



Dampak Pelayanan Kesehatan Terhadap Kesejahteraan Masyarakat Di RSUD Pratama Reo Manggarai

Deserlin Amuniansi Mbadhi

Universitas Nusa Cendana

serlinmbadhi@gmail.com

Abstract

This study aims to analyze the impact of health services on community welfare at RSUD Pratama Reo, Manggarai Regency, East Nusa Tenggara Province. Using a qualitative descriptive approach, data were collected through in-depth interviews, field observations, and documentation from informants including outpatient and inpatient patients, housewives, nurses, and general practitioners. Data analysis followed the interactive model of Miles and Huberman through the stages of data reduction, data presentation, and conclusion drawing. The assessment of service quality was based on five SERVQUAL dimensions proposed by Parasuraman, Zeithaml, and Berry, namely tangibles, empathy, reliability, responsiveness, and assurance. The results indicate that health services at RSUD Pratama Reo have not yet provided a significant impact on community welfare. The absence of specialist physicians, limited radiology and ICU facilities, poor responsiveness due to insufficient health personnel, and the high rate of patient referrals to RSUD Ruteng are the primary factors impeding quality service delivery. A substantial gap also exists between regulatory mandates and actual field implementation, reflecting weak commitment from local government in optimally supporting RSUD Pratama Reo's operations.

Keywords: Health Service Impact, Community Welfare, RSUD Pratama Reo

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dampak pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat di RSUD Pratama Reo, Kabupaten Manggarai, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif, pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi lapangan, dan dokumentasi terhadap informan yang terdiri dari pasien rawat jalan, pasien rawat inap, ibu rumah tangga, perawat, dan dokter umum. Analisis data mengikuti model interaktif Miles dan Huberman melalui tahap reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Penilaian kualitas pelayanan didasarkan pada lima dimensi SERVQUAL menurut Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, yaitu tangibles, empathy, reliability, responsiveness, dan assurance. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di RSUD Pratama Reo belum memberikan dampak yang signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat. Ketiadaan dokter spesialis, keterbatasan fasilitas radiologi dan ICU, rendahnya daya tanggap akibat kekurangan

tenaga kesehatan, serta tingginya angka rujukan ke RSUD Ruteng menjadi faktor utama yang menghambat terwujudnya pelayanan yang berkualitas. Terdapat pula kesenjangan besar antara amanat regulasi dan implementasi nyata di lapangan, yang mencerminkan lemahnya komitmen pemerintah daerah dalam mendukung operasional RSUD Pratama Reo secara optimal.

Kata kunci: Dampak Pelayanan Kesehatan, Kesejahteraan Masyarakat, RSUD Pratama Reo

1. Pendahuluan

Penelitian ini berangkat dari fenomena nyata yang ditemukan di lapangan, yakni berbagai tantangan konkret dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Pratama Reo, mulai dari keterbatasan fasilitas, kurangnya tenaga medis, ketimpangan akses antara wilayah perkotaan dan pedesaan, hingga keterbatasan pembiayaan. Kondisi khusus tersebut dialami langsung oleh masyarakat di tingkat lokal dan menjadi titik awal analisis dalam penelitian ini. Dari fakta-fakta lapangan tersebut, kemudian ditarik pemahaman yang lebih luas bahwa persoalan serupa juga dihadapi oleh negara-negara berkembang di seluruh dunia. Dalam konteks yang lebih umum, World Health Organization (WHO) menegaskan bahwa akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan hak setiap manusia dan salah satu indikator penting dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat (Azwar, 2010). Dengan demikian, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bukan hanya menjadi kebutuhan lokal, melainkan agenda strategis global yang tidak dapat diabaikan. Kondisi ini menjadikan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan sebagai agenda strategis yang tidak dapat diabaikan.

Di tingkat nasional, pemerintah Indonesia menempatkan sektor kesehatan sebagai prioritas utama pembangunan nasional. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menegaskan bahwa setiap orang memiliki hak yang sama dalam memperoleh akses terhadap sumber daya di bidang kesehatan. Melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola BPJS Kesehatan, pemerintah berupaya memberikan perlindungan kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat Indonesia (Kemenkes RI, 2019). Pembangunan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik pun terus dilakukan untuk meningkatkan pemerataan akses layanan, termasuk di daerah terpencil dan kepulauan. Di Kabupaten Manggarai, Provinsi Nusa Tenggara Timur, pelayanan kesehatan menjadi aspek krusial dalam mendorong kesejahteraan masyarakat. Kondisi geografis wilayah yang sebagian besar terdiri dari pegunungan dan daerah pedesaan menyebabkan keterbatasan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang cepat dan memadai. Sebagaimana dikemukakan oleh Shi dan Singh (2019), akses terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan, serta kondisi geografis wilayah yang dapat menjadi hambatan dalam pemanfaatan layanan. Oleh karena itu, keberadaan sistem pelayanan kesehatan yang efektif di wilayah Manggarai menjadi faktor penting dalam mendorong peningkatan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh. Pelayanan kesehatan yang baik harus mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat, mudah diakses, serta memberikan manfaat nyata dalam meningkatkan derajat kesehatan (Azwar, 2010).

