibersihkan oleh Direktorat Jendral Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kementerian Dalam Negeri Tahun 2016.

Dengan adanya pemuktahiran data dimana penduduk melalui pendataan dan perekam data penduduk yang meliputi perekam sidik jari, Retina mata, pemfotoan dan pemuktahiran yang tujuannya untuk pembersihan data ganda yang mana seseorang tidak dimungkinkan lagi tercatat 2 kali dalam database.

Berikut ini adalah tabel komposisi penduduk menurut jenis kelamin berdasarkan Sensus Penduduk Kabupaten Serang Tahun 2016:

Tabel 4.1

Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin

Struktur Usia	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
0 – 4	42,694	39,542	82,236
5 – 9	60,883	56,836	117,719
10-14	63,351	59,353	122,704
15-19	67,858	63,793	131,651
20-24	74,497	69,454	143,951
25-29	74,912	68,432	143,344
30-34	68,670	64,628	133,298
35-39	60,076	60,538	120,614
40-44	54,376	52,705	107,081
45-49	47,727	45,158	92,885
50-54	37,244	33,815	71,059
55-59	30,129	27,548	57,677
60-64	19,533	17,033	36,566
65-69	13,000	12,889	25,889
70-74	8,789	8,645	17,434
≥ 75	7,691	7,858	15,549
Jumlah	731,430	688,227	1,419,657

Sumber: Disdukcapil, 2018

E. Peta Kabupaten Serang



4.1.2. Gambaran Umum RSUD Dr. Dradjat Prawiranegara

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang sebelumnya bernama RSUD Kabupaten Serang yang merupakan Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan sebagai pusat rujukan rumah sakit sewilayah I Provinsi Banten yang mencakup Kabupaten Lebak, Pandeglang, Kabupaten Serang, Kota Serang serta Kota Cilegon dituntut untuk dapat melakukan pelayanan profesional.

A. Tugas Pokok dan Fungsi RSUD dr. Dradjat Prawiranegara

Tugas Pokok

Tugas pokok, yaitu melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan upaya penyembuhan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

Fungsi

Untuk menyelenggarakan Tugas Pokok tersebut Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara mempunyai fungsi yang dijabarkan melalui program-program sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan medis
2. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis
3. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan
4. Penyelenggaraan pelayanan rujukan
5. Penyelenggaraan pendidikan dan latihan
6. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan

7. Penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan

B. Visi dan Misi

Visi

“Menjadi Rumah Sakit Terbaik Dengan Pelayanan Profesional Dan Berkualitas Di Banten”

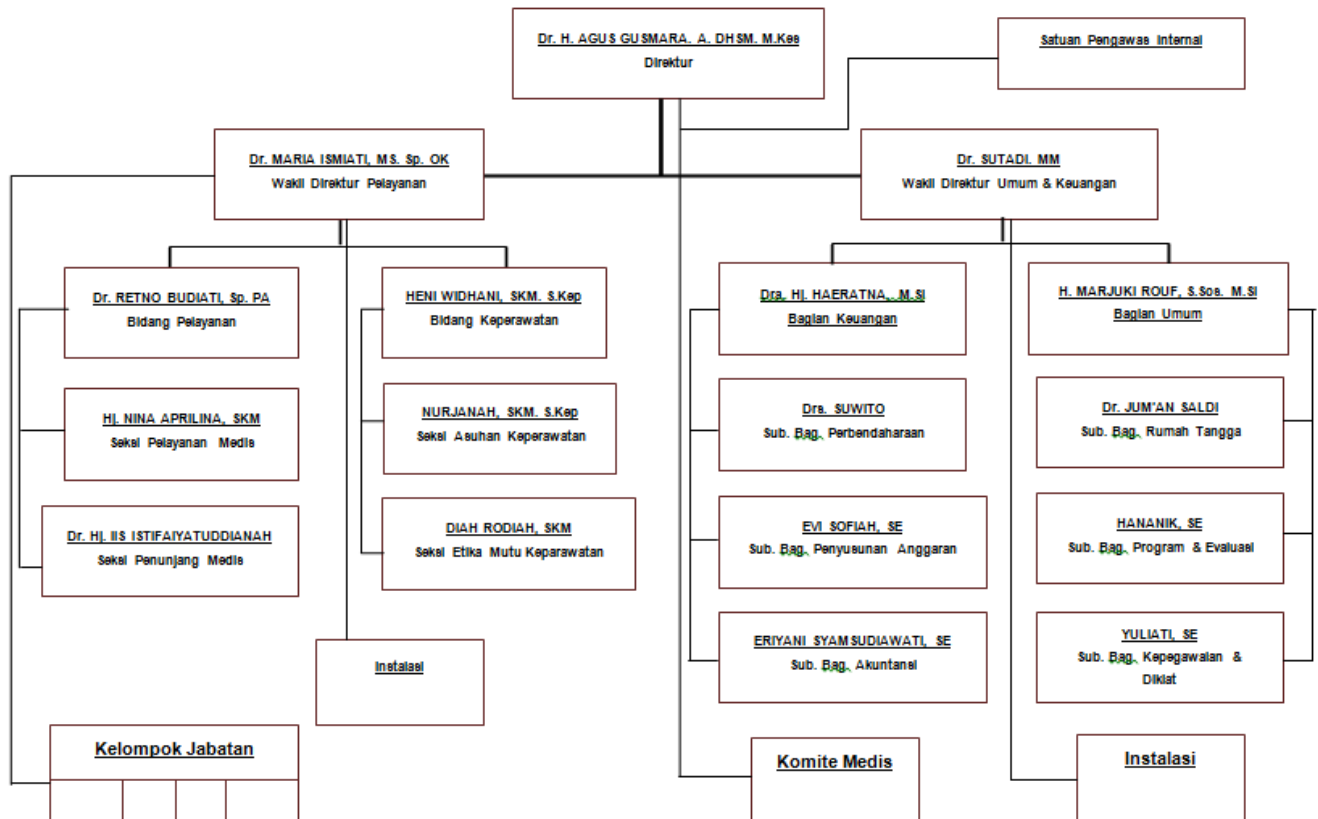
Misi

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang prima.
2. Meningkatkan kuantitas SDM melalui sistem rekrutmen yang baik dan kualitas SDM melalui pendidikan serta pelatihan berkelanjutan.
3. Meningkatkan sarana dan prasarana yang berkualitas dalam rangka menunjang pelayanan kesehatan.
4. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi tanpa mengurangi standar pelayanan kepada masyarakat.
5. Meningkatkan dan menumbuhkan budaya organisasi yang kuat, berkomitmen tinggi serta bertanggung jawab.
6. Memberikan perlindungan hukum dan meningkatkan kesejahteraan SDM rumah sakit.

C. Struktur Organisasi

Gambar 4.1.

Struktur Organisasi RSUD dr. Dradjat Prawiranegara



D. Fasilitas Layanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan yang telah disediakan oleh RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang tahun 2016 untuk melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sudah semakin lengkap dan canggih bahkan masih terus dikembangkan baik sarana, prasarana dan SDM dalam rangka menghadapi era globalisasi dan era persaingan antar rumah sakit.

Berikut ini adalah beberapa fasilitas pelayanan yang ada di RSUD dr.

Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang:

1. Pelayanan Rawat Jalan (Poliklinik)
2. Pelayanan Rawat Inap
3. Pelayanan Rawat Darurat (Emergensi)
4. Pelayanan Patalogi Klinik
5. Pelayanan Radiologi
6. Pelayanan Patologi Anatomi
7. Pelayanan Rehabilitasi Medik
8. Pelayanan Forensik dan Medikolegal
9. Pelayanan Medical check – up
10. Pelayanan Tranfusi Darah
11. Pelayanan CSSD
12. Pelayanan CT-Scan
13. Pelayanan Bedah Sentral
14. Pelayanan Farmasi
15. Pelayanaan Hemodialisa
16. Pelayanan One Day Surgery
17. Gas medis
18. Pelayanan Mobil ambulance dan Mobil Jenazah
19. Kemitraan

Tabel 4.2

Unit Pelayanan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang

No	Rawat Jalan	No	Penunjang Medik
1	Penyakit Dalam	1	Radiologi
2	Bedah Umum	2	Lab. Klinik
3	Kesehatan Anak	3	Lab. Patologi Klinik
4	Kebidanan	4	Rehabilitasi Medik
5	KB	5	Apotek Instalasi farmasi
6	THT	6	Konsultasi Gizi
7	Mata	7	USG
8	Kulit& Kelamin	8	EEG
9	Orthodentie	9	EKG
10	Gigi & Mulut	10	Treadmill
11	Jantung	11	Spirometri
12	IRD	12	Hemodialisa
13	Bedah syaraf	13	BDRS
14	Syaraf	14	Teratai
15	Bedah Orthopedi		
16	Bedah Mulut		
17	Endokrin		
18	Jiwa		
19	Paru		
20	ODS		
21	PKBRS		
22	MCU		

Berikut ini adalah beberapa pelayanan spesialistik yang ada di RSUD

dr. Dradjat Prawiranegara:

1. Spesialis Penyakit Dalam
2. Spesialis Kesehatan Anak
3. Spesialis Bedah
4. Spesialis Obstetri & Gynekologi
5. Spesialis Penyakit Jantung

6. Spesialis Penyakit Paru
7. Spesialis Penyakit Kulit & Kelamin
8. Spesialis Mata
9. Spesialis THT
10. Spesialis Syaraf
11. Spesialis Ortodonti
12. Spesialis Anestesi
13. Spesialis Bedah Orthopedi
14. Spesialis Bedah Syaraf
15. Spesialis Bedah Mulut
16. Spesialis Rehabilitasi Medik
17. Spesialis Radiologi
18. Spesialis Patologi Klinik
19. Spesialis Patologi Anatomi
20. Spesialis Forensik & Mediko Legal
21. Spesialis Kesehatan Jiwa

4.2. Deskripsi Data

4.2.1. Identitas Responden

Dalam penelitian yang berjudul yang berjudul “Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara” yakni yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah para pasien rawat

jalan pengguna kartu jaminan kesehatan nasional sebanyak 100 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah teknik *Accidental Sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan yang dianggap cocok sebagai sumber data.

Dalam rangka memudahkan penelitian ini, peneliti mengelompokkan dan mengolah data hasil penelitian dengan membagi pernyataan-pernyataan dalam kuesioner sesuai dengan indikator-indikator yang akan diukur berdasarkan teori yang peneliti anggap sesuai dengan tujuan penelitian ini. Dalam mengisi kuesioner, responden diminta untuk memberikan identitas diri sebagai penunjang data, dimana identitas diri meliputi nama, jenis kelamin, usia dan tingkat pendidikan. Berikut ini pemaparan data identitas diri responden yang terdapat dalam kuesioner.

Tabel 4.3.

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah
1	Laki-laki	72
2	Perempuan	28
Jumlah		100

:Sumber: Peneliti, 2018

Pada tabel 4.3 diatas, bisa dijelaskan bahwa jumlah responden adalah 100 orang yang terdiri dari 72 orang laki-laki serta 28 orang perempuan.

Tabel 4.4.**Karakteristik Responden Berdasarkan Usia**

No.	Jenis Kelamin	Jumlah
1	< 20 Tahun	9
2	21 - 30 Tahun	28
3	31 - 40 Tahun	32
4	41 – 50 Tahun	30
5	51-60	1
Jumlah		100

:Sumber: Peneliti, 2018

Pada tabel 4.4 diatas, bisa dijelaskan bahwa jumlah responden adalah 100 orang yang terdiri dari 9 orang dengan usia kurang dari 20 tahun, 28 orang dengan usia 21-30 tahun, 32 orang dengan usia 31-40, 30 orang dengan usia 41-50 serta 1 orang dengan usia 51-60 tahun.

Tabel 4.5.**Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan**

No.	Jenis Kelamin	Jumlah
1	SD/ sederajat	9
2	SMP/ sederajat	43
3	SMA/ sederajat	26
4	Diploma/ Sarjana	5
5	Tidak Sekolah	17
Jumlah		100

:Sumber: Peneliti, 2018

Pada tabel 4.5 diatas, bisa dijelaskan bahwa jumlah responden adalah 100 orang yang terdiri dari 9 orang dengan pendidikan SD atau sederajat, 43 orang dengan pendidikan SMP atau sederajat, 26 orang dengan pendidikan SMA atau sederajat, 5 orang dengan pendidikan diploma atau sarjana, serta 17 orang tidak sekolah.

4.3. Persyaratan Pengujian Statistik

4.3.1. Hasil Uji Validitas

Dalam penelitian ini, tahap awal proses analisis data adalah melakukan uji validitas instrumen terlebih dahulu. Hal ini peneliti maksudkan untuk menjaga ketetapan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Uji validitas ini dilakukan untuk mengetahui valid atau tidaknya suatu item kuesioner yang menjadi alat ukur dalam penelitian ini. Instrumen yang valid menggambarkan bahwa suatu instrumen benar-benar

mampu dalam mengukur variabel-variabel yang akan diukur dalam penelitian, serta mampu menunjukkan tingkat kesesuaian antara konsep penelitian dengan hasil pengukuran. Pada uji validitas, peneliti mengambil sampel sebanyak 100 responden. Apabila terdapat sampel yang tidak valid dan tidak mewakili indikator yang ada, maka instrumen tersebut diganti dengan instrumen baru sebagai pengganti instrumen yang tidak valid. Kemudian kuesioner tersebut disebar kembali untuk menghasilkan instrumen yang valid. Tetapi, apabila ditemukan hasil sampel yang tidak valid, namun tetap mewakili indikator, maka instrumen tersebut dihapus. Adapun, rumus yang digunakan oleh peneliti dalam uji validitas ini yaitu menggunakan statistik Korelasi *Product Moment* dengan bantuan SPSS versi 23.

Tabel 4.6

Hasil Perhitungan Validitas Instrumen

No	r hitung	r tabel	Keputusan
1	.398	0.256	Valid
2	.412	0.256	Valid
3	.472	0.256	Valid
4	.384	0.256	Valid
5	.509	0.256	Valid
6	.385	0.256	Valid
7	.505	0.256	Valid
8	.282	0.256	Valid
9	.509	0.256	Valid
10	.538	0.256	Valid
11	.513	0.256	Valid
12	.506	0.256	Valid
13	.418	0.256	Valid
14	.482	0.256	Valid
15	.414	0.256	Valid
16	.538	0.256	Valid
17	.491	0.256	Valid
18	.258	0.256	Valid
19	.305	0.256	Valid
20	.538	0.256	Valid
21	.580	0.256	Valid
22	.338	0.256	Valid
23	.565	0.256	Valid

Sumber: Data diolah tahun 2018.

Jika $r \text{ hitung} > r \text{ tabel}$, berarti item/butir instrumen dinyatakan valid. Sebaliknya jika $r \text{ hitung} \leq r \text{ tabel}$, berarti item/butir instrumen dinyatakan tidak valid. Nilai $r \text{ hitung}$ diperoleh dari perhitungan statistik korelasi *Product Moment* dengan menggunakan SPSS versi 19 (data dilampirkan). Sedangkan, $r \text{ tabel}$ dengan nilai 0,256 diperoleh dari tabel *Product Moment* dengan tingkat kesalahan 10% dengan jumlah responden

100 orang (table r *product moment* dilampirkan). Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa 23 instrumen secara keseluruhan dinyatakan valid.

4.3.2. Hasil Uji Reliabilitas

Peneliti melakukan pengujian reliabilitas instrument dengan menggunakan teknik *Alpha Cronbach* yaitu pengujian yang dilakukan dengan menghitung rata-rata interkolerasi di antara butir-butir pertanyaan dalam suatu kuesioner. Suatu variabel akan dikatakan reliabel jika nilai *alphanya* lebih dari 0,30 (Purwanto 2007:181). Dalam pengujian reliabilitas ini, peneliti menggunakan SPSS versi 23. Hasil dari uji reliabilitas yang telah dilakukan peneliti yaitu diketahui bahwa nilai *Alpha* dari penelitian ini sebesar 0,818. Hal ini dapat diartikan bahwa $0,818 > 0,30$ sehingga instrumen yang diuji dinyatakan reliabel. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.7

Hasil Perhitungan Realibilitas Instrumen

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.818	23

Sumber: Data diolah tahun 2018.

4.4. Analisis Data

Jenis dan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif, maka data yang diperoleh tidak hanya berbentuk kalimat dari hasil wawancara dan pernyataan dari hasil penyebaran kuesioner, melainkan ditampilkan dari hasil penelitian yang berbentuk angka yang kemudian diolah. Analisis data merupakan suatu proses analisis yang dilakukan peneliti dengan cara mendeskripsikan data hasil penyebaran kuesioner yang ditujukan kepada para wajib pajak sebanyak 100 orang yang menjadi sampel penelitian.

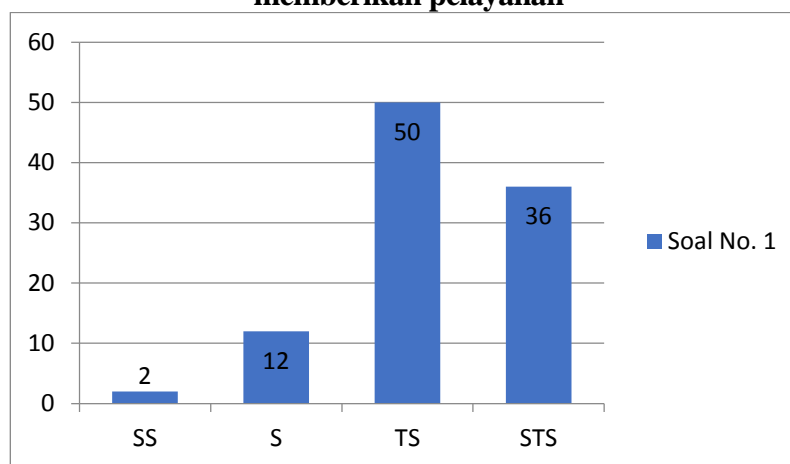
Adapun lebih detailnya, peneliti menjelaskannya dalam bentuk diagram disertai pemaparan dan kesimpulan dari hasil jawaban responden berdasarkan butir-butir pertanyaan yang telah peneliti buat sebelumnya. Dimana, butir-butir pernyataan tersebut dituangkan dalam bentuk kuesioner. Uraian kuesioner-kuesioner diuraikan oleh peneliti dalam bentuk penjelasan butir-butir pertanyaan secara sistematis. Kuesioner tersebut diajukan kepada 100 responden yang menjadi sampel penelitian yang telah ditentukan sebelumnya. Skala yang digunakan dalam kuesioner ini adalah Skala Likert. Skor yang digunakan dalam penelitian ini adalah 4 nilai dimasing-masing jawabannya untuk kriteria kinerja yaitu sangat setuju nilainya 4, setuju nilainya 3, tidak setuju nilainya 2, dan sangat tidak setuju nilainya 1.

Peneliti mencoba menjelaskan dalam bentuk diagram disertai pemaparan dan kesimpulan hasil jawaban dari pernyataan yang diajukan melalui kuesioner kepada para responden. Dengan menggunakan indikator efektivitas dari Gibson dalam Makmur (2008:125) adalah sebagai berikut :

1. Produktivitas

Pada dimensi produktivitas ini, peneliti mengajukan 4 pernyataan kepada responden. Berikut peneliti sajikan hasilnya:

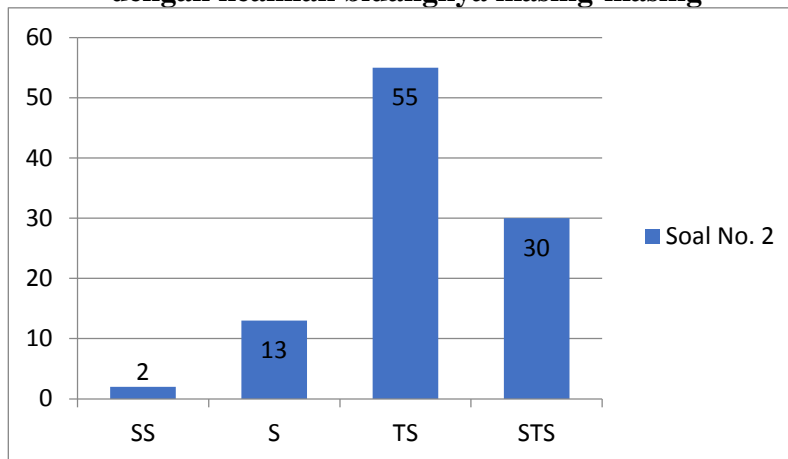
Diagram 4.1
Tanggapan responden mengenai Pegawai bekerja dengan cepat dalam memberikan pelayanan



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.1 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 12 responden menjawab setuju, 50 responden memilih tidak setuju dan 36 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pegawai bekerja dengan cepat dalam memberikan pelayanan. Bisa peneliti simpulkan bahwa dalam hal memberikan pelayanan terhadap pasien, pegawai belum bekerja dengan cepat. Artinya masih banyak pegawai yang bekerja dengan lambat dan hal ini sangat merugikan pasien.

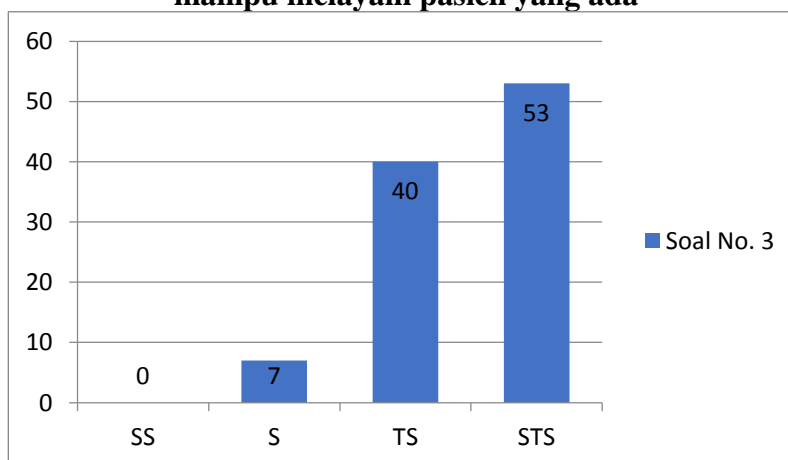
Diagram 4.2
Tanggapan responden mengenai Pegawai yang bekerja saat ini sudah sesuai dengan keahlian bidangnya masing-masing



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.2 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 13 responden menjawab setuju, 55 responden memilih tidak setuju dan 30 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pegawai yang bekerja saat ini sudah sesuai dengan keahlian bidangnya masing-masing.

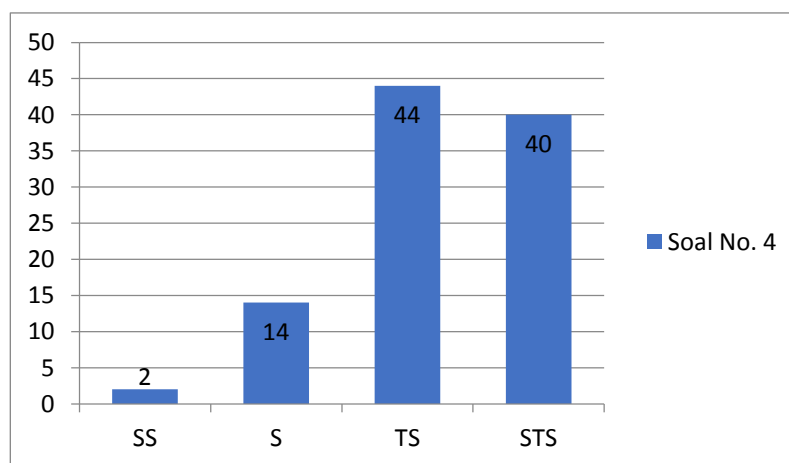
Diagram 4.3
Tanggapan responden mengenai Jumlah pegawai yang ada saat ini sudah mampu melayani pasien yang ada



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.3 tersebut dapat dilihat bahwa tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, 7 responden menjawab setuju, 40 responden memilih tidak setuju dan 53 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab sangat tidak setuju terkait pernyataan jumlah pegawai yang ada saat ini sudah mampu melayani pasien yang ada, bisa disimpulkan bahwa jumlah pegawai yang ada belum dapat melayani pasien yang selalu bertambah setiap harinya.

Diagram 4.4
Tanggapan responden mengenai Pegawai memberikan pelayanan yang baik terhadap pasien



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

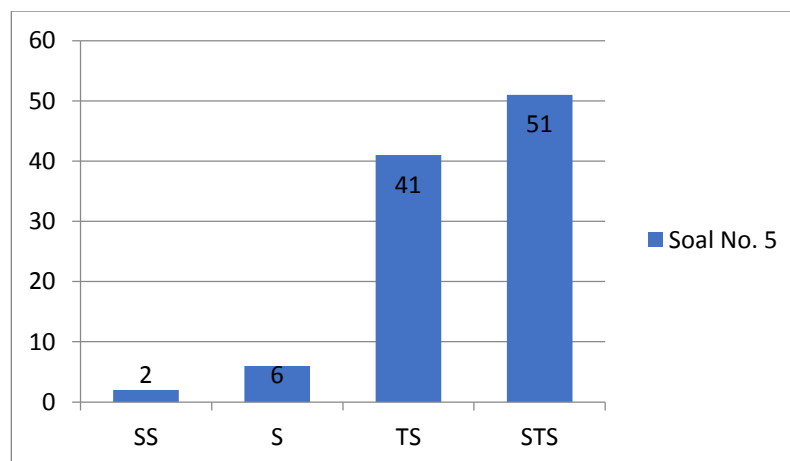
Berdasarkan diagram 4.4 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 14 responden menjawab setuju, 44 responden memilih tidak setuju dan 40 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pegawai memberikan pelayanan yang baik terhadap pasien.

Dari jawaban tersebut bisa disimpulkan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien masih belum baik.

2. Efisiensi

Pada dimensi efisiensi ini, peneliti mengajukan 4 pernyataan kepada responden. Berikut peneliti sajikan hasilnya.

Diagram 4.5
Tanggapan responden mengenai Dokter jaga di Poliklinik selalu hadir tepat waktu



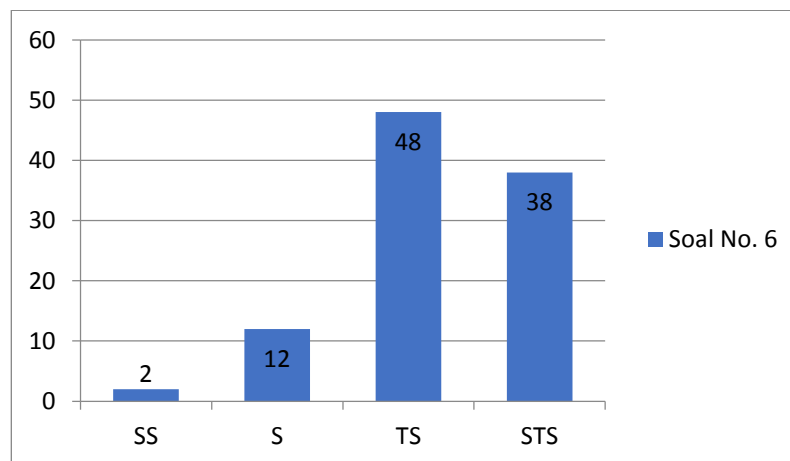
Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.5 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 6 responden menjawab setuju, 41 responden memilih tidak setuju dan 51 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab sangat tidak setuju terkait pernyataan Dokter jaga di Poliklinik selalu hadir tepat waktu. Dari jawaban tersebut, bisa peneliti simpulkan bahwa dokter jaga pada poliklinik sering sekali datang tidak tepat waktu sehingga mengganggu proses pelayanan. Jika jadwal pukul 13.00 sedangkan dokter jaga hadir pada pukul 14:00 maka pasien dirugikan waktunya selama 1 jam.

Hal ini diperkuat dari hasil wawancara peneliti dengan salah satu pasien di Poli Penyakit Dalam, yaitu Bapak Madrawi yang berasal dari Pontang. Berikut wawancaranya :

“Saya dari Pontang berangkat jam 5 karena poliklinik dimulai prakteknya jam 08:00 tapi ternyata sampai jam 10:00 dokter jaga belum ada. Kata si perawatnya sih dokter sedang menangani operasi dulu di RS lain. Alasan biasa karena ga sekali-duakali saya kesini dan sering terjadi begitu baik di poli ini maupun poli lain.”

Diagram 4.6
Tanggapan responden mengenai Waktu pelayanan yang diberikan sudah tepat

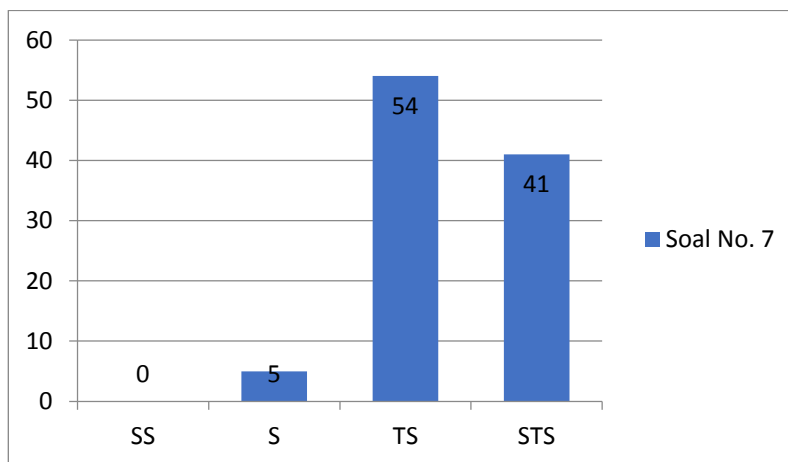


Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.6 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 12 responden menjawab setuju, 48 responden memilih tidak setuju dan 38 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Waktu pelayanan yang diberikan sudah tepat. Bisa disimpulkan bahwa, pelayanan yang diberikan membutuhkan waktu

yang lama. Artinya pasien banyak dirugikan dari pelayanan yang tidak tepat waktu ini.

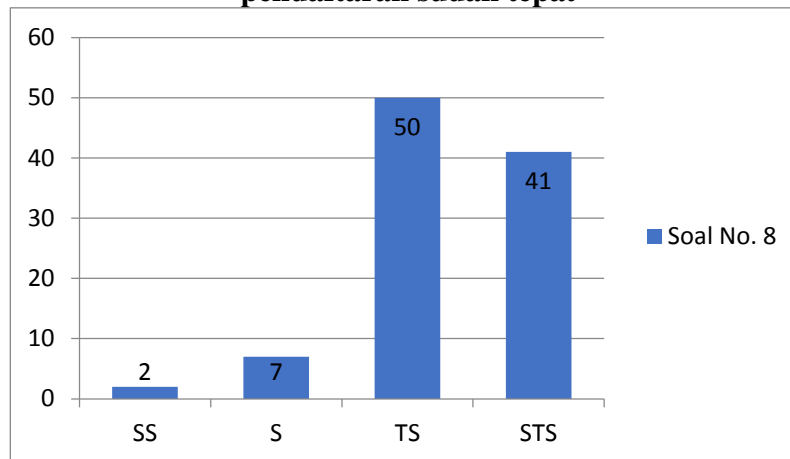
Diagram 4.7
Tanggapan responden mengenai Waktu menunggu pasien sudah tepat



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.7 tersebut dapat dilihat bahwa tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, 5 responden menjawab setuju, 54 responden memilih tidak setuju dan 41 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Waktu menunggu pasien sudah tepat. Dari hasil wawancara dengan salah satu pasien di ruang tunggu Poli, pasien mengeluhkan waktu tunggu pasien yang terlalu lama. Mulai dari waktu pendaftaran sampai waktu menunggu antrian di Poli yang dituju mereka.

Diagram 4.8
Tanggapan responden mengenai Waktu proses mengantri selama pendaftaran sudah tepat



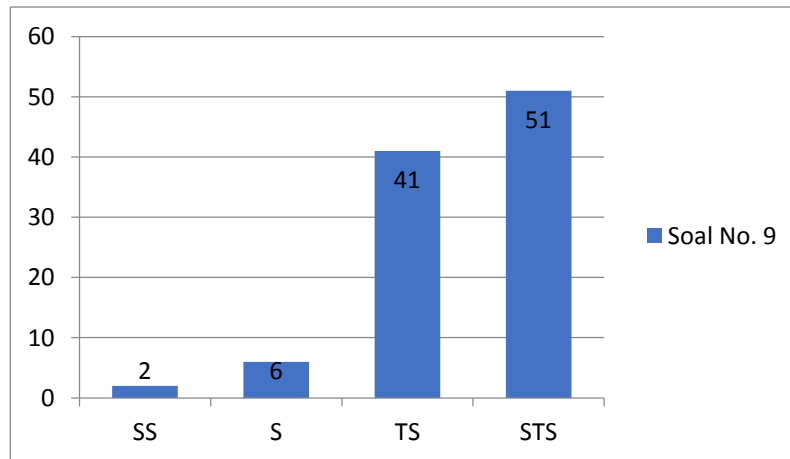
Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.8 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 7 responden menjawab setuju, 50 responden memilih tidak setuju dan 41 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Waktu proses mengantri selama pendaftaran sudah tepat. Menurut pasien yang peneliti temui, antrian dalam proses pendaftaran sangat lama. Rata-rata pasien bisa mengantri selama sejam hal tersebut membuang-buang waktu pasien. Solusinya perlu penambahan loket antrian pada tempat pendaftaran agar waktu tunggu pasien tidak lama serta mengefisienkan waktu pelayanan.

3. Fleksibilitas

Pada dimensi efisiensi ini, peneliti mengajukan 4 pernyataan kepada responden. Berikut peneliti sajikan hasilnya:

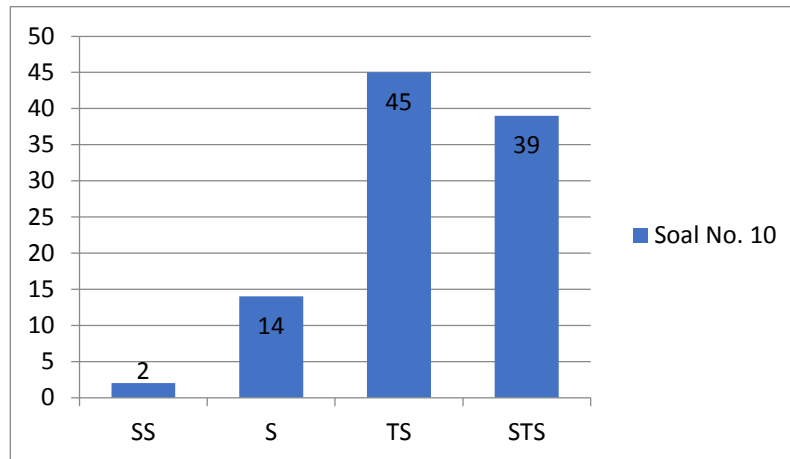
Diagram 4.9
Tanggapan responden mengenai Pasien selalu mendapatkan informasi yang tepat mengenai poliklinik yang dituju



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.9 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 6 responden menjawab setuju, 41 responden memilih tidak setuju dan 51 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab sangat tidak setuju terkait pernyataan pasien selalu mendapatkan informasi yang tepat mengenai poliklinik yang dituju. Menurut pasien yang peneliti wawancarai di Poli THT, terkadang banyak pasien yang menanyakan tentang informasi suatu Poli tapi tidak mendapat informasi yang baik dari petugas. Petugas terlihat acuh dalam memberikan informasi kepada pasien.

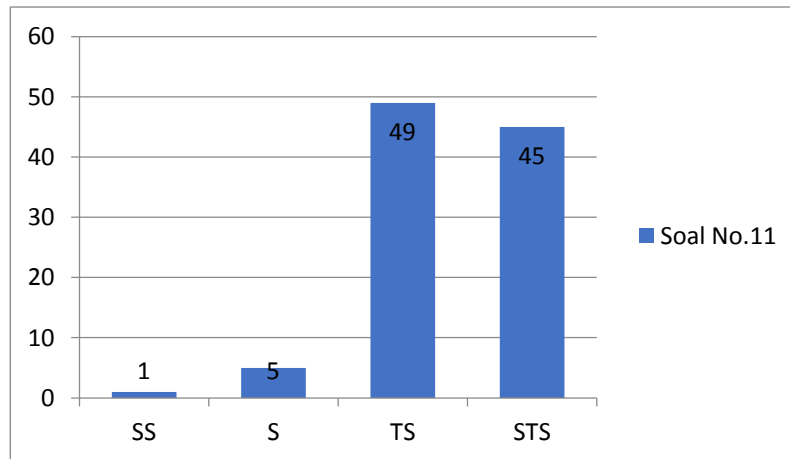
Diagram 4.10
Tanggapan responden mengenai Informasi yang diberikan kepada pasien mudah dimengerti



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.10 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 14 responden menjawab setuju, 45 responden memilih tidak setuju dan 39 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Informasi yang diberikan kepada pasien mudah dimengerti. Dapat disimpulkan bahwa, informasi yang diberikan kepada pasien terkadang sulit dimengerti mengingat pasien jaminan kesehatan nasional rata-rata memiliki tingkat pendidikan yang rendah.

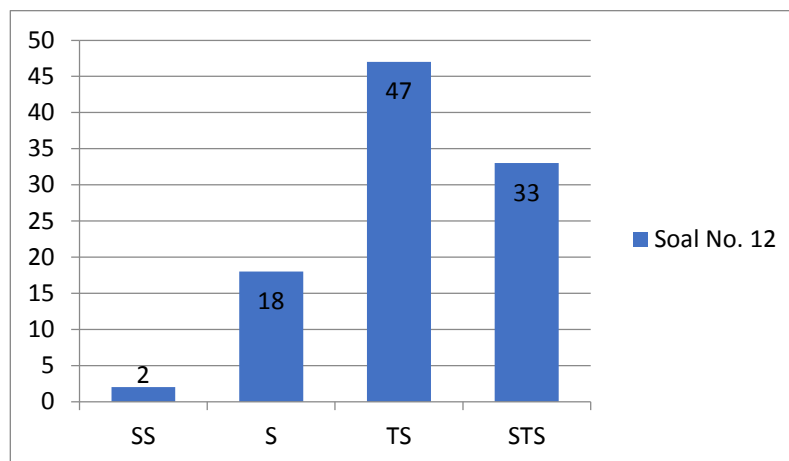
Diagram 4.11
Tanggapan responden mengenai Pegawai selalu membantu pasien saat ada hal yang tidak pasien ketahui



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.11 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 1 responden menjawab sangat setuju, 5 responden menjawab setuju, 49 responden memilih tidak setuju dan 45 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pegawai selalu membantu pasien saat ada hal yang tidak pasien ketahui. Dalam hal ini bisa peneliti simpulkan dari pasien yang peneliti wawancara bahwa setiap ada yang pasien tidak mengetahui sesuatu tidak dibantu pegawai melainkan bertanya kepada pasien yang lainnya, hal ini dikarenakan sikap pegawai yang kurang ramah dan cenderung acuh jika ditanyai oleh pasien.

Diagram 4.12
Tanggapan responden mengenai Pegawai selalu menjawab mengenai keluhan dari pasien



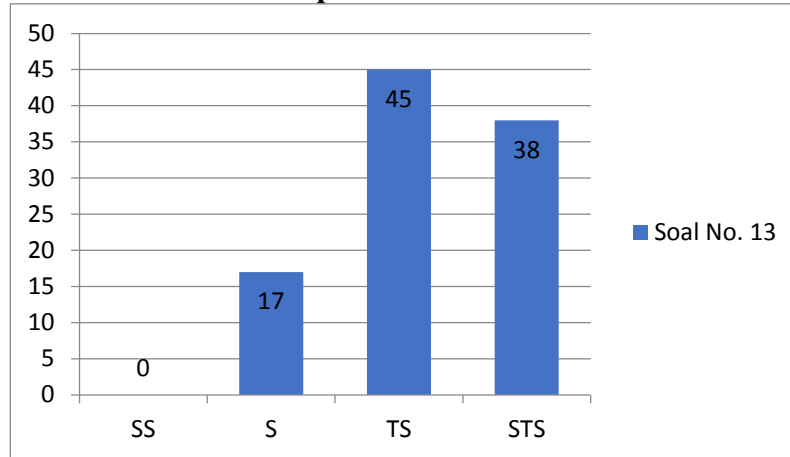
Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.12 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 18 responden menjawab setuju, 47 responden memilih tidak setuju dan 33 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pegawai selalu menjawab mengenai keluhan dari pasien. Dari pengamatan peneliti, pegawai jika menerima keluhan dari pasien cenderung mengabaikan sehingga terkadang pasien pun enggan bertanya apapun kepada pegawai. Disini hendaknya rumah sakit memperkuat bagian informasi sehingga apapun keluhan pasien bisa langsung ditangani.

4. Keunggulan

Pada dimensi keunggulan ini, peneliti mengajukan 5 pernyataan kepada responden. Berikut peneliti sajikan hasilnya:

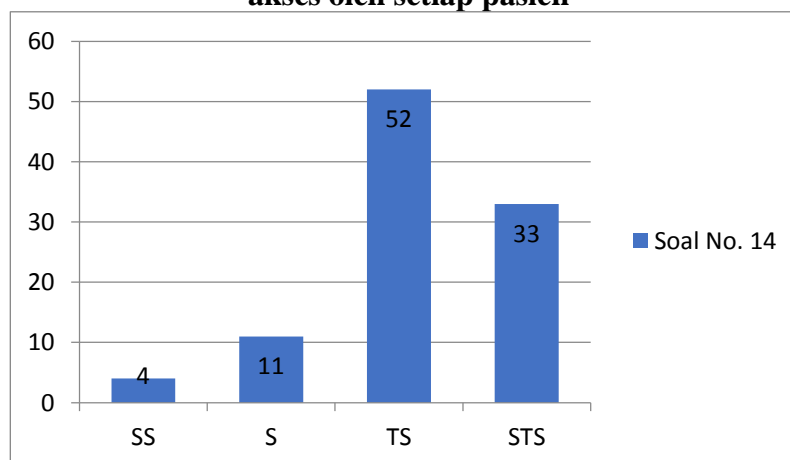
Diagram 4.13
Tanggapan responden mengenai Pelayanan yang diberikan sama dengan pasien umum



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.13 tersebut dapat dilihat bahwa tidak ada responden yang menjawab sangat setuju, 17 responden menjawab setuju, 45 responden memilih tidak setuju dan 38 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pelayanan yang diberikan sama dengan pasien umum.

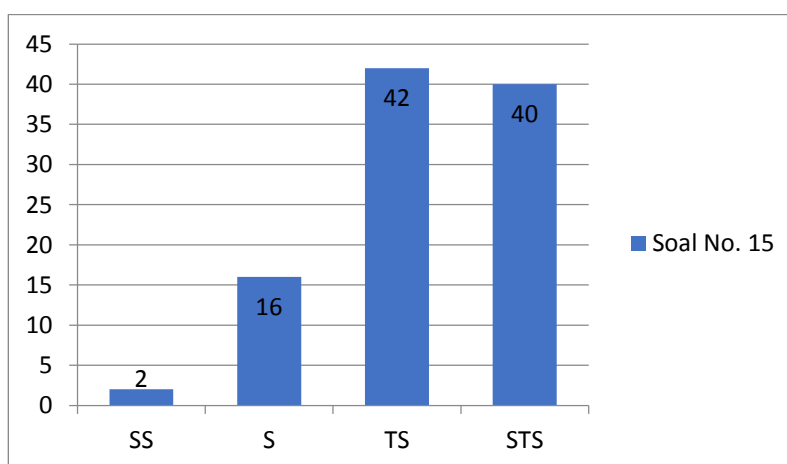
Diagram 4.14
Tanggapan responden mengenai Pelayanan pada saat pendaftaran mudah di akses oleh setiap pasien



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.14 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 4 responden menjawab sangat setuju, 11 responden menjawab setuju, 52 responden memilih tidak setuju dan 33 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pelayanan pada saat pendaftaran mudah di akses oleh setiap pasien.

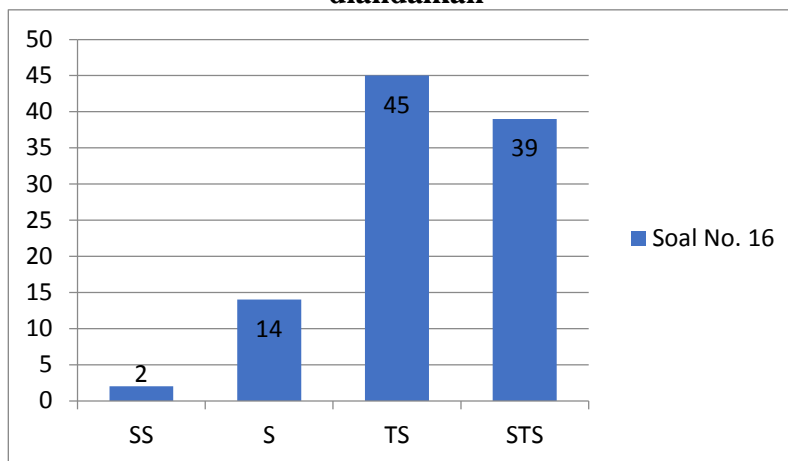
Diagram 4.15
Tanggapan responden mengenai Pegawai yang memberikan pelayanan bersikap ramah



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.15 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 16 responden menjawab setuju, 40 responden memilih tidak setuju dan 42 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab sangat tidak setuju terkait pernyataan Pegawai yang memberikan pelayanan bersikap ramah.

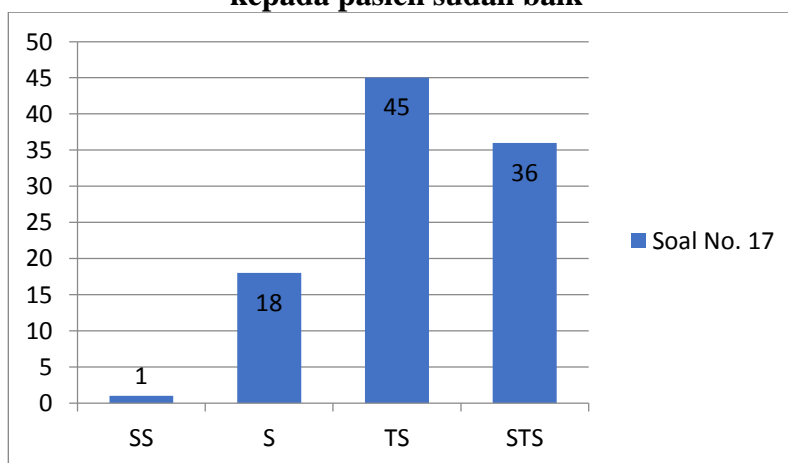
Diagram 4.16
Tanggapan responden mengenai Pegawai yang memberikan pelayanan dapat diandalkan



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.16 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 14 responden menjawab setuju, 45 responden memilih tidak setuju dan 39 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pegawai yang memberikan pelayanan dapat diandalkan.

Diagram 4.17
Tanggapan responden mengenai Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sudah baik



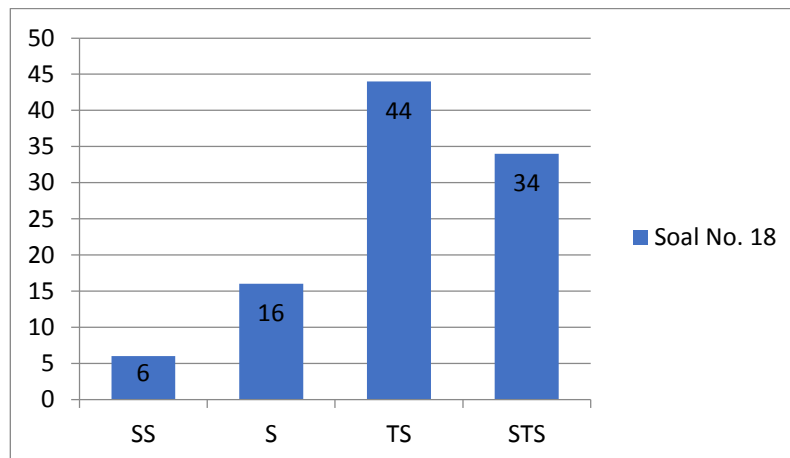
Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.17 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 1 responden menjawab sangat setuju, 18 responden menjawab setuju, 45 responden memilih tidak setuju dan 36 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sudah baik.

5. Pengembangan

Pada dimensi pengembangan ini, peneliti mengajukan 3 pernyataan kepada responden. Berikut peneliti sajikan hasilnya:

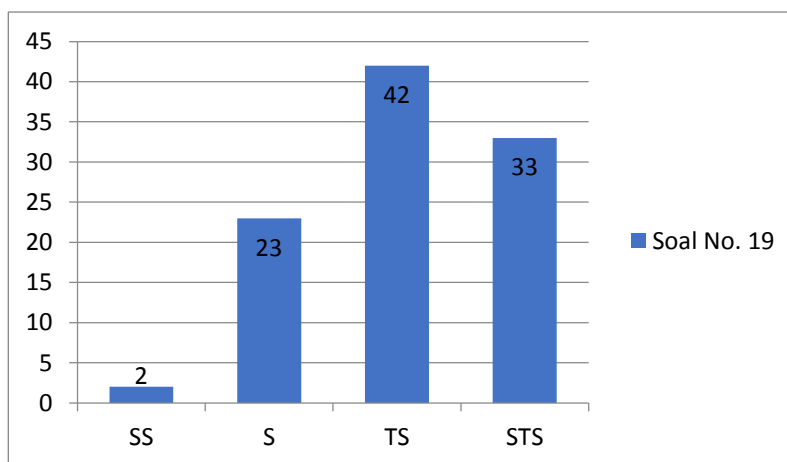
Diagram 4.18
Tanggapan responden mengenai Adanya tindak lanjut dalam menanggapi keluhan pasien



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.18 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 6 responden menjawab sangat setuju, 16 responden menjawab setuju, 44 responden memilih tidak setuju dan 34 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Adanya tindak lanjut dalam menanggapi keluhan pasien.

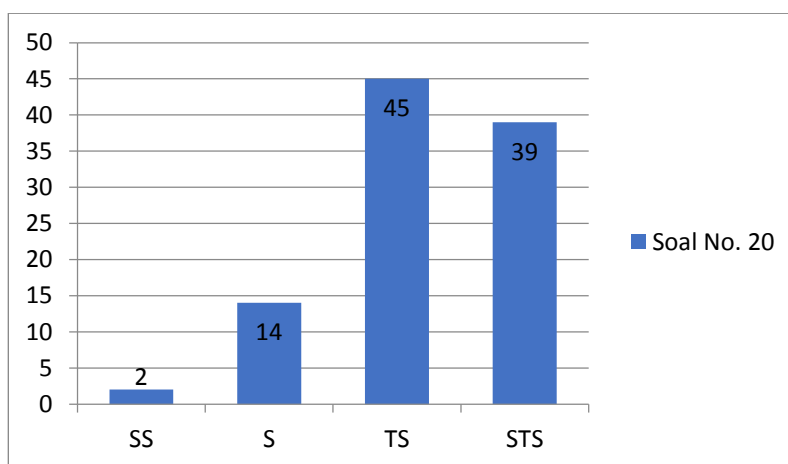
Diagram 4.19
Tanggapan responden mengenai Pihak rumah sakit memfasilitasi pasien yang memberikan keluhan bagi pelayanan



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.19 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 23 responden menjawab setuju, 42 responden memilih tidak setuju dan 33 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pihak rumah sakit memfasilitasi pasien yang memberikan keluhan bagi pelayanan.

Diagram 4.20
Tanggapan responden mengenai Fasilitas tunggu pasien sudah memadai



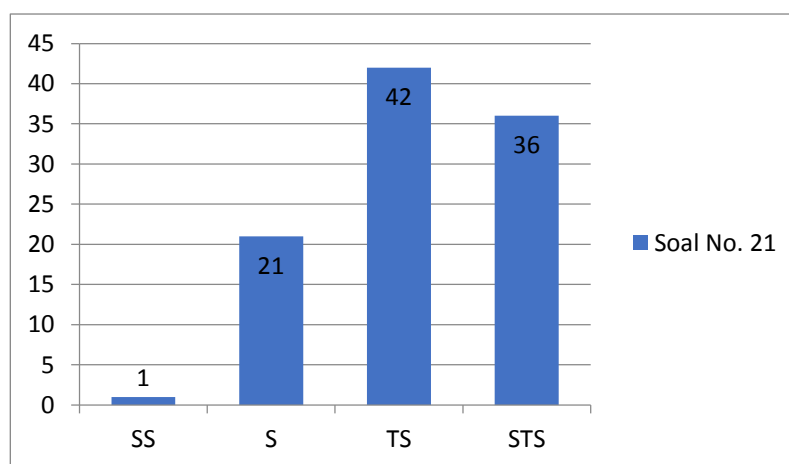
Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.20 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden menjawab sangat setuju, 14 responden menjawab setuju, 45 responden memilih tidak setuju dan 39 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Fasilitas tunggu pasien sudah memadai.

6. Kepuasan

Pada dimensi kepuasan ini, peneliti mengajukan 3 pernyataan kepada responden. Berikut peneliti sajikan hasilnya:

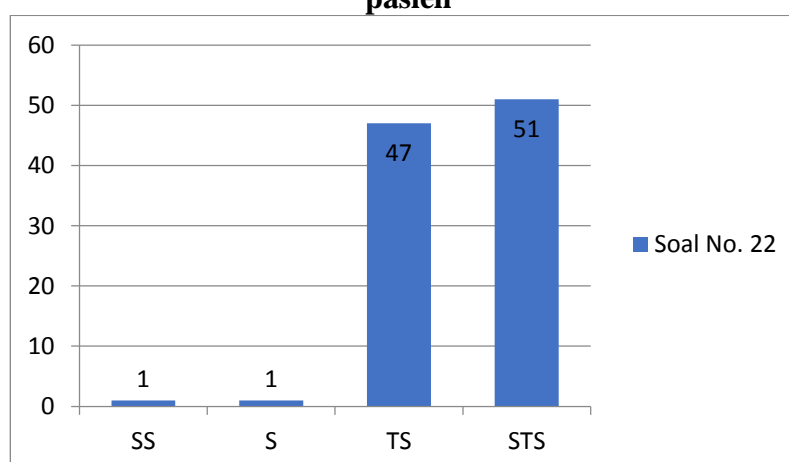
Diagram 4.21
Tanggapan responden mengenai Kemudahan dalam mengakses Kartu
Jaminan Kesehatan Nasional



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.21 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 1 responden menjawab sangat setuju, 21 responden menjawab setuju, 42 responden memilih tidak setuju dan 36 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Kemudahan dalam mengakses Kartu Jaminan Kesehatan Nasional.

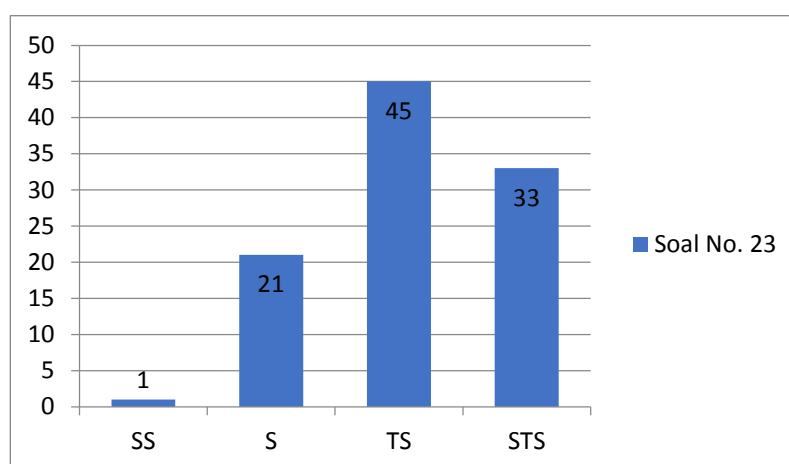
Diagram 4.22
Tanggapan responden mengenai Pelayanan berorientasi pada kepuasan
pasien



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.22 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 1 responden menjawab sangat setuju, 1 responden menjawab setuju, 47 responden memilih tidak setuju dan 51 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab sangat tidak setuju terkait pernyataan Pelayanan berorientasi pada kepuasan pasien.

Diagram 4.23
Tanggapan responden mengenai Pasien puas dengan pelayanan pada RSUD Serang



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram 4.23 tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 1 responden menjawab sangat setuju, 21 responden menjawab setuju, 45 responden memilih tidak setuju dan 33 responden menjawab sangat tidak setuju. Sebagian besar responden menjawab tidak setuju terkait pernyataan Pasien puas dengan pelayanan pada RSUD Serang.

4.5. Pengujian Hipotesis Penelitian

Hipotesis deskriptif adalah merupakan jawaban sementara terhadap masalah deskriptif yaitu yang berkenaan dengan variabel mandiri. Sehubungan penelitian ini merupakan variabel mandiri, maka hipotesis yang peneliti gunakan yaitu hipotesis deskriptif. Adapun hipotesis yang peneliti ajukan dalam penelitian sebagai berikut :

H_0 : “Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara kurang dari 65%”.

H_0 : $\mu < 65\%$

H_a : “Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara lebih dari atau sama dengan 65%”

H_a : $\mu \geq 65\%$

Pengujian hipotesis dimaksudkan untuk mengetahui tingkat signifikansi dari hipotesis yang diajukan. Berdasarkan metode penelitian, maka pada tahap pengujian hipotesis penelitian ini, peneliti menggunakan rumus t-test satu sampel. Adapun penghitungan pengujian hipotesis tersebut yaitu sebagai berikut:

Berdasarkan penelitian yang diperoleh, maka skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 23 \times 100 = 9200$ (4 = nilai tertinggi dari item pertanyaan yang ada menurut skala Likert, 23 = jumlah item pernyataan, dan 100 = jumlah responden). Sehingga nilai mean atau rata-rata pada skor ideal instrumen adalah $9200 : 100 = 92$.

Dalam Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara nilai yang dihipotesiskan adalah dikatakan optimal apabila mencapai 65%, hal ini berarti bahwa $0,65 \times 92 = 59.8$ Hipotesis statistiknya yaitu, H_0 untuk kurang dari ($<$) 65%. Sedangkan, H_a untuk memprediksi lebih lebih dari atau sama dengan (\geq) 65%.

Sehingga untuk hasil Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara nilai yang dihipotesiskan tertinggi mencapai 65% dari yang diharapkan. Hipotesis statistiknya dapat ditulis dengan rumus:

$$H_0: \mu < 65\% < 0.65 \times 9200 : 100 = 59.8$$

$$H_a: \mu \geq 65\% \geq 0.65 \times 9200 : 100 = 59.8$$

Diketahui :

$$\bar{X} = \frac{4063}{100} = 40.63$$

$$\mu_0 = 65\% = 0,65 \times 9200 : 100 = 59.8$$

$$s = 7.48$$

$$n = 100$$

Ditanya : t ?

Jawab :

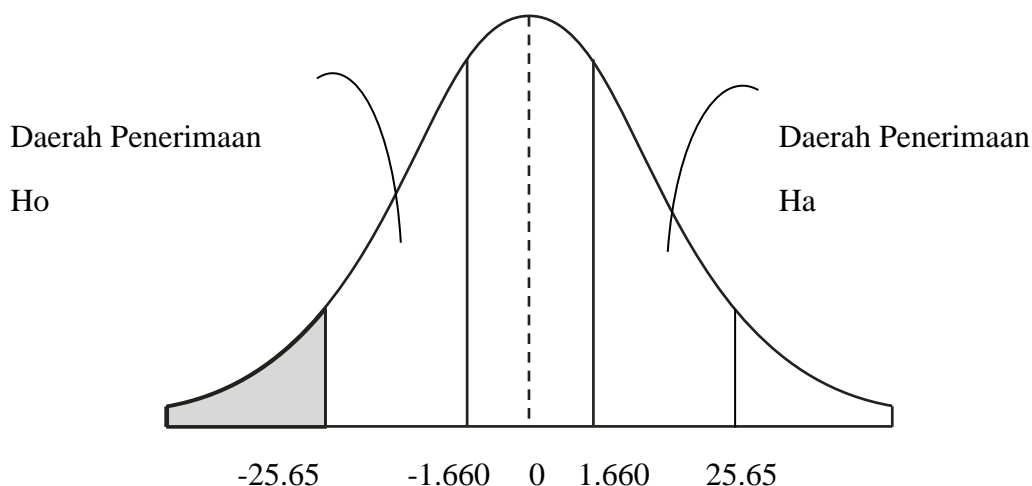
$$\begin{aligned}
 t &= \frac{\bar{X} - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}} \\
 &= \frac{40.63 - 59.8}{\frac{7.48}{\sqrt{100}}} \\
 &= \frac{-19.17}{\frac{7.48}{10}} \\
 &= \frac{-19.17}{0.748} \\
 t &= -25.65
 \end{aligned}$$

Nilai t hitung tersebut, selanjutnya dibandingkan dengan nilai t tabel, dengan derajat kebebasan (dk) = $n - 1 = (100 - 1 = 99)$ dan taraf kesalahan $\alpha = 10\%$ untuk uji satu pihak (*one tail test*) dengan uji pihak kanan. Berdasarkan dk 99 dan $\alpha = 10\%$, ternyata nilai t tabel untuk uji satu pihak = 1.66039 dibulatkan 1.660. Karena nilai t hitung lebih kecil dari t tabel atau jatuh pada daerah penerimaan H_0 ($-25.65 < 1.660$), maka Hipotesis Nol (H_0) diterima dan Hipotesis Alternatif (H_a) ditolak. Berdasarkan perhitungan, didapatkan bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara yaitu:

$$\frac{4063}{9200} \times 100\% = 44,16\%.$$

Jadi, telah diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara mencapai 44,16%.

Gambar 4.1
Kurva Penolakan dan Penerimaan Hipotesis



4.6. Interpretasi Hasil Penelitian

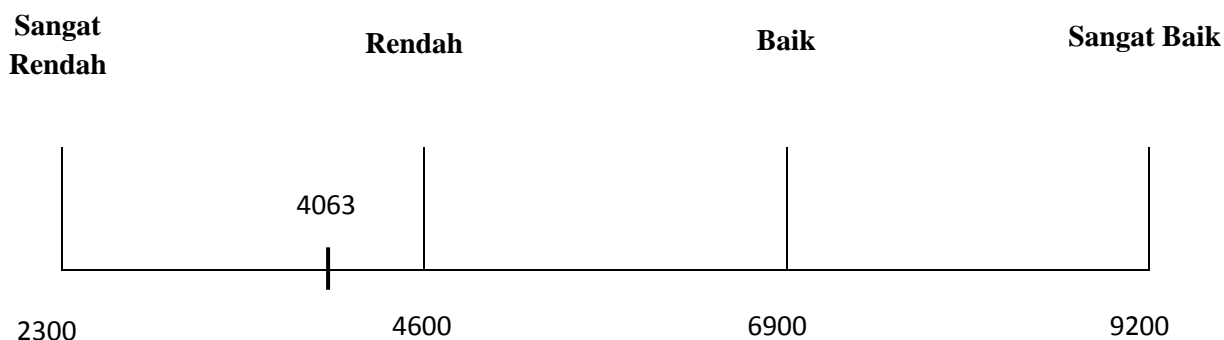
Dalam penelitian ini, peneliti berusaha menjawab rumusan masalah yang telah peneliti rumuskan sebelumnya, yaitu “Bagaimana Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara?” Penelitian ini dimaksudkan untuk menjawab rumusan masalah tersebut. Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus *t-test* satu sampel dengan uji satu pihak (*one tail test*) dan uji pihak kanan, bahwa nilai *t* hitung lebih kecil (<) dari nilai *t* tabel, maka dapat diartikan bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak karena tidak mencapai angka 65% atau hanya 44,16%.

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 23 \times 100 = 9200$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (23 = jumlah pertanyaan yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Sedangkan, skor terendahnya adalah $1 \times 23 \times 100 = 2300$ (1 = nilai terendah dari setiap

jawaban yang ditanyakan kepada responden), (23 = jumlah pertanyaan yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 4063.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara adalah $4063 : 9200 = 0.4416$ atau 44.16%. Hal ini berarti bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara tersebut tidak berjalan dengan baik. Penilaian tersebut didasarkan pada kategori instrumen berikut ini:

Gambar 4.2
Interval



Sumber : Hasil Pengolahan Data, 2018.

Berdasarkan kategori instrumen di atas, angka 4063 masuk dalam kategori interval sangat rendah. Artinya bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara dikatakan sangat rendah.

4.7. Pembahasan

Dalam penelitian mengenai Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara. Dengan menggunakan indikator efektivitas dari Gibson dalam Makmur (2008:125) adalah sebagai berikut :

1. Produktivitas

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 4 \times 100 = 1600$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (4 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Sedangkan, skor terendahnya adalah $1 \times 4 \times 100 = 400$ (1 = nilai terendah dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (3 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 699.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Indikator Produktivitas adalah $699 : 1600 = 0.4368$ atau 43.68%. Hal ini berarti bahwa indikator Produktivitas masih sangat rendah.

2. Efisiensi

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 4 \times 100 = 1600$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (4 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Sedangkan, skor terendahnya adalah $1 \times 4 \times 100 = 400$ (1 = nilai terendah dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (3 = jumlah

pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 671.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Indikator Efisiensi adalah $671 : 1600 = 0.4193$ atau 41.93%. Hal ini berarti bahwa indikator Efisiensi masih sangat rendah.

3. Fleksibilitas

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 4 \times 100 = 1600$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (4 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Sedangkan, skor terendahnya adalah $1 \times 4 \times 100 = 400$ (1 = nilai terendah dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (3 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 689.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Indikator Fleksibilitas adalah $689 : 1600 = 0.4306$ atau 43.06%. Hal ini berarti bahwa indikator Fleksibilitas masih sangat rendah.

4. Keunggulan

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 5 \times 100 = 2000$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (4 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah

responden). Sedangkan, skor terendahnya adalah $1 \times 5 \times 100 = 500$ (1 = nilai terendah dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (5 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 908.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Indikator Keunggulan adalah $908 : 2000 = 0.4540$ atau 45.4%. Hal ini berarti bahwa indikator Keunggulan masih sangat rendah.

5. Pengembangan

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 3 \times 100 = 1200$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (3 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Sedangkan, skor terendahnya adalah $1 \times 3 \times 100 = 300$ (1 = nilai terendah dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (3 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 567.

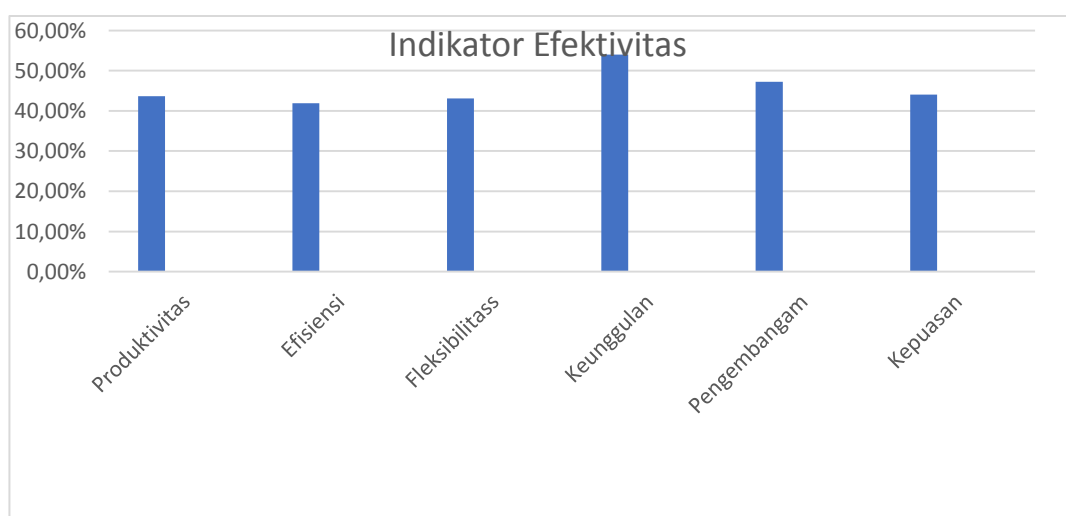
Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Indikator Pengembangan adalah $567 : 1200 = 0.4725$ atau 47.25%. Hal ini berarti bahwa indikator Pengembangan masih sangat rendah.

6. Kepuasan

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 3 \times 100 = 1200$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (3 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Sedangkan, skor terendahnya adalah $1 \times 3 \times 100 = 300$ (1 = nilai terendah dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (3 = jumlah pertanyaan sub indikator yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 529.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Indikator Kepuasan adalah $529 : 1200 = 0.4408$ atau 44.08%. Hal ini berarti bahwa indikator Kepuasan masih sangat rendah.

Dibawah ini merupakan Diagram hasil keseluruhan dari Indikator Efektivitas:



Sumber : Hasil Olah Data, 2018

Berdasarkan diagram tersebut dapat dilihat bahwa indikator Efektivitas tertinggi dari setiap jawaban kepada responden jatuh kepada indikator Keunggulan dengan angka 45.4 %, dengan Demikian dapat diketahui bahwa keunggulan pelayanan dengan pernyataan kepada responden yaitu , 1). Pelayanan yang diberikan sama dengan pasien umum, 2). Pelayanan pada saat pendaftaran mudah diaskes oleh setiap pasien, 3). Pegawai yang memberikan pelayanan bersikap ramah, 4). Pegawai yang memberikan pelayanan dapat diandalkan dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sudah baik, mendapat angka tertinggi dengan demikian indikator keunggulan sudah cukup baik. Indikator Efektivitas terendah dari setiap jawaban responden jatuh kepada indikator Efisiensi dengan pernyataana yang diberikan kepada responden yaitu 1). Dokter jaga di Poliklinik selalu hadir tepat waktu 2). Waktu Pelayanan yang diberikan sudah tepat 3). Waktu menunggu pasien sudah tepat 4). Waktu proses mengantri selama pendaftaran sudah tepat, pernyataan tersebut mendapatkan hasil terendah dengan nilai 41.93% dengan hal ini menunjukkan bahwa indikator Efisiensi masih harus diperbaiki supaya lebih baik lagi.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan temuan-temuan pada penelitian yang dilakukan, maka penyimpulan akhir tentang penelitian yang berjudul Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara mencapai 44,16% dari hipotesis 65% artinya belum berjalan dengan baik.

Hal ini, terbukti dari uji statistik dimana dalam penelitian untuk menjawab rumusan masalah ini, peneliti dapat melihat dari perhitungan dengan menggunakan rumus t test satu sampel dengan menguji pihak kanan adalah harga t-hitung lebih besar dari harga t tabel maka dapat diartikan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima. Karena nilai t hitung lebih kecil dari t tabel atau jatuh pada daerah penerimaan H_0 ($-25.65 < 1.660$), maka Hipotesis Nol (H_0) diterima dan Hipotesis Alternatif (H_a) ditolak. Berdasarkan perhitungan, didapatkan bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara yaitu:

$$\frac{4063}{9200} \times 100\% = 44,16\%..$$

Skor ideal yang diperoleh adalah $4 \times 23 \times 100 = 9200$ (4 = nilai tertinggi dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (23 = jumlah pertanyaan yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Sedangkan,

skor terendahnya adalah $1 \times 23 \times 100 = 2300$ (1 = nilai terendah dari setiap jawaban yang ditanyakan kepada responden), (23 = jumlah pertanyaan yang ditanyakan kepada responden) dan (100 = jumlah responden). Adapun, jumlah skor yang diperoleh adalah 4063.

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara adalah $4063 : 9200 = 0.4416$ atau 44.16%. Hal ini berarti bahwa Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara belum berjalan baik atau masih rendah serta masih terdapat hambatan dalam pelaksanaannya.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan, maka saran yang peneliti ajukan berupa rekomendasi, yaitu:

1. Melakukan evaluasi berkala terhadap pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara baik pelayanan administrasi maupun pelayanan kesehatan terlebih terhadap pasien yang memiliki kartu Jaminan Kesehatan Nasional. Karena pada kenyataannya pelayanan yang diberikan berbeda dengan apa yang diperoleh oleh pasien umum.

2. Melaksanakan pengawasan yang ketat terhadap seluruh pegawai baik itu pegawai administrasi maupun tim medis yang bekerja pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara.
3. Meningkatkan sosialisasi kepada pasien Jaminan Kesehatan Nasional terkait prosedur pelayanan yang dilakukan.
4. Meningkatkan kualitas pegawai dengan sering mengadakan bimbingan teknis terkait pelayanan.
5. Memperbaiki sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara.

DAFTAR PUSTAKA

Buku :

- Arief, 2007. *Pemasaran Jasa dan Kualitas Pelayanan*. Bayumedia, Publishing
- Atmoko, Tjipto. 2012. *Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. Skripsi Unpad. Jakarta.
- Azhar Susanto, 2004. *Sistem Informasi Manajemen*. Bandung: Linggar Jaya
- Basu Swastha dan Irawan, 2006, *Manajemen Pemasaran Modern*, Liberty, Yogyakarta
- Bungin, Burhan. 2013. *Metode penelitian sosial & ekonomi: format-format kuantitatif dan kualitatif untuk studi sosiologi, kebijakan, publik, komunikasi, manajemen, dan pemasaran* edisi pertama. Jakarta: kencana prenatal media group
- Insani, Istiyadi. 2010. *Pengembangan Kapasitas Sumber Daya Manusia Daerah Dalam Rangka Peningkatan Transparansi dan Akuntabilitas Pengelolaan Keuangan Daerah*. Jogjakarta. Laksana.
- Makmur, Syarif. 2008. *Pemberdayaan Sumber Daya Manusia dan Efektivitas Organisasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Martono, Nanang. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT Raya Grafindo Persada.
- Moh Nazir. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia, 2003
- Ngalim Purwanto. 2007. *Psikologi Pendidikan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Laksmi, Fuad dan Budiantoro. 2008. *Manajemen Perkantoran Modern*. Jakarta: Penerbit Purnaka
- Philip Kotler, 2002, *Manajemen Pemasaran, Edisi Millenium*, Jilid 2, PT Prenhallindo, Jakarta
- Prasetya Irawan, 2006. *Penelitian Kualitatif & Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*, Jakarta: Departemen Ilmu Administrasi FISIP-UI.