Salah satu fasilitas kesehatan yang berperan penting dalam konteks ini adalah Rumah Sakit Umum (RSU) Pratama Reo. Sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama kelas D di bawah naungan Pemerintah Daerah Kabupaten Manggarai, RSUD Pratama Reo hadir untuk memenuhi

kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah Reo dan sekitarnya, yang sebelumnya mengalami keterbatasan akses terhadap layanan medis yang memadai. Keberadaannya diharapkan tidak hanya mampu menyembuhkan penyakit, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, sejalan dengan tujuan Sustainable Development Goals (SDGs) khususnya SDG 3 tentang Good Health and Well-Being yang menekankan pentingnya akses terhadap pelayanan kesehatan berkualitas bagi semua orang tanpa terkecuali (Sachs, 2015). Permasalahan mengenai pelayanan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat memiliki keterkaitan yang erat. Kesehatan merupakan indikator utama kesejahteraan sosial, dan ketidakmerataan akses layanan kesehatan akan memperlebar kesenjangan kesejahteraan masyarakat (Marmot, 2008). Dalam pelaksanaannya, RSUD Pratama Reo masih menghadapi berbagai tantangan, seperti keterbatasan tenaga kesehatan, sarana prasarana yang belum memadai, serta tingkat kepuasan masyarakat yang belum optimal. Berdasarkan hasil observasi pendahuluan, waktu tunggu pasien berkisar antara 20 hingga 40 menit, dengan rata-rata pasien per hari sebanyak 15 hingga 30 orang. Fasilitas yang tersedia mencakup IGD, ruang bersalin, dan laboratorium dasar, namun menghadapi kendala serius berupa kekurangan dokter spesialis sehingga sebagian besar kasus spesialistik harus dirujuk ke RSUD Ruteng.

Berbagai hasil riset sebelumnya juga memperkuat urgensi penelitian ini. Ferreira et al. (2023) melalui *systematic literature review* menemukan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas interaksi dengan tenaga medis dan kelengkapan fasilitas. Fatima, Malik, dan Shabbir (2018) menunjukkan bahwa kualitas pelayanan rumah sakit berpengaruh signifikan terhadap kepuasan dan loyalitas pasien. Marzo et al. (2021) mengidentifikasi bahwa kualitas pelayanan tenaga kesehatan dan fasilitas merupakan faktor utama yang memengaruhi kepuasan pasien. Atinga et al. (2015) membuktikan adanya hubungan yang jelas antara kualitas pelayanan dan kepuasan pasien di fasilitas kesehatan publik. Andaleeb (2001) menekankan pentingnya kualitas pelayanan dalam meningkatkan kepuasan pasien dan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit, khususnya di konteks negara berkembang. Hapsari et al. (2023) dalam tinjauan literturnya menegaskan bahwa kelima dimensi SERVQUAL secara konsisten menjadi penentu kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit. Sementara itu, Alrasheedy et al. (2014) menemukan bahwa kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh kualitas pelayanan, akses terhadap fasilitas kesehatan, dan ketersediaan tenaga medis. Meskipun penelitian-penelitian tersebut telah memberikan kontribusi penting dalam memahami hubungan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien, sebagian besar dilakukan di konteks rumah sakit besar di wilayah perkotaan atau di luar Indonesia. Penelitian mengenai dampak pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat pada rumah sakit daerah kelas D di wilayah pedesaan dan terpencil, khususnya di NTT, masih sangat terbatas. Inilah yang menjadi celah penelitian (*research gap*) yang perlu diisi.

Kebaruan dalam penelitian ini terletak pada fokus kajian yang tidak sekadar menilai kualitas pelayanan atau kepuasan pasien semata, melainkan secara lebih luas menganalisis dampak pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat dalam konteks rumah sakit daerah di wilayah terpencil. Dengan demikian, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis sejauh mana fasilitas dan tenaga medis RSUD Pratama Reo mampu menunjang pelayanan kesehatan, menganalisis pengaruh akses pelayanan kesehatan terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat, serta menganalisis peran pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran nyata mengenai dampak pelayanan RSUD Pratama Reo terhadap kesejahteraan masyarakat, sekaligus menjadi landasan bagi pengambilan kebijakan yang lebih tepat dalam pengelolaan pelayanan kesehatan di tingkat daerah.