Sedarmayanti, M.Pd., APU. 2009, *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Bandung : Penerbit Mandar Maju.

Sondang P. Siagian, 2001, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bumi Aksara, Jakarta

Sugiyono, 2009, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Bandung : Alfabeta.

Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung, Alfabeta

Supriyono, (2000), *Akuntansi Biaya: Perencanaan dan Pengendalian Biaya serta pembuatan keputusan*, Buku II Edisi ke 2, BPFE, Yogyakarta.

Septi Winarsih, Atik & Ratminto. 2012. *Manajemen Pelayanan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

Sailendra, Annie. 2015. *Langkah-Langkah Praktis Membuat SOP*. Cetakan Pertama. Trans Idea Publishing, Yogyakarta. Moekijat. 2008. *Adminitrasi Perkantoran*. Bandung: Mandar Maju.

Soehartono, Irawan. (2004). *Metode Penelitian Sosial*. Bandung:PT. Remaja Rosdakarya.

Tangkilisan, Hessel Nogi. 2005. *Manajemen Publik*. Gramedia Widya. Jakarta.

Yamit, Zulian, 2003, *Manajemen Produksi dan Operasi* Edisi 2, Yogyakarta, Ekonisia.

Dokumen :

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik

Peraturan Daerah Kabupaten Serang nomor 4 tahun 2007 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1204 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

Sumber Lain :

Profil Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Serang

Yuristisi Winda Bata, SKM, Drs. H. Muh Alwy Arifin, M.kes dan Dr. Darmawansyah, SE, MS 2013 dalam jurnal *Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Pengguna Askes Sosial pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Laki Kabupaten Toraja*.

Chitami, Widya. 2013. *Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Kepuasan Terhadap Loyalitas Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Otorita Batam*. Skripsi Universitas Widyatama

Martha Rahayu, Merry. 2013. *Kualitas Pelayanan Penerimaan Jamkesmas di RSUD Ibnu Sina Gresik*. Skripsi Universitas Airlangga.

Referensi Website :

<http://www.serviceperformance.com/the-5-service-dimensions-all-customers-care-about/> diakses pada tanggal 20 Januari 2018 Pukul 22.00 WIB

<https://sugithewae.wordpress.com/2012/12/08/teknik-sampling/> diakses pada tanggal 22 february 2018 pukul 16.55 WIB

LAMPIRAN



KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

Program Studi : 1. Ilmu Administrasi Negara
2. Ilmu Komunikasi
3. Ilmu Pemerintahan

Jalan Raya Jakarta KM. 4 Phone (0254) 280330 Ext. 228, Fax. 0254-281245 Pakupatan Serang Banten
url: <http://www.fisip-untirta.ac.id>, Email: Kontak@fisip-untirta.ac.id

Nomor : 701 /UN.43.6.1/PG/2017
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Mencari Data

14 September 2017

Kepada Yth.
Kepala Bidang Pelayanan RSUD Serang
di
Tempat

Dengan Hormat,
Sehubungan dengan diselenggarakannya kegiatan riset mahasiswa kami di Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sultan Ageng Tirtayasa, maka kami yang bertanda tangan dibawah ini memberikan tugas kepada mahasiswa berikut ini untuk mencari data yang dibutuhkan,

Nama : Kantina Widaningrum
NIM : 6661112539
Semester : 13
Mata Kuliah : Skripsi
Judul : EFEKTIVITAS PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN PENGGUNA KARTU JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. DRADJAT PRAWIRANEGARA
Data Diperlukan : Profil RSUD, Data Jumlah Pasien RSUD

Untuk itu kami berharap dan memohon kepada Bapak/Ibu untuk dapat **memberikan izin guna mencari data** yang dibutuhkan mahasiswa tersebut.

Demikian surat ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami Mengucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi
Ilmu Administrasi Negara

Listyaningsih, S.Sos, M.Si
NIP. 197603292003122001



SALINAN

**MENTERI
PENDAYAGUNAAN APARATUR NEGARA
DAN REFORMASI BIROKRASI**

PERATURAN MENTERI PENDAYAGUNAAN APARATUR NEGARA
DAN REFORMASI BIROKRASI REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 15 TAHUN 2014

TENTANG

PEDOMAN STANDAR PELAYANAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI PENDAYAGUNAAN APARATUR NEGARA
DAN REFORMASI BIROKRASI REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan serta menetapkan Maklumat Pelayanan dengan memperhatikan kemampuan penyelenggara, kebutuhan masyarakat, dan kondisi lingkungan;
 - b. bahwa Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan, dan Penerapan Standar Pelayanan sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan keadaan;
 - c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 22 ayat (3) Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, perlu mengganti Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan, dan Penerapan Standar Pelayanan;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Menteri Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia tentang Pedoman Standar Pelayanan.

Mengingat :

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara RI Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5357).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI PENDAYAGUNAAN APARATUR NEGARA DAN REFORMASI BIROKRASI REPUBLIK INDONESIA TENTANG PEDOMAN STANDAR PELAYANAN.

Pasal 1

- (1) Setiap Penyelenggara Pelayanan Publik wajib menetapkan dan menerapkan Standar Pelayanan Publik untuk setiap jenis pelayanan.
- (2) Standar Pelayanan Publik sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) ditetapkan oleh pimpinan Penyelenggara Pelayanan Publik.
- (3) Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang Pendayagunaan Aparatur negara

Pasal 2

Pedoman Standar Pelayanan sebagaimana terlampir digunakan sebagai acuan bagi penyelenggara pelayanan dalam penyusunan, penetapan, dan penerapan Standar Pelayanan.

Pasal 3

Pedoman Standar Pelayanan tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri.

Pasal 4

Pada saat Peraturan Menteri ini berlaku:

a.bagi....

- a. bagi penyelenggara pelayanan publik yang telah menetapkan Standar Pelayanan berdasarkan Peraturan Menteri Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan, dan Penerapan Standar Pelayanan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan peraturan Menteri ini;
- b. apabila penyelenggara pelayanan publik sedang menyusun Standar Pelayanan berdasarkan Peraturan Menteri Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan standar Pelayanan maka berlaku ketentuan Peraturan Menteri ini.

Pasal 5

Dengan ditetapkannya Peraturan Menteri ini, maka Peraturan Menteri Nomor 36 Tahun 2012 (Berita Negara Tahun 2012 Nomor 749) tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan, dan Penerapan Standar Pelayanan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 6

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta

pada tanggal 2 Mei 2014

MENTERI PENDAYAGUNAAN APARATUR
NEGARA DAN REFORMASI BIROKRASI
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

AZWAR ABUBAKAR

Diundangkan di Jakarta

pada tanggal 9 Mei 2014

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA

ttd

AMIR SYAMSUDIN

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2014 NOMOR 615

Salinan sesuai dengan aslinya

KEMENTERIAN PANRB

Kepala Biro Hukum, Komunikasi dan Informasi Publik,

ttd

HERMAN SURYATMAN

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI PENDAYAGUNAAN
APARATUR NEGARA DAN REFORMASI
BIROKRASI TENTANG PEDOMAN STANDAR
PELAYANAN

NOMOR : 15 TAHUN 2014

TANGGAL : 2 MEI 2014

PEDOMAN STANDAR PELAYANAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, bahwa setiap penyelenggara pelayanan publik, baik yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara langsung maupun tidak langsung wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan untuk setiap jenis pelayanan sebagai tolok ukur dalam penyelenggaraan pelayanan di lingkungan masing-masing.

Sebagai tindak lanjut pelaksanaan Undang-Undang Pelayanan Publik tersebut, maka telah ditetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. PermenPANRB tentang Pedoman Standar Pelayanan ini merupakan revisi dari PermenPANRB Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan, dan Penerapan Standar Pelayanan. Revisi peraturan ini perlu dilakukan karena dipandang peraturan yang sebelumnya kurang sesuai dengan perkembangan teknologi informasi yang semakin banyak dipergunakan sebagai sarana penunjang pelayanan, serta untuk mempermudah proses penyusunan, dan meningkatkan kemandirian unit pelayanan dalam penyusunan Standar Pelayanan.

B. Tujuan dan Sasaran

1. Tujuan Pedoman Standar Pelayanan ini adalah untuk memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan selaras dengan kemampuan penyelenggara sehingga mendapatkan kepercayaan masyarakat.
2. Sasaran Pedoman Standar Pelayanan adalah agar setiap penyelenggara mampu menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan Publik dengan baik dan konsisten.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Pedoman Standar Pelayanan ini meliputi: penyusunan, penetapan, dan penerapan Standar Pelayanan sesuai dengan amanat Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik

BAB II

PENGERTIAN DAN PRINSIP PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN

A. Pengertian

Dalam peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
2. Penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut penyelenggara adalah setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.
3. Organisasi penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut organisasi penyelenggara adalah satuan kerja penyelenggara pelayanan publik yang berada di lingkungan institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan Undang-Undang untuk kegiatan pelayanan publik, dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.
4. Maklumat Pelayanan adalah pernyataan tertulis yang berisi keseluruhan rincian kewajiban dan janji yang terdapat dalam Standar Pelayanan.
5. Masyarakat adalah seluruh pihak, baik warga negara maupun penduduk sebagai orang perseorangan, kelompok, maupun badan hukum yang berkedudukan sebagai penerima manfaat pelayanan publik, baik secara langsung maupun tidak langsung.

B. Prinsip

Dalam penyusunan, penetapan, dan penerapan Standar Pelayanan dilakukan dengan memperhatikan prinsip:

1. Sederhana. Standar Pelayanan yang mudah dimengerti, mudah diikuti, mudah dilaksanakan, mudah diukur, dengan prosedur yang jelas dan biaya terjangkau bagi masyarakat maupun penyelenggara.
2. Partisipatif. Penyusunan Standar Pelayanan dengan melibatkan masyarakat dan pihak terkait untuk membahas bersama dan mendapatkan keselarasan atas dasar komitmen atau hasil kesepakatan.
3. Akuntabel. Hal-hal yang diatur dalam Standar Pelayanan harus dapat dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan kepada pihak yang berkepentingan.
4. Berkelanjutan. Standar Pelayanan harus terus-menerus dilakukan perbaikan sebagai upaya peningkatan kualitas dan inovasi pelayanan.

5. Transparansi

5. Transparansi. Standar Pelayanan harus dapat dengan mudah diakses oleh masyarakat.
6. Keadilan. Standar Pelayanan harus menjamin bahwa pelayanan yang diberikan dapat menjangkau semua masyarakat yang berbeda status ekonomi, jarak lokasi geografis, dan perbedaan kapabilitas fisik dan mental.

BAB III PENYUSUNAN, PENETAPAN, DAN PENERAPAN STANDAR PELAYANAN

A. Penyusunan Rancangan Standar Pelayanan

Pada awal penyusunan Standar Pelayanan, organisasi penyelenggara pelayanan, memiliki kewajiban untuk menyusun Standar Pelayanan berupa Rancangan Standar Pelayanan terlebih dahulu sebagai bahan diskusi dengan masyarakat.

Sebelum memulai penyusunan rancangan, penyelenggara pelayanan terlebih dahulu perlu mengidentifikasi Standar Pelayanan yang sudah ada sebelumnya.

Standar Pelayanan yang ada menjadi salah satu referensi utama dalam menyusun Rancangan Standar Pelayanan selanjutnya. Melalui Standar Pelayanan tersebut dapat diketahui faktor-faktor yang sudah tertata dengan baik dan permasalahan yang terjadi dalam penerapan Standar Pelayanan tersebut.

Komponen Standar Pelayanan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, dalam peraturan ini dibedakan menjadi dua bagian yaitu:

- A. Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (*service delivery*) meliputi:
 - 1) Persyaratan
 - 2) Sistem, mekanisme, dan prosedur
 - 3) Jangka waktu pelayanan
 - 4) Biaya/tarif
 - 5) Produk pelayanan
 - 6) Penanganan pengaduan, saran dan masukan
- B. Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (*manufacturing*) meliputi:
 - 1) Dasar hukum
 - 2) Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas
 - 3) Kompetensi pelaksana
 - 4) Pengawasan internal
 - 5) Jumlah pelaksana
 - 6) Jaminan pelayanan
 - 7) Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan
 - 8) Evaluasi kinerja pelaksana

Dalam peraturan ini yang menjadi fokus dalam proses penyusunan Standar Pelayanan adalah komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan penyampaian pelayanan.

Bagian ini menjadi fokus perhatian dalam penyusunan dikarenakan pada komponen ini pihak penyelenggara pelayanan berhubungan dengan pengguna pelayanan. Komponen Standar Pelayanan pada bagian ini wajib dipublikasikan.

Sedangkan untuk komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan pengelolaan internal pelayanan proses pengembangan dan penyusunannya diserahkan pada masing-masing organisasi penyelenggara pelayanan. Komponen ini menjadi bagian yang perlu diinformasikan pada saat proses pembahasan dengan masyarakat.

Penyusunan Rancangan Standar Pelayanan selain perlu memperhatikan komponen Standar Pelayanan, organisasi penyelenggara pelayanan juga perlu memperhatikan spesifikasi jenis pelayanan yang akan disusun Standar Pelayanan. Fokus pada spesifikasi jenis pelayanan ini penting untuk menghindari kesalahan dalam penentuan persyaratan, waktu, prosedur maupun biaya pelayanan.

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam penyusunan Rancangan Standar Pelayanan adalah:

1. Identifikasi Persyaratan

Persyaratan adalah syarat (dokumen atau barang/hal lain) yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif. Persyaratan pelayanan merupakan suatu tuntutan yang harus dipenuhi, dalam proses penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Persyaratan pelayanan dapat berupa dokumen atau barang/hal lain, tergantung kebutuhan masing-masing jenis pelayanan.

Cara yang dapat dilakukan dalam mengidentifikasi persyaratan pelayanan adalah dengan melihat kebutuhan-kebutuhan apa saja yang diperlukan untuk penyelesaian proses pelayanan. Untuk mempermudah dalam proses penyusunan ini, Standar Pelayanan yang sudah ada sebelumnya dapat dijadikan rujukan. Dalam proses identifikasi persyaratan pelayanan, juga perlu diperhatikan apakah persyaratan itu harus disampaikan di awal, di akhir atau secara bertahap sesuai dengan kebutuhan.

Proses perumusan persyaratan pelayanan ini dilakukan dengan memperhatikan dasar hukum yang ada. Proses identifikasi ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan.

Hasil yang diharapkan dalam proses identifikasi ini adalah:

a. Daftar persyaratan yang diperlukan dalam setiap tahapan dari masing-masing jenis pelayanan.

b. Waktu...

b. Waktu yang dipersyaratkan untuk penyampaian persyaratan (di awal, di akhir, atau secara bertahap)

2. Identifikasi Prosedur

Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi penerima pelayanan. Prosedur pelayanan merupakan proses yang harus dilalui seorang pelanggan untuk mendapatkan pelayanan yang diperlukan.

Disamping itu, penyelenggara pelayanan wajib memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP). Hasil yang diharapkan dari tahapan ini adalah tahapan proses pelayanan sebagai bahan penyusunan Standar Operasional Prosedur.

3. Identifikasi Waktu

Waktu pelayanan adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan. Kemudian waktu-waktu yang diperlukan dalam setiap proses pelayanan (dari tahap awal sampai akhir) dijumlahkan untuk mengetahui keseluruhan waktu yang dibutuhkan.

Proses identifikasi waktu pelayanan ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan. Dalam menghitung waktu, perlu betul-betul memperhatikan baik prosedur yang mengatur hubungan dengan pengguna layanan, maupun prosedur yang mengatur hubungan antar petugas.

Hasil yang diharapkan dari tahapan ini adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan setiap jenis pelayanan.

4. Identifikasi Biaya/Tarif

Biaya adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.

Proses identifikasi biaya pelayanan juga dilakukan berdasarkan setiap tahapan dalam prosedur pelayanan. Berapa biaya yang diperlukan untuk masing-masing tahapan pelayanan. Pada proses ini juga sekaligus diidentifikasi biaya yang akan dibebankan pelanggan dan biaya yang akan dibebankan unit pengelola pelayanan. Penghitungan dua komponen biaya pelayanan ini penting dilakukan, untuk mengetahui berapa jumlah biaya yang akan dibebankan ke pelanggan, dan berapa biaya yang dibebankan kepada pengelola.

Bagi unit pengelola pelayanan, identifikasi ini sangat penting untuk menjadi dasar pengajuan anggaran dan penentuan tarif. Apabila pelayanan ke pelanggan diberikan secara gratis, artinya beban biaya

pelayanan

pelayanan secara keseluruhan ditanggung oleh pihak pengelola (pemerintah).

Informasi biaya ini harus jelas besarannya, dan apabila gratis harus jelas tertulis untuk menghindari perilaku petugas yang kurang baik. Proses identifikasi ini dilakukan pada setiap jenis pelayanan.

Hasil yang diharapkan pada tahapan ini adalah:

- a. Jumlah biaya yang dibebankan ke pelanggan dari setiap jenis pelayanan (untuk pelayanan yang dipungut biaya);
- b. Jumlah biaya yang dibebankan kepada unit pengelola pelayanan; dan
- c. Daftar pelayanan yang diberikan gratis kepada pelanggan (apabila terdapat jenis pelayanan yang gratis).

5. Identifikasi Produk Pelayanan

Produk pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan dapat berupa penyediaan barang, jasa dan/atau produk administrasi yang diberikan dan diterima pengguna layanan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang ditetapkan. Proses identifikasi produk pelayanan dapat dilakukan berdasarkan keluaran (*output*) yang dihasilkan dari setiap tahap pelayanan. Hasil akhir dari prosedur pelayanan inilah yang menjadi “produk” dari suatu jenis pelayanan. Proses identifikasi ini dilakukan untuk setiap jenis pelayanan. Hasil yang diharapkan dari proses identifikasi ini adalah daftar produk layanan yang dihasilkan dari setiap jenis pelayanan.

6. Penanganan Pengelolaan Pengaduan

Organisasi penyelenggara pelayanan wajib membuat mekanisme pengelolaan pengaduan. Bentuk-bentuk pengelolaan pengaduan yang banyak digunakan antara lain: penyediaan kotak saran/kotak pengaduan, sms, portal pengaduan dalam *website*, dan penyediaan petugas penerima pengaduan.

Untuk mempermudah penanganan pengaduan, perlu dibuatkan prosedur pengelolaan pengaduan. Dalam mekanisme pengaduan harus diinformasikan secara jelas nama petugas, nomor telepon, alamat *email*, dan alamat kantor yang dapat dihubungi.

Selain itu perlu juga mengatur mekanisme pengaduan apabila terdapat permasalahan yang tidak dapat diselesaikan di dalam internal organisasi penyelenggara. Hal-hal lebih rinci terkait pengelolaan pengaduan ini dilakukan sebagaimana peraturan terkait yang berlaku.

Hasil-hasil yang diperoleh dalam setiap proses identifikasi Standar Pelayanan tersebut, selanjutnya menjadi dasar bagi penyusunan Standar Pelayanan untuk membuat Rancangan Standar Pelayanan.

Berbagai data dan informasi hasil diskusi dipilih sesuai dengan kebutuhan penyusunan Standar Pelayanan. Informasi yang dimuat dalam Standar Pelayanan adalah informasi yang terkait langsung dengan penyelenggaraan pelayanan dan yang dapat diukur.

Penyusunan Rancangan Standar Pelayanan ini penting untuk memudahkan proses diskusi dengan masyarakat. Format yang dapat dipakai dalam membuat Rancangan Standar Pelayanan sebagai bahan diskusi antara lain:

Rancangan Standar Pelayanan

1.	Jenis Pelayanan	:	...diisi nama jenis pelayanan
2.	Dasar Hukum	:	...diisi hasil identifikasi
3.	Persyaratan	:	...diisi hasil identifikasi
4.	Prosedur	:	...diisi hasil identifikasi
5.	Waktu Pelayanan	:	...diisi hasil identifikasi
6.	Biaya/Tarif	:	...diisi hasil identifikasi
7.	Produk	:	...diisi hasil identifikasi
8.	Pengelolaan Pengaduan	:	...diisi hasil identifikasi

B. Partisipasi Masyarakat dalam Penyusunan Standar Pelayanan

Sebagaimana amanat dalam Pasal 20 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, bahwa dalam penyusunan penetapan Standar Pelayanan Publik wajib dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat dan pihak-pihak terkait.

Tujuan keikutsertaan masyarakat dalam forum pembahasan bersama adalah untuk menyelaraskan kemampuan penyelenggara pelayanan dengan kebutuhan/kepentingan masyarakat dan kondisi lingkungan, guna mengefektifkan penyelenggaraan pelayanan yang berkualitas. Pembahasan Rancangan Standar Pelayanan ditujukan untuk membangun kesepakatan, kompromi antara harapan masyarakat dan kesanggupan penyelenggara pelayanan, terutama menyangkut kemampuan yang dimiliki, meliputi:

1. Dukungan pendanaan yang dialokasikan untuk penyelenggaraan pelayanan;
2. Pelaksana yang bertugas memberikan pelayanan dari segi kualitas maupun kuantitas;
3. Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan.

Metode yang dapat digunakan dalam proses diskusi ini antara lain:

1. Diskusi Grup Terfokus (*Focused Group Discussion*)

Metode ini dipergunakan untuk melakukan pembahasan yang lebih mendalam terhadap materi Rancangan Standar Pelayanan, bila dipandang perlu dengan mengundang narasumber ahli yang terkait dengan jenis pelayanan yang dibahas.

2. Dengar

2. Dengar Pendapat (*Public Hearing*)

Metode ini dipergunakan untuk melakukan penelusuran fakta-fakta yang dapat mengungkap kepentingan khalayak ramai yang sesungguhnya. Cara ini dilakukan dengan mengundang praktisi yang dipandang bisa mewakili publik untuk didengar pendapatnya.

Pada proses pembahasan dengan masyarakat, organisasi penyelenggara pelayanan dapat mempertimbangkan pula komponen-komponen lain, seperti: sarana dan prasarana, kompetensi pelaksana, mekanisme pengawasan internal, jumlah pelaksana, jaminan pelayanan, jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan.

Selain itu bagi penyelenggara pelayanan yang menerapkan Standar Pelayanan Minimum (SPM), pembahasan Standar Pelayanan juga perlu memperhatikan SPM berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan SPM yang dimiliki. Hasil dari pembahasan Rancangan Standar Pelayanan adalah Standar Pelayanan yang sudah disetujui. Standar Pelayanan tersebut sekurang-kurangnya memuat: persyaratan, prosedur, waktu, biaya dan produk pelayanan serta mekanisme pengaduan. Format Standar Pelayanan yang dapat digunakan antara lain:

Standar Pelayanan 'X' (diisi sesuai jenis pelayanan) (*)
Dasar hukum:.....

1. Persyaratan	:	1... 2....dst
2. Prosedur	:	1... 2....dst
3. Waktu Pelayanan	:	1... 2....dst
4. Biaya/Tarif	:	1... 2....dst
5. Produk	:	1... 2....dst
6. Pengelolaan Pengaduan	:	1... 2....dst

(*) Unsur-unsur dalam Standar Pelayanan dapat dikembangkan sesuai dengan jenis pelayanan yang akan dibuatkan standar.

C. Penetapan Standar Pelayanan

Sebelum dilakukan penetapan Standar Pelayanan, penyelenggara wajib membuat Berita Acara Pembahasan Standar Pelayanan. Pihak-pihak yang terlibat dalam pembahasan wajib turut serta memberikan tanda tangan. Standar Pelayanan yang telah disepakati antara penyelenggara dan pengguna layanan kemudian ditetapkan oleh penyelenggara pelayanan publik.

D. Penerapan Standar Pelayanan

Standar Pelayanan yang sudah ditetapkan tersebut, selanjutnya siap diterapkan oleh unit pelayanan yang bersangkutan. Proses penerapan Standar Pelayanan ini dilakukan dengan internalisasi dan sosialisasi kepada pihak-pihak terkait. Untuk melaksanakan Standar Pelayanan tersebut, harus diintegrasikan ke dalam perencanaan program, kegiatan, dan anggaran unit pelayanan yang bersangkutan.

Integrasi Standar Pelayanan dalam manajemen penyelenggaraan pelayanan dilakukan sejak tahap perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi hasil penyelenggaraan pelayanan. Integrasi ini bertujuan untuk memastikan kebutuhan penyelenggaraan Standar Pelayanan diakomodasi melalui program dan anggaran, menjadi acuan kualitas pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan, acuan pemantauan dan evaluasi hasil penyelenggaraan pelayanan, dan menjadi umpan balik dalam tahap perencanaan program dan anggaran berikutnya.

Tahapan selanjutnya dalam proses penerapan Standar Pelayanan dilakukan internalisasi dan sosialisasi. Internalisasi diperlukan untuk memberikan pemahaman kepada seluruh jajaran organisasi penyelenggara pelayanan. Sedangkan, sosialisasi perlu dilakukan untuk membangun pemahaman dan persamaan persepsi di lingkungan unit/satker penyelenggara pelayanan. Proses internalisasi dan sosialisasi ini agar didokumentasikan oleh penyelenggara.

E. Penetapan Maklumat Pelayanan

Sebelum menerapkan Standar Pelayanan, penyelenggara diwajibkan untuk menyusun dan menetapkan Maklumat Pelayanan. Maklumat Pelayanan merupakan pernyataan kesanggupan dan kewajiban penyelenggara untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan.

Hal-hal yang perlu dimuat dalam Maklumat Pelayanan adalah:

1. Pernyataan janji dan kesanggupan untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan.
2. Pernyataan memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus.
3. Pernyataan kesediaan untuk menerima sanksi, dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.

Maklumat Pelayanan yang telah disusun wajib dipublikasikan secara luas, jelas, dan terbuka kepada masyarakat, melalui berbagai media yang mudah diakses oleh masyarakat

F. Pemantauan

F. Pemantauan dan Evaluasi

Pada prinsipnya proses pemantauan dan evaluasi ini dilakukan untuk melakukan evaluasi kinerja pelayanan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan. Dalam proses pemantauan dilakukan penilaian apakah Standar Pelayanan yang sudah disusun dapat dilaksanakan dengan baik, apa yang menjadi faktor kunci keberhasilan dan apa yang menjadi faktor penghambat.

Metode yang dapat dipergunakan antara lain: analisis dokumen, survei, wawancara, dan observasi. Survei dapat dilakukan dengan menggunakan metode Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) sebagaimana ketentuan yang berlaku.

Evaluasi Standar Pelayanan adalah rangkaian kegiatan membandingkan hasil atau prestasi suatu penerapan Standar Pelayanan yang telah ditetapkan. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi keberhasilan dan/atau kegagalan dalam rangka penerapan Standar Pelayanan. Proses evaluasi juga mempertimbangkan pengaduan pelayanan publik yang diperoleh, serta hasil dari Survei Kepuasan Masyarakat.

Berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi yang dilakukan, penyelenggara pelayanan dapat melakukan perbaikan untuk peningkatan kualitas pelayanan publik/inovasi secara berkelanjutan (*continuous improvement*).

BAB IV
PENUTUP

Standar Pelayanan yang telah disusun perlu dilakukan perbaikan secara berkelanjutan sesuai hasil pemantauan dan evaluasi sebagai upaya peningkatan kualitas dan inovasi pelayanan publik. Dalam melakukan perbaikan, perlu memperhatikan pengaduan masyarakat serta kemungkinan replikasi inovasi pelayanan publik.

Dalam penyusunan, penetapan, dan penerapan Standar Pelayanan, penyelenggara pelayanan publik dapat melakukan konsultasi dengan Menteri yang bertanggung jawab di bidang Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.

Keberhasilan penyusunan dan pelaksanaan Standar Pelayanan di lingkungan organisasi penyelenggara pelayanan publik ditentukan oleh komitmen dan konsistensi para pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

Penyelenggara wajib merubah Standar Pelayanan apabila terdapat adanya perubahan kebijakan, inovasi dalam pelayanan, penerapan teknologi informasi, bisnis proses, dan perubahan lainnya.

MENTERI PENDAYAGUNAAN APARATUR
NEGARA DAN REFORMASI BIROKRASI
REPUBLIK INDONESIA,
ttd

AZWAR ABUBAKAR

Salinan sesuai dengan aslinya
KEMENTERIAN PANRB
Kepala Biro Hukum, Komunikasi dan Informasi Publik,

ttd

HERMAN SURYATMAN

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2009
TENTANG
KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
- b. bahwa setiap kegiatan dalam upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia Indonesia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa bagi pembangunan nasional;
- c. bahwa setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara;
- d. bahwa setiap upaya pembangunan harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat;
- e. bahwa Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan, tuntutan, dan kebutuhan hukum dalam masyarakat sehingga perlu dicabut dan diganti dengan Undang-Undang tentang Kesehatan yang baru;
- f. bahwa . . .

- 2 -

- f. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, huruf d, dan huruf e perlu membentuk Undang-Undang tentang Kesehatan;

Mengingat : Pasal 20, Pasal 28H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

Dengan Persetujuan Bersama

DEWAN PERWAKILAN RAKYAT REPUBLIK INDONESIA

dan

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : UNDANG-UNDANG TENTANG KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

1. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
2. Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
3. Perbekalan kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang diperlukan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

4. Sediaan . . .

4. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.
5. Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.
6. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
7. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
8. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi, untuk manusia.
9. Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (*galenik*), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan, dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.
10. Teknologi kesehatan adalah segala bentuk alat dan/atau metode yang ditujukan untuk membantu menegakkan diagnosa, pencegahan, dan penanganan permasalahan kesehatan manusia.

11. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.
12. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
13. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
14. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
15. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
16. Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.
17. Pemerintah Pusat, selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan Pemerintah Negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

18. Pemerintah . . .

18. Pemerintah daerah adalah gubernur, bupati, atau walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
19. Menteri adalah menteri yang lingkup tugas dan tanggung jawabnya di bidang kesehatan.

BAB II ASAS DAN TUJUAN

Pasal 2

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama.

Pasal 3

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

BAB III HAK DAN KEWAJIBAN

Bagian Kesatu Hak

Pasal 4

Setiap orang berhak atas kesehatan.

Pasal 5

- (1) Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- (2) Setiap . . .

- 6 -

- (2) Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
- (3) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Pasal 6

Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan.

Pasal 7

Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab.

Pasal 8

Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Bagian Kedua Kewajiban

Pasal 9

- (1) Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- (2) Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelaksanaannya meliputi upaya kesehatan perseorangan, upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan.

Pasal 10 . . .

- 7 -

Pasal 10

Setiap orang berkewajiban menghormati hak orang lain dalam upaya memperoleh lingkungan yang sehat, baik fisik, biologi, maupun sosial.

Pasal 11

Setiap orang berkewajiban berperilaku hidup sehat untuk mewujudkan, mempertahankan, dan memajukan kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 12

Setiap orang berkewajiban menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan bagi orang lain yang menjadi tanggung jawabnya.

Pasal 13

- (1) Setiap orang berkewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.
- (2) Program jaminan kesehatan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH

Pasal 14

- (1) Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.
- (2) Tanggung jawab Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikhususkan pada pelayanan publik.

Pasal 15 . . .

Pasal 15

Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 16

Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 17

Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 18

Pemerintah bertanggung jawab memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan.

Pasal 19

Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau.

Pasal 20

- (1) Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.
- (2) Pelaksanaan sistem jaminan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
SUMBER DAYA DI BIDANG KESEHATAN

Bagian Kesatu
Tenaga Kesehatan

Pasal 21

- (1) Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (2) Ketentuan mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Pemerintah.
- (3) Ketentuan mengenai tenaga kesehatan diatur dengan Undang-Undang.

Pasal 22

- (1) Tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum.
- (2) Ketentuan mengenai kualifikasi minimum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 23

- (1) Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
- (2) Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.
- (3) Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah.
- (4) Selama memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang mengutamakan kepentingan yang bernilai materi.

(5) Ketentuan . . .

- (5) Ketentuan mengenai perizinan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur dalam Peraturan Menteri.

Pasal 24

- (1) Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional.
- (2) Ketentuan mengenai kode etik dan standar profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur oleh organisasi profesi.
- (3) Ketentuan mengenai hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 25

- (1) Pengadaan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat melalui pendidikan dan/atau pelatihan.
- (2) Penyelenggaraan pendidikan dan/atau pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah dan pemerintah daerah.
- (3) Ketentuan mengenai penyelenggaraan pendidikan dan/atau pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 26

- (1) Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan.
- (2) Pemerintah daerah dapat mengadakan dan mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya.

(3) Pengadaan . . .

- (3) Pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan memperhatikan:
 - a. jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat;
 - b. jumlah sarana pelayanan kesehatan; dan
 - c. jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.
- (4) Penempatan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tetap memperhatikan hak tenaga kesehatan dan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan tenaga kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 27

- (1) Tenaga kesehatan berhak mendapatkan imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
- (2) Tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki.
- (3) Ketentuan mengenai hak dan kewajiban tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 28

- (1) Untuk kepentingan hukum, tenaga kesehatan wajib melakukan pemeriksaan kesehatan atas permintaan penegak hukum dengan biaya ditanggung oleh negara.
- (2) Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada kompetensi dan kewenangan sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki.

Pasal 29

Dalam hal tenaga kesehatan diduga melakukan kelalaian dalam menjalankan profesinya, kelalaian tersebut harus diselesaikan terlebih dahulu melalui mediasi.

Bagian Kedua

Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 30

- (1) Fasilitas pelayanan kesehatan, menurut jenis pelayanannya terdiri atas:
 - a. pelayanan kesehatan perseorangan; dan
 - b. pelayanan kesehatan masyarakat.
- (2) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. pelayanan kesehatan tingkat pertama;
 - b. pelayanan kesehatan tingkat kedua; dan
 - c. pelayanan kesehatan tingkat ketiga.
- (3) Fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh pihak Pemerintah, pemerintah daerah, dan swasta.
- (4) Ketentuan persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan oleh Pemerintah sesuai ketentuan yang berlaku.
- (5) Ketentuan perizinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan oleh Pemerintah dan pemerintah daerah.

Pasal 31

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib:

- a. memberikan akses yang luas bagi kebutuhan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan; dan
- b. mengirimkan laporan hasil penelitian dan pengembangan kepada pemerintah daerah atau Menteri.

Pasal 32

- (1) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu.
- (2) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka.

Pasal 33

- (1) Setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan masyarakat yang dibutuhkan.
- (2) Kompetensi manajemen kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri.

Pasal 34

- (1) Setiap pimpinan penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan perseorangan harus memiliki kompetensi manajemen kesehatan perseorangan yang dibutuhkan.
- (2) Penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan dilarang mempekerjakan tenaga kesehatan yang tidak memiliki kualifikasi dan izin melakukan pekerjaan profesi.
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 35

- (1) Pemerintah daerah dapat menentukan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi di daerahnya.

(2) Penentuan . . .

- (2) Penentuan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah daerah dengan mempertimbangkan:
 - a. luas wilayah;
 - b. kebutuhan kesehatan;
 - c. jumlah dan persebaran penduduk;
 - d. pola penyakit;
 - e. pemanfaatannya;
 - f. fungsi sosial; dan
 - g. kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.
- (3) Ketentuan mengenai jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan serta pemberian izin beroperasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku juga untuk fasilitas pelayanan kesehatan asing.
- (4) Ketentuan mengenai jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak berlaku untuk jenis rumah sakit khusus karantina, penelitian, dan asilum.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Ketiga Perbekalan Kesehatan

Pasal 36

- (1) Pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan perbekalan kesehatan, terutama obat esensial.
- (2) Dalam menjamin ketersediaan obat keadaan darurat, Pemerintah dapat melakukan kebijakan khusus untuk pengadaan dan pemanfaatan obat dan bahan yang berkhasiat obat.

Pasal 37

- (1) Pengelolaan perbekalan kesehatan dilakukan agar kebutuhan dasar masyarakat akan perbekalan kesehatan terpenuhi.
- (2) Pengelolaan perbekalan kesehatan yang berupa obat esensial dan alat kesehatan dasar tertentu dilaksanakan dengan memperhatikan kemanfaatan, harga, dan faktor yang berkaitan dengan pemerataan.

Pasal 38

- (1) Pemerintah mendorong dan mengarahkan pengembangan perbekalan kesehatan dengan memanfaatkan potensi nasional yang tersedia.
- (2) Pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan terutama untuk obat dan vaksin baru serta bahan alam yang berkhasiat obat.
- (3) Pengembangan perbekalan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan kelestarian lingkungan hidup, termasuk sumber daya alam dan sosial budaya.

Pasal 39

Ketentuan mengenai perbekalan kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Menteri.

Pasal 40

- (1) Pemerintah menyusun daftar dan jenis obat yang secara esensial harus tersedia bagi kepentingan masyarakat.
- (2) Daftar dan jenis obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditinjau dan disempurnakan paling lama setiap 2 (dua) tahun sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan teknologi.
- (3) Pemerintah menjamin agar obat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tersedia secara merata dan terjangkau oleh masyarakat.

(4) Dalam . . .

- (4) Dalam keadaan darurat, Pemerintah dapat melakukan kebijakan khusus untuk pengadaan dan pemanfaatan perbekalan kesehatan.
- (5) Ketentuan mengenai keadaan darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan dengan mengadakan pengecualian terhadap ketentuan paten sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang mengatur paten.
- (6) Perbekalan kesehatan berupa obat generik yang termasuk dalam daftar obat esensial nasional harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya, sehingga penetapan harganya dikendalikan oleh Pemerintah.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai perbekalan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 41

- (1) Pemerintah daerah berwenang merencanakan kebutuhan perbekalan kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya.
- (2) Kewenangan merencanakan kebutuhan perbekalan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tetap memperhatikan pengaturan dan pembinaan standar pelayanan yang berlaku secara nasional.

Bagian Keempat Teknologi dan Produk Teknologi

Pasal 42

- (1) Teknologi dan produk teknologi kesehatan diadakan, diteliti, diedarkan, dikembangkan, dan dimanfaatkan bagi kesehatan masyarakat.

(2) Teknologi . . .

- (2) Teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup segala metode dan alat yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit, mendeteksi adanya penyakit, meringankan penderitaan akibat penyakit, menyembuhkan, memperkecil komplikasi, dan memulihkan kesehatan setelah sakit.
- (3) Ketentuan mengenai teknologi dan produk teknologi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi standar yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan.

Pasal 43

- (1) Pemerintah membentuk lembaga yang bertugas dan berwenang melakukan penapisan, pengaturan, pemanfaatan, serta pengawasan terhadap penggunaan teknologi dan produk teknologi.
- (2) Pembentukan lembaga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 44

- (1) Dalam mengembangkan teknologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 dapat dilakukan uji coba teknologi atau produk teknologi terhadap manusia atau hewan.
- (2) Uji coba sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan jaminan tidak merugikan manusia yang dijadikan uji coba.
- (3) Uji coba sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan oleh orang yang berwenang dan dengan persetujuan orang yang dijadikan uji coba.
- (4) Penelitian terhadap hewan harus dijamin untuk melindungi kelestarian hewan tersebut serta mencegah dampak buruk yang tidak langsung bagi kesehatan manusia.

(5) Ketentuan . . .

- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan uji coba terhadap manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 45

- (1) Setiap orang dilarang mengembangkan teknologi dan/atau produk teknologi yang dapat berpengaruh dan membawa risiko buruk terhadap kesehatan masyarakat.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengembangan teknologi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB VI UPAYA KESEHATAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 46

Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

Pasal 47

Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.

Pasal 48

- (1) Penyelenggaraan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 dilaksanakan melalui kegiatan:
 - a. pelayanan . . .

- a. pelayanan kesehatan;
 - b. pelayanan kesehatan tradisional;
 - c. peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
 - d. penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
 - e. kesehatan reproduksi;
 - f. keluarga berencana;
 - g. kesehatan sekolah;
 - h. kesehatan olahraga;
 - i. pelayanan kesehatan pada bencana;
 - j. pelayanan darah;
 - k. kesehatan gigi dan mulut;
 - l. penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
 - m. kesehatan matra;
 - n. pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
 - o. pengamanan makanan dan minuman;
 - p. pengamanan zat adiktif; dan/atau
 - q. bedah mayat.
- (2) Penyelenggaraan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didukung oleh sumber daya kesehatan.

Pasal 49

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan.
- (2) Penyelenggaraan upaya kesehatan harus memperhatikan fungsi sosial, nilai, dan norma agama, sosial budaya, moral, dan etika profesi.

Pasal 50

- (1) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan.

(2) Upaya . . .

- 20 -

- (2) Upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memenuhi kebutuhan kesehatan dasar masyarakat.
- (3) Peningkatan dan pengembangan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan pengkajian dan penelitian.
- (4) Ketentuan mengenai peningkatan dan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui kerja sama antar-Pemerintah dan antarlintas sektor.

Pasal 51

- (1) Upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi individu atau masyarakat.
- (2) Upaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan pada standar pelayanan minimal kesehatan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai standar pelayanan minimal kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Kedua

Pelayanan Kesehatan

Paragraf Kesatu

Pemberian Pelayanan

Pasal 52

- (1) Pelayanan kesehatan terdiri atas:
 - a. pelayanan kesehatan perseorangan; dan
 - b. pelayanan kesehatan masyarakat.
- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pasal 53 . . .

Pasal 53

- (1) Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- (2) Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
- (3) Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Pasal 54

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

Pasal 55

- (1) Pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan.
- (2) Standar mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Paragraf Kedua
Perlindungan Pasien

Pasal 56

- (1) Setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap.
- (2) Hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku pada:
 - a. penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas;
 - b. keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri; atau
 - c. gangguan mental berat.
- (3) Ketentuan mengenai hak menerima atau menolak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 57

- (1) Setiap orang berhak atas rahasia kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan.
- (2) Ketentuan mengenai hak atas rahasia kondisi kesehatan pribadi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku dalam hal:
 - a. perintah undang-undang;
 - b. perintah pengadilan;
 - c. izin yang bersangkutan;
 - d. kepentingan masyarakat; atau
 - e. kepentingan orang tersebut.

Pasal 58

- (1) Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.
- (2) Tuntutan ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.
- (3) Ketentuan mengenai tata cara pengajuan tuntutan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga

Pelayanan Kesehatan Tradisional

Pasal 59

- (1) Berdasarkan cara pengobatannya, pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi:
 - a. pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan; dan
 - b. pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan.
- (2) Pelayanan kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibina dan diawasi oleh Pemerintah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara dan jenis pelayanan kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 60

- (1) Setiap orang yang melakukan pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi harus mendapat izin dari lembaga kesehatan yang berwenang.
- (2) Penggunaan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat.

Pasal 61

- (1) Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengembangkan, meningkatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.
- (2) Pemerintah mengatur dan mengawasi pelayanan kesehatan tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan didasarkan pada keamanan, kepentingan, dan perlindungan masyarakat.

Bagian Keempat

Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Pasal 62

- (1) Peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi, atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat.
- (2) Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit.

(3) Pemerintah . . .

- (3) Pemerintah dan pemerintah daerah menjamin dan menyediakan fasilitas untuk kelangsungan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.
- (4) Ketentuan lebih lanjut tentang upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kelima

Penyembuhan Penyakit dan Pemulihan Kesehatan

Pasal 63

- (1) Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan, mengembalikan fungsi tubuh akibat penyakit dan/atau akibat cacat, atau menghilangkan cacat.
- (2) Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan.
- (3) Pengendalian, pengobatan, dan/atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggungjawabkan kemanfaatan dan keamanannya.
- (4) Pelaksanaan pengobatan dan/atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu.
- (5) Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pengobatan dan/atau perawatan atau berdasarkan cara lain yang dapat dipertanggungjawabkan.

Pasal 64

- (1) Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dapat dilakukan melalui transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh, implan obat dan/atau alat kesehatan, bedah plastik dan rekonstruksi, serta penggunaan sel punca.

(2) Transplantasi . . .

- (2) Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan hanya untuk tujuan kemanusiaan dan dilarang untuk dikomersialkan.
- (3) Organ dan/atau jaringan tubuh dilarang diperjualbelikan dengan dalih apapun.

Pasal 65

- (1) Transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
- (2) Pengambilan organ dan/atau jaringan tubuh dari seorang donor harus memperhatikan kesehatan pendonor yang bersangkutan dan mendapat persetujuan pendonor dan/atau ahli waris atau keluarganya.
- (3) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara penyelenggaraan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 66

Transplantasi sel, baik yang berasal dari manusia maupun dari hewan, hanya dapat dilakukan apabila telah terbukti keamanan dan kemanfaatannya.

Pasal 67

- (1) Pengambilan dan pengiriman spesimen atau bagian organ tubuh hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan serta dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
- (2) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara pengambilan dan pengiriman spesimen atau bagian organ tubuh sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 68

- (1) Pemasangan implan obat dan/atau alat kesehatan ke dalam tubuh manusia hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan serta dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
- (2) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara penyelenggaraan pemasangan implan obat dan/atau alat kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 69

- (1) Bedah plastik dan rekonstruksi hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu.
- (2) Bedah plastik dan rekonstruksi tidak boleh bertentangan dengan norma yang berlaku dalam masyarakat dan tidak ditujukan untuk mengubah identitas.
- (3) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara bedah plastik dan rekonstruksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 70

- (1) Penggunaan sel punca hanya dapat dilakukan untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, serta dilarang digunakan untuk tujuan reproduksi.
- (2) Sel punca sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak boleh berasal dari sel punca embrionik.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penggunaan sel punca sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Keenam
Kesehatan Reproduksi

Pasal 71

- (1) Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.
- (2) Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. saat sebelum hamil, hamil, melahirkan, dan sesudah melahirkan;
 - b. pengaturan kehamilan, alat kontrasepsi, dan kesehatan seksual; dan
 - c. kesehatan sistem reproduksi.
- (3) Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pasal 72

Setiap orang berhak:

- a. menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah.
- b. menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.
- c. menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.
- d. memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pasal 73 . . .

Pasal 73

Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana.

Pasal 74

- (1) Setiap pelayanan kesehatan reproduksi yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif, termasuk reproduksi dengan bantuan dilakukan secara aman dan sehat dengan memperhatikan aspek-aspek yang khas, khususnya reproduksi perempuan.
- (2) Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tidak bertentangan dengan nilai agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan mengenai reproduksi dengan bantuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 75

- (1) Setiap orang dilarang melakukan aborsi.
- (2) Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikecualikan berdasarkan:
 - a. indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan; atau
 - b. kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan.

(3) Tindakan . . .

- (3) Tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) hanya dapat dilakukan setelah melalui konseling dan/atau penasehatan pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor yang kompeten dan berwenang.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai indikasi kedaruratan medis dan perkosaan, sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 76

Aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 hanya dapat dilakukan:

- a. sebelum kehamilan berumur 6 (enam) minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir, kecuali dalam hal kedaruratan medis;
- b. oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan yang memiliki sertifikat yang ditetapkan oleh menteri;
- c. dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan;
- d. dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; dan
- e. penyedia layanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Menteri.

Pasal 77

Pemerintah wajib melindungi dan mencegah perempuan dari aborsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dan ayat (3) yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh
Keluarga Berencana

Pasal 78

- (1) Pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas.
- (2) Pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat.
- (3) Ketentuan mengenai pelayanan keluarga berencana dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedelapan
Kesehatan Sekolah

Pasal 79

- (1) Kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas.
- (2) Kesehatan sekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan melalui sekolah formal dan informal atau melalui lembaga pendidikan lain.
- (3) Ketentuan mengenai kesehatan sekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Kesembilan
Kesehatan Olahraga

Pasal 80

- (1) Upaya kesehatan olahraga ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat.
- (2) Peningkatan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan upaya dasar dalam meningkatkan prestasi belajar, kerja, dan olahraga.
- (3) Upaya kesehatan olahraga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui aktifitas fisik, latihan fisik, dan/atau olahraga.

Pasal 81

- (1) Upaya kesehatan olahraga lebih mengutamakan pendekatan preventif dan promotif, tanpa mengabaikan pendekatan kuratif dan rehabilitatif.
- (2) Penyelenggaraan upaya kesehatan olahraga diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Bagian Kesepuluh
Pelayanan Kesehatan Pada Bencana

Pasal 82

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya, fasilitas, dan pelaksanaan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan pada bencana.
- (2) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan kesehatan pada tanggap darurat dan pascabencana.

(3) Pelayanan . . .

- (3) Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mencakup pelayanan kegawatdaruratan yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
- (4) Pemerintah menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (5) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN), anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD), atau bantuan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 83

- (1) Setiap orang yang memberikan pelayanan kesehatan pada bencana harus ditujukan untuk penyelamatan nyawa, pencegahan kecacatan lebih lanjut, dan kepentingan terbaik bagi pasien.
- (2) Pemerintah menjamin perlindungan hukum bagi setiap orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

Pasal 84

Ketentuan lebih lanjut tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada bencana diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 85

- (1) Dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta wajib memberikan pelayanan kesehatan pada bencana bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan.
- (2) Fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka terlebih dahulu.

Bagian Kesebelas
Pelayanan Darah

Pasal 86

- (1) Pelayanan darah merupakan upaya pelayanan kesehatan yang memanfaatkan darah manusia sebagai bahan dasar dengan tujuan kemanusiaan dan tidak untuk tujuan komersial.
- (2) Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh dari pendonor darah sukarela yang sehat dan memenuhi kriteria seleksi pendonor dengan mengutamakan kesehatan pendonor.
- (3) Darah yang diperoleh dari pendonor darah sukarela sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebelum digunakan untuk pelayanan darah harus dilakukan pemeriksaan laboratorium guna mencegah penularan penyakit.

Pasal 87

- (1) Penyelenggaraan donor darah dan pengolahan darah dilakukan oleh Unit Transfusi Darah.
- (2) Unit Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan.

Pasal 88

- (1) Pelayanan transfusi darah meliputi perencanaan, pengerahan pendonor darah, penyediaan, pendistribusian darah, dan tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
- (2) Pelaksanaan pelayanan transfusi darah dilakukan dengan menjaga keselamatan dan kesehatan penerima darah dan tenaga kesehatan dari penularan penyakit melalui transfusi darah.

Pasal 89

Menteri mengatur standar dan persyaratan pengelolaan darah untuk pelayanan transfusi darah.

Pasal 90

- (1) Pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan pelayanan darah yang aman, mudah diakses, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- (2) Pemerintah menjamin pembiayaan dalam penyelenggaraan pelayanan darah.
- (3) Darah dilarang diperjualbelikan dengan dalih apapun.

Pasal 91

- (1) Komponen darah dapat digunakan untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan melalui proses pengolahan dan produksi.
- (2) Hasil proses pengolahan dan produksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikendalikan oleh Pemerintah.

Pasal 92

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan darah diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Kedua Belas
Kesehatan Gigi dan Mulut

Pasal 93

- (1) Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan gigi, pencegahan penyakit gigi, pengobatan penyakit gigi, dan pemulihan kesehatan gigi oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan.

(2) Kesehatan . . .

- (2) Kesehatan gigi dan mulut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan gigi perseorangan, pelayanan kesehatan gigi masyarakat, usaha kesehatan gigi sekolah.

Pasal 94

Pemerintah dan pemerintah daerah wajib menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat kesehatan gigi dan mulut dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat.

Bagian Ketiga Belas Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Gangguan Pendengaran

Pasal 95

- (1) Penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran merupakan semua kegiatan yang dilakukan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan indera penglihatan, dan pendengaran masyarakat.
- (2) Penyelenggaraan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab bersama Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pasal 96

Ketentuan lebih lanjut mengenai penanggulangan gangguan penglihatan dan pendengaran diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Keempat Belas
Kesehatan Matra

Pasal 97

- (1) Kesehatan matra sebagai bentuk khusus upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam lingkungan matra yang serba berubah maupun di lingkungan darat, laut, dan udara.
- (2) Kesehatan matra meliputi kesehatan lapangan, kesehatan kelautan dan bawah air, serta kesehatan kedirgantaraan.
- (3) Penyelenggaraan kesehatan matra harus dilaksanakan sesuai dengan standar dan persyaratan.
- (4) Ketentuan mengenai kesehatan matra sebagaimana dimaksud dalam pasal ini diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kelima Belas
Pengamanan dan Penggunaan
Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan

Pasal 98

- (1) Sediaan farmasi dan alat kesehatan harus aman, berkhasiat/bermanfaat, bermutu, dan terjangkau.
- (2) Setiap orang yang tidak memiliki keahlian dan kewenangan dilarang mengadakan, menyimpan, mengolah, mempromosikan, dan mengedarkan obat dan bahan yang berkhasiat obat.
- (3) Ketentuan mengenai pengadaan, penyimpanan, pengolahan, promosi, pengedaran sediaan farmasi dan alat kesehatan harus memenuhi standar mutu pelayanan farmasi yang ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

(4) Pemerintah . . .

- (4) Pemerintah berkewajiban membina, mengatur, mengendalikan, dan mengawasi pengadaan, penyimpanan, promosi, dan pengedaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

Pasal 99

- (1) Sumber sediaan farmasi yang berasal dari alam semesta dan sudah terbukti berkhasiat dan aman digunakan dalam pencegahan, pengobatan, dan/atau perawatan, serta pemeliharaan kesehatan tetap harus dijaga kelestariannya.
- (2) Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengolah, memproduksi, mengedarkan, mengembangkan, meningkatkan, dan menggunakan sediaan farmasi yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.
- (3) Pemerintah menjamin pengembangan dan pemeliharaan sediaan farmasi.

Pasal 100

- (1) Sumber obat tradisional yang sudah terbukti berkhasiat dan aman digunakan dalam pencegahan, pengobatan, perawatan, dan/atau pemeliharaan kesehatan tetap dijaga kelestariannya.
- (2) Pemerintah menjamin pengembangan dan pemeliharaan bahan baku obat tradisional .

Pasal 101

- (1) Masyarakat diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mengolah, memproduksi, mengedarkan, mengembangkan, meningkatkan, dan menggunakan obat tradisional yang dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya.

(2) Ketentuan . . .

- (2) Ketentuan mengenai mengolah, memproduksi, mengedarkan, mengembangkan, meningkatkan, dan menggunakan obat tradisional diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 102

- (1) Penggunaan sediaan farmasi yang berupa narkotika dan psikotropika hanya dapat dilakukan berdasarkan resep dokter atau dokter gigi dan dilarang untuk disalahgunakan.
- (2) Ketentuan mengenai narkotika dan psikotropika dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 103

- (1) Setiap orang yang memproduksi, menyimpan, mengedarkan, dan menggunakan narkotika dan psikotropika wajib memenuhi standar dan/atau persyaratan tertentu.
- (2) Ketentuan mengenai produksi, penyimpanan, peredaran, serta penggunaan narkotika dan psikotropika sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 104

- (1) Pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan diselenggarakan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan/atau keamanan dan/atau khasiat/kemanfaatan.
- (2) Penggunaan obat dan obat tradisional harus dilakukan secara rasional.

Pasal 105

- (1) Sediaan farmasi yang berupa obat dan bahan baku obat harus memenuhi syarat farmakope Indonesia atau buku standar lainnya.
- (2) Sediaan farmasi yang berupa obat tradisional dan kosmetika serta alat kesehatan harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditentukan.

Pasal 106

- (1) Sediaan farmasi dan alat kesehatan hanya dapat diedarkan setelah mendapat izin edar.
- (2) Penandaan dan informasi sediaan farmasi dan alat kesehatan harus memenuhi persyaratan objektivitas dan kelengkapan serta tidak menyesatkan.
- (3) Pemerintah berwenang mencabut izin edar dan memerintahkan penarikan dari peredaran sediaan farmasi dan alat kesehatan yang telah memperoleh izin edar, yang kemudian terbukti tidak memenuhi persyaratan mutu dan/atau keamanan dan/atau kemanfaatan, dapat disita dan dimusnahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 107

Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 108

- (1) Praktik kefarmasian yang meliputi pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Ketentuan . . .

- (2) Ketentuan mengenai pelaksanaan praktik kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Keenam Belas
Pengamanan Makanan dan Minuman

Pasal 109

Setiap orang dan/atau badan hukum yang memproduksi, mengolah, serta mendistribusikan makanan dan minuman yang diperlakukan sebagai makanan dan minuman hasil teknologi rekayasa genetik yang diedarkan harus menjamin agar aman bagi manusia, hewan yang dimakan manusia, dan lingkungan.

Pasal 110

Setiap orang dan/atau badan hukum yang memproduksi dan mempromosikan produk makanan dan minuman dan/atau yang diperlakukan sebagai makanan dan minuman hasil olahan teknologi dilarang menggunakan kata-kata yang mengecoh dan/atau yang disertai klaim yang tidak dapat dibuktikan kebenarannya.

Pasal 111

- (1) Makanan dan minuman yang dipergunakan untuk masyarakat harus didasarkan pada standar dan/atau persyaratan kesehatan.
- (2) Makanan dan minuman hanya dapat diedarkan setelah mendapat izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap makanan dan minuman yang dikemas wajib diberi tanda atau label yang berisi:
 - a. Nama produk;
 - b. Daftar bahan yang digunakan;
 - c. Berat bersih atau isi bersih;

d. Nama . . .

- d. Nama dan alamat pihak yang memproduksi atau memasukan makanan dan minuman kedalam wilayah Indonesia; dan
 - e. Tanggal, bulan dan tahun kadaluwarsa.
- (4) Pemberian tanda atau label sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan secara benar dan akurat.
 - (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pemberian label sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (6) Makanan dan minuman yang tidak memenuhi ketentuan standar, persyaratan kesehatan, dan/atau membahayakan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang untuk diedarkan, ditarik dari peredaran, dicabut izin edar dan disita untuk dimusnahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 112

Pemerintah berwenang dan bertanggung jawab mengatur dan mengawasi produksi, pengolahan, pendistribusian makanan, dan minuman sebagaimana dimaksud dalam Pasal 109, Pasal 110, dan Pasal 111.

Bagian Ketujuh Belas Pengamanan Zat Adiktif

Pasal 113

- (1) Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perseorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.
- (2) Zat adiktif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tembakau, produk yang mengandung tembakau, padat, cairan, dan gas yang bersifat adiktif yang penggunaannya dapat menimbulkan kerugian bagi dirinya dan/atau masyarakat sekelilingnya.
- (3) Produksi, peredaran, dan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif harus memenuhi standar dan/atau persyaratan yang ditetapkan.

Pasal 114 . . .

Pasal 114

Setiap orang yang memproduksi atau memasukkan rokok ke wilayah Indonesia wajib mencantumkan peringatan kesehatan.

Pasal 115

- (1) Kawasan tanpa rokok antara lain:
 - a. fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. tempat proses belajar mengajar;
 - c. tempat anak bermain;
 - d. tempat ibadah;
 - e. angkutan umum;
 - f. tempat kerja; dan
 - g. tempat umum dan tempat lain yang ditetapkan.
- (2) Pemerintah daerah wajib menetapkan kawasan tanpa rokok di wilayahnya.

Pasal 116

Ketentuan lebih lanjut mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Bagian Kedelapan Belas
Bedah Mayat

Pasal 117

Seseorang dinyatakan mati apabila fungsi sistem jantung-sirkulasi dan sistem pernafasan terbukti telah berhenti secara permanen, atau apabila kematian batang otak telah dapat dibuktikan.

Pasal 118

- (1) Mayat yang tidak dikenal harus dilakukan upaya identifikasi.

(2) Pemerintah . . .

- (2) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas upaya identifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai upaya identifikasi mayat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 119

- (1) Untuk kepentingan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan dapat dilakukan bedah mayat klinis di rumah sakit.
- (2) Bedah mayat klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menegakkan diagnosis dan/atau menyimpulkan penyebab kematian.
- (3) Bedah mayat klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan atas persetujuan tertulis pasien semasa hidupnya atau persetujuan tertulis keluarga terdekat pasien.
- (4) Dalam hal pasien diduga meninggal akibat penyakit yang membahayakan masyarakat dan bedah mayat klinis mutlak diperlukan untuk menegakkan diagnosis dan/atau penyebab kematiannya, tidak diperlukan persetujuan.

Pasal 120

- (1) Untuk kepentingan pendidikan di bidang ilmu kedokteran dan biomedik dapat dilakukan bedah mayat anatomis di rumah sakit pendidikan atau di institusi pendidikan kedokteran.
- (2) Bedah mayat anatomis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan terhadap mayat yang tidak dikenal atau mayat yang tidak diurus oleh keluarganya, atas persetujuan tertulis orang tersebut semasa hidupnya atau persetujuan tertulis keluarganya.

(3) Mayat . . .

- (3) Mayat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus telah diawetkan, dipublikasikan untuk dicarikan keluarganya, dan disimpan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sejak kematiannya.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai bedah mayat anatomis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 121

- (1) Bedah mayat klinis dan bedah mayat anatomis hanya dapat dilakukan oleh dokter sesuai dengan keahlian dan kewenangannya.
- (2) Dalam hal pada saat melakukan bedah mayat klinis dan bedah mayat anatomis ditemukan adanya dugaan tindak pidana, tenaga kesehatan wajib melaporkan kepada penyidik sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 122

- (1) Untuk kepentingan penegakan hukum dapat dilakukan bedah mayat forensik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Bedah mayat forensik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh dokter ahli forensik, atau oleh dokter lain apabila tidak ada dokter ahli forensik dan perujukan ke tempat yang ada dokter ahli forensiknya tidak dimungkinkan.
- (3) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas tersedianya pelayanan bedah mayat forensik di wilayahnya.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan bedah mayat forensik diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 123 . . .

Pasal 123

- (1) Pada tubuh yang telah terbukti mati batang otak dapat dilakukan tindakan pemanfaatan organ sebagai donor untuk kepentingan transplantasi organ.
- (2) Tindakan pemanfaatan organ donor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penentuan kematian dan pemanfaatan organ donor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 124

Tindakan bedah mayat oleh tenaga kesehatan harus dilakukan sesuai dengan norma agama, norma kesusilaan, dan etika profesi.

Pasal 125

Biaya pemeriksaan kesehatan terhadap korban tindak pidana dan/atau pemeriksaan mayat untuk kepentingan hukum ditanggung oleh pemerintah melalui APBN dan APBD.

BAB VII

KESEHATAN IBU, BAYI, ANAK,
REMAJA, LANJUT USIA, DAN PENYANDANG CACAT

Bagian Kesatu

Kesehatan ibu, bayi, dan anak

Pasal 126

- (1) Upaya kesehatan ibu harus ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

(2) Upaya . . .

- (2) Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (3) Pemerintah menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas, alat dan obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara aman, bermutu, dan terjangkau.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 127

- (1) Upaya kehamilan di luar cara alamiah hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami istri yang sah dengan ketentuan:
 - a. hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal;
 - b. dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu; dan
 - c. pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
- (2) Ketentuan mengenai persyaratan kehamilan di luar cara alamiah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 128

- (1) Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis.
- (2) Selama pemberian air susu ibu, pihak keluarga, Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.
- (3) Penyediaan fasilitas khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diadakan di tempat kerja dan tempat sarana umum.

Pasal 129

- (1) Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif.
- (2) Ketentuan lebih lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 130

Pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak.

Pasal 131

- (1) Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak.
- (2) Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak anak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 (delapan belas) tahun.
- (3) Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) menjadi tanggung jawab dan kewajiban bersama bagi orang tua, keluarga, masyarakat, dan Pemerintah, dan pemerintah daerah.

Pasal 132

- (1) Anak yang dilahirkan wajib dibesarkan dan diasuh secara bertanggung jawab sehingga memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara sehat dan optimal.
- (2) Ketentuan mengenai anak yang dilahirkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi.

(4) Ketentuan . . .

- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai jenis-jenis imunisasi dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Peraturan Menteri.

Pasal 133

- (1) Setiap bayi dan anak berhak terlindungi dan terhindar dari segala bentuk diskriminasi dan tindak kekerasan yang dapat mengganggu kesehatannya.
- (2) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat berkewajiban untuk menjamin terselenggaranya perlindungan bayi dan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

Pasal 134

- (1) Pemerintah berkewajiban menetapkan standar dan/atau kriteria terhadap kesehatan bayi dan anak serta menjamin pelaksanaannya dan memudahkan setiap penyelenggaraan terhadap standar dan kriteria tersebut.
- (2) Standar dan/atau kriteria sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus diselenggarakan sesuai dengan pertimbangan moral, nilai agama, dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 135

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat wajib menyediakan tempat dan sarana lain yang diperlukan untuk bermain anak yang memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara optimal serta mampu bersosialisasi secara sehat.
- (2) Tempat bermain dan sarana lain yang diperlukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilengkapi sarana perlindungan terhadap risiko kesehatan agar tidak membahayakan kesehatan anak.

Bagian Kedua
Kesehatan Remaja

Pasal 136

- (1) Upaya pemeliharaan kesehatan remaja harus ditujukan untuk mempersiapkan menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif, baik sosial maupun ekonomi.
- (2) Upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk untuk reproduksi remaja dilakukan agar terbebas dari berbagai gangguan kesehatan yang dapat menghambat kemampuan menjalani kehidupan reproduksi secara sehat.
- (3) Upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pasal 137

- (1) Pemerintah berkewajiban menjamin agar remaja dapat memperoleh edukasi, informasi, dan layanan mengenai kesehatan remaja agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.
- (2) Ketentuan mengenai kewajiban Pemerintah dalam menjamin agar remaja memperoleh edukasi, informasi dan layanan mengenai kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan pertimbangan moral nilai agama dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Kesehatan Lanjut Usia dan Penyandang Cacat

Pasal 138

- (1) Upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis sesuai dengan martabat kemanusiaan.

(2) Pemerintah . . .

- (2) Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Pasal 139

- (1) Upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat.
- (2) Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Pasal 140

Upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia dan penyandang cacat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 138 dan Pasal 139 dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

BAB VIII GIZI

Pasal 141

- (1) Upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat.
- (2) Peningkatan mutu gizi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui :
 - a. perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang;
 - b. perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan;
 - c. peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan
 - d. peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.

(3) Pemerintah . . .

- (3) Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat bersama-sama menjamin tersedianya bahan makanan yang mempunyai nilai gizi yang tinggi secara merata dan terjangkau.
- (4) Pemerintah berkewajiban menjaga agar bahan makanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memenuhi standar mutu gizi yang ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan.
- (5) Penyediaan bahan makanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara lintas sektor dan antarprovinsi, antarkabupaten atau antarkota.

Pasal 142

- (1) Upaya perbaikan gizi dilakukan pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dengan prioritas kepada kelompok rawan:
 - a. bayi dan balita;
 - b. remaja perempuan; dan
 - c. ibu hamil dan menyusui.
- (2) Pemerintah bertanggung jawab menetapkan standar angka kecukupan gizi, standar pelayanan gizi, dan standar tenaga gizi pada berbagai tingkat pelayanan.
- (3) Pemerintah bertanggung jawab atas pemenuhan kecukupan gizi pada keluarga miskin dan dalam situasi darurat.
- (4) Pemerintah bertanggung jawab terhadap pendidikan dan informasi yang benar tentang gizi kepada masyarakat.
- (5) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat melakukan upaya untuk mencapai status gizi yang baik.

Pasal 143

Pemerintah bertanggung jawab meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan pengaruhnya terhadap peningkatan status gizi.

BAB IX
KESEHATAN JIWA

Pasal 144

- (1) Upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.
- (2) Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial.
- (3) Upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab bersama Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.
- (4) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menciptakan kondisi kesehatan jiwa yang setinggi-tingginya dan menjamin ketersediaan, aksesibilitas, mutu dan pemerataan upaya kesehatan jiwa sebagaimana dimaksud dalam pada ayat (2).
- (5) Pemerintah dan pemerintah daerah berkewajiban untuk mengembangkan upaya kesehatan jiwa berbasis masyarakat sebagai bagian dari upaya kesehatan jiwa keseluruhan, termasuk mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan jiwa.

Pasal 145

Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat menjamin upaya kesehatan jiwa secara preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk menjamin upaya kesehatan jiwa di tempat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 144 ayat (3).

Pasal 146

- (1) Masyarakat berhak mendapatkan informasi dan edukasi yang benar mengenai kesehatan jiwa.
- (2) Hak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menghindari pelanggaran hak asasi seseorang yang dianggap mengalami gangguan kesehatan jiwa.
- (3) Pemerintah dan pemerintah daerah berkewajiban menyediakan layanan informasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa.

Pasal 147

- (1) Upaya penyembuhan penderita gangguan kesehatan jiwa merupakan tanggung jawab Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.
- (2) Upaya penyembuhan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang dan di tempat yang tepat dengan tetap menghormati hak asasi penderita.
- (3) Untuk merawat penderita gangguan kesehatan jiwa, digunakan fasilitas pelayanan kesehatan khusus yang memenuhi syarat dan yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 148

- (1) Penderita gangguan jiwa mempunyai hak yang sama sebagai warga negara.
- (2) Hak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi persamaan perlakuan dalam setiap aspek kehidupan, kecuali peraturan perundang-undangan menyatakan lain.

Pasal 149 . . .

Pasal 149

- (1) Penderita gangguan jiwa yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum wajib mendapatkan pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- (2) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat wajib melakukan pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan bagi penderita gangguan jiwa yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum.
- (3) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas pemerataan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat.
- (4) Tanggung jawab Pemerintah dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) termasuk pembiayaan pengobatan dan perawatan penderita gangguan jiwa untuk masyarakat miskin.

Pasal 150

- (1) Pemeriksaan kesehatan jiwa untuk kepentingan penegakan hukum (*visum et repertum psiquiatricum*) hanya dapat dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran jiwa pada fasilitas pelayanan kesehatan.
- (2) Penetapan status kecakapan hukum seseorang yang diduga mengalami gangguan kesehatan jiwa dilakukan oleh tim dokter yang mempunyai keahlian dan kompetensi sesuai dengan standar profesi.

Pasal 151

Ketentuan lebih lanjut mengenai upaya kesehatan jiwa diatur dengan Peraturan Pemerintah.

BAB X
PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

Bagian Kesatu
Penyakit Menular

Pasal 152

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya.
- (2) Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi akibat penyakit menular.
- (3) Upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat.
- (4) Pengendalian sumber penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan terhadap lingkungan dan/atau orang dan sumber penularan lainnya.
- (5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan harus berbasis wilayah.
- (6) Pelaksanaan upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan melalui lintas sektor.
- (7) Dalam melaksanakan upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah dapat melakukan kerja sama dengan negara lain.
- (8) Upaya . . .

- (8) Upaya pencegahan pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 153

Pemerintah menjamin ketersediaan bahan imunisasi yang aman, bermutu, efektif, terjangkau, dan merata bagi masyarakat untuk upaya pengendalian penyakit menular melalui imunisasi.

Pasal 154

- (1) Pemerintah secara berkala menetapkan dan mengumumkan jenis dan persebaran penyakit yang berpotensi menular dan/atau menyebar dalam waktu yang singkat, serta menyebutkan daerah yang dapat menjadi sumber penularan.
- (2) Pemerintah dapat melakukan surveilans terhadap penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- (3) Dalam melaksanakan surveilans sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemerintah dapat melakukan kerja sama dengan masyarakat dan negara lain.
- (4) Pemerintah menetapkan jenis penyakit yang memerlukan karantina, tempat karantina, dan lama karantina.

Pasal 155

- (1) Pemerintah daerah secara berkala menetapkan dan mengumumkan jenis dan persebaran penyakit yang berpotensi menular dan/atau menyebar dalam waktu yang singkat, serta menyebutkan daerah yang dapat menjadi sumber penularan.
- (2) Pemerintah daerah dapat melakukan surveilans terhadap penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

(3) Dalam . . .

- (3) Dalam melaksanakan surveilans sebagaimana dimaksud pada ayat (2), pemerintah daerah dapat melakukan kerja sama dengan masyarakat.
- (4) Pemerintah daerah menetapkan jenis penyakit yang memerlukan karantina, tempat karantina, dan lama karantina.
- (5) Pemerintah daerah dalam menetapkan dan mengumumkan jenis dan persebaran penyakit yang berpotensi menular dan/atau menyebar dalam waktu singkat dan pelaksanaan surveilans serta menetapkan jenis penyakit yang memerlukan karantina, tempat karantina, dan lama karantina berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

Pasal 156

- (1) Dalam melaksanakan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular sebagaimana dimaksud dalam Pasal 154 ayat (1), Pemerintah dapat menyatakan wilayah dalam keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa (KLB).
- (2) Penentuan wilayah dalam keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa (KLB) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan berdasarkan hasil penelitian yang diakui keakuratannya.
- (3) Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat melakukan upaya penanggulangan keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
- (4) Penentuan wilayah dalam keadaan wabah, letusan, atau kejadian luar biasa dan upaya penanggulangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3), dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 157

- (1) Pencegahan penularan penyakit menular wajib dilakukan oleh masyarakat termasuk penderita penyakit menular melalui perilaku hidup bersih dan sehat.
- (2) Dalam pelaksanaan penanggulangan penyakit menular, tenaga kesehatan yang berwenang dapat memeriksa tempat-tempat yang dicurigai berkembangnya vektor dan sumber penyakit lain.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyakit menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kedua
Penyakit Tidak Menular

Pasal 158

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkannya.
- (2) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan berperilaku sehat dan mencegah terjadinya penyakit tidak menular beserta akibat yang ditimbulkan.
- (3) Upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit tidak menular sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat.
- (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 159 . . .