Tinjauan Pustaka

a. Teori Kebijakan Publik

Kebijakan publik merupakan dasar utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Menurut Dye (2013), kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan. Dunn (2018) menambahkan bahwa kebijakan publik tidak hanya berhenti pada formulasi, tetapi juga mencakup implementasi dan evaluasi. Easton (1965) memandang kebijakan publik sebagai hasil dari sistem politik yang mengalokasikan nilai-nilai kepada masyarakat secara otoritatif. Dalam konteks ini, pelayanan kesehatan merupakan wujud distribusi nilai berupa layanan dasar yang harus diterima masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

b. Teori Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan menurut Levey dan Loomba dalam Azwar (1996:35) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok, ataupun masyarakat. Syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik meliputi: sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa, dapat dijangkau oleh mereka yang membutuhkan, serta sesuai dengan prinsip ilmu dan teknologi kedokteran (Azwar, 1996:36). Standar pelayanan mencakup standar masukan (tenaga, sarana, dan dana), standar lingkungan (kebijakan, organisasi, dan manajemen), serta standar penampilan (aspek medis dan non-medis).

c. Teori Kualitas Pelayanan

Tjiptono (1997:55) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan masyarakat. Untuk mengukur kualitas pelayanan, Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1988) dalam Ratminto dan Atik (2009:175) mengemukakan lima indikator dimensi kualitas pelayanan, yaitu tangibles (ketampakan fisik), empathy (perhatian pribadi), reliability (keandalan), responsiveness (daya tanggap), dan assurance (kepastian). Kelima dimensi ini menjadi tolok ukur penting bagi penyedia layanan dalam mencapai kepuasan masyarakat yang optimal, di mana apabila pelayanan yang diterima sesuai atau melampaui harapan, maka kualitas pelayanan dipersepsikan baik dan memuaskan.

2. Metodologi

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskripsi naratif studi kasus untuk mengkaji Dampak Pelayanan Kesehatan Terhadap Kesejahteraan Masyarakat di RSUD Pratama Reo, yang berlokasi di Kecamatan Reok, Kabupaten Manggarai, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan peneliti memperoleh pemahaman yang lebih mendalam terhadap kondisi sosial yang diteliti, termasuk perilaku, interaksi, dan aktivitas para pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk mengumpulkan data secara komprehensif guna memperoleh gambaran menyeluruh mengenai dampak pelayanan kesehatan yang diberikan di RSUD Pratama Reo terhadap kesejahteraan masyarakat.

RSU Pratama Reo menjadi lokasi utama penelitian ini, di mana proses pengumpulan data dan analisis terkait fenomena pelayanan kesehatan dilakukan. Fokus penelitian ditentukan agar cakupan kajian lebih terarah dan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Dalam mengevaluasi dampak pelayanan kesehatan, penelitian ini mengacu pada lima dimensi utama, yaitu: tangible (aspek fisik), reliability (keandalan), responsiveness (ketanggapan), assurance (jaminan), dan empathy (empati). Dimensi tangible mencakup kondisi fasilitas fisik serta kecukupan sarana dan perlengkapan medis yang tersedia di rumah sakit. Reliability menilai kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang konsisten, akurat, dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Responsiveness mencerminkan kesiapan tenaga medis dalam merespons keluhan pasien secara cepat dan tepat. Assurance menitikberatkan pada kompetensi, kesopanan, dan kemampuan tenaga kesehatan dalam membangun kepercayaan pasien, terutama kepada kelompok rentan seperti lansia, ibu hamil, dan anak-anak. Sedangkan empathy mencerminkan kemampuan petugas kesehatan dalam berkomunikasi dan memberikan perhatian individual secara tulus kepada setiap pasien.

Untuk mendapatkan data yang valid, penelitian ini menerapkan dua teknik pemilihan informan, yaitu *purposive sampling* dan *accidental sampling* (Sugiyono, 2016). Teknik *purposive sampling* digunakan untuk memilih individu yang dianggap memiliki keterkaitan erat dengan fokus penelitian, seperti dokter umum, perawat, bidan, dan pihak manajemen RSU Pratama Reo. Sementara itu, teknik *accidental sampling* digunakan untuk menjaring informan dari kalangan pasien, yakni mereka yang secara kebetulan berada di lokasi penelitian dan bersedia memberikan informasi mengenai pengalaman mereka dalam menerima layanan kesehatan di RSU Pratama Reo. Dengan memadukan kedua pendekatan ini, diharapkan data yang diperoleh dapat merepresentasikan dampak pelayanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat secara lebih menyeluruh.