Pasal 159

- (1) Pengendalian penyakit tidak menular dilakukan dengan pendekatan surveilan faktor risiko, registri penyakit, dan surveilan kematian.
- (2) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan memperoleh informasi yang esensial serta dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dalam upaya pengendalian penyakit tidak menular.
- (3) Kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kerja sama lintas sektor dan dengan membentuk jejaring, baik nasional maupun internasional.

Pasal 160

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah bersama masyarakat bertanggung jawab untuk melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi yang benar tentang faktor risiko penyakit tidak menular yang mencakup seluruh fase kehidupan.
- (2) Faktor risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain meliputi diet tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, merokok, mengkonsumsi alkohol, dan perilaku berlalu lintas yang tidak benar.

Pasal 161

- (1) Manajemen pelayanan kesehatan penyakit tidak menular meliputi keseluruhan spektrum pelayanan baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (2) Manajemen pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelola secara profesional sehingga pelayanan kesehatan penyakit tidak menular tersedia, dapat diterima, mudah dicapai, berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.
- (3) Manajemen pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dititikberatkan pada deteksi dini dan pengobatan penyakit tidak menular.

BAB XI
KESEHATAN LINGKUNGAN

Pasal 162

Upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 163

- (1) Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat menjamin ketersediaan lingkungan yang sehat dan tidak mempunyai risiko buruk bagi kesehatan.
- (2) Lingkungan sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum.
- (3) Lingkungan sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan kesehatan, antara lain:
 - a. limbah cair;
 - b. limbah padat;
 - c. limbah gas;
 - d. sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan pemerintah;
 - e. binatang pembawa penyakit;
 - f. zat kimia yang berbahaya;
 - g. kebisingan yang melebihi ambang batas;
 - h. radiasi sinar pengion dan non pengion;
 - i. air yang tercemar;
 - j. udara yang tercemar; dan
 - k. makanan yang terkontaminasi.

(4) Ketentuan . . .

- (4) Ketentuan mengenai standar baku mutu kesehatan lingkungan dan proses pengolahan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dan ayat (3), ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

BAB XII KESEHATAN KERJA

Pasal 164

- (1) Upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan.
- (2) Upaya kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pekerja di sektor formal dan informal.
- (3) Upaya kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku bagi setiap orang selain pekerja yang berada di lingkungan tempat kerja.
- (4) Upaya kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berlaku juga bagi kesehatan pada lingkungan tentara nasional Indonesia baik darat, laut, maupun udara serta kepolisian Republik Indonesia.
- (5) Pemerintah menetapkan standar kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2).
- (6) Pengelola tempat kerja wajib menaati standar kesehatan kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan menjamin lingkungan kerja yang sehat serta bertanggung jawab atas terjadinya kecelakaan kerja.
- (7) Pengelola tempat kerja wajib bertanggung jawab atas kecelakaan kerja yang terjadi di lingkungan kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 165 . . .

Pasal 165

- (1) Pengelola tempat kerja wajib melakukan segala bentuk upaya kesehatan melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan bagi tenaga kerja.
- (2) Pekerja wajib menciptakan dan menjaga kesehatan tempat kerja yang sehat dan menaati peraturan yang berlaku di tempat kerja.
- (3) Dalam penyeleksian pemilihan calon pegawai pada perusahaan/instansi, hasil pemeriksaan kesehatan secara fisik dan mental digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan.
- (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 166

- (1) Majikan atau pengusaha wajib menjamin kesehatan pekerja melalui upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan dan pemulihan serta wajib menanggung seluruh biaya pemeliharaan kesehatan pekerja.
- (2) Majikan atau pengusaha menanggung biaya atas gangguan kesehatan akibat kerja yang diderita oleh pekerja sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pemerintah memberikan dorongan dan bantuan untuk perlindungan pekerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2).

BAB XIII
PENGELOLAAN KESEHATAN

Pasal 167

- (1) Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat melalui pengelolaan administrasi kesehatan, informasi kesehatan, sumber daya kesehatan, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, peran serta dan pemberdayaan masyarakat, ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.
- (2) Pengelolaan kesehatan dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah.
- (3) Pengelolaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam suatu sistem kesehatan nasional.
- (4) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Presiden.

BAB XIV
INFORMASI KESEHATAN

Pasal 168

- (1) Untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan.
- (2) Informasi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui sistem informasi dan melalui lintas sektor.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 169 . . .

Pasal 169

Pemerintah memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

BAB XV
PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pasal 170

- (1) Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.
- (2) Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan.
- (3) Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.

Pasal 171

- (1) Besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji.
- (2) Besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% (sepuluh persen) dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji.
- (3) Besaran anggaran kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam anggaran pendapatan dan belanja negara dan anggaran pendapatan dan belanja daerah.

Pasal 172 . . .

Pasal 172

- (1) Alokasi pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 171 ayat (3) ditujukan untuk pelayanan kesehatan di bidang pelayanan publik, terutama bagi penduduk miskin, kelompok lanjut usia, dan anak terlantar.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara alokasi pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 173

- (1) Alokasi pembiayaan kesehatan yang bersumber dari swasta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (3) dimobilisasi melalui sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial.
- (2) Ketentuan mengenai tata cara penyelenggaraan sistem jaminan sosial nasional dan/atau asuransi kesehatan komersial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XVI

PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 174

- (1) Masyarakat berperan serta, baik secara perseorangan maupun terorganisasi dalam segala bentuk dan tahapan pembangunan kesehatan dalam rangka membantu mempercepat pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- (2) Peran serta sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup keikutsertaan secara aktif dan kreatif.

BAB XVII
BADAN PERTIMBANGAN KESEHATAN

Bagian Kesatu
Nama dan Kedudukan

Pasal 175

Badan pertimbangan kesehatan merupakan badan independen, yang memiliki tugas, fungsi, dan wewenang di bidang kesehatan.

Pasal 176

- (1) Badan pertimbangan kesehatan berkedudukan di Pusat dan daerah.
- (2) Badan pertimbangan kesehatan pusat dinamakan Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional selanjutnya disingkat BPKN berkedudukan di ibukota Negara Republik Indonesia.
- (3) Badan pertimbangan kesehatan daerah selanjutnya disingkat BPKD berkedudukan di provinsi dan kabupaten/kota.
- (4) Kedudukan BPKN dan BPKD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) berada sampai pada tingkat kecamatan.

Bagian Kedua
Peran, Tugas, dan Wewenang

Pasal 177

- (1) BPKN dan BPKD berperan membantu pemerintah dan masyarakat dalam bidang kesehatan sesuai dengan lingkup tugas masing-masing.
- (2) BPKN dan BPKD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas dan wewenang antara lain:
 - a. menginventarisasi masalah melalui penelaahan terhadap berbagai informasi dan data yang relevan atau berpengaruh terhadap proses pembangunan kesehatan;
 - b. memberikan . . .

- b. memberikan masukan kepada pemerintah tentang sasaran pembangunan kesehatan selama kurun waktu 5 (lima) tahun;
 - c. menyusun strategi pencapaian dan prioritas kegiatan pembangunan kesehatan;
 - d. memberikan masukan kepada pemerintah dalam pengidentifikasi dan penggerakan sumber daya untuk pembangunan kesehatan;
 - e. melakukan advokasi tentang alokasi dan penggunaan dana dari semua sumber agar pemanfaatannya efektif, efisien, dan sesuai dengan strategi yang ditetapkan;
 - f. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pembangunan kesehatan; dan
 - g. merumuskan dan mengusulkan tindakan korektif yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan yang menyimpang.
- (3) BPKN dan BPKD berperan membantu pemerintah dan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai keanggotaan, susunan organisasi dan pembiayaan BPKN dan BPKD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Presiden.

BAB XVIII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 178

Pemerintah dan pemerintah daerah melakukan pembinaan terhadap masyarakat dan terhadap setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya kesehatan di bidang kesehatan dan upaya kesehatan.

Pasal 179

- (1) Pembinaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 178 diarahkan untuk:
 - a. memenuhi kebutuhan setiap orang dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
 - b. menggerakkan dan melaksanakan penyelenggaraan upaya kesehatan;
 - c. memfasilitasi dan menyelenggarakan fasilitas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan;
 - d. memenuhi kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan perbekalan kesehatan, termasuk sediaan farmasi dan alat kesehatan serta makanan dan minuman;
 - e. memenuhi kebutuhan gizi masyarakat sesuai dengan standar dan persyaratan;
 - f. melindungi masyarakat terhadap segala kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat;
 - b. pendayagunaan tenaga kesehatan;
 - c. pembiayaan.

Pasal 180

Dalam rangka pembinaan, Pemerintah dan pemerintah daerah, dapat memberikan penghargaan kepada orang atau badan yang telah berjasa dalam setiap kegiatan mewujudkan tujuan kesehatan.

Pasal 181

Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan diatur dengan Peraturan Menteri.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 182

- (1) Menteri melakukan pengawasan terhadap masyarakat dan setiap penyelenggara kegiatan yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan.
- (2) Menteri dalam melakukan pengawasan dapat memberikan izin terhadap setiap penyelenggaraan upaya kesehatan.
- (3) Menteri dalam melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dapat mendelegasikan kepada lembaga pemerintah non kementerian, kepala dinas di provinsi, dan kabupaten/kota yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan.
- (4) Menteri dalam melaksanakan pengawasan mengikutsertakan masyarakat.

Pasal 183

Menteri atau kepala dinas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 182 dalam melaksanakan tugasnya dapat mengangkat tenaga pengawas dengan tugas pokok untuk melakukan pengawasan terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan sumber daya di bidang kesehatan dan upaya kesehatan.

Pasal 184

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 183, tenaga pengawas mempunyai fungsi:

- a. memasuki setiap tempat yang diduga digunakan dalam kegiatan yang berhubungan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan;
- b. memeriksa perizinan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan.

Pasal 185

Setiap orang yang bertanggung jawab atas tempat dilakukannya pemeriksaan oleh tenaga pengawas mempunyai hak untuk menolak pemeriksaan apabila tenaga pengawas yang bersangkutan tidak dilengkapi dengan tanda pengenalan dan surat perintah pemeriksaan.

Pasal 186

Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan adanya dugaan atau patut diduga adanya pelanggaran hukum di bidang kesehatan, tenaga pengawas wajib melaporkan kepada penyidik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 187

Ketentuan lebih lanjut tentang pengawasan diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 188

- (1) Menteri dapat mengambil tindakan administratif terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang melanggar ketentuan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang ini.
- (2) Menteri dapat mendelegasikan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada lembaga pemerintah nonkementerian, kepala dinas provinsi, atau kabupaten/kota yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan.
- (3) Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. peringatan secara tertulis;
 - b. pencabutan izin sementara atau izin tetap.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengambilan tindakan administratif sebagaimana dimaksud pasal ini diatur oleh Menteri.

BAB XIX
PENYIDIKAN

Pasal 189

- (1) Selain penyidik polisi negara Republik Indonesia, kepada pejabat pegawai negeri sipil tertentu di lingkungan pemerintahan yang menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan juga diberi wewenang khusus sebagai penyidik sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana untuk melakukan penyidikan tindak pidana di bidang kesehatan.
- (2) Penyidik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang:
 - a. melakukan pemeriksaan atas kebenaran laporan serta keterangan tentang tindak pidana di bidang kesehatan;
 - b. melakukan pemeriksaan terhadap orang yang diduga melakukan tindak pidana di bidang kesehatan;
 - c. meminta keterangan dan bahan bukti dari orang atau badan hukum sehubungan dengan tindak pidana di bidang kesehatan;
 - d. melakukan pemeriksaan atas surat dan/atau dokumen lain tentang tindak pidana di bidang kesehatan;
 - e. melakukan pemeriksaan atau penyitaan bahan atau barang bukti dalam perkara tindak pidana di bidang kesehatan;
 - f. meminta bantuan ahli dalam rangka pelaksanaan tugas penyidikan tindak pidana di bidang kesehatan;
 - g. menghentikan penyidikan apabila tidak terdapat cukup bukti yang membuktikan adanya tindak pidana di bidang kesehatan.
- (3) Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan oleh penyidik sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Hukum Acara Pidana.

BAB XX
KETENTUAN PIDANA

Pasal 190

- (1) Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan yang melakukan praktik atau pekerjaan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) atau Pasal 85 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah).
- (2) Dalam hal perbuatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengakibatkan terjadinya kecacatan atau kematian, pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan/atau tenaga kesehatan tersebut dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pasal 191

Setiap orang yang tanpa izin melakukan praktik pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan alat dan teknologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (1) sehingga mengakibatkan kerugian harta benda, luka berat atau kematian dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Pasal 192

Setiap orang yang dengan sengaja memperjualbelikan organ atau jaringan tubuh dengan dalih apa pun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pasal 193 . . .

Pasal 193

Setiap orang yang dengan sengaja melakukan bedah plastik dan rekonstruksi untuk tujuan mengubah identitas seseorang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 diancam dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah)

Pasal 194

Setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pasal 195

Setiap orang yang dengan sengaja memperjualbelikan darah dengan dalih apapun sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 Ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Pasal 196

Setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat atau kemanfaatan, dan mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (2) dan ayat (3) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pasal 197

Setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau mengedarkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan yang tidak memiliki izin edar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun dan denda paling banyak Rp1.500.000.000,00 (satu miliar lima ratus juta rupiah).

Pasal 198

Setiap orang yang tidak memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukan praktik kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 108 dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Pasal 199

- (1) Setiap orang yang dengan sengaja memproduksi atau memasukkan rokok ke dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia dengan tidak mencantumkan peringatan kesehatan berbentuk gambar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 114 dipidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah);
- (2) Setiap orang yang dengan sengaja melanggar kawasan tanpa rokok sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 dipidana denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

Pasal 200

Setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah)

Pasal 201

- (1) Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200 dilakukan oleh korporasi, selain pidana penjara dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhkan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan 3 (tiga) kali dari pidana denda sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan Pasal 200.

(2) Selain . . .

- (2) Selain pidana denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1), korporasi dapat dijatuhi pidana tambahan berupa:
- a. pencabutan izin usaha; dan/atau
 - b. pencabutan status badan hukum.

BAB XXI KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 202

Peraturan Perundang-undangan sebagai pelaksanaan Undang-Undang ini ditetapkan paling lambat 1 (satu) tahun sejak tanggal pengundangan Undang-Undang ini.

Pasal 203

Pada saat Undang-Undang ini berlaku, semua peraturan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan dalam Undang-Undang ini.

BAB XXII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 204

Pada saat Undang-Undang ini berlaku, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 205

Undang-Undang ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

- 77 -

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Undang-Undang ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.

Disahkan di Jakarta
pada tanggal 13 Oktober 2009

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

DR.H. SUSILO BAMBANG YUDHOYONO

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 13 Oktober 2009

MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

ANDI MATTALATTA

LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2009 NOMOR 144

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT NEGARA RI
Kepala Biro Peraturan Perundang-undangan
Bidang Politik dan Kesejahteraan Rakyat,

Wisnu Setiawan

PENJELASAN
ATAS
UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2009
TENTANG
KESEHATAN

I. UMUM

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 tercantum jelas cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial.

Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur-angsur berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan mengikutsertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. Perkembangan ini tertuang ke

dalam . . .

dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada tahun 1982 yang selanjutnya disebutkan kedalam GBHN 1983 dan GBHN 1988 sebagai tatanan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan.

Selain itu, perkembangan teknologi kesehatan yang berjalan seiring dengan munculnya fenomena globalisasi telah menyebabkan banyaknya perubahan yang sifat dan eksistensinya sangat berbeda jauh dari teks yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pesatnya kemajuan teknologi kesehatan dan teknologi informasi dalam era global ini ternyata belum terakomodatif secara baik oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Perencanaan dan pembiayaan pembangunan kesehatan yang tidak sejiwa dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, yaitu menitikberatkan pada pengobatan (kuratif), menyebabkan pola pikir yang berkembang di masyarakat adalah bagaimana cara mengobati bila terkena penyakit. Hal itu tentu akan membutuhkan dana yang lebih besar bila dibandingkan dengan upaya pencegahan. Konsekuensinya, masyarakat akan selalu memandang persoalan pembiayaan kesehatan sebagai sesuatu yang bersifat konsumtif/pemborosan.

Selain itu, sudut pandang para pengambil kebijakan juga masih belum menganggap kesehatan sebagai suatu kebutuhan utama dan investasi berharga di dalam menjalankan pembangunan sehingga alokasi dana kesehatan hingga kini masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain.

Untuk itu, sudah saatnya kita melihat persoalan kesehatan sebagai suatu faktor utama dan investasi berharga yang pelaksanaannya didasarkan pada sebuah paradigma baru yang biasa dikenal dengan paradigma sehat, yakni paradigma kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

Dalam rangka implementasi paradigma sehat tersebut, dibutuhkan sebuah undang-undang yang berwawasan sehat, bukan undang-undang yang berwawasan sakit.

Pada sisi lain, perkembangan ketatanegaraan bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah.

Undang-Undang tersebut memuat ketentuan yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada daerah masing-masing yang setiap daerah diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan.

Sebagai tindak lanjut dari pelaksanaan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004, Pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 yang mengatur tentang pembagian urusan antara pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Berdasarkan hal tersebut, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan perlu disesuaikan dengan semangat otonomi daerah.

Oleh karena itu, perlu dibentuk kebijakan umum kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh semua pihak dan sekaligus dapat menjawab tantangan era globalisasi dan dengan semakin kompleksnya permasalahan kesehatan dalam suatu Undang-Undang Kesehatan yang baru untuk menggantikan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1

Cukup jelas.

Pasal 2

Pembangunan kesehatan harus memperhatikan berbagai asas yang memberikan arah pembangunan kesehatan dan dilaksanakan melalui upaya kesehatan sebagai berikut:

- (5) asas perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan agama dan bangsa.
- (6) asas keseimbangan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan sipiritual.
- (7) asas manfaat berarti bahwa pembangunan kesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemandirian dan perikehidupan yang sehat bagi setiap warga negara.

d. asas . . .

- (8) asas perlindungan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dapat memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
- (9) asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.
- (10) asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.
- (11) asas gender dan nondiskriminatif berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.
- (12) asas norma agama berarti pembangunan kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan agama yang dianut masyarakat.

Pasal 3

Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya. Derajat kesehatan yang setinggi-tingginya mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat.

Upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus agar masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Pasal 4

Hak atas kesehatan yang dimaksud dalam pasal ini adalah hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Pasal 5

Cukup jelas.

Pasal 6 . . .

Pasal 6

Cukup jelas.

Pasal 7

Cukup jelas.

Pasal 8

Cukup jelas.

Pasal 9

Cukup jelas.

Pasal 10

Cukup jelas.

Pasal 11

Cukup jelas.

Pasal 12

Cukup jelas.

Pasal 13

Cukup jelas.

Pasal 14

Ayat (1)

Agar upaya kesehatan berhasil guna dan berdaya guna, Pemerintah perlu merencanakan, mengatur, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan ataupun sumber dayanya secara serasi dan seimbang dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 15 . . .

Pasal 15

Cukup jelas.

Pasal 16

Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang merata kepada masyarakat, diperlukan ketersediaan tenaga kesehatan yang merata dalam arti pendayagunaan dan penyebarannya harus merata ke seluruh wilayah sampai ke daerah terpencil sehingga memudahkan masyarakat dalam memperoleh layanan kesehatan.

Pasal 17

Cukup jelas.

Pasal 18

Peran serta aktif masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan perlu digerakkan dan diarahkan agar dapat berdaya guna dan berhasil guna.

Pasal 19

Untuk melaksanakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat diperlukan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di seluruh wilayah sampai daerah terpencil yang mudah dijangkau oleh seluruh masyarakat.

Pasal 20

Cukup jelas.

Pasal 21

Ayat (1)

Pada prinsipnya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan dan pengawasan mutu tenaga kesehatan ditujukan kepada seluruh tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan dapat dikelompokkan sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki, antara lain meliputi tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan masyarakat dan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, dan tenaga kesehatan lainnya.

Ayat (2) . . .

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Pengaturan tenaga kesehatan di dalam undang-undang adalah tenaga kesehatan di luar tenaga medis.

Pasal 22

Cukup jelas.

Pasal 23

Ayat (1)

Kewenangan yang dimaksud dalam ayat ini adalah kewenangan yang diberikan berdasarkan pendidikannya setelah melalui proses registrasi dan pemberian izin dari pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Selama memberikan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan harus mengutamakan indikasi medik dan tidak diskriminatif, demi kepentingan terbaik dari pasien dan sesuai dengan indikasi medis.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 24

Cukup jelas.

Pasal 25

Cukup jelas.

Pasal 26

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2) . . .

Ayat (2)

Pemberian kewenangan kepada pemerintah daerah dimaksudkan agar memberikan kesempatan kepada daerah untuk mengatur sendiri pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan yang diperlukan sesuai kebutuhan daerahnya dengan tetap mengacu pada peraturan perundang-undangan.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 27

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Kewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dimaksudkan agar tenaga kesehatan yang bersangkutan dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi baru.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 28

Cukup jelas.

Pasal 29

Mediasi dilakukan bila timbul sengketa antara tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan. Mediasi dilakukan bertujuan untuk menyelesaikan sengketa di luar pengadilan oleh mediator yang disepakati oleh para pihak.

Pasal 30 . . .

Pasal 30

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan spesialisik.

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sub spesialisik.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 31

Cukup jelas.

Pasal 32

Cukup jelas.

Pasal 33

Cukup jelas.

Pasal 34

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2) . . .

Ayat (2)

Bagi tenaga kesehatan yang sedang menjalani proses belajar diberikan izin secara kolektif sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 35

Cukup jelas.

Pasal 36

Cukup jelas.

Pasal 37

Cukup jelas.

Pasal 38

Cukup jelas.

Pasal 39

Cukup jelas.

Pasal 40

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6) . . .

Ayat (6)

Yang dimaksud dengan “obat generik” adalah obat generik dengan menggunakan nama Internasional *Non Proprietary Name* (INN).

Ayat (7)

Cukup jelas.

Pasal 41

Cukup jelas.

Pasal 42

Ayat (1)

Penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan ditujukan untuk menghasilkan informasi kesehatan, teknologi, produk teknologi, dan teknologi informasi (TI) kesehatan untuk mendukung pembangunan kesehatan. Pengembangan teknologi, produk teknologi, teknologi informasi (TI) dan Informasi Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan hak kekayaan intelektual (HKI). Untuk penelitian penyakit infeksi yang muncul baru atau berulang (*new emerging atau re emerging diseases*) yang dapat menyebabkan kepedulian kesehatan dan kedaruratan kesehatan masyarakat (*public health emergency of international concern/PHEIC*) harus dipertimbangkan kemanfaatan (*benefit sharing*) dan penelusuran ulang asal muasalnya (*tracking system*) demi untuk kepentingan nasional.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “teknologi kesehatan” dalam ketentuan ini adalah cara, metode, proses, atau produk yang dihasilkan dari penerapan dan pemanfaatan disiplin ilmu pengetahuan di bidang kesehatan yang menghasilkan nilai bagi pemenuhan kebutuhan, kelangsungan, dan peningkatan mutu kehidupan manusia.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 43

Ayat (1)

Kelembagaan ilmu pengetahuan dan teknologi terdiri atas unsur perguruan tinggi, lembaga penelitian dan pengembangan, badan usaha, dan lembaga penunjang. Lembaga penelitian dan pengembangan kesehatan berfungsi menumbuhkan kemampuan pemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 44

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan uji coba adalah bagian dari kegiatan penelitian dan pengembangan. Penelitian adalah kegiatan yang dilakukan menurut kaidah dan metode ilmiah secara sistematis untuk memperoleh informasi, data, dan keterangan yang berkaitan dengan pemahaman dan pembuktian kebenaran atau ketidakbenaran suatu asumsi dan/atau hipotesis di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi serta menarik simpulan ilmiah bagi keperluan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Pengembangan adalah kegiatan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bertujuan memanfaatkan kaidah dan teori ilmu pengetahuan yang telah terbukti kebenarannya untuk meningkatkan fungsi, manfaat, dan aplikasi ilmu pengetahuan dan teknologi yang telah ada atau menghasilkan teknologi baru.

Ilmu pengetahuan adalah rangkaian pengetahuan yang digali, disusun, dan dikembangkan secara sistematis dengan menggunakan pendekatan tertentu yang dilandasi oleh metodologi ilmiah, baik yang bersifat kuantitatif, kualitatif, maupun eksploratif untuk menerangkan pembuktian gejala alam dan/atau gejala kemasyarakatan tertentu.

Ayat (2)

Semua uji coba yang menggunakan manusia sebagai subjek uji coba wajib didasarkan pada tiga prinsip etik umum, yaitu menghormati harkat martabat manusia (*respect for persons*) yang bertujuan menghormati otonomi dan melindungi manusia yang otonominya terganggu/kurang, berbuat baik (*beneficence*) dan tidak merugikan (*nonmaleficence*) dan keadilan (*justice*).

Ayat (3) . . .

Ayat (3)

Uji coba pada manusia harus dilakukan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan yang bersangkutan. Penelitian dan pengembangan yang menggunakan manusia sebagai subjek harus mendapat *informed consent*. Sebelum meminta persetujuan subyek penelitian, peneliti harus memberikan informasi mengenai tujuan penelitian dan pengembangan kesehatan serta penggunaan hasilnya, jaminan kerahasiaan tentang identitas dan data pribadi, metode yang digunakan, risiko yang mungkin timbul dan hal lain yang perlu diketahui oleh yang bersangkutan dalam rangka penelitian dan pengembangan kesehatan.

Ayat (4)

Hewan percobaan harus dipilih dengan mengutamakan hewan dengan sensitivitas neurofisiologik yang paling rendah (*nonsentient organism*) dan hewan yang paling rendah pada skala evolusi. Keberhati-hatian (*caution*) yang wajar harus diterapkan pada penelitian yang dapat mempengaruhi lingkungan dan kesehatan hewan yang digunakan dalam penelitian harus dihormati.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 45

Ayat (1)

Larangan sebagaimana dimaksud pada ayat ini ditujukan bagi pengembangan teknologi dan/atau produk teknologi yang bertujuan untuk penyalahgunaan sebagai senjata dan/atau bahan senjata biologi, yang menimbulkan bahaya bagi keselamatan manusia, kelestarian fungsi lingkungan, kerukunan bermasyarakat, keselamatan bangsa, dan merugikan negara, serta membahayakan ketahanan nasional.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 46

Cukup jelas.

Pasal 47

Cukup jelas.

Pasal 48

Cukup jelas.

Pasal 49

Cukup jelas.

Pasal 50

Cukup jelas.

Pasal 51

Cukup jelas.

Pasal 52

Cukup jelas.

Pasal 53

Cukup jelas.

Pasal 54

Cukup jelas.

Pasal 55

Cukup jelas.

Pasal 56

Cukup jelas.

Pasal 57

Cukup jelas.

Pasal 58 . . .

Pasal 58

Ayat (1)

Yang termasuk “kerugian” akibat pelayanan kesehatan termasuk didalamnya adalah pembocoran rahasia kedokteran.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 59

Cukup jelas.

Pasal 60

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “penggunaan alat dan teknologi” dalam ketentuan ini adalah yang tidak bertentangan dengan tindakan pengobatan tradisional yang dilakukan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 61

Cukup jelas.

Pasal 62

Cukup jelas.

Pasal 63

Cukup jelas.

Pasal 64

Cukup jelas.

Pasal 65 . . .

Pasal 65

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “fasilitas pelayanan kesehatan tertentu” dalam ketentuan ini adalah fasilitas yang ditetapkan oleh Menteri yang telah memenuhi persyaratan antara lain peralatan, ketenagaan dan penunjang lainnya untuk dapat melaksanakan transplantasi organ dan/atau jaringan tubuh.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 66

Cukup jelas.

Pasal 67

Ayat (1)

Pengiriman spesimen atau bagian organ tubuh dilakukan dalam rangka penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan, pelayanan kesehatan, pendidikan serta kepentingan lainnya. Kepentingan lainnya adalah surveilans, investigasi Kejadian Luar Biasa (KLB), baku mutu keselamatan dan keamanan laboratorium kesehatan sebagai penentu diagnosis penyakit infeksi, upaya koleksi mikroorganisme, koleksi materi, dan data genetik dari pasien dan agen penyebab penyakit. Pengiriman ke luar negeri hanya dapat dilakukan apabila cara mencapai maksud dan tujuan pemeriksaan tidak mampu dilaksanakan oleh tenaga kesehatan maupun fasilitas pelayanan kesehatan atau lembaga penelitian dan pengembangan dalam negeri, maupun untuk kepentingan kendali mutu dalam rangka pemutakhiran akurasi kemampuan standar diagnostik dan terapi oleh kelembagaan dimaksud. Pengiriman spesimen atau bagian organ tubuh dimaksud harus dilegkapi dengan Perjanjian Alih Material dan dokumen pendukung yang relevan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 68

Cukup jelas.

Pasal 69

Cukup jelas.

Pasal 70

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “sel punca” dalam ketentuan ini adalah sel dalam tubuh manusia dengan kemampuan istimewa yakni mampu memperbaharui atau meregenerasi dirinya dan mampu berdiferensiasi menjadi sel lain yang spesifik.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 71

Cukup jelas.

Pasal 72

Cukup jelas.

Pasal 73

Cukup jelas.

Pasal 74

Cukup jelas.

Pasal 75

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3) . . .

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan “konselor” dalam ketentuan ini adalah setiap orang yang telah memiliki sertifikat sebagai konselor melalui pendidikan dan pelatihan. Yang dapat menjadi konselor adalah dokter, psikolog, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan setiap orang yang mempunyai minat dan memiliki keterampilan untuk itu.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 76

Cukup jelas.

Pasal 77

Yang dimaksud dengan praktik aborsi yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab adalah aborsi yang dilakukan dengan paksaan dan tanpa persetujuan perempuan yang bersangkutan, yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tidak profesional, tanpa mengikuti standar profesi dan pelayanan yang berlaku, diskriminatif, atau lebih mengutamakan imbalan materi dari pada indikasi medis.

Pasal 78

Cukup jelas.

Pasal 79

Cukup jelas.

Pasal 80

Cukup jelas.

Pasal 81

Cukup jelas.

Pasal 82 . . .

Pasal 82

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “bencana” dalam ketentuan ini adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis.

Pemerintah harus memfasilitasi tersedianya sumber daya dan pelaksanaan pelayanan kesehatan pada prabencana, saat bencana dan pascabencana.

Ayat (2)

Yang dimaksud “tanggap darurat bencana” dalam ketentuan ini adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 83

Cukup jelas.

Pasal 84

Cukup jelas.

Pasal 85

Cukup jelas.

Pasal 86

Cukup jelas.

Pasal 87

Cukup jelas.

Pasal 88

Cukup jelas.

Pasal 89

Cukup jelas.

Pasal 90

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Guna menjamin ketersediaan darah untuk pelayanan kesehatan, jaminan pemerintah diwujudkan dalam bentuk pemberian subsidi kepada unit transfusi darah (UTD) yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN), anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) dan bantuan lainnya.

Ayat (3)

Darah sebagai anugerah Tuhan Yang Maha Pemurah kepada setiap insan tidaklah sepatutnya dijadikan objek jual beli untuk mencari keuntungan, biarpun dengan dalih untuk menyambung hidup.

Pasal 91

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “proses pengolahan” dalam ketentuan ini adalah pemisahan komponen darah menjadi plasma dan sel darah merah, sel darah putih dan sel pembeku darah yang dilakukan oleh UTD dan biaya pengolahan tersebut ditanggung oleh negara.

Yang dimaksud dengan “proses produksi” dalam ketentuan ini adalah proses fraksionasi dimana dilakukan penguraian protein plasma menjadi antara lain albumin, globulin, faktor VIII dan faktor IX dilakukan oleh industri yang harganya dikendalikan oleh Pemerintah.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “dikendalikan” dalam ketentuan ini termasuk harga hasil produksi yang bersumber dari pengolahan darah transfusi.

Pasal 92

Cukup jelas.

Pasal 93

Ayat (1)

Lingkup masalah dari kesehatan gigi dan mulut ditinjau dari fase tumbuh kembang:

a. Fase . . .

- a. Fase janin;
- b. Ibu Hamil;
- c. Anak-anak;
- d. Remaja;
- e. Dewasa; dan
- f. Lanjut Usia.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 94

Cukup jelas.

Pasal 95

Ayat (1)

Pemerintah menggerakkan pemberdayaan masyarakat untuk donor kornea dan operasi katarak dalam rangka mencegah kebutaan dan pendengaran.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 96

Cukup jelas.

Pasal 97

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “kesehatan matra” dalam ketentuan ini adalah kondisi dengan lingkungan berubah secara bermakna yang dapat menimbulkan masalah kesehatan.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “kesehatan lapangan” dalam ketentuan ini adalah kesehatan matra yang berhubungan dengan pekerjaan didarat yang temporer dan serba berubah. Adapun sasaran pokok adalah melakukan dukungan kesehatan operasional dan pembinaan terhadap setiap orang yang secara langsung maupun tidak langsung terlibat dalam kegiatan dilapangan.

Yang dimaksud dengan “kesehatan kelautan dan bawah air” dalam ketentuan ini adalah kesehatan matra yang berhubungan dengan pekerjaan di laut dan yang berhubungan dengan keadaan lingkungan yang bertekanan tinggi (hiperbarik) dengan sasaran pokok melakukan dukungan kesehatan operasional dan pembinaan kesehatan setiap orang yang secara langsung maupun tidak langsung terlibat dalam pengoperasian peralatan laut dan dibawah air.

Yang dimaksud dengan “kesehatan kedirgantaraan” dalam ketentuan ini adalah kesehatan matra udara yang mencakup ruang lingkup kesehatan penerbangan dan kesehatan ruang angkasa dengan keadaan lingkungan yang bertekanan rendah (hipobarik) dengan mempunyai sasaran pokok melakukan dukungan kesehatan operasional dan pembinaan kesehatan terhadap setiap orang secara langsung atau tidak langsung.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 98

Cukup jelas.

Pasal 99

Cukup jelas.

Pasal 100

Cukup jelas.

Pasal 101

Cukup jelas.

Pasal 102

Cukup jelas.

Pasal 103

Cukup jelas.

Pasal 104

Cukup jelas.

Pasal 105

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “buku standar lainnya” dalam ketentuan ini adalah kalau tidak ada dalam farmakope Indonesia, dapat menggunakan US farmakope, British farmakope, international farmakope.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 106

Cukup jelas.

Pasal 107

Cukup jelas.

Pasal 108

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “tenaga kesehatan” dalam ketentuan ini adalah tenaga kefarmasian sesuai dengan keahlian dan kewenangannya. Dalam hal tidak ada tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan tertentu dapat melakukan praktik kefarmasian secara terbatas, misalnya antara lain dokter dan/atau dokter gigi, bidan, dan perawat, yang dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 109

Cukup jelas.

Pasal 110

Cukup jelas.

Pasal 111

Cukup jelas.

Pasal 112 . . .

Pasal 112

Dalam pengaturan termasuk diatur penggunaan bahan tambahan makanan dan minuman yang boleh digunakan dalam produksi dan pengolahan makanan dan minuman.

Pasal 113

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Penetapan standar diarahkan agar zat adiktif yang dikandung oleh bahan tersebut dapat ditekan untuk mencegah beredarnya bahan palsu. Penetapan persyaratan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif ditujukan untuk menekan dan mencegah penggunaan yang mengganggu atau merugikan kesehatan.

Pasal 114

Yang dimaksud dengan “peringatan kesehatan” dalam ketentuan ini adalah tulisan yang jelas dan mudah terbaca dan dapat disertai gambar atau bentuk lainnya.

Pasal 115

Ayat (1)

Khusus bagi tempat kerja, tempat umum, dan tempat lainnya dapat menyediakan tempat khusus untuk merokok.

Ayat (2)

Pemerintah daerah dalam menetapkan kawasan tanpa rokok harus mempertimbangkan seluruh aspek secara holistik.

Pasal 116

Cukup jelas.

Pasal 117

Cukup jelas.

Pasal 118

Cukup jelas.

Pasal 119

Cukup jelas.

Pasal 120

Cukup jelas.

Pasal 121

Cukup jelas.

Pasal 122

Cukup jelas.

Pasal 123

Cukup jelas.

Pasal 124

Cukup jelas.

Pasal 125

Cukup jelas.

Pasal 126

Cukup jelas.

Pasal 127

Cukup jelas.

Pasal 128

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “pemberian air susu ibu eksklusif” dalam ketentuan ini adalah pemberian hanya air susu ibu selama 6 bulan, dan dapat terus dilanjutkan sampai dengan 2 (dua) tahun dengan memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sebagai tambahan makanan sesuai dengan kebutuhan bayi.

Yang . . .

Yang dimaksud dengan “indikasi medis” dalam ketentuan ini adalah kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan memberikan air susu ibu berdasarkan indikasi medis yang ditetapkan oleh tenaga medis.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 129

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “kebijakan” dalam ketentuan ini berupa pembuatan norma, standar, prosedur dan kriteria.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 130

Cukup jelas.

Pasal 131

Cukup jelas.

Pasal 132

Cukup jelas.

Pasal 133

Cukup jelas.

Pasal 134

Cukup jelas.

Pasal 135

Cukup jelas.

Pasal 136 . . .

Pasal 136

Ayat (1)

Setiap anak usia sekolah dan remaja berhak atas informasi dan edukasi serta layanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi remaja dengan memperhatikan masalah dan kebutuhan agar terbebas dari berbagai gangguan kesehatan dan penyakit yang dapat menghambat pengembangan potensi anak.

Setiap anak usia sekolah dan remaja berhak mendapatkan pendidikan kesehatan melalui sekolah dan madrasah dan maupun luar sekolah untuk meningkatkan kemampuan hidup anak dalam lingkungan hidup yang sehat sehingga dapat belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang berkualitas.

Upaya pembinaan usia sekolah dan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus ditujukan untuk menyiapkan anak menjadi orang dewasa yang sehat, cerdas dan produktif baik sosial maupun ekonomi.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 137

Cukup jelas.

Pasal 138

Cukup jelas.

Pasal 139

Cukup jelas.

Pasal 140

Cukup jelas.

Pasal 141

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2) . . .

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “gizi seimbang” dalam ketentuan ini adalah asupan gizi sesuai kebutuhan seseorang untuk mencegah resiko gizi lebih dan gizi kurang.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Pasal 142

Cukup jelas.

Pasal 143

Cukup jelas.

Pasal 144

Cukup jelas.

Pasal 145

Cukup jelas.

Pasal 146

Cukup jelas.

Pasal 147

Cukup jelas.

Pasal 148

Cukup jelas.

Pasal 149

Cukup jelas.

Pasal 150

Cukup jelas.

Pasal 151

Cukup jelas.

Pasal 152 . . .

Pasal 152

Cukup jelas.

Pasal 153

Cukup jelas.

Pasal 154

Cukup jelas.

Pasal 155

Cukup jelas.

Pasal 156

Cukup jelas.

Pasal 157

Ayat (1)

Perilaku hidup bersih dan sehat bagi penderita penyakit menular dilakukan dengan tidak melakukan tindakan yang dapat memudahkan penularan penyakit pada orang lain.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 158

Cukup jelas.

Pasal 159

Cukup jelas.

Pasal 160

Cukup jelas.

Pasal 161

Cukup jelas.

Pasal 162 . . .

Pasal 162

Cukup jelas.

Pasal 163

Cukup jelas.

Pasal 164

Cukup jelas.

Pasal 165

Cukup jelas.

Pasal 166

Cukup jelas.

Pasal 167

Cukup jelas.

Pasal 168

Cukup jelas.

Pasal 169

Cukup jelas.

Pasal 170

Cukup jelas.

Pasal 171

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Bagi daerah yang telah menetapkan lebih dari 10% (sepuluh persen) agar tidak menurunkan jumlah alokasinya dan bagi daerah yang belum mempunyai kemampuan agar dilaksanakan secara bertahap.

Ayat (3) . . .

Ayat (3)

Yang dimaksud dengan “kepentingan pelayanan publik” dalam ketentuan ini adalah pelayanan kesehatan baik pelayanan preventif, pelayanan promotif, pelayanan kuratif, dan pelayanan rehabilitatif yang dibutuhkan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Biaya tersebut dilakukan secara efisien dan efektif dengan mengutamakan pelayanan preventif dan pelayanan promotif dan besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari APBN dan APBD.

Pasal 172

Cukup jelas.

Pasal 173

Cukup jelas.

Pasal 174

Cukup jelas.

Pasal 175

Cukup jelas.

Pasal 176

Cukup jelas.

Pasal 177

Cukup jelas.

Pasal 178

Cukup jelas.

Pasal 179

Cukup jelas.

Pasal 180

Cukup jelas.

Pasal 181 . . .

Pasal 181

Cukup jelas.

Pasal 182

Cukup jelas.

Pasal 183

Cukup jelas.

Pasal 184

Cukup jelas.

Pasal 185

Cukup jelas.

Pasal 186

Cukup jelas.

Pasal 187

Cukup jelas.

Pasal 188

Cukup jelas.

Pasal 189

Cukup jelas.

Pasal 190

Cukup jelas.

Pasal 191

Cukup jelas.

Pasal 192

Cukup jelas.

Pasal 193

Cukup jelas.

Pasal 194

Cukup jelas.

Pasal 195

Cukup jelas.

Pasal 196

Cukup jelas.

Pasal 197

Cukup jelas.

Pasal 198

Cukup jelas.

Pasal 199

Cukup jelas.

Pasal 200

Cukup jelas.

Pasal 201

Cukup jelas.

Pasal 202

Cukup jelas.

Pasal 203

Cukup jelas.

Pasal 204

Cukup jelas.

Pasal 205

Cukup jelas.



BAB I PENDAHULUAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Serang

Secara geografis wilayah Kabupaten Serang terletak pada koordinat $5^{\circ} 50'$ - $6^{\circ} 21'$ Lintang Selatan dan $105^{\circ} 0'$ - $106^{\circ} 22'$ Bujur Timur. Jarak terpanjang menurut garis lurus dari utara ke selatan adalah sekitar 60 km dan jarak terpanjang dari barat ke timur sekitar 90 km, dengan luas wilayah 1.467,35 km². Kabupaten Serang adalah daerah yang sangat potensial karena dilalui jalan tol Jakarta – Merak yang merupakan akses utama menuju Pulau Sumatera melalui penyebrangan pelabuhan Merak, hal ini sebagai transit perhubungan darat antara Pulau Jawa dan Pulau Sumatera dan daerah penyangga Ibu Kota Negara. Jumlah penduduk 1.447.067 jiwa yang tersebar atas 29 Kecamatan dan 326 Desa, yang berbatasan langsung dengan wilayah/daerah lain yaitu :

- 1) Sebelah Utara : Laut Jawa dan Kota Serang
- 2) Sebelah Timur : Kabupaten Tangerang
- 3) Sebelah Selatan : Kabupaten Lebak dan Kabupaten Pandeglang
- 4) Sebelah Barat : Kota Cilegon dan Selat Sunda

a. Batas Administrasi Daerah

Secara administratif, Kabupaten Serang terdiri atas 29 Kecamatan dan **326 Desa**, dengan batas – batas sebagai berikut:

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Jawa dan Kota Serang;
2. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Lebak dan Pandeglang.
3. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Tangerang;
4. Sebelah Barat berbatasan dengan Kota Cilegon dan Selat Sunda;

b. Luas Wilayah

Luas wilayah Kabupaten Serang seluas **1.467.35Km²**



c. Topografis

Pada umumnya wilayah Kabupaten Serang merupakan dataran rendah dan pegunungan dengan ketinggian antara 0 – 1778 meter di atas permukaan laut.

Kabupaten Serang termasuk iklim tropis dengan temperature udara rata - rata berkisar antara 25,8 derajat celcius – 27,6 derajat celcius, 2egara2ture udara minimum 20,9 derajat celcius maksimum 33,8 derajat celcius dan terdapat pulau-pulau yang berada di wilayah perairan Kabupaten Serang yang tercatat sebanyak 17 pulau

d. Hidrologi dan Klimatologis

Kondisi hidrologi di Kabupaten Serang ditandai dengan terdapatnya Daerah Aliran Sungai (DAS). Pengelolaan sungai mengatur adanya Satuan Wilayah Sungai (SWS) dan Daerah Aliran Sungai (DAS). Secara umum, baik SWS maupun DAS yang ada di Kabupaten Serang relatif tidak luas. Sungai-sungai yang terdapat di Kabupaten Serang memiliki lebar yang relatif kecil (lebar kurang dari 50 m) dan pendek (panjang kurang dari 100 km). Selain itu terdapat DPS (Daerah Pengelolaan Sungai), yakni pengelolaan satu atau beberapa DAS secara bersama yang dilakukan dalam pelaksanaan perencanaan dan pengelolaan karena faktor efisiensi dana dan pelaksanaan. SWS yang terdapat di Kabupaten Serang, yaitu Ciujung-Ciliman, terdiri atas DAS Cidurian, Ciujung, Cibanten, dan Cidanau. Sungai Cidurian berhulu di Kabupaten Tangerang. Sebagian besar sungai mengalir ke arah utara menuju Laut Jawa. DAS Cidanau mengalir ke barat, Selat Sunda. Di sebelah selatannya terdapat DAS Ciliman dimana terdapat dua arah pengaliran, yang pada umumnya mengalir ke utara menuju Laut Jawa atau Teluk Banten, dan sebagian ke barat menuju Selat Sunda.

Ditinjau dari fisiografi dan morfologi permukaan tanahnya, sebagian besar (sekitar 35 %) bagian utara Kabupaten Serang merupakan hilir tata



air permukaan yang mengarah ke Laut Jawa bagian barat daya, khususnya ke Teluk Banten. Dari 35 % tersebut, sekitar 25 % merupakan daerah perbukitan sangat rendah atau mengalami pendataran sangat aktif (peneplainisasi) dan 10 % berupa dataran pesisir. Aliran air permukaan yang besar terutama berasal dari Daerah Aliran Sungai (DAS) Cidurian dan DAS Ciujung. Sekitar 50 % merupakan perbukitan daerah hulu terutama di bagian selatan dan sedikit di utara-barat laut, yaitu Kecamatan Bojonegara dan Kecamatan Pulo Ampel. Sisanya sekitar 14 % merupakan wilayah perbukitan yang mengarahkan aliran air permukaannya ke arah barat di Selat Sunda terutama dari DAS Ciliman, dengan dataran pesisir hilirnya di sebelah barat yang sangat sempit (1 %).



Gambar 1. Wilayah Administrasi Kabupaten Serang



Perkembangan kepadatan penduduk Kabupaten Serang dalam kurun waktu tahun 2016 - 2017 berjumlah 1.419.358 jiwa sehingga mengalami sedikit peningkatan 20.968 jiwa dibanding tahun 2014 – 2015 yang berjumlah 1.398.390 jiwa , Peningkatan yang sedikit tersebut disebabkan adanya Sistem Elektronik / e-KTP sehingga data kependudukan Kabupaten Serang tidak akan terjadi double/ Data Ganda. Dimana Data Ganda merupakan data kependudukan yang sama atau hampir sama dikarenakan ada kesamaan elemen data kependudukan seperti kesamaan nama, jenis kelamin, tempat lahir, nama ibu dan nama ayah, data ganda tersebut baik ganda dalam daerah ataupun diluar daerah baik dalam satu propinsi maupun dengan propinsi diluar propinsi Banten.

Adanya koreksi jumlah Data Kependudukan Kabupaten Serang diatur oleh Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Undang–Undang nomor 23 Tahun 2003 tentang Administrasi Kependudukan,

Pasal 7 ayat (1) huruf g menyebutkan “Penyajian data kependudukan berskala Kabupaten/ kota berasal dari Data Kependudukan yang telah dikonsolidasikan dan dibersihkan oleh Kementrian yang bertanggung jawab dalam urusan pemerintah dalam negeri”.

Atas dasar peraturan tersebut, Database Kependudukan kabupaten Serang pertanggal 19 Juli 2014 telah menggunakan data kependudukan hasil konsolidasi dan pembersihan semester 1 tahun 2014 oleh Direktorat Jendral Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kementerian Dalam Negeri RI.

e. Jumlah Penduduk Kabupaten Serang

Jumlah Penduduk Kabupaten Serang memiliki jumlah penduduk sebanyak 1.447.067 jiwa, menurut registrasi penduduk yang dihasilkan melalui Sistem Informasi Administrsi Kependudukan (SIAK) yang telah dikonsolidasikan dan dibersihkan oleh Direktorat Jendral Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kementerian Dalam Negeri Tahun 2017.



Dengan adanya pemuktahiran data dimana penduduk melalui pendataan dan perekam data penduduk yang meliputi perekam sidik jari, Retina mata, pemfotoan dan pemuktahiran yang tujuannya untuk pembersihan data ganda yang mana seseorang tidak dimungkinkan lagi tercatat 2 kali dalam database.

Berikut ini adalah tabel komposisi penduduk menurut jenis kelamin dan kecamatan berdasarkan Sensus Penduduk Kabupaten Serang Tahun 2017

Tabel 1. Penduduk Kabupaten Serang Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

No	Kelompok Umur	laki - laki		Perempuan		Jumlah	
		n (Jiwa)	%	n (Jiwa)	%	n (Jiwa)	%
1	2	3	4	5	6	7	8
1	00 - 04	47.356	3,26	43.859	3,02	91.215	6,29
2	05 - 09	64.222	4,43	60.602	4,18	124.824	8,60
3	10 - 14	67.057	4,62	62.404	4,30	129.461	8,92
4	15 - 19	68.133	4,70	65.469	4,51	133.602	9,21
5	20 - 24	74.582	5,14	70.156	4,83	144.738	9,97
6	25 - 29	74.699	5,15	68.742	4,74	143.441	9,89
7	30 - 34	69.361	4,78	63.953	4,41	133.314	9,19
8	35 - 39	61.383	4,23	61.766	4,26	123.149	8,49
9	40 - 44	53.694	3,70	53.739	3,70	107.433	7,40
10	45 - 49	49.189	3,39	46.653	3,22	95.842	6,60
11	50 - 54	37.616	2,59	35.637	2,46	73.253	5,05
12	55 - 59	29.931	2,06	28.132	1,94	58.063	4,00
13	60 - 64	19.706	1,36	17.774	1,22	37.480	2,58
14	65 - 69	12.781	0,88	12.469	0,86	21.250	1,74
15	70 - 74	7.396	0,51	8.264	0,57	15.660	1,08
16	>75	6.904	0,48	7.438	0,51	14.342	0,99
	TOTAL	744.010	51,28	707.057	48,73	1.447.067	100

Sumber : Dinas Penduduk dan Catatan Sipil Tahun 2017



Tabel 2. Penduduk Kabupaten Serang Berdasarkan Kecamatan

No	Kecamatan	laki - laki		Perempuan		Jumlah	
		n (Jiwa)	%	n (Jiwa)	%	n (Jiwa)	%
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Kramatwatu	47.783	3,29	45.275	3,12	93.058	6,41
2	Waringinkurung	22.638	1,56	21.319	1,47	43.957	3,03
3	Bojonegara	22.800	1,57	21.636	1,49	44.436	3,06
4	Pulo Ampel	18.761	1,29	18.355	1,26	37.116	2,56
5	Ciruas	38.604	2,66	37.430	2,58	76.034	5,24
6	Kragilan	36.631	2,52	35.213	2,43	71.844	4,95
7	Pontang	21.931	1,51	20.983	1,45	42.914	2,96
8	Tirtayasa	21.436	1,48	20.636	1,42	42.072	2,90
9	Tanara	18.888	1,30	18.481	1,27	37.369	2,58
10	Cikande	49.818	3,43	47.989	3,31	97.807	6,74
11	Kibin	24.917	1,72	24.304	1,67	49.221	3,39
12	Carenang	18.010	1,24	17.878	1,23	35.888	2,47
13	Binuang	13.971	0,96	13.720	0,95	27.691	1,91
14	Petir	28.472	1,96	26.943	1,86	55.415	3,82
15	Tunjung Teja	21.694	1,50	20.552	1,42	42.246	2,91
16	Baros	27.042	1,86	24.503	1,69	51.345	3,55
17	Cikeusal	34.979	2,41	34.209	2,36	69.188	4,77
18	Pamarayan	27.374	1,89	25.595	1,76	52.972	3,65
19	Kopo	25.887	1,78	24.013	1,65	49.900	3,44
20	Jawilan	28.266	1,95	26.375	1,82	54.641	3,77
21	Ciomas	18.696	1,29	17.240	1,19	35.936	2,47
22	Pabuaran	18.629	1,28	17.227	1,19	35.856	2,47
23	Padarincang	32.424	2,23	30.765	2,12	63.432	4,35
24	Anyer	27.328	1,88	26.104	1,80	53.432	3,68
25	Cinangka	28.479	1,96	26.198	1,81	54.677	3,77
26	Mancak	23.059	1,59	20.989	1,43	44.045	3,04
27	Gunungsari	10.895	0,75	9.964	0,69	20.859	1,44
28	Bandung	17.187	1,18	16.211	1,12	33.355	2,30
29	Lebak Wangi	17.411	1,20	16.950	1,17	34.361	2,37
	TOTAL	744.010	51,27	707.057	48,73	1.451.067	100,00

Sumber : Dinas Penduduk dan Catatan Sipil Tahun 2017



B. Gambaran Umum RSUD dr. Dradjat Prawiranegara

1. Umum

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang sebelumnya bernama RSUD Kabupaten Serang yang merupakan Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan sebagai pusat rujukan rumah sakit sewilayah Provinsi Banten yang mencakup Kabupaten Lebak, Pandeglang, Kabupaten Serang, Kota Serang serta Kota Cilegon dituntut untuk dapat melakukan pelayanan profesional.

2. Tugas Pokok dan Fungsi RSUD dr. Dradjat Prawiranegara

1. Tugas Pokok

Tugas pokok, yaitu melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan upaya penyembuhan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

2. Fungsi

Untuk menyelenggarakan Tugas Pokok tersebut Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara mempunyai fungsi yang dijabarkan melalui program-program sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan medis
2. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis
3. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan
4. Penyelenggaraan pelayanan rujukan
5. Penyelenggaraan pendidikan dan latihan
6. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan
7. Penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan



3.Visi

“Menjadi Rumah Sakit Terbaik Dengan Pelayanan Profesional Dan Berkualitas di Banten “

4.Misi

1. Meningkatkan kualitas pelayanan (Kualitas Sumber Daya Manusia dan Kualitas Sarana dan Prasarana) secara konsisten dan berkelanjutan secara terus menerus
2. Meningkatkan fungsi RSUD dr. Drajat Prawiranegara menjadi Rumah Sakit Pendidikan dan Pelatihan ; (Program Strategis Rumah Sakit Pendidikan Satelit)
3. Meningkatkan Sarana dan prasarana yang berkualitas dalam rangka menunjang pelayanan kesehatan.
4. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi tanpa mengurangi standar pelayanan kepada masyarakat ; (program strategis)
5. Meningkatkan penerapan tata kelola yang baik dan PPK – BLUD yang semakin akuntabel
6. Meningkatkan dan menumbuhkan budaya organisasi yang kuat, berkomitmen tinggi serta tanggungjawab didukung SDM yang memenuhi standar dalam kuantitas dan kualitas ;
7. Memberikan perlindungan hukum dan meningkatkan kesejahteraan SDM rumah sakit.

5.Tujuan

1. Menyediakan dan meningkatkan jenis dan mutu pelayanan (medik, penunjang medik dan nonmedik) yang sesuai dengan perkembangan IPTEK kedokteran dan kebutuhan masyarakat.
2. Mengembangkan system manajemen rumah sakit yang efektif dan efisien,dapat menjamin pelaksanaan bisnis yang sehat dengan tetap menjalankan fungsi sosialnya.
3. Menyediakan pelayanan yang optimal untuk masyarakat dalam program JKN .



6. Kebijakan

Dengan memperhatikan kondisi RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang, untuk pencapaian visi, misi, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan maka dirumuskan arah kebijakan sebagai berikut:

1. Kebijakan dalam mencapai tujuan menyediakan dan meningkatkan jenis dan mutu pelayanan (medik, penunjang medik dan penunjang non medik) yang sesuai perkembangan IPTEK kedokteran dan kebutuhan masyarakat yaitu:
 - a. Melengkapi dan menyempurnakan secara Periodik Standar Pelayanan Medik dan Standar Pelayanan Minimal setiap SMF dan instalasi.
 - b. Melakukan audit kinerja pada semua aspek pelayanan.
 - c. Melaksanakan survei kepuasan pasien secara periodik.
 - d. Menindaklanjuti komplain dari pasien.

2. Kebijakan dalam mencapai tujuan mengembangkan tujuan mengembangkan sistem manajemen RS yang efektif dan efisien serta dapat menjamin pelaksanaan bisnis yang sehat dengan tetap menjalankan fungsi sosialnya yaitu:
 - a. Mengevaluasi dan mengusulkan perubahan Perda tentang tarif sesuai dengan keadaan.
 - b. Menyempurnakan Sistem Informasi Manajemen RS (SIM-RS) yang terintegrasi.
 - c. Melengkapi/menyempurnakan SOTK RS dengan pembentukan komite dan unit kerja sesuai dengan kebutuhan BLUD.
 - d. Melaksanakan Pembuatan RBA secara berjenjang dengan orientasi pada hasil, objektivas, rasional dan realistik.



- 3 Kebijakan dalam mencapai tujuan menyediakan pelayanan yang optimal untuk pelayanan JKN yaitu :
 - a. Menyediakan sarana dan prasarana untuk memenuhi pelayanan pasien JKN.
 - b. Membuat dan melaksanakan prosedur pelayanan JKN yang efisien dan efektif.



7. Sejarah

1. Periode Tahun 1938-1942

Mengenai sejarah berdirinya RSUD Serang, tidak banyak informasi yang dapat kami kumpulkan. Satu-satunya bukti yang dapat dicatat disini adalah prasasti yang diletakkan pada dinding poliklinik lama yang sudah dibongkar dan di atasnya telah dibangun Gedung Utama Poliklinik 2 lantai yang sekarang berdiri. Prasasti tersebut mencatat tentang peletakkan batu pertama oleh Raden Ajoe Toemenggoeng Djajadiningrat (istri Bupati ketika itu), dengan menggunakan Bahasa Belanda pada tanggal 20 Agustus 1938.

Berdasarkan prasasti inilah Direktur RSUD Serang mengusulkan kepada Pemerintah Daerah Tingkat II Serang bahwa tanggal 20 Agustus untuk dapat dijadikan sebagai Hari Jadi RSUD Serang dan sekaligus menetapkan nama "**RSU SERANG**" dalam Peraturan Daerah.

Mengenai perkembangannya setelah didirikan, juga tidak banyak informasi yang dapat dikumpulkan, hal ini karena tiadanya bukti tertulis (arsip) yang menjadi pegawai RSUD Serang ketika itu pun kini sudah tidak ada (sudah meninggal).

Menurut keterangan seorang Ibu Muti'ah yang lahir pada tahun 1918, alamat kampung Benggala RW. IX Desa Cipare, yang pada waktu itu pernah bekerja sebagai juru rawat di RSUD Serang, tenaga dokter rumah sakit adalah dr. Nelsen dan dr. Wabes, tapi siapa diantaranya yang menjadi pimpinannya, juga tidak jelas.

Pada waktu itu di RSUD Serang yang sekarang, ada dua Rumah Sakit Militer untuk keperluan serdadu dan keluarganya dan rumah sakit untuk pribumi biasa.



b. Pada Waktu Pendudukan Jepang Tahun 1942–1945

Pada waktu pendudukan Jepang Tahun 1942-1945, tidak banyak informasi yang dapat kami kumpulkan. Dari beberapa orang yang pernah bekerja di RSUD Serang pada jaman Jepang, dan sudah sangat langka karena sebagian besar sudah meninggal, yang dapat kami peroleh yaitu sejak penjajahan Jepang sampai tahun 1943 yang memimpin RSUD Serang adalah dr. R. Supangat, asal Jawa Tengah (Solo).

Tahun 1944-1945 kepala RSUD Serang adalah dr. Zainul Arifin, asal Aceh Sumatera Utara dibantu oleh dr. Go Lie Nio, khusus untuk bagian wanita, serta seorang asisten, yaitu dr. Anwar. Kegiatan RSUD Serang selama pendudukan Jepang, oleh pemerintah tentara Dai Nipon Taikoku semata-mata diarahkan untuk kepentingan Jepang sendiri dalam menghadapi perang Asia Timur Raya.

Pada waktu itu ratusan ribu rakyat Indonesia dibawa oleh Tentara Jepang dan dipekerjakan dengan paksa sebagai Romusha (Kuli Paksaan), dengan kerja berat sebagai tenaga kuli kasar tapi makan kurang serta pemeliharaan kesehatan yang sangat buruk disamping siksaan-siksaan yang dilakukan oleh tentara Dai Nipon Taikoku, maka kondisi fisik mereka sangat buruk. Ketika mereka jatuh sakit sampai tidak mampu bergerak lagi barulah diangkut ke RSUD Serang (dari lapangan Terbang Gorda, Merak, Anyer dan lain-lain tempat).

Dalam 1 hari tidak kurang dari 20 orang yang dikirim ke RSUD Serang dengan menderita penyakit terbanyak adalah Amuba Dysentri (berak darah) yang sudah sangat parah, sehingga yang meninggal diantaranya mencapai 14 orang sehari. Dapat dibayangkan berapa orang yang dapat bertahan hidup.

Selain Romusha, juga banyak tahanan-tahanan Jepang yang dirawat di RSUD Serang sebagai akibat siksaan yang dialami dari Tentara Jepang (Kempei Tai).



1. Permulaan Tahun 1945

Tahun 1945 – 1952 RSUD Serang dipimpin oleh dr. Poerwoko (Almarhum) dibantu oleh Prof.Dr.dr. Dradjat Prawiranegara Tahun 1949 ketika Banten diduduki Belanda (Aksi Militer ke II) wabah penyakit cacar berkecambuk di Daerah Banten dan dr. Dradjat Prawiranegara memimpin Rumah Sakit Cacar di Kabupaten Serang.

Ketika Tentara Republik Indonesia melaksanakan perang gerilya melawan penjajah Belanda, patut dicatat bahwa andil RSUD Serang dalam membantu gerilyawan di hutan-hutan tidaklah sedikit, terutama mengenai bantuan obat-obatan melalui mantri-mantri yang tersebar di Wilayah Kabupaten Serang, meskipun pada waktu itu obat-obatan keperluan rumah sakit dibuat sendiri di Apotek RSUD Serang sebagai akibat blokade pihak Belanda terhadap Pemerintah Republik Indonesia di Karsidenan Banten.

2. Penggantian Nama RSUD Kabupaten Serang Menjadi RSUD dr. Drajat Prawiranegara

Pada Tahun 2014 Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Serang Berubah Nama menjadi RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Serang No. 12 Tahun 2014.

Pemberian Nama RSUD Kabupaten Serang diorientasikan untuk memberikan status dan kedudukan hukum atas penamaan RSUD Kabupaten Serang serta sebagai simbol pemersatu keberagaman masyarakat sekaligus sebagai bentuk penghormatan dan penghargaan atas jasa-jasa yang telah diberikan kepada seorang Tokoh dalam memperjuangkan pembangunan bidang kesehatan didaerah, sehingga tercipta nama **RSUD dr. Drajat Prawiranegara** dalam rangka memberikan motivasi peningkatan pelayanan kepada masyarakat dalam bidang kesehatan.

Keberadaan RSUD dr. Drajat Prawiranegara sebagai sarana pelayanan kesehatan merupakan unsur penting dalam pengembangan kehidupan



berbangsa, bernegara, pembinaan persatuan, kesatuan bangsa dan memajukan kesejahteraan umum serta penghormatan kepada tokoh yang namanya diabadikan sebagai nama RSUD Kabupaten Serang.

Riwayat singkat dr. Dradjat Demokrat Prawiranegara

Berdasarkan biodata yang ditulis secara pribadi oleh beliau, yang diperoleh dari keluarga, beliau lahir pada 1 Juni 1916 di Muncang Banten. Prof. Dr. dr. Dradjat D. Prawiranegara, MPH adalah *pioneer* dalam pengembangan Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat di Indonesia setelah Prof. Dr. Poorwo Soedarmo. Beliau menyelesaikan pendidikan di *Geneeskundige Hooge School* (kini FK-UI) di Jakarta tahun 1945. Pada tahun 1956 menyelesaikan pendidikan di School of Public Health, Harvard, Boston University, Amerika Serikat, dengan mendapatkan Master of Public Health Majoring Nutrition. Selanjutnya, Pada tahun 1969, beliau memperoleh kesempatan untuk mendapat pendidikan di John Hopkins School of Hygiene and Public Health Certified Health Planning.

Tahun 1953 diangkat menjadi dokter Kabupaten Lebak, dalam periode waktu tersebut beliau memberikan perhatian khusus terhadap masalah kekurangan vitamin A pada Kabupaten Lebak. Kemudian, beliau melakukan intervensi antara lain dengan memberikan levertran (kapsul minyak ikan kepada masyarakat setempat). Berikut penjabaran pengalaman kerja beliau:

1. Pada tahun 1945-1953: Dokter Kem.Kes Republik Indonesia. Dpb. Pemda Tingkat II/Kab. Lebak, kemudian Serang dan Pandeglang.
2. Pada tahun 1953-1954: Dokter Keresidenan Banten
3. Pada tahun 1954-1960: Wakil Kepala Lembaga Makanan Rakyat Kementerian Kesehatan Jakarta.
4. Pada tahun 1960-1968: Kepala Lembaga Makanan Rakyat Kementerian Kesehatan Jakarta
5. Pada tahun 1968-1970: Direktur Direktorat Gizi Departemen Kesehatan
6. Pada tahun 1970-1974: Dir.Jen. Bina Waluya Departemen Kesehatan.
7. Pada tahun 1974-1978: Dir. Jen. Pelayan Kesehatan



8. Pada tahun 1978-1981: Guru Besar Tetap Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
9. 1 Juli 1981: Pensiun Pembina Utama/ Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dengan SK. Presiden RI. No. 26/ Pens tahun 1981.

Pada tahun 1956 beliau diangkat menjadi wakil kepala lembaga yang sebelumnya bernama *Instituut Voor Volksovoeding* dan berubah menjadi Lembaga Makanan Rakyat dan dikepalai Dr. Poorwo Soedarmo.

Lembaga tersebut mempunyai tiga kegiatan utama, yaitu:

- 1 Kegiatan di bidang pengembangan program
- 2 Ketenagakerjaan
- 3 Kegiatan di bidang penelitian dan pengembangan

Cikal bakal program gizi di Indonesia, dimulai dengan upaya pendidikan gizi dikaitkan dengan berdirinya sekolah ahli diet yang kemudian menjadi akademi pendidikan nutrisisionis, lalu menjadi akademi gizi yang direktornya adalah Dr. Poorwo Soedarmo. Disamping itu didirikan juga Sekolah Djuru Penerangan Makanan yang kemudian ditingkatkan menjadi SMK jurusan Gizi di Pasar Minggu dimana beliau sebagai Direktornya. Lulusan dari kedua sekolah tersebut sebagian besar ditempatkan di daerah-daerah (Provinsi) dengan kegiatan utama bidang pendidikan dan penyuluhan gizi.

Kegiatan yang berhubungan dengan penelitian dilakukan sejak tahun 1957-1959, dengan dibantu oleh ahli WHO yaitu Dr. K. V. Baylee melakukan penelitian berkaitan dengan masalah busung lapar di Gunung Kidul, Jogjakarta, Jawa Timur dan Madura. Pada tahun 1960 beliau diangkat sebagai Kepala Lembaga Makanan Rakyat. Kemudian pada 1968, diangkat menjadi Kepala Direktorat Gizi Departemen Kesehatan yang pertama. Jabatan struktural tertinggi beliau sebagai Dir. Jen Bina Waluya Departemen Kesehatan tahun 1970-1974, kemudian sebagai Dir. Jen. Pelayanan Kesehatan Departemen Kesehatan tahun 1974-1978.



Sebagai penghargaan dan penghormatan atas jasa-jasa Prof. Dradjat dalam pengembangan dan pembinaan program gizi, beliau diusulkan oleh Persatuan Ahli Gizi Indonesia untuk memperoleh penghargaan di Bidang kesehatan dari Menteri Kesehatan. Atas dasar usulan tersebut, dalam rangka tridasa warsa hari kesehatan nasional tahun 1994, Menteri Kesehatan memberikan tanda penghargaan **Ksatria Bakti Husada Kartika** kepada Prof. Dr. dr. Dradjat D Prawiranegara MPH.

Kiprah beliau dalam bidang pendidikan dan pengajaran adalah Sebelum diangkat sebagai Guru Besar Universitas Indonesia beliau sebagai dosen tidak tetap diberbagai lembaga pendidikan pemerintah, memberi kuliah kesehatan masyarakat dan Ilmu Gizi seperti di FKUI, FK & FKG Universitas Padjajaran, FKM UI, IKIP, Akademi Gizi, Akademi Kontrolir Kesehatan, SEAMEO *Applied Nutrition Course*. Beliau diberi gelar Doktor Honoris Causa dari Universitas Indonesia pada 2 Desember 1998. (Kompas, 26 Februari 1999).

Selanjutnya, dalam bidang riset kiprahnya adalah mengembangkan riset di bidang gizi dan kesehatan masyarakat, dimungkinkan bantuan dari Departemen Urusan Research (1962-1965) dan dana National Institutes of Health USA via Philadelphia General Hospital (Prof. Paul Gyorgy) dan Bank Dunia. Hasil riset beliau dibawa ke forum regional dan internasional seperti Pan Indian Ocean Science Association, U.N Conference on Applied Science & Technology, Pasific Science Congress, International Union Nutrition Sciences. Untuk judul publikasi *Bibliography Nutrition Research in Indonesia I & II* kerjasama dengan Puslitbang Gizi Bogor (FKM UI, 1997). Berikut, proyek pembangunan di bidang kesehatan yang sudah beliau hasilkan diantaranya:

1. Usaha Perbaikan Gizi Keluarga mula-mula dibantu UNICEF & FAO, Kemudian Bank Dunia sebagai *Nutrition Development Project*.
2. Proyek Pengembangan Tenaga Ahli Pendidikan Kesehatan (*Health Education Specialist Development Project*) dengan dana dari Pemerintah, WHO, USAID dan Ford Foundation. Pendidikan tersebut dilakukan di dalam dan di luar negeri.



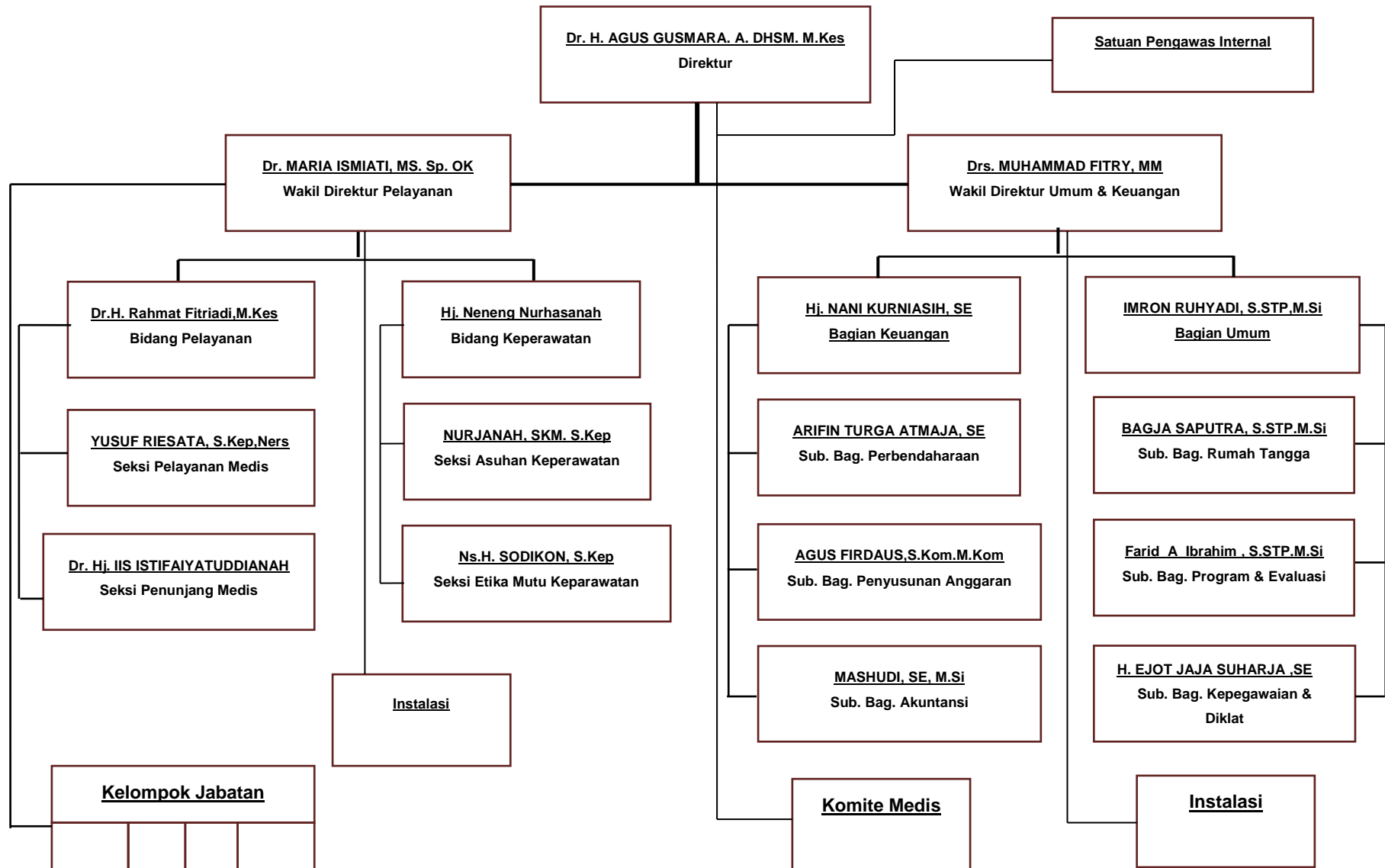
Berdasarkan pemaparan diatas, maka nama **Dradjat Prawiranegara** dapat diabadikan sebagai nama RSUD Kabupaten Serang, dimana beliau telah memberikan kontribusi yang sangat besar dalam bidang kesehatan.