Penelitian ini mengandalkan dua jenis sumber data, yaitu data primer dan data sekunder (Sugiyono, 2012). Data primer dikumpulkan secara langsung melalui observasi lapangan dan wawancara mendalam dengan tenaga medis serta pasien di RSU Pratama Reo. Sementara itu, data sekunder diperoleh dari dokumen dan arsip yang relevan, seperti profil lembaga, laporan kinerja pelayanan, peraturan perundang-undangan, jurnal ilmiah, dan data kesehatan daerah. Teknik pengumpulan data meliputi observasi langsung terhadap kondisi fasilitas dan interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien, wawancara mendalam untuk memahami pandangan serta pengalaman informan mengenai dampak pelayanan kesehatan, serta studi dokumentasi sebagai pelengkap dan penguat hasil observasi dan wawancara (Sugiyono, 2007).

Analisis data dilakukan dengan menggunakan pendekatan model interaktif dari Miles, Huberman, dan Saldana (2014), yang mencakup tiga tahap utama: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Pada tahap reduksi data dilakukan seleksi, penyederhanaan, dan pengorganisasian data agar menjadi lebih terarah dan bermakna. Penyajian data disusun dalam bentuk uraian naratif untuk memudahkan pemahaman terhadap hasil temuan. Tahap akhir, yakni penarikan kesimpulan dan verifikasi, bertujuan untuk memastikan bahwa hasil analisis memiliki kejelasan makna dan validitas yang dapat dipertanggungjawabkan. Kesimpulan disusun berdasarkan data wawancara dan dokumentasi yang telah dianalisis secara sistematis guna menjawab pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan sejak awal.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Hasil Penelitian

RSU Pratama Reo merupakan fasilitas kesehatan kelas D di bawah naungan Pemerintah Daerah Kabupaten Manggarai. Berdasarkan data observasi lapangan, profil umum rumah sakit disajikan pada Tabel 1 berikut.

Tabel 1. Profil RSU Pratama Reo

Nomor	Uraian	Keterangan
1.	Kelas Rumah Sakit	Kelas D (Pratama)
2.	Status Kepemilikan	Pemerintah Daerah Kabupaten Manggarai
3.	Jenis Pelayanan	Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Lab, KIA/Bersalin
4.	Kapasitas Tempat Tidur	±30 Tempat Tidur
5.	Rata-rata Pasien/hari	15-30 Pasien
6.	Waktu Tunggu Rata-rata	20-40 Menit
7.	Sistem Pembiayaan	BPJS Kesehatan dan Umum
8.	Sistem Rujukan	Merujuk Ke RSUD Ruteng untuk kasus yang spesialistik

Sumber: Data Primer (Observasi Lapangan, 2026)

a. *Tangibles* (Ketampakan Fisik): Fasilitas Belum Memadai

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, kondisi fisik RSU Pratama Reo menunjukkan ketidakmemadai yang cukup mencolok. Setelah dilakukan transkripsi dan *coding* terhadap data wawancara, ditemukan tema utama bahwa ketiadaan fasilitas radiologi, ICU, dan ruang spesialistik menjadi persoalan yang berulang disebutkan oleh informan. Hasil kategorisasi data menunjukkan bahwa kapasitas tempat tidur yang hanya sekitar 30 unit dipersepsikan tidak proporsional terhadap jumlah penduduk yang harus dilayani. Informan juga mengungkapkan bahwa stok obat yang sering tidak lengkap dan peralatan IGD yang terbatas semakin memperlemah dimensi fisik pelayanan. Salah satu pasien rawat inap menyatakan bahwa fasilitas masih perlu ditambah, yang menjadi tema berulang dalam hasil wawancara dan mencerminkan persepsi masyarakat terhadap ketidaklengkapan layanan yang ada.

b. *Empathy* (Empati): Pelayanan Bersifat Prosedural

Meskipun petugas tidak bersikap kasar kepada pasien, empati yang diberikan masih bersifat prosedural dan belum menyentuh kebutuhan nyata masyarakat secara individual. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan menyebabkan interaksi antara petugas dan pasien berlangsung singkat dan terburu-buru. Pasien yang membutuhkan penjelasan mendalam tentang kondisi kesehatannya sering tidak mendapatkan informasi yang memadai karena dokter harus segera menangani pasien berikutnya. Kondisi ini bertolak belakang dengan standar empati dalam teori SERVQUAL yang mensyaratkan perhatian pribadi, kepedulian terhadap keluhan, dan pemahaman mendalam terhadap kebutuhan setiap pasien (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988).

c. *Reliability* (Keandalan): Tidak Dapat Diandalkan untuk Kasus Serius

Ketidakandalan RSUD Pratama Reo menjadi persoalan paling kritis. Rumah sakit ini hanya mampu menangani kasus-kasus ringan dan menengah, sementara kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut harus dirujuk ke RSUD Ruteng dengan jarak tempuh sekitar dua jam. Dokter umum di rumah sakit tersebut secara tegas mengakui bahwa kasus yang membutuhkan dokter spesialis masih dirujuk ke RSUD Ruteng. Estimasi kasus rujukan mencapai 32–65 kasus per bulan, mencakup kasus bedah umum, penyakit dalam, kegawatan obstetri, kasus anak, kebutuhan radiologi, hingga kondisi kritis yang memerlukan ICU. Tingginya angka rujukan ini bukan hanya mencerminkan ketidaklengkapan fasilitas, tetapi juga berimplikasi langsung pada keselamatan pasien yang berisiko mengalami perburukan kondisi bahkan kematian dalam perjalanan menuju Ruteng.

d. *Responsiveness* (Daya Tanggap): Pelayanan Padat dan Lambat

Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan berdampak langsung pada rendahnya daya tanggap pelayanan. Perawat di RSUD Pratama Reo mengakui bahwa jumlah tenaga kesehatan yang masih terbatas menyebabkan pelayanan cukup padat. Ketidakseimbangan antara jumlah petugas dan jumlah pasien mengakibatkan waktu tunggu yang melebihi standar wajar, penanganan yang tidak segera, serta potensi terjadinya kesalahan dalam pelayanan akibat kelelahan petugas. Proses administrasi BPJS yang sering memakan waktu lama juga menjadi hambatan tambahan yang dirasakan pasien secara nyata.

e. *Assurance* (Jaminan): Kepercayaan Masyarakat Masih Rendah

Meskipun masyarakat memanfaatkan RSUD Pratama Reo karena tidak ada pilihan lain di wilayah Reo, hal ini tidak berarti mereka memiliki kepercayaan penuh terhadap kemampuan rumah sakit. Ketiadaan dokter spesialis menjadi faktor utama yang melemahkan dimensi jaminan. Masyarakat yang memiliki kondisi kesehatan serius cenderung langsung memilih pergi ke Ruteng atau bahkan Labuan Bajo, karena tidak yakin RSUD Pratama Reo mampu menangani kasus mereka secara tuntas. Kepastian penanganan yang tidak terjamin dan kemampuan penanganan kegawatdaruratan yang sangat terbatas menjadikan dimensi assurance sebagai yang paling lemah dalam keseluruhan evaluasi pelayanan.

f. *Dampak terhadap Kesejahteraan Masyarakat: Belum Signifikan*

Berdasarkan keseluruhan temuan, pelayanan kesehatan di RSUD Pratama Reo belum memberikan dampak yang signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat. Harapan masyarakat agar dapat ditangani secara tuntas di Reo belum terpenuhi karena mayoritas kasus masih dirujuk ke Ruteng. Beban biaya transportasi yang seharusnya berkurang justru tetap tinggi. Keamanan dan keselamatan pasien kritis tidak terjamin dalam proses rujukan. Kepercayaan terhadap pelayanan lokal pun masih rendah. Pelayanan ibu dan anak, termasuk penanganan komplikasi persalinan, juga masih harus dirujuk. Dengan kata lain, terdapat kesenjangan yang besar antara harapan masyarakat dan realita di lapangan pada hampir seluruh dimensi kesejahteraan yang dianalisis.

g. *Peran Pemerintah yang Belum Optimal*

Terdapat kesenjangan besar antara kebijakan yang diterbitkan dan implementasi nyata di lapangan. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 mengamanatkan pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas, namun kondisi di RSUD Pratama Reo masih sangat terbatas. Permenkes Nomor 7 Tahun 2019 tentang RS Pratama menetapkan standar pelayanan dasar yang memadai, namun banyak standar tersebut belum terpenuhi. Program Nusantara Sehat yang seharusnya mengisi kekosongan tenaga kesehatan di daerah terpencil belum berhasil mengatasi ketiadaan dokter spesialis. Dana Alokasi Khusus (DAK) bidang kesehatan pun belum mampu mewujudkan ketersediaan fasilitas radiologi dan ICU. Lemahnya alokasi anggaran, absennya rekrutmen tenaga

spesialis, dan minimnya pengawasan terhadap standar pelayanan mencerminkan bahwa komitmen pemerintah daerah belum sebanding dengan kebutuhan nyata masyarakat.

3.2 Pembahasan

a. Ketidakmadaan Fasilitas dan SDM sebagai akar permasalahan utama

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengungkap bahwa permasalahan paling mendasar yang dihadapi RSUD Pratama Reo adalah ketidakmadaan fasilitas fisik dan tenaga medis secara bersamaan. Dua komponen inilah yang dalam kerangka Donabedian (1988) disebut sebagai komponen struktur (structure), dan kelemahan pada komponen ini menjadi akar dari seluruh permasalahan pelayanan yang ada. Dari sisi fasilitas, RSUD Pratama Reo tidak memiliki fasilitas radiologi, tidak tersedia ruang ICU, tidak ada ruang operasi, dan kapasitas tempat tidur rawat inap hanya berjumlah sekitar 30 unit, angka yang sangat tidak proporsional mengingat wilayah pelayanannya mencakup Kecamatan Reok dan beberapa kecamatan di sekitarnya dengan total populasi yang jauh melebihi daya tampung tersebut. Kondisi laboratorium juga hanya mampu melayani pemeriksaan dasar, sehingga kasus-kasus yang memerlukan pemeriksaan penunjang yang lebih spesifik tidak dapat diselesaikan di tingkat lokal. Ketiadaan fasilitas-fasilitas krusial ini bukan sekadar persoalan kenyamanan, melainkan menyangkut langsung kemampuan rumah sakit dalam menyelamatkan jiwa pasien. Pasien rawat inap (Informan 3) secara tegas menyatakan: "Fasilitas masih perlu ditambah." Pengakuan ini mencerminkan kesadaran masyarakat yang sudah menggunakan layanan secara langsung bahwa apa yang tersedia saat ini belum memadai. Pernyataan ini juga mengindikasikan bahwa ketidakpuasan terhadap fasilitas bukan sekadar persepsi dari luar, melainkan merupakan pengalaman nyata yang dirasakan oleh mereka yang telah menjalani perawatan di rumah sakit tersebut.

Dari sisi tenaga medis, permasalahannya sama seriusnya. RSUD Pratama Reo hanya memiliki tiga dokter umum, dua belas perawat, lima bidan, dua apoteker, dan dua analis laboratorium. Rasio antara jumlah petugas dan jumlah pasien yang dilayani sudah tidak seimbang dalam kondisi normal, dan menjadi sangat kritis ketika terjadi lonjakan kunjungan. Perawat (Informan 4) mengakui secara langsung: "Jumlah tenaga kesehatan masih terbatas sehingga kadang pelayanan cukup padat." Pernyataan ini bukan sekadar keluhan administratif, melainkan menggambarkan kondisi kerja yang berpotensi membahayakan keselamatan pasien karena kelelahan dan tekanan kerja yang tinggi pada petugas. Ketiadaan dokter spesialis merupakan permasalahan yang paling kritis dan berdampak paling luas. Tanpa dokter spesialis, RSUD Pratama Reo tidak dapat menangani kasus penyakit dalam yang kompleks, tidak dapat melakukan tindakan bedah, tidak dapat menangani komplikasi persalinan, dan tidak dapat memberikan perawatan intensif bagi pasien yang kondisinya kritis. Dokter umum (Informan 5) mengakui secara jujur: "Kasus yang membutuhkan dokter spesialis masih dirujuk ke RSUD Ruteng." Pengakuan ini merupakan konfirmasi resmi dari tenaga medis yang bertugas bahwa keterbatasan ini nyata dan berdampak langsung pada proses penanganan pasien setiap harinya.

Kondisi ini bertolak belakang dengan standar yang ditetapkan oleh Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, yang mensyaratkan rumah sakit kelas D untuk memiliki minimal dua dokter spesialis dasar secara tetap. Ketidakpatuhan terhadap standar

ini bukan hanya persoalan teknis, melainkan mencerminkan lemahnya pengawasan regulatori dari pemerintah terhadap standar operasional rumah sakit yang menjadi tanggung jawabnya.

b. Tingginya angka rujukan menjadi kegagalan fungsi Rumah Sakit

RSU Pratama Reo adalah tingginya angka rujukan pasien ke RSUD Ruteng. Berdasarkan data yang dihimpun melalui wawancara mendalam dengan tenaga medis dan observasi lapangan, estimasi kasus yang dirujuk ke RSUD Ruteng mencapai 32 hingga 65 kasus per bulan, dengan rata-rata di atas satu kasus rujukan setiap harinya. Angka ini sangat tinggi untuk sebuah rumah sakit yang seharusnya berfungsi sebagai fasilitas rujukan pertama yang mampu menyelesaikan sebagian besar kasus di tingkat lokal. Tingginya angka rujukan ini merupakan bukti paling langsung dan tidak terbantahkan bahwa RSU Pratama Reo belum mampu menjalankan fungsi utamanya. Dalam sistem kesehatan yang ideal, rumah sakit kelas D seharusnya mampu menangani setidaknya 80–90 persen dari kasus yang masuk sebelum memutuskan untuk merujuk. Namun fakta di lapangan menunjukkan bahwa proporsi kasus yang harus dirujuk justru sangat dominan, mengindikasikan bahwa kehadiran RSU Pratama Reo sejauh ini lebih berfungsi sebagai pos *triage* atau penyaring awal sebelum merujuk, bukan sebagai rumah sakit yang memberikan penanganan komprehensif.

Dampak dari tingginya angka rujukan ini sangat luas dan bersifat multi-dimensi bagi masyarakat. Pertama, dari dimensi ekonomi, setiap proses rujukan ke Ruteng membebankan biaya tambahan yang signifikan kepada keluarga pasien, termasuk biaya transportasi pulang-pergi (yang bisa mencapai ratusan ribu rupiah per perjalanan untuk kondisi jalan yang sulit), biaya akomodasi bagi keluarga yang mendampingi, serta biaya kehilangan pendapatan akibat tidak dapat bekerja selama mendampingi keluarga yang dirawat di Ruteng. Bagi keluarga dengan ekonomi pas-pasan, biaya-biaya ini dapat menguras tabungan bahkan mendorong keluarga ke dalam kondisi *catastrophic health expenditure* (WHO, 2020). Kedua, dari dimensi keselamatan dan kedaruratan medis, proses rujukan ke Ruteng yang memakan waktu dua jam dalam kondisi jalan yang tidak selalu mulus merupakan ancaman nyata bagi keselamatan pasien, terutama mereka yang berada dalam kondisi kritis. Kasus-kasus seperti stroke, serangan jantung, komplikasi persalinan, dan trauma berat memerlukan penanganan dalam hitungan menit untuk menghindari kecacatan permanen atau kematian. Setiap jam yang terbuang dalam perjalanan rujukan adalah waktu yang tidak dapat dikembalikan dan dapat menjadi penentu antara kehidupan dan kematian bagi pasien.

Ketiga, dari dimensi psikologis dan sosial, pengalaman dirujuk ke rumah sakit yang jauh dalam kondisi sakit menimbulkan trauma psikologis yang mendalam, baik bagi pasien maupun keluarganya. Rasa tidak aman, kecemasan, dan ketidakpastian selama perjalanan rujukan merupakan beban psikologis yang tidak terlihat namun nyata dirasakan oleh masyarakat. Kondisi ini pada gilirannya mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap sistem kesehatan secara keseluruhan dan dapat menurunkan kemauan masyarakat untuk mencari pertolongan medis sejak dini, yang justru memperburuk kondisi kesehatan mereka dalam jangka panjang. Sofaer dan Firminger (2005) menegaskan bahwa dari perspektif pasien, ketidakmampuan fasilitas kesehatan dalam menangani kasus mereka secara tuntas di lokasi tersebut merupakan bentuk paling fundamental dari kegagalan kualitas pelayanan, karena pada dasarnya kebutuhan paling mendasar pasien tidak terpenuhi. Temuan ini juga sejalan dengan Andaleeb (2001) yang membuktikan bahwa di negara-negara berkembang, ketidaktersediaan fasilitas dan tenaga medis yang memadai merupakan prediktor utama ketidakpuasan pasien dan rendahnya dampak layanan kesehatan terhadap kesejahteraan masyarakat.

c. Lemahnya komitmen Pemerintah memperburuk kondisi

Permasalahan mendasar di RSUD Pratama Reo tidak dapat dipisahkan dari lemahnya komitmen pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah, dalam memastikan bahwa standar pelayanan rumah sakit yang telah ditetapkan dalam regulasi benar-benar diimplementasikan secara konsisten dan terukur. Sebagaimana diungkapkan oleh Edwards III (1980), keberhasilan implementasi kebijakan sangat bergantung pada empat faktor: komunikasi yang jelas, sumber daya yang memadai, disposisi atau komitmen pelaksana, serta struktur birokrasi yang mendukung. Dalam konteks RSUD Pratama Reo, keempat faktor ini belum berjalan dengan baik. Dari sisi regulasi, sejumlah kebijakan sebenarnya telah memberikan landasan yang cukup kuat bagi penyelenggaraan RSUD Pratama Reo secara optimal. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mewajibkan penyediaan layanan kesehatan yang merata dan berkualitas. Permenkes No. 7 Tahun 2019 secara spesifik mengatur pendirian dan standar operasional rumah sakit pratama di daerah terpencil. Program JKN/BPJS Kesehatan menjamin pembiayaan layanan bagi masyarakat. Program Nusantara Sehat dirancang untuk mendistribusikan tenaga kesehatan ke daerah-daerah yang kekurangan. Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan seharusnya menjadi sumber pembiayaan bagi peningkatan sarana prasarana. Namun, semua kebijakan dan program ini belum diimplementasikan secara efektif dalam konteks RSUD Pratama Reo.

Lemahnya komitmen pemerintah daerah Kabupaten Manggarai tampak dari tidak adanya langkah nyata dan terprogram dalam mengatasi kekurangan-kekurangan mendasar di RSUD Pratama Reo. Tidak ada upaya yang terstruktur dan berkesinambungan untuk mengupayakan penempatan dokter spesialis, baik melalui rekrutmen langsung, kerjasama dengan perguruan tinggi kedokteran, maupun melalui program pemerintah pusat. Tidak ada *roadmap* yang jelas untuk pengadaan fasilitas radiologi dan ICU yang sangat dibutuhkan. Tidak ada mekanisme evaluasi kinerja yang sistematis untuk memantau sejauh mana RSUD Pratama Reo telah memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan. Kondisi ini merupakan cerminan dari apa yang oleh Dunn (2018) disebut sebagai kegagalan dalam dimensi evaluasi kebijakan, di mana pemerintah tidak memiliki mekanisme untuk mengukur dan mengoreksi gap antara tujuan kebijakan dan realita implementasinya. Kegagalan pemerintah ini tidak hanya berdampak pada kualitas pelayanan jangka pendek, tetapi juga pada kepercayaan masyarakat terhadap kapasitas dan kesungguhan pemerintah dalam melindungi hak kesehatan warganya. Ketika masyarakat melihat bahwa pemerintah membangun sebuah rumah sakit tetapi tidak membekalinya dengan sumber daya yang memadai untuk dapat berfungsi optimal, maka yang terbentuk bukan sekadar ketidakpuasan terhadap layanan kesehatan, melainkan hilangnya kepercayaan yang lebih dalam terhadap institusi pemerintah secara keseluruhan.

Tabel 2. Kesenjangan Kebijakan Pemerintah dan Realita di RSUD Pratama Reo

Nomor	Kebijakan/Program	Amanat Regulasi	Kondisi di Lapangan	Status
1.	UU No. 36 Tahun 2009	Pelayanan merata dan berkualitas	Kualitas sangat terbatas	Belum terpenuhi
2.	Permenkes No. 7/2019	Standar pelayanan dasar RS Pratama memadai	Banyak standar belum terpenuhi	Belum terpenuhi
3.	JKN/BPJS (PerPres 82/2018)	Semua warga terlayani tanpa	Proses klaim sering berbelit	Belum optimal

		hambatan biaya		
4.	Program Nusantara Sehat	Pengisian tenaga kesehatan daerah terpencil	Kekosongan dokter spesialis belum tertangani	Belum terpenuhi
5.	DAK Bidang Kesehatan	Pembiayaan sarana prasarana faskes daerah	Fasilitas radiologi dan ICU belum tersedia	Belum terpenuhi

Sumber: Data Sekunder (Kemenkes RI, 2019; Peraturan Perundang-undangan)

Masyarakat Reo berada dalam kondisi paradoks: secara formal mereka memiliki fasilitas rumah sakit, namun secara substansial belum mendapatkan layanan yang benar-benar mampu meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan mereka. Kondisi ini merupakan bentuk nyata ketidakadilan dalam akses layanan kesehatan yang harus segera mendapat perhatian serius dari pemerintah daerah maupun pusat. Meskipun demikian, kehadiran RSU Pratama Reo memberikan dampak positif terbatas berupa kemudahan akses untuk kasus-kasus ringan dan menengah, serta kemampuan penggunaan BPJS Kesehatan tanpa harus pergi ke Ruteng untuk kasus sederhana. Ibu rumah tangga menyatakan bahwa pelayanan cukup cepat dan sudah bisa menggunakan BPJS, dan pasien rawat jalan menyatakan bahwa dengan adanya RSU Pratama Reo mereka tidak perlu lagi pergi ke Ruteng untuk berobat ringan.

4. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan di RSU Pratama Reo belum memberikan dampak yang signifikan terhadap kesejahteraan masyarakat di Kecamatan Reok dan sekitarnya. Pertama, fasilitas dan tenaga medis masih sangat tidak memadai