Selanjutnya Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah dr.Dradjat Prawiranegara kabupaten Serang berturut-turut dijabat sbb:

1. dr. Kamarga (1952 - 1954)
2. dr. Med H.Y. Rathscheck, Ahli Bedah dan Kebidanan.
3. Asal Jerman (1954 - 1959) dibantu oleh dr. Bornhoupt.
4. dr. Mathew (1958 - 1950) dari Swis.
5. dr. Tan Pek Sin (1959 - 1965) dari RRC.
6. dr. Kimar Wiradimadja (1965 - 1967)
7. dr. R. H. Yachya Sumabrata (1967 - 1969)
8. dr. R. Peoedjo Darmohoesodo (1969 - 1971)
9. dr. Yubahar (1971 -1973)
10. dr. Soerjanto Sindoesoebroto, Ahli Bedah (1973 - 1986)
11. dr. Sunarso Kartohatmodjo, Ahli Bedah (1986 – 1989)
12. dr. H. Aris Halim., MARS (1989 – 2001)
13. dr. H. Encep Mukardi., MARS (2001- 2005)
14. dr. H. Sulchi Aziz., MM (2005-2007)
15. dr. H. Budiardjo., MARS (2007 - Agustus 2009)
16. dr. H. Encep Mukardi., MARS (Agustus 2009 – November 2011)
17. dr. H. AgusGusmara A., DHSM., M.Kes (November 2011 sampai sekarang)



5) Struktur Organisasi





6) Sumber Daya Manusia

Ketenagaan di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang dapat dikatakan memadai untuk rumah sakit , baik tenaga struktural maupun ketenagaan fungsional. Komitmen terhadap peningkatan kualitas SDM terus dilakukan, karena RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang menyadari sepenuhnya bahwa SDM merupakan aset yang sangat berharga dalam tumbuh kembang rumah sakit. Adapun jumlah pegawai di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang seluruhnya adalah 1.203 orang (termasuk 706 orang tenaga PNS, 451 orang Non PNS yang terinci dalam tabel berikut :

Tabel 3. Jumlah dan Rincian Pegawai RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang Tahun 2017

No	NAMA JABATAN	PNS	NON PNS
I	JABATAN STRUKTURAL	17	
1	Direktur	1	
2	Wakil Direktur Umum dan Keuangan	1	
3	Wakil Direktur Pelayanan	1	
4	Kepala Bidang Pelayanan	1	
5	Kepala Bidang Keperawatan	1	
6	Kepala Bagian Keuangan	1	
7	Kepala Bagian Kepegawaian	1	
8	Kepala Seksi Penunjang Medis	1	
9	Kepala Seksi Asuhan Keperawatan	1	
10	Kepala Seksi Pelayanan Medis	1	
11	Kepala Seksi Etika Mutu Keperawatan	1	
12	Kepala Sub. Bagian Perbendaharaan	1	
13	Kepala sub. Bagian Penyusunan Anggaran	1	
14	Kepala Sub. Bagian Akuntansi	1	
15	Kepala Sub. Bagian Kepegawaian & Diklat	1	
16	Kepala Sub Bagian Program & Evaluasi	1	
17	Kepala Sub. Bagian Rumah Tangga	1	



	II	JABATAN FUNGSIONAL TERTENTU	467	316
	1	Dokter Umum	16	24
	2	Dokter Spesialis	37	18
	3	Dokter Gigi	2	2
	4	Dokter Gigi Spesialis	3	
	5	Psikolog	1	
	6	Apoteker	12	5
	7	Asisten Apoteker	9	32
	8	Perawat	293	169
	9	Perawat Anastesi	2	6
	10	Bidan	27	35
	11	Perawat Gigi	3	3
	12	Nutrisi	8	5
	13	Sanitarian	3	2
	14	Fisioterapi	8	2
	15	Radiografer	7	3
	16	Refraksi Optisi	2	
	17	Perekem Medis	8	3
	18	Elektro Medis	3	1
	19	Analisis Kesehatan	18	4
	20	Teknis Tranfusi Darah	4	
	21	Teknis Kardiovaskuler		2
	22	Epidemiologi	1	
	III	JABATAN FUNGSIONAL UMUM	222	135
	1	S2	5	
	2	S1 /DIV	32	12
	3	D III	11	3
	4	DI	1	
	5	SMA/SMK/MA	146	115
	6	SMP / MTs	16	4
	7	SD	11	1
		JUMLAH	706	451



Tabel 4. Rincian Nama Dokter Spesialis, Dokter Gigi dan Dokter Umum RSUD

Dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang Tahun 2017

No	Nama	Spesialistik
	DOKTER SPESIALIS	
1	Dr. Oki Fitriani, Sp.A, M.Sc	Dokter Spesialis Anak
2	Dr. Argo Pribadi, Sp. A	Dokter Spesialis Anak
3	Dr. Shelvi Herawati Tamzi, Sp. A	Dokter Spesialis Anak
4	Dr. Lita Ferlina, Sp. A.M. Biomed	Dokter Spesialis Anak
5	Dr. Herman Pipih Nataamidjaya, Sp. An.	Dokter Spesialis Anastesi
6	Dr. Titik Setyawati, Sp.An.M.Kes	Dokter Spesialis Anastesi
7	Dr. Asep Aminudin Aziz, Sp. B	Dokter Spesialis Bedah
8	Dr. H. Ahmad Harifudin Harun, Sp. B	Dokter Spesialis Bedah
9	Drg. Santi Anggraeni, Sp. BM	Dokter Spesialis Bedah Mulut
10	Drg. Heri Gunadi, Sp,BM	Dokter Spesialis Bedah Mulut
11	Dr. Muhamad Irsyad Kiat, Sp. BP.RE	Dokter Spesialis Bedah Plastik Rekontruksi & Estetika
12	Dr. Atep Supriadi, Sp. EM	Dokter Spesialis Emergency Medicine
13	Dr. Ririek Andri Christianto, MARS, Sp. EM	Dokter Spesialis Emergency Medicine
14	Dr. Budi Suhendar, Sp. F	Dokter Spesialis Forensik
15	Dr. Baety Adhayati, SP. F	Dokter Spesialis Forensik
16	Dr. Suryadi Firmansyah, Sp. JP	Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
17	Dr. Rd. Syarif Hidayat Soeriasaputra, Sp. JP	Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
18	Dr. Septa Mariani, Sp. JP	Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
19	Dr. Margaretha, Sp. OG	Dokter Spesialis Kebidanan
20	Dr. Ammar Siradjudin , Sp. OG	Dokter Spesialis Kebidanan



21	Dr. H. Suryaman, Sp. OG	Dokter Spesialis Kebidanan
22	Dr. Hushat Pritalianto, Sp. OG, KFR	Dokter Spesialis Kebidanan
23	Dr. Heika Natasha Silitonga, Sp. OG	Dokter Spesialis Kebidanan
24	Dr. Tri Aniswati, Sp. KJ	Dokter Spesialis Jiwa
25	Dr. Nur Hidayati, Sp. KK	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin
26	Dr. Shanti Sri Agustina, Sp. M	Dokter Spesialis Mata
27	Dr. Dijah, Sp. M	Dokter Spesialis Mata
28	Dr. R. Dawny Oktorachman Hadjromik, Sp.M	Dokter Spesialis Mata
29	Dr. H. Iwan Setiawan, Sp. OT	Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi
30	Dr. Hery Setiawan, Sp. OT	Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi
31	Dr. Omat Rachmat, Sp. OT	Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi
32	Dr. Moch. Fathoni Arief Rachman, Sp. OT	Dokter Spesialis Orthopedi dan Traumatologi
33	Drg. Khorul Anam, MH.Kes.Sp.Ort	Dokter Spesialis Ortodonti
34	Dr. Erfin Muhapril, Sp. P	Dokter Spesialis Paru
35	Dr. H. Bermawi Syahjam, Sp. P	Dokter Spesialis Paru
36	Dr. Sherly Emilda Farida Maully, Sp.P	Dokter Spesialis Paru
37	Dr. Retno Budiati, Sp. PA	Dokter Spesialis Laboratorium Patalogi Anatomi
38	Dr. Donny Eka Putra, Sp. U	Dokter Spesialis Urologi
39	Dr. Tanti Oktikasari, Sp. PK	Dokter Spesialis Laboratorium Patalogi Klinik
40	Dr. Emilia Tohir Balaw, Sp. PK	Dokter Spesialis Laboratorium Patalogi Klinik
41	Dr. Dyen Octavia, Sp. PK. M. Kes	Dokter Spesialis Laboratorium Patalogi Klinik
42	Dr. Dewi Kartika Sari, Sp. PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
43	Dr. Herjanti Rahajeng Purwandini, Sp. PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
44	Dr. Agung Nugroho, Sp. PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
45	Dr. Arayana, Sp. PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
46	Dr. Indra Kelana, Sp. Rad.	Dokter Spesialis Radiologi
47	Dr. Ida Widayanti, Sp. Rad	Dokter Spesialis Radiologi
48	Dr. H. Ade Hidayat, Sp. Rad	Dokter Spesialis Radiologi
49	Dr. H. Agus Supartono, Sp. RM	Dokter Spesialis Rehab Medik
50	Dr. Hj. Eny Waeningsih, Sp. Sp.S, M.Kes	Dokter Spesialis Saraf
51	Dr. Perwita Bustomi Gentimat, Sp.S	Dokter Spesialis Saraf
52	Dr. Evi Handayani, Sp. THT	Dokter Spesialis THT
53	Dr. Ilham Priharto, Sp. THT	Dokter Spesialis THT
54	Drg. Fitriani	Dokter Gigi
55	Drg. Rinrin Farinia	Dokter Gigi



56	Drg. Irni Oktaviani, MM	Dokter Gigi
57	Drg. Yayuk Saputri	Dokter Gigi
58	Dr. Tirtawati	Dokter Umum
59	Dr. Iis Aisah	Dokter Umum
60	Dr. Ayu Dianti Widiastuti	Dokter Umum
61	Dr. Ria Permata	Dokter Umum
62	Dr. Hj. Eva Harti	Dokter Umum
63	Dr. Hj. Nurul Chuda	Dokter Umum
64	Dr. Hj. Diana Hadiawati	Dokter Umum
65	Dr. H. Rachmat Setiadi	Dokter Umum
66	Dr. Bahriah Arief	Dokter Umum
67	Dr. Susan Ira Susanti	Dokter Umum
68	Dr. Wina Fibionisa	Dokter Umum
69	Dr. Indah Pakarti	Dokter Umum
70	Dr. Badiyah	Dokter Umum
71	Dr. H. Suwardi Jakup	Dokter Umum
72	Dr. Angela Liliana Mulyanto	Dokter Umum
73	Dr. Indarsih	Dokter Umum
74	Dr. Andina Handayani	Dokter Umum
75	Dr. Tia Astriana	Dokter Umum
76	dr. Berty	Dokter Umum
77	Dr. Ratu Reni Setia Resmiati	Dokter Umum
78	Dr. Retno Utami	Dokter Umum
79	dr. Muhamad Arief Budiman	Dokter Umum
80	Dr. Ari Aulia Rahman Hakim	Dokter Umum
81	Dr. Beventario Danuwendar Dimas Indra	Dokter Umum



4.Lokasi

RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang berlokasi di pusat Kota Serang, sehingga sangat mudah aksesnya baik menggunakan kendaraan umum maupun pribadi. Kemudahan akses masyarakat ke RSUD dr.Dradjat Prawiranegara menambah sebagai rumah sakit rujukan di Propinsi Banten dan sekitarnya. RSUD dr. Dradjat Prawiranegara sangat mudah dijangkau dari berbagai kabupaten/ kota yang ada di sekitar Provinsi Banten. Sehingga pasien yang datang juga berasal dari Pandeglang, Lebak, Cilegon dan Tangerang. Oleh karena itu, kunjungan ke RSUD dr. Dradjat Prawiranegara dapat dikatakan tinggi, baik kunjungan rawat jalan maupun rawat inap. Tentunya hal ini tergambar dengan utilisasi baik rawat jalan maupun rawat inap di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara.

Tabel 6. Jumlah dan Rincian Kapasitas Tempat Tidur RSUD dr. Dradjat Prawiranegara tahun 2017

No	Ruang Perawatan	VVIP	Vip	Utama	Kls I	Kls II	Kls III	Lain-lain	Jumlah
1	Flamboyan 1			8					8
2	Flamboyan 2				4	15			19
3	Flamboyan 3						24		24
4	Anggrek II					24			24
5	Anggrek1					22			22
6	Wijaya Kusuma				4	7	12		23
7	Bayi							40	40
8	Cempaka						52		52
9	Dahlia						50		50
10	Muzdalifah	2	11						13
11	Mina		15						15
12	Melati I				16				16
13	Melati II				16				16
14	ICU							7	7
15	NICU							4	4



16	Arafah		13						13
17	Mawar			1	8	3			12
18	Isolasi							4	4
19	HCU							4	4
20	Tulip			2	8	11	10	5	36
JUMLAH		2	39	11	56	82	148	64	402

Tempat tidur yang tersedia di RSUD dr. Drajat Prawiranegara sejumlah 402 tempat tidur. Pada Pertengahan tahun 2017 sedang dilaksanakan pembangunan gedung perawatan sehingga 10 tempat tidur sementara tidak dapat dipergunakan, Kapasitas tempat tidur tersebut dibagi dalam beberapa kelas dari kelas III hingga kelas VVIP. Peran RSUD dr. Drajat Prawiranegara sebagai rumah sakit yang sangat peduli pada masyarakat kurang mampu terlihat dari tersedianya 140 tempat tidur pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu.

4) Sumber Daya Sarana dan Prasarana

a. Sarana

1. Luas tanah : 5,66 HA dengan luas bangunan : 45.047 M2.
2. Kapasitas Tempat Tidur 402 dengan distribusinya pada beberapa ruangan.

b. Prasarana.

1. Listrik PLN : 970 KVA
Generator : 1315 KVA
2. AirPDAM : 1
Sumur Artesis : 2 Titik
3. Komunikasi
Telepon sambungan keluar : 6
Telepon sambungan kedalam : 4
Intercom : 50
Sound system sambungan kesemua ruangan : 1 Unit



4) Transportasi

Ambulance orang sakit	: 5 Unit Mobil
Ambulance jenazah	: 4 Unit Mobil (Pihak Ketiga)
Mobil operasional	: 8 Unit
Motor	: 3 unit

Prasarana listrik, transportasi, komunikasi, serta ketersediaan air bersih sangat penting dalam terselenggaranya pelayanan kesehatan yang optimal. Penambahan daya listrik masih diperlukan dalam upaya pemberian layanan yang maksimal. Jaringan internet masih terbatas pada SIMRS Kabupaten Serang (Sistem Informasi Manajemen Rumah sakit). Dan hal ini sangat membantu dalam pemberian informasi yang diperlukan oleh RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang dalam mempersiapkan laporan dan perencanaan di masa mendatang.

RSUD dr. Dradjat Prawiranegara terus berupaya agar dapat memberikan layanan prima bagi masyarakat pengguna. Penyediaan sarana pendukung seperti masjid, kantin, bank dengan mesin ATM, serta fasilitas parkir yang semakin hari semakin ditingkatkan layanannya. Pengelolaan yang profesional merupakan harapan besar dan strategi yang ditetapkan pada setiap kegiatan.

5.Sumber Daya Keuangan

Sumber pembiayaan operasional RSUD dr.Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang tahun 2017 bersumber dari pendapatan pelayanan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kab. Serang dan subsidi APBN dan APBD Kab. Serang. Tentunya sumber pembiayaan yang ada dapat lebih besar lagi serta terdapatnya sumber pembiayaan dari sumber yang lainnya. Hal ini agar RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang dapat tumbuh berkembang sesuai dengan harapan masyarakat Serang khususnya dan Provinsi Banten pada umumnya. Pertumbuhan pendapatan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara



Kabupaten Serang terus terjadi pada setiap tahun anggaran. Hal tersebut merupakan pertanda yang baik dalam tumbuh kembang rumah sakit.

**Tabel 7. Perkembangan Belanja RSUD dr. Drajat
Prawiranegara Tahun 2014 -2017**

No	Uraian	2014	2015	2016	2017
1	Pendapatan	Rp. 116.837.317.888	Rp. 156.777.878.763	Rp. 166.464.594.312	Rp. 185.406.313.338
2	Belanja (DPA)	Rp. 109.266.686.133,-	Rp. 142.754.846.572	Rp. 157.957.500.000	Rp. 168.808.991.000

Laporan Realisasi Anggaran tahun 2014 sampai dengan tahun 2017

Total anggaran pada tahun 2017 di RSUD dr. Drajat Prawiranegara baik dana subsidi dan BLUD sebesar 95,80% belanja langsung. Belanja langsung terdiri dari dua program sesuai dengan rencana kerja RSUD dr. Drajat Prawiranegara Tahun 2017, dan Setiap Program dibagi lagi menjadi beberapa kegiatan untuk dapat bertumbuh kembang, sesuai dengan harapan masyarakat Serang dan Provinsi Banten pada umumnya.

Sumber pembiayaan BLUD RSUD dr. Drajat Prawiranegara dikelompokkan menjadi biaya yang bersumber dari operasional dan bersumber dari biaya diluar operasional. Hal ini dikarenakan tepat bulan Januari 2012, RSUD dr. Drajat Prawiranegara sudah menjadi PPK-BLUD. Sehingga pengelolaan RSUD dr. Drajat Prawiranegara sesuai dengan PPK-BLUD.



AKREDITASI RSUD dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA

Akreditasi Rumah Sakit dr. Drajat Prawiranegara dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat dicapai . Berdasarkan hal tersebut maka Akreditasi Rumah Sakit disusun berdasarkan :

1. Prinsip Standar Akreditasi
2. Peraturan dan Perundang – undangan termasuk pedoman dan panduan di tingkat Nasional baik dari pemerintahan maupun profesi yang wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh Rumah Sakit
3. Standar akreditasi rumah sakit
4. Hasil kajian hasil survey dari standar dan elemen yang sulit dipenuhi oleh Rumah sakit
5. Referensi Lainnya yang terkaii

. Pada tanggal 15 desember 2015 RSUD dr. Drajat Prawiranegara telah memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit dengan Lulus Bintang 4 dan Pada Tanggal 17 Juni 2016 RSUD dr. Drajat Prawiranegara memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit dengan Lulus tingkat PARIPURNA

NILAI AKREDITASI KARS RSUD Dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA

Status Akreditasi : Tingkat Utama

NO	NAMA BAB	HASIL	PENILAIAN	SELISIH
		SURVEY	AKHIR	
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	85,42	85,42	↔0,00%
2	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	83	83	↔0,00%
3	Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)	80,36	80,36	↔0,00%
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	82,96	81,25	↓-1,71%
5	Millenium Development Goals (MDGs)	86,84	86,84	↔0,00%
6	Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)	82,38	82,38	↔0,00%
7	Asesmen Pasien (AP)	82,61	82,61	↔0,00%
8	Pelayanan Pasien (PP)	83,79	83,79	↔0,00%
9	Pelayanan Anastesi dan Bedah (PAB)	84,31	84,31	↔0,00%
10	Manajemen Penggunaan Obat (MPO)	83,93	80,36	↓-3,57%
11	Manajemen komunikasi dan Informasi (MKI)	81,65	81,65	↔0,00%
12	Kualifikasi dan Pendidikan Staff (KPS)	83,84	76,26	↓-7,58%



13	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	81,32	81,32	↔0,00%
14	Tata Kelola, Kepemimpinan dan pengarahan (TKP)	83,67	71,94	↓- 11,73%
15	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	82,97	74,18	↓-8,79%
16	Penyusunan Dokumen Akreditasi (DOK AKRED)			↔%

Status Akreditasi : Tingkat Paripurna

NO	NAMA BAB	HASIL SURVEY	PENILAIAN AKHIR	HASIL SURVEY	SELISIH
				REMEDIAL	
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	85,42	85,42		↔0,00%
2	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	83	83		↔0,00%
3	Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)	80,36	80,36		↔0,00%
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	82,96	81,25		↓-1,71%
5	Millenium Development Goals (MDGs)	86,84	86,84		↔0,00%
6	Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)	82,38	82,38		↔0,00%
7	Asesmen Pasien (AP)	82,61	82,61		↔0,00%
8	Pelayanan Pasien (PP)	83,79	83,79		↔0,00%
9	Pelayanan Anastesi dan Bedah (PAB)	84,31	84,31		↔0,00%
10	Manajemen Penggunaan Obat (MPO)	83,93	80,36		↓-3,57%
11	Manajemen komunikasi dan Informasi (MKI)	81,65	81,65		↔0,00%
12	Kualifikasi dan Pendidikan Staff (KPS)	83,84	76,26	88,38	↓-7,58%
13	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	81,32	81,32		↔0,00%
14	Tata Kelola, Kepemimpinan dan pengarahan (TKP)	83,67	71,94	92,86	↓- 11,73%
15	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	82,97	74,18	93,41	↓-8,79%
16	Penyusunan Dokumen Akreditasi (DOK AKRED)				↔%



BAB II

LAYANAN RSUD dr. DRADJAT PRAWIRANEGARA

1. Fasilitas Layanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan yang telah disediakan oleh RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang Tahun 2017 untuk melaksanakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sudah semakin lengkap dan canggih bahkan masih terus dikembangkan baik sarana, prasarana dan SDM dalam rangka menghadapi era globalisasi dan era persaingan antar rumah sakit.

Berikut ini adalah beberapa fasilitas pelayanan yang ada di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang:

1. Pelayanan Rawat Jalan (Poliklinik)
2. Pelayanan Rawat Inap
3. Pelayanan Gawat Darurat (Emergensi)
4. Pelayanan Patologi Klinik
5. Pelayanan Radiologi
6. Pelayanan Patologi Anatomi
7. Pelayanan Rehabilitasi Medik
8. Pelayanan Forensik dan Medikolegal
9. Pelayanan Medical check up
10. Pelayanan Tranfusi Darah
11. Pelayanan CSSD
12. Pelayanan Bedah Sentral
13. Pelayanan Farmasi
14. Pelayanan Hemodialisa
15. Pelayanan One Day Surgery
16. Pelayanan Intensif Care Unit
17. Pelayanan Mobil Ambulance dan Mobil Jenazah
18. Pelayanan Kemitraan



Gambar 2. Kegiatan Pelayanan RSUD dr. Drajat Prawiranegara



Pelayanan Rawat Inap



Pelayanan Perinatologi



Pelayanan Hemodialisa



Pelayanan Gawat Darurat



**Tabel 8. Unit Pelayanan RSUDdr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten
Serang Tahun 2017**

No.	Rawat jalan	No.	Penunjang Medik
1	Bedah Umum	1	Radiologi
2	Bedah Orthopedi	2	Laboratorium Patalogi Anatomi
3	Bedah Mulut	3	Laboratorium Patalogi Klinik
4	Bedah Syaraf	4	Rehabilitasi Medik
5	Bedah Plastik	5	Farmasi / Apotek
6	Urologi	6	Konsultasi Gizi
7	ODS	7	USG
8	Anasthesi	8	EEG
9	Penyakit Dalam	9	EKG
10	Kesehatan Anak	10	BDRS
11	Mata	11	Andriometri
12	Kulit dan Kelamin	12	EMG
13	Kebidanan dan Kandungan	13	CT- Scan
14	Hemodialisa	14	Mamografi
15	Paru	15	Treadmill
16	Jantung dan Pembuluh Darah	16	Spirometri
17	THT		
18	Saraf		
19	Gigi dan Mulut		
20	MCU		
21	Teratai		
22	PTRM		
23	TB.DOT		
24	TB . RO		
25	Tumbuh Kembang		
26	Jiwa		
27	Orthodentie		
28	Gawat Darurat		



Berikut ini adalah beberapa pelayanan spesialistik yang ada di RSUD dr. Drajat Prawiranegara

1. Spesialis Penyakit Dalam
2. Spesialis Kesehatan Anak
3. Spesialis Bedah
4. Spesialis Obstetri & Gynekologi
5. Spesialis Penyakit Jantung
6. Spesialis Penyakit Paru
7. Spesialis Penyakit Kulit & Kelamin
8. Spesialis Mata
9. Spesialis THT
10. Spesialis Syaraf
11. Spesialis Ortodonti
12. Spesialis Anestesi
13. Spesialis Bedah Orthopedi
14. Spesialis Bedah Syaraf
15. Spesialis Bedah Mulut
16. Spesialis Rehabilitasi Medik
17. Spesialis Radiologi
18. Spesialis Patologi Klinik
19. Spesialis Patologi Anatomi
20. Spesialis Forensik & Mediko Legal
21. Spesialis Kesehatan Jiwa
22. Spesialis Bedah Plastik
23. Spesialis Bedah Urologi
24. Sub. Spesialis Nephrologi
25. Sub Spesialis KFR

RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang memiliki prestasi kerja yang tidak sedikit dalam perjalanannya memberikan layanan bagi masyarakat yang membutuhkan. Prestasi tersebut antara lain:

1. 1989 Peringkat I Nasional Penampilan Kerja rumah sakit Kelas C
2. 1993 Peringkat I Nasional rumah sakit Sayang Bayi
3. 1994 Mendapat Sertifikat Internasional rumah sakit Sayang Bayi
4. 1995 dan 1996 Peringkat I wilayah Banten pada Lomba Unit Kantor Pelayanan Percontohan Tingkat Provinsi Jabar
5. 1997 Sertifikat Akreditasi rumah sakit dengan status akreditasi penuh
6. 1997 Peringkat I Jabar penampilan kerja rumah sakit
7. 1997 Peringkat I Jabar rumah sakit Sayang Ibu
8. 1997 Peringkat I Jawa Barat Pertamanan rumah sakit
9. 1997 Peringkat II Nasional Penampilan Kerja rumah sakit
10. 1997 Mendapat Piagam Akreditasi Nasional rumah sakit Sayang Ibu
11. 1999 Peringkat I Jabar Lomba GKM
12. 1999 Peringkat I Jabar rumah sakit Sayang Bayi
13. 2001 Peringkat I Nasional rumah sakit Sayang Bayi.
14. 2004 Rumah Sakit Ramah Lingkungan kategori Hijau.
15. 2004 RSUD Kabupaten Serang Sayang Ibu Provinsi Banten.
16. 2009 Peringkat I Banten rumah sakit Sayang Ibu & Bayi
17. 2010 RSUD Kabupaten Serang mendapatkan Citra Pelayanan Prima Tingkat Provinsi Banten
18. 2010 RSUD Kabupaten Serang Juara 1 Lomba Kebersihan & Penataan lingkungan Kantor
19. 2011 RSUD Kabupaten Serang Sebagai Peringkat Terbaik Pemilihan Klinik KB Rumah Sakit.
20. 2012 Juara I lomba Senam Peringatan Hari Kesehatan Nasional Ke 48 tingkat Provins
21. 2012 Peringkat I Kategori Rumah Sakit Sayang Ibu Tingkat Provinsi Banten



22. 15 Desember 2015 RSUD Dr.Drajat Prawiranegara Memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit dengan Lulus UTAMA
23. 17 Juni 2016 RSUD Dr. Drajat Prawiranegara Memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit dengan Lulus Tingkat PARIPURNA



24. Tarif

Pola tarif pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang adalah Pola Tarif yang diberlakukan berdasarkan Peraturan Bupati Kabupaten Serang. Bahwa untuk melaksanakan ketentuan yang diatur pada pasal 58 ayat (3) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor : 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dan dengan memperhatikan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1165 / MENKES / SK / X / 2007 Tentang Pola Tarif Rumah Sakit Badan Layanan Umum, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pola Tarif Jasa Pelayanan Kesehatan pada RSUD Kabupaten Serang, serta mengingat peraturan dan perundang-undangan yang berlaku, maka ditetapkanlah Peraturan Bupati Tentang Pola Tarif Jasa Pelayanan Kesehatan Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Serang Nomor : 46 Tahun 2013.

Tarif yang kompetitif salah satu kelebihan dari RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang. Pengelolaan keuangan dengan *low cost strategy* diharapkan dapat menghasilkan kegiatan yang efektif, efisien dan produktif. Tarif sangat dipengaruhi oleh kemampuan masyarakat, hal ini diharapkan agar masyarakat dapat memenuhi kebutuhan kesehatannya, dan dilain pihak RSUD dr. Dradjat Prawiranegara dapat tumbuh dan berkembang dalam melanjutkan pelayanannya. Karena jelas semua kegiatan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara membutuhkan biaya yang tidak sedikit, sehingga RSUD dr. Dradjat Prawiranegara dapat berkembang mengikuti proses kompetisi yang semakin berat. Selain itu, RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang juga harus siap menghadapi tantangan globalisasi.



Tabel 9. Tarif Kamar Rawat Inap RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang

Tahun 2017

No	KELAS	TARIF						FASILITAS DAN AKOMODASI
		AKOMODASI		JASA PELAYANAN		JUMLAH		
		UMUM	PERUSAHAAN	UMUM	PERUSAHAAN	UMUM	PERUSAHAAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Paviliun Arafah	400.000	460.000	75.000	86.250	475.000	546.250	1 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Dispenser Alat Minum, Water Heater, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
2	Paviliun Mina Besar	400.000	460.000	75.000	86.250	475.000	546.250	1 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Water Heater, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
	Paviliun Mina Kecil	350.000	402.500	75.000	86.250	425.000	488.750	1 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Water Heater, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
3	Paviliun Muzdalifah Besar	400.000	460.000	75.000	86.250	475.000	546.250	1 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Water Heater, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
	Paviliun Muzdalifah Kecil	350.000	402.500	75.000	86.250	425.000	488.750	1 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Water Heater, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
4	Ruang VVIP	1.200.000	1.380.000	200.000	230.000	1.400.000	1.610.000	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
5	Kelas Utama Mawar	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
6	Kelas Utama Flamboyan	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
7	Kelas Utama Wjaya Kusuma	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
8	Kelas I mawar	200.000	230.000	50.000	57.500	250.000	287.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
9	Kelas I Melati 1	200.000	230.000	50.000	57.500	250.000	287.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
10	Kelas I Melati 2	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
11	Kelas I Wjaya Kusuma	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
12	Kelas I Flamboyan 2	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Sofa, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 2 kali
13	Kelas I Anggrek1	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
14	Kelas I Anggrek 2	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali



1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	Tulip A	250.000	287.500	60.000	69.000	310.000	356.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
16	Tulip B	200.000	230.000	50.000	57.500	250.000	287.500	2 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
17	Tulip C	150.000	172.500	40.000	46.000	190.000	218.500	6 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
18	Tulip D	30.000	34.500	15.000	17.250	45.000	51.750	8 TT, AC, TV, Lemari Es, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
19	Kelas II Flamboyan	150.000	172.500	40.000	46.000	190.000	218.500	6-8 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
20	Kelas II Wijaya Kusuma	150.000	172.500	40.000	46.000	190.000	218.500	6-8 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
21	Kelas II eks Flamboyan	150.000	172.500	40.000	46.000	190.000	218.500	6-8 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
22	Kelas II Anggrek 1	150.000	172.500	40.000	46.000	190.000	218.500	4-6 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
23	Kelas II Anggrek 2	150.000	172.500	40.000	46.000	190.000	218.500	4-6 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
24	Kelas III Cempaka	20.000	23.000	10.000	11.500	30.000	34.500	8 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
25	Kelas III Dahlia	20.000	23.000	10.000	11.500	30.000	34.500	8 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
26	Kelas III Flamboyan	20.000	23.000	10.000	11.500	30.000	34.500	8 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali
27	Kelas III Wijaya Kusuma	20.000	23.000	10.000	11.500	30.000	34.500	8 TT, Fan, Kursi Tunggu, Visite Dokter, Makan 3 kali, Snack 1 kali

**Gambar 3. Kegiatan Sosialisai Promosi Kesehatan
di RSUD dr. Dradjat Prawiranegara**

SOSIALISASI PROMOSI KESEHATAN



Kegiatan Baksos di Cikande



*Kegiatan Promosi “ Infeksi dengan Melakukan Kebersihan Tangan.
6 Langkah Cara mencuci Tangan “ Di Aula RSUD Dr. Drajat Prawiranegara*



Penkes Gizi Didepan Poli Mata RSUD Dr. Drajat Prawiranegara



BAB III

HASIL KEGIATAN LAYANAN RSUD dr. DRADJAT PRAWIRANEGARA

NO	URAIAN	2015	2016	2017
1	Poli Penyakit Dalam	13.353	15.868	11.918
2	Poli Penyakit Anak	8.852	9.559	9.013
3	Poli Mata	16.169	17.085	18.239
4	Poli Paru	8.429	7.886	7.940
5	Poli Bedah Mulut	1.360	1.292	2.302
6	Poli Orthodontie	1.947	989	963
7	Poli Konsultasi Gizi	349	346	423
8	Poli Kulit	6.632	8.290	4.793
9	Poli Gigi dan Mulut	3.519	3.531	3.666
10	Poli Syaraf	10.342	12.368	13.590
11	Poli Rehab Medik	11.691	32.921	21.408
12	Poli Jantung	21.793	22.885	26.648
13	Poli Orthopedi	10.853	12.753	12.688
14	Poli THT	10.893	9.342	8.772
15	Poli Kebidanan	8.826	6.382	7.996
16	Poli Bedah Syaraf	6.447	1.604	1.733
17	Poli Bedah Umum	1.503	9.556	11.947
18	Poli PKBRS	185	185	244
19	Poli Endokrin	5.329	4.977	5.870
NO	URAIAN	2015	2016	2017
20	Poli ODS	1.087	1.178	1.584
21	Poli Jiwa	3.991	4.292	5.270
22	Poli Umum	930	1.060	1.388
23	Medical Check Up	3.702	2.924	2.597
24	Poli Teratai	1.431	2.015	2.151
25	IRD	25.259	25.806	24.845
26	IHD	11.010	147.325	14.912
	JUMLAH	196.837	357.405	222.900



27	Radiologi	25.289	31.573	28.111
28	Laboratorium PK	105.181	217.814	236.689
29	Laboratorium PA	2.060	1.636	1.631
	Sub Jumlah	132.530	251.023	266.431
	JUMLAH	329.367	608.428	489.331
	RATA-RATA/HARI RAWAT JALAN	565	629	581
	RATA-RATA/KUNJUNGAN	1.157	2.098	1.566

Tabel 10. Kunjungan Rawat Jalan RSUD Dr.Drajat Prawiranegara Kab.Serang tahun 2015 - 2017

Poli jantung merupakan poliklinik yang paling banyak kunjungannya di pelayanan rawat jalan RSUD Kabupaten Serang. Dan kunjungan poli lainnya dapat terlihat pada tabel 12. Selain itu, pertumbuhan kunjungan rawat jalan setiap tahun mengalami peningkatan yang cukup baik.



Gambar 4. Pendaftaran Pasien Rawat Jalan



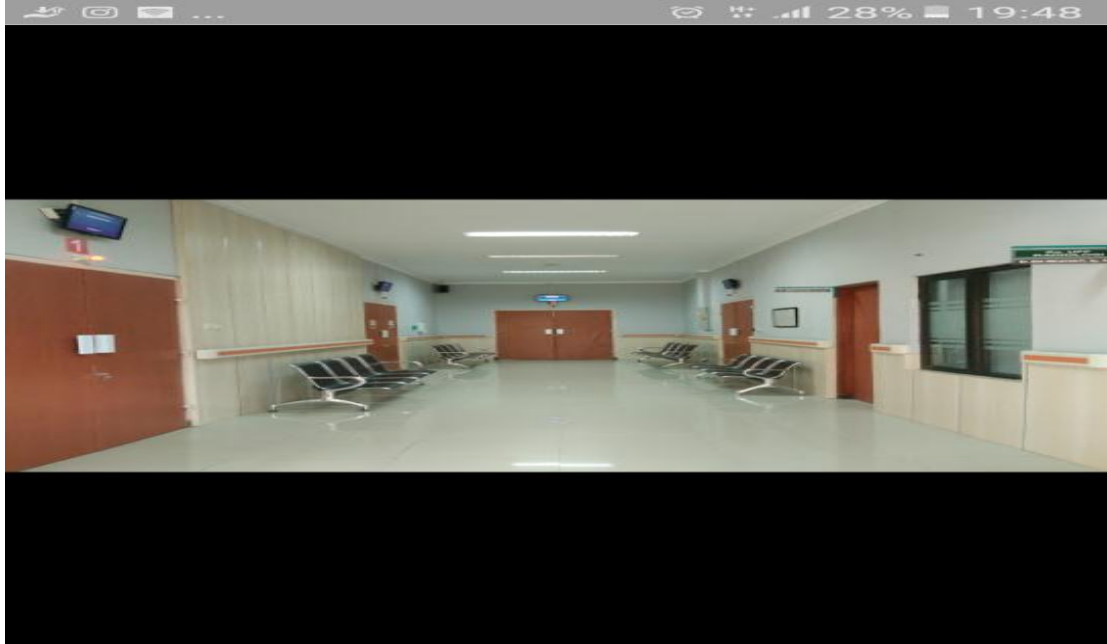


Gambar 5 . LABORATORIUM RSUD Dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA





Gambar 6 RADIOLOGI RSUD Dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA



Gambar 7 INSTALASI FARMASI RSUD Dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA



Gambar 8. Instalasi Kedokteran Forensik Dan Medikolegal





Tabel 11. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Jalan Tahun 2017

Ket	Nama Penyakit	Laki laki	Perempuan	Jumlah Kasus Baru	Jumlah Kunjungan
I25,1	Atherosclerotic heart disease	296	357	643	5695
I50.9	Congestive heart failure	329	386	707	4100
I11.9	hypertensive heart disease without heart	373	539	894	3498
I10	essential hypertension	306	412	708	3808
K30	dyspepsia	459	652	1135	2922
O42.9	premature rupture of membranes	0	1504	1504	1531
R50.9	Fever unspecified	709	630	1333	1688
R06.0	Dyspnoea	469	430	901	1093
H61.2	Impacted cerumen	359	344	674	1313
H26.9	cataract unspecified	102	92	196	1423

Penyakit Atherosclerotic heart disease (Penyempitan Pembuluh Darah Atheri) menjadi penyakit terbanyak yang dilayani di rawat jalan RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang



1. Layanan Rawat Inap

Tabel 12. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Inap Tahun 2017

Ket	Nama Penyakit	Laki Laki	Perempuan	Jml kasus Baru	Jml Kunjungan
163,9	Cerebral infarction , unspesifid	2.573	613	684	1141
O42,9	Premature rupture of membranes	1.712	0	857	855
D56.1	Beta Thalasaemia	1.288	306	334	648
O14,1	Severe pre eclampsia	1.140	0	570	564
A09.9	Gastroenteritis and collis of unspesified origin	1.133	297	264	557
P07,1	Other low birth weight	1.075	280	256	486
J76,9	Pneumonia, unspaecified	1.064	276	250	463
K30	Dyspepsia	849	159	261	421
P03.4	Fetus and newborn affectrd by oaesarean dellivery	551	160	111	278
Q64.9	Anemia unspesified	392	74	123	184

Layanan rawat inap RSUD dr. Dradjat Prawiranegara dengan kapasitas 402 tempat tidur, penyakit *Cerebral Infarction* merupakan yang paling tinggi angka kunjungannya. Tentunya menjadi perhatian bagi seluruh stakeholder kesehatan untuk meningkatkan lingkungan dan prilaku hidup yang sehat dan bersih. Kasus-kasus kebidanan masih termasuk dalam sepuluh penyakit terbesar.

Indikator pelayanan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara dilihat pada lima tahun terakhir pada Tahun 2013 s/d 2017 terlihat pada Tabel 6. Rata-rata nilai pada indikator pelayanan tersebut masih sesuai dengan nilai optimal kinerja sebuah rumah sakit, dimana:

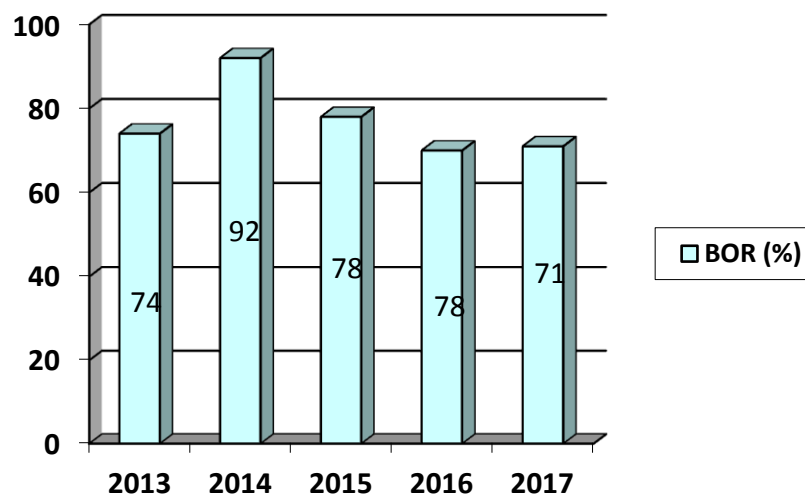
1. **Bed Occupancy Rate (BOR):** Indikator ini untuk mengukur tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur. Berdasarkan data lima tahun terakhir (Grafik 1), rata-rata pemanfaatan tempat tidur adalah 80%, sedang standar nasional berkisar antara 65% – 85%.



Table 13 .Indikator Pelayanan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara pada Tahun 2013 s/d 2017

No	URAIAN	2013	2014	2015	2016	2017	Rata-rata per Tahun
1	Pasien Keluar hidup & mati	25730	33360	30731	21957	45906	31537
2	BOR (%)	74	92	78	70	71	77
3	LOS	4	4	4	3	4	4
4	BTO	62	81	75	26	71	63
5	TOI	1	0	1	1	1	1
6	NDR (o/oo)	28	4	6	22	25	17
7	GDR (o/oo)	44	44	48	36	43	43

Grafik 1. BOR RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Tahun 2013 s/d 2017



2. **Bed Turn Over (BTO):** Indikator ini untuk mengukur frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satuan waktu (satu tahun). Rata-rata pemakaian tempat tidur dalam satu tahun adalah 68 kali, sedangkan standar nasional berkisar antara 40 – 50 kali sehingga rumah sakit dapat mengefisiensikan BTO agar mendekati standar nasional.
3. **Turn Over Interval (TOI):** Indikator ini untuk mengukur rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Rata-rata TOI selama lima tahun terakhir adalah 1 hari. Apabila dibandingkan dengan



standar nasional yang berkisar 2 – 3 hari maka indikator TOI RSUD dr. Drajat Prawiranegara 1 hari masih dapat ditingkatkan.

4. **Average length of stay (AvLOS):** Angka ini menggambarkan rata-rata pasien rawat inap menjalani perawatan di rumah sakit. AvLOS RSUD dr. Drajat Prawiranegara dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2017 adalah 4 hari. Hal ini menunjukkan bahwa lama pasien rawat inap mendapatkan perawatan rata-rata adalah 4 hari, sedang standar nasional 6 - 9 hari sehingga masih dapat ditingkatkan.
5. **Angka Kematian bersih (NDR) :** Untuk menilai angka kematian di atas 48 jam setelah dirawat untuk setiap 1.000 penderita keluar. Rata-rata angka kematian bersih selama lima tahun terakhir adalah 19 sudah sesuai dengan standar nasional yaitu <25 per 1.000 penderita.
6. **Angka Kematian Kasar (GDR) :** digunakan untuk menilai angka kematian menyeluruh untuk setiap 1.000 penderita keluar. Berdasarkan data historis rata-rata angka kematian kasar RSUD dr. Drajat Prawiranegara selama 5 tahun adalah 49. Standar nasional nilai GDR adalah 45 per 1.000 penderita keluar, sehingga perlu peningkatan mutu pelayanan.

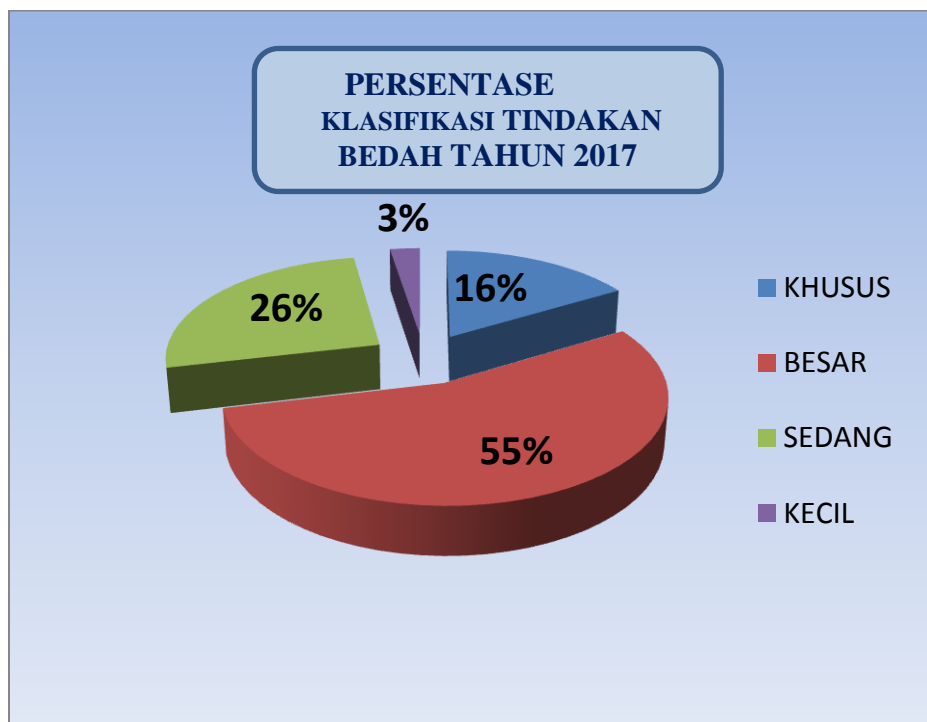
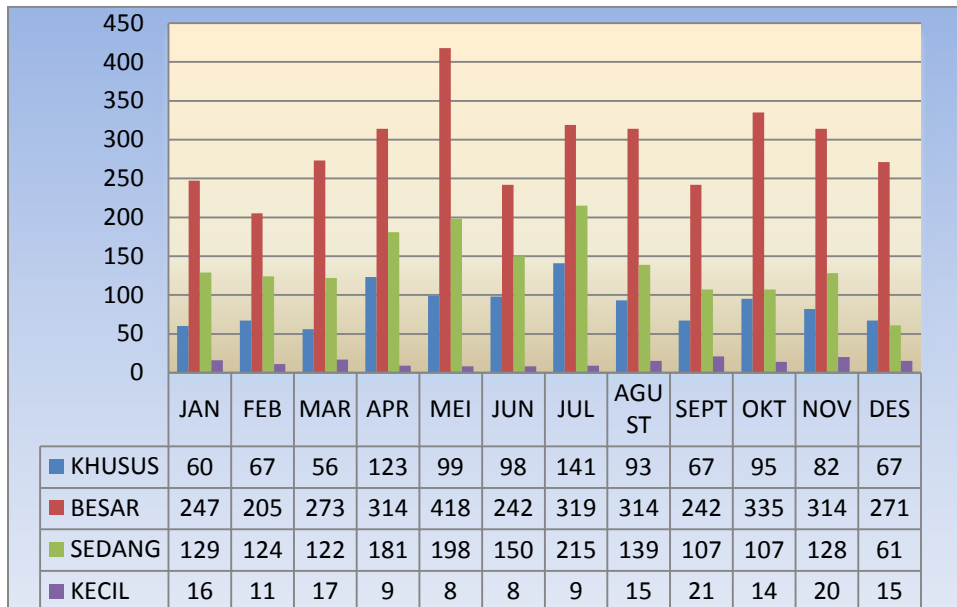


**Tabel 14. Jumlah Kematian Rawat Inap Berdasarkan Ruang Perawatan
Tahun 2015 - 2017**

No.	RUANG PERAWATAN	TAHUN 2015	TAHUN 2016	TAHUN 2017
1	Flamboyan I	0	2	0
2	Flamboyan II	16	14	13
3	Flamboyan III	40	30	34
4	Anggrek I	109	5	4
5	Anggrek II	5	74	99
6	Wijaya Kusuma	6	1	6
7	Bayi	99	79	91
8	Cempaka	272	269	281
9	Dahlia	23	20	31
10	Muzdalifah	33	22	39
11	Mina	26	34	26
12	Melati I	4	3	6
13	Melati II	45	39	48
14	ICU	250	232	217
15	NICU	66	34	34
16	Arafah	34	23	22
17	Mawar	47	19	19
18	HCU	4	6	1
19	Tulip	210	272	243
	JUMLAH	1289	1178	1214



Grafik 2 . TINDAKAN BEDAH TAHUN 2017



GRAFIK 3 PRESENTASE TINDAKAN PEMBEDAHAAN dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA TAHUN 2017



Bedah Sentral Gambar 5. Kegiatan di Instalasi

RSUD dr. Dradjat Prawiranegara





Tabel 15. Data Indikator Maternal Tahun 2017

No	Rincian Kasus Maternal	Total
1	Data Persalinan	
	Total Persalinan Spontan /Normal	2445
	Total Persalinan Caesar	1402
2	Data Kasus Lahir Hidup dan Lahir Mati	
	Total kasus lahir hidup	
	Kasus lahir hidup	3583
	Kasus lahir hidup ≥ 2000 gram	3453
	Kasus lahir hidup < 2000 gram	326
	Total kasus lahir mati	19
	Total kematian bayi IUFD	86
3	Data Kematian	
	Total Kematian Ibu	24
4	Data Komplikasi Obstetri dengan penyebab utama	
	Pendarahan post Partum (PPH)	259
	Pre Eklamsia Ringan	318
	Infeksi	6
	Pre Eklamsia Berat	684
	Eklamsia	82
	Perdarahan	135
	Ketuban Pecah	2028
	Partus Tak maju	263

Peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, menjadi salah satu fokus pelayanan RSUD dr. Drajat Prawiranegara. Hal ini sesuai dengan tujuan MDGs, sehingga diharapkan penurunan AKI dan AKB. Kematian ibu bersalin secara kumulatif pada tahun 2017 di RSUD dr. Drajat Prawiranegara kabupaten Serang berjumlah 24 Orang. Komplikasi persalinan yang banyak terdapat pada kasus Ketuban Pecah. Sepertiga persalinan sesuai indikasi dilakukan dengan Operasi Caesar, hal ini masih sesuai dengan standar jumlah Operasi Caesar yang semestinya.



Gambar 6. Ruang Bersalin RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang





Tabel 16. Data Indikator Neonatal RSUD dr. Drajat Prawiranegara Tahun 2017

No.	RINCIAN KASUS NEONATAL	TOTAL
1	DATA KELAHIRAN BAYI	2769
	Bayi lahir dengan BB < 2500 Gram	783
	Bayi lahir dengan BB > 2500 Gram	3020
2	DATA KEMATIAN BAYI	94
	Meninggal < 24	10
	Meninggal > 24	84
3	PENYEBAB KEMATIAN	86
	Asfiksia	30
	Pre Term Infant	28
	RDS / HMD	0
	Sepsis	5
	Multiple Anomali Kongent	9
	Omphalocele	0
	Anencephal	0
	BBLR	14
	Hidrocephalus	0
HP	0	

Kematian pada bayi baru lahir (neonatus) di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang tahun 2017 berjumlah 94 orang. Dengan penyebab kematian tertinggi adalah kasus Asfiksia. RSUD dr. Drajat Prawiranegara sudah mulai melakukan Perawatan Metode Kangguru, yang merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kesehatan bayi baru lahir dan menurunkan jumlah kematian bayi.

Gambar 7. Ruang Perawatan Neonatal RSUD

dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang





1. Kegiatan Sosial Lainnya.

RSUD dr. Drajat Prawiranegara Kabupaten Serang sebagai rumah sakit pemerintah juga ikut

melaksanakan kegiatan sosial yang sumber dananya berasal dari luar APBD atau APBN.

Kegiatan tersebut terdiri dari antara lain:

1. Tim kerohanian.
2. Program Penggulungan HIV-AIDS.
3. UPZ (Unit Pengumpul Zakat) RSUD Kabupaten Serang.
4. Dan kegiatan sosial lainnya dalam rangka HUT RSUD dr. Drajat Prawiranegara

Kabupaten Serang serta kegiatan lainnya dilingkungan Pemerintahan Kabupaten Serang

Kegiatan tim kerohanian antara lain: pengajian bulanan bagi pegawai, pengembangan Mushalla Assyifa menjadi Masjid Assyifa, sehingga shalat Jumat berjamaah dapat dilaksanakan, serta persiapan tim kerohanian dalam pendampingan pasien selama perawatan di RSUD.dr. Drajat Prawiranegara.

Tim UPZ melakukan pengumpulan semua jenis zakat baik per bulan maupun tahunan yang disetorkan ke BAZDA Kabupaten. Kegiatan penanggulangan HIV-AIDS dapat terlihat pada tabel 24. Untuk kegiatan sosial dalam rangka HUT rumah sakit, RSUD dr. Drajat Prawiranegara melakukan seperti beasiswa untuk anak pegawai - pegawai golongan rendah dan TKK, Donor Darah, Operasi bibir sumbing dan sebagainya.



Tabel 17. Kunjungan di Klinik Teratai Tahun 2017

BULAN	KUNJUNGAN		PRETEST	POSTEST	HIV POSITIF		
	LAKI LAKI	PEREMPUAN			LAKI LAKI	PEREMPUAN	GOL. USIA
Januari	1	9	19	19	5	3	25 - 49 : 7 20 - 24 : 1
	13	6					
februari	1	5	15	15	5	1	20 - 24 : 6
	10	5					
Maret	5	2	52	52	10	0	15 - 19 : 3 20 - 24 : 4 25 - 49 : 2
	50	2					
April	1	2	12	12	4	3	15 - 19 : 1 25 - 24 : 6
	7	5					
Mei	1	4	14	14	7	1	20 - 24 : 2 25 - 24 : 6
	9	5					
Juni	6		6	6	1	1	25 - 49 : 2
	4	2					
Juli	1	6	16	16	5	2	15 - 19
	12	4					
Agustus	1	9	19	19	0	3	20-24 : 1 25 - 49 : 2
	10	9					
September	6		6	6	2	2	20 - 24 : 1 25 - 49 : 3
	4	2					
Oktober	1	2	12	12	5	3	5 - 14 : 1 15 - 19 : 1 20 - 24 : 1 25 - 49 : 5
	8	4					
November	7		7	7	3	0	20 - 24 : 1 15 - 19 : 2
	4	3					
Desember	7		7	7	6	1	15 19 : 1 25 - 49 : 4 20 - 24 : 2
	6	1					
TOTAL	18	5	185	185	53	20	
	137	48					



**TABEL.
KUNJUNGAN
PASIEH
HEMODIALISA
RSUD Dr. DRAJAT
PRAWIRANEGARA**

JUMLAH KUNJUNGAN PASIEN IGD														
TAHUN														
2017														
BULAN	TOTAL	JENIS KELAMIN		MAYAT		MENINGGAL DI IRD		RAWAT		PULANG		RUJUK		RUJU
		L	P	B	NB	B	NB	B	NB	B	NB	B	NB	B
Januari	2.130	1.025	1.105	-	9	5	50	111	1.164	112	670	2	7	32
Februari	1.875	906	969	-	10	4	46	121	1.025	78	591	-	-	50
Maret	2.079	985	1.094	3	6	9	69	165	1.086	84	657	-	-	40
April	1.936	894	1.042	2	6	1	60	90	1.081	78	603	6	9	10
Mei	2.042	1.012	1.030	-	11	4	51	128	1.137	98	599	8	6	11
Juni	1.848	902	946	3	10	4	44	127	958	125	568	4	5	34
Juli	2.123	989	1.134	1	6	2	62	117	1.157	104	652	11	11	20
Agustus	2.224	1.042	1.182	1	6	9	63	139	1.213	95	690	2	6	17
September	2.114	944	1.170	-	5	8	58	116	1.165	118	637	2	5	7
Oktober	2.358	1.014	1.344	1	4	4	69	130	1.309	75	755	5	6	12
November	2.235	986	1.249	-	6	3	63	97	1.262	74	720	3	7	26
Desember	2.312	1.038	1.274	1	4	4	70	78	1.296	98	751	3	7	13
	25.276	11.737	13.539	12	83	57	705	1.419	13.853	1.139	7.893	46	69	272



TABEL. KUNJUNGAN PASIEN HEMODIALISA RSUD Dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA

JUMLAH KUNJUNGAN PASIEN HEMODIALISA RSUD Dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA									
BULAN	TAHUN 2016					TAHUN 2017			
	HD REGULER	HD REUSE	RAWAT JALAN	RAWAT INAP	RUJUKAN	HD REGULER	HD REUSE	RAWAT JALAN	RAWAT INAP
Januari	177	901	1.056	22	10	284	944	1.179	4
Februari	183	902	1.053	32	18	303	829	1091	
Maret	170	999	1.138	321	13	317	964	1240	
April	125	983	1.082	26	6	255	907	1120	
Mei	156	1.003	1.117	42	10	100	1.162	1115	
Juni	178	973	1.107	44	8	201	1.034	1204	
Juli	125	1.041	1.138	28	6	314	959	1202	
Agustus	192	1043	1193	42	16	301	1015	1265	
September	198	982	1145	35	19	302	966	1215	
Oktober	305	907	1174	38	6	305	915	1174	
November	239	953	1152	40	6	298	947	1190	
Desember	208	1012	1174	46	6	200	1116	1264	
	2.256	11.699	13.529	716	124	3.180	11.758	14.259	5



JUMLAH KUNJUNGAN PASIEN MEDICAL CHECK UP RSUD Dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA										
BULAN	TAHUN 2016						TAHUN 2016			
	PAKET KIR KESEHATAN	PAKET KIR NARKOBA	PEKET PER-MINTAAN	PAKET MPK	PEKET MCU PEGAWAI	PAKET MCU PEGAWAI TKHI / PPIH	PAKET KIR KESEHATAN	PAKET KIR NARKOBA	PEKET PER-MINTAAN	P
Januari	10	14	98	5	1	-	16	10	44	
Februari	23	25	74	7	-	28	14	32	109	
Maret	50	17	154	172	125	-	44	67	103	
April	35	52	103	2	245	-	24	55	84	
Mei	14	93	159	1	63	-	5	30	130	
Juni	11	21	77	87	1	-	22	97	52	
Juli	22	33	32	2	11	-	22	38	114	
Agustus	8	16	53	25	20	0	13	28	54	
September	6	15	50	143	20	0	21	25	40	
Oktober	8	18	34	0	153	0	7	48	146	
November	14	43	30	19	368	0	8	163	41	
Desember	10	6	21	15	30	0	7	19	76	
	211	353	885	478	1.037	28	203	612	993	



Gambar 7. Kegiatan di RSUD dr. Drajat Prawiranegara



Forum SKPD RSB RSUDDr. Drajat Prawiranegara



Penyusunan Rencana Kerja RSUD Dr. Drajat Prawiranegara



Pembahasan POKJA



Unit Akreditasi RSUD Dr. Drajat Prawiranegara



MTQ Kabupaten Serang



HUT RSUD Dr. Drajat Prawiranegara





Senam Masal Dalam Rangka HUT Kemerdekaan Republik Indonesia Yang ke 72

BAB IV

PENUTUP

Profil RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang menggambarkan aktifitas yang diselenggarakan selama 1 (satu) tahun anggaran. Dengan capaian-capaian yang tentunya sesuai dengan indikator-indikator dalam peraturan yang berlaku. Proses menjadikan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang semakin profesional tetap dilakukan demi terwujudnya pelayanan yang optimal bagi masyarakat banyak. Hal ini terlihat dengan adanya upaya RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang yang telah menjadi PPK-BLUD.

Tahun 2014 RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang terus berproses demi berjalannya PPK-BLUD secara berkesinambungan. Perjalanan ke depan, RSUD dr. Dradjat Prawiranegara semakin mantap untuk menjadi rumah sakit yang dapat sepenuhnya melayani masyarakat Banten dan sekitarnya, dengan telah meningkatkan jumlah dan jenis layanan. Penambahan jenis layanan seperti layanan kesehatan jiwa dan penambahan jenis layanan di laboratorium, poliklinik spesialis dan instalasi lainnya. Sehingga layanan akan semakin lengkap. Kerja sama semua stakeholder untuk menumbuh kembangkan RSUD dr. Dradjat Prawiranegara sangat dibutuhkan, karena RSUD dr. Dradjat Prawiranegara merupakan aset yang sangat berperan dalam pembangunan terutama di bidang kesehatan.

Hal tersebut juga merupakan peluang untuk mengembangkan potensi daerah di bidang lainnya. Pembiayaan yang memadai akan mempercepat tumbuh kembang RSUD dr. Dradjat Prawiranegara. Disisi lain pengelola RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Kabupaten Serang dapat melakukan kegiatan yang semakin efektif, efisien dan produktif serta akuntabel.



**PEMERINTAH
KABUPATEN SERANG
RSUD dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA**



**RSUD PERTAMA
TERAKREDITASI PARIPURNA**

SURAT PENGANTAR

Yth. Bapak/Ibu/Sdr

Di Tempat

Dengan Hormat.

Dalam rangka penelitian yang berjudul **“Efektivitas Pelayanan Pasien Rawat Jalan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Dradjat Prawiranegara”** untuk penyusunan tugas akhir (Skripsi), bersama ini saya mohon bantuan Bapak/Ibu/Sdr bersedia menjadi responden dalam penelitian yang saya lakukan.

Kuisisioner ini ditujukan untuk di isi oleh Bapak/Ibu/Sdr dengan menjawab seluruh pertanyaan yang telah disediakan. Kuisisioner ini bersifat tertutup dan dijamin kerahasiaannya hanya untuk penyusunan tugas akhir skripsi. Untuk itu saya mengharapkan jawaban yang Bapak/Ibu/Sdr berikan nantinya jawaban yang obyektif agar diperoleh hasil yang maksimal.

Demikian Surat Pengantar ini disampaikan, atas perhatian dan partisipasi yang diberikan saya ucapkan terima kasih.

Serang,

Hormat saya,

Kantina

I. Identitas Responden

Mohon Bapak/Ibu/Sdr bersedia mengisi daftar isian berikut dengan cara menjawab dan menyilang salah satu pilihan yang tersedia sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

No. Responden : (.....) di isi oleh peneliti.

1. Nama :
2. Alamat :
.....
3. Umur :
4. Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
5. Pendidikan Terakhir : Pendidikan Dasar (SD dan SMP)
: Pendidikan Menengah (SMA/SMK)
: Perguruan Tinggi

II. Petunjuk Menjawab

1. Mohon dengan hormat untuk menjawab semua pertanyaan sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Sdr, dengan cara memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang dianggap sesuai.
2. Berikut ini disajikan pertanyaan dengan lima kategori pilihan :

Pilihan Jawaban	Skor
Sangat Setuju	4
Setuju	3
Tidak Setuju	2
Sangat Tidak Setuju	1

Bacalah setiap pertanyaan yang dimaksud dengan seksama, kemudian tentukan pilihan jawaban yang dianggap paling sesuai menurut Bapak/Ibu/Sdr.

III. Pertanyaan Kuisisioner

Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai atau mendekati dengan apa yang Bapak/Ibu/Saudara rasakan :

No	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		SS	S	TS	STS
Produktivitas					
1	Pegawai bekerja dengan cepat dalam memberikan pelayanan				
2	Pegawai yang bekerja saat ini sudah sesuai dengan keahlian bidangnya masing-masing				
3	Jumlah pegawai yang ada saat ini sudah mampu melayani pasien yang ada				
4	Pegawai memberikan pelayanan yang baik terhadap pasien				
Efisiensi					
5	Dokter jaga di Poliklinik selalu hadir tepat waktu				
6	Waktu pelayanan yang diberikan sudah tepat				
7	Waktu menunggu pasien sudah tepat				
8	Waktu proses mengantri selama pendaftaran sudah tepat				
Fleksibilitas					
9	Pasien selalu mendapatkan informasi yang tepat mengenai poliklinik yang dituju				
10	Informasi yang diberikan kepada pasien mudah dimengerti				

11	Pegawai selalu membantu pasien saat ada hal yang tidak pasien ketahui				
12	Pegawai selalu menjawab mengenai keluhan dari pasien				
Keunggulan					
13	Pelayanan yang diberikan sama dengan pasien umum				
14	Pelayanan pada saat pendaftaran mudah di akses oleh setiap pasien				
15	Pegawai yang memberikan pelayanan bersikap ramah				
16	Pegawai yang memberikan pelayanan dapat diandalkan				
17	Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sudah baik				
Pengembangan					
18	Adanya tindak lanjut dalam menanggapi keluhan pasien				
19	Pihak rumah sakit memfasilitasi pasien yang memberikan keluhan bagi pelayanan				
20	Fasilitas tunggu pasien sudah memadai				
Kepuasan					
21	Kemudahan dalam mengakses Kartu Jaminan Kesehatan Nasional				
22	Pelayanan berorientasi pada kepuasan pasien				
23	Pasien puas dengan pelayanan pada RSUD Serang				

Correlations

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	VAR00017	VAR00018	VAR00019	VAR00020	VAR00021	VAR00022	VAR00023	TOTAL
VAR00001 Pearson Correlation	1	.029	.196	.066	.056	.087	.333	.162	.056	.070	.273	.179	.326	.167	.143	.070	.236	.061	-.003	.070	.277	.082	.239	.398
VAR00002 Pearson Correlation	.028	1	.116	.455	.280	.319	.057	-.102	.260	.043	.162	.235	.294	.154	.043	.132	.132	.053	.043	.172	.168	.183	.412	
VAR00003 Pearson Correlation	.196	.116	1	-.045	.186	.195	.431	.051	.188	.396	.125	.233	.294	.154	.043	.132	.132	.053	.043	.334	.110	.239	.412	
VAR00004 Pearson Correlation	.066	.455	-.045	1	.226	.329	.163	-.127	1.000	.140	.132	.044	.311	.130	.112	.062	.082	.180	.244	.112	.200	.087	.239	
VAR00005 Pearson Correlation	.056	.280	.186	.226	1	.156	.108	-.048	.156	.112	.056	.150	.289	.089	.256	.036	.043	.094	.079	.246	.091	.227	.398	
VAR00006 Pearson Correlation	.087	.319	.195	.329	.156	1	.193	-.032	.153	.043	.127	.200	.289	.152	.153	.125	.181	.123	.029	.153	.130	.239	.398	
VAR00007 Pearson Correlation	.333	.057	.431	.163	.108	.193	1	.183	.056	.534	.161	.200	.250	.243	.096	.216	.289	.207	.113	.211	.234	.283	.509	
VAR00008 Pearson Correlation	.162	-.102	.051	-.127	-.048	-.032	.183	1	-.048	.199	.071	.076	-.023	.075	.207	.200	.207	.023	.244	.134	.066	.155	.282	
VAR00009 Pearson Correlation	.056	.280	.186	.226	1.000	.156	.108	-.048	1	.296	.170	.150	.443	.089	.256	.036	.043	.094	.079	.246	.091	.227	.398	
VAR00010 Pearson Correlation	.070	.043	.189	.112	.256	.153	.056	.207	.296	1	.127	.179	.306	.100	1.000	.047	.043	.094	.079	.246	.091	.227	.398	
VAR00011 Pearson Correlation	.273	.182	.386	.140	.170	.187	.534	.199	.127	.101	1	.101	.306	.112	.127	.117	.101	.105	.179	.270	.270	.341	.513	
VAR00012 Pearson Correlation	.179	.235	.125	.132	.169	.029	.181	.071	.199	.117	.101	1	.105	.287	.353	.023	.023	.353	.179	.270	.270	.341	.513	
VAR00013 Pearson Correlation	.328	.148	.233	.044	.150	.181	.208	.076	.150	.179	.112	.105	1	.096	.287	.144	.081	.081	.179	.270	.270	.341	.513	
VAR00014 Pearson Correlation	.167	.284	.117	.311	.043	.289	.250	-.023	.043	.306	.306	.287	.241	1	.241	.028	.207	.584	.151	.036	.208	.202	.482	
VAR00015 Pearson Correlation	.143	.154	.307	.130	.089	.152	.243	.075	.089	.152	.353	.287	.241	.241	1	.100	.308	-.018	-.003	.074	.144	.089	.414	
VAR00016 Pearson Correlation	.070	.043	.189	.112	.256	.153	.056	.207	.296	1.000	.127	.179	.306	.100	1	.047	.043	.094	.079	.246	.091	.227	.398	
VAR00017 Pearson Correlation	.238	.132	.143	.002	.125	-.046	.216	.200	.125	.047	.146	.023	.207	.306	.047	1	.186	.186	.186	.280	.101	.185	.491	
VAR00018 Pearson Correlation	.081	.053	.042	.160	-.075	.123	.220	.207	-.075	.144	.023	.144	.207	.061	.061	.186	1	.064	-.143	.124	.084	.008	.258	
VAR00019 Pearson Correlation	-.003	.004	.025	.011	.244	.029	.171	.113	.244	.079	.214	.203	.151	-.003	-.003	.064	.064	1	.079	.199	-.019	.156	.305	
VAR00020 Pearson Correlation	.070	.043	.189	.112	.256	.153	.056	.207	.296	1.000	.127	.179	.306	.100	1	.047	.043	.094	.079	.246	.091	.227	.398	
VAR00021 Pearson Correlation	.277	.172	.334	.105	.218	.056	.211	.134	.218	.246	.270	.198	.308	.074	.246	1	.186	.186	.186	.280	.101	.185	.491	
VAR00022 Pearson Correlation	.082	.168	.110	.079	.209	.153	.056	.207	.296	.100	.104	.108	.316	.028	.091	.101	.084	.084	.124	.153	.153	.143	.338	
VAR00023 Pearson Correlation	.239	.183	.327	.087	.227	.051	.263	.155	.227	.282	.341	.120	.202	.066	.262	.085	.068	.068	.156	.262	.855	.143	.585	
TOTAL Pearson Correlation	.398	.412	.412	.384	.509	.385	.505	.282	.509	.538	.513	.606	.418	.482	.414	.538	.491	.258	.305	.538	.580	.338	.585	

Hasil**Perhitungan****Validitas****Instrumen**

No	r hitung	r tabel	Keputusan
1	.398	0.256	Valid
2	.412	0.256	Valid
3	.472	0.256	Valid
4	.384	0.256	Valid
5	.509	0.256	Valid
6	.385	0.256	Valid
7	.505	0.256	Valid
8	.282	0.256	Valid
9	.509	0.256	Valid
10	.538	0.256	Valid
11	.513	0.256	Valid
12	.506	0.256	Valid
13	.418	0.256	Valid
14	.482	0.256	Valid
15	.414	0.256	Valid
16	.538	0.256	Valid
17	.491	0.256	Valid
18	.258	0.256	Valid
19	.305	0.256	Valid
20	.538	0.256	Valid
21	.580	0.256	Valid
22	.338	0.256	Valid
23	.565	0.256	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.818	23

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
VAR00001	100	1	4	1.80	0.725
VAR00002	100	1	4	1.87	0.706
VAR00003	100	1	3	1.54	0.626
VAR00004	100	1	4	1.78	0.760
VAR00005	100	1	4	1.59	0.698
VAR00006	100	1	4	1.78	0.733
VAR00007	100	1	3	1.64	0.578
VAR00008	100	1	4	1.70	0.689
VAR00009	100	1	4	1.59	0.698
VAR00010	100	1	4	1.79	0.756
VAR00011	100	1	4	1.62	0.632
VAR00012	100	1	4	1.89	0.764
VAR00013	100	1	3	1.79	0.715
VAR00014	100	1	4	1.86	0.766
VAR00015	100	1	4	1.80	0.778
VAR00016	100	1	4	1.79	0.756
VAR00017	100	1	4	1.84	0.748
VAR00018	100	1	4	1.94	0.862
VAR00019	100	1	4	1.94	0.802
VAR00020	100	1	4	1.79	0.756
VAR00021	100	1	4	1.87	0.774
VAR00022	100	1	4	1.52	0.577
VAR00023	100	1	4	1.90	0.759
TOTAL	100	26	66	40.63	7.475
Valid N (listwise)	100				

DOKUMENTASI

- Bagian depan Rumah sakit umum daerah dr. Dradjat Prawiranegara



- Saat peneliti menyebarkan kuesioner



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



NAMA : KANTINA WIDANINGRUM
NIM : 6661112539
FAK / JUR : FISIP / Ilmu Administrasi Publik
TTL : Serang , 07 Januari 1994
Status : Belum Menikah
Agama : Islam
Alamat : Jl. Tb Buang No. 34 Link. Kota Baru Serang – Banten 42112
Tel/HP : 085939828989
Email : wkantina@gmail.com

DATA ORANG TUA

Nama Ayah : Hermanto

Pekerjaan : Wiraswasta

Nama Ibu : Almh. Maysarowati

Alamat : Jl. Tb Buang No. 34 Link. Kota Baru Serang – Banten 42112

PENDIDIKAN :

Tahun 1998-1999 : TK Pertiwi Kota Serang

Tahun 1999-2005 : SD Negeri 20 Kota Serang

Tahun 2005 – 2008 : SMP Negeri 4 Kota Serang

Tahun 2008 – 2011 : SMK Informatika Kota Serang

Tahun 2011 – 2018 : Universitas Sultan Ageng Tirtayasa (UNTIRTA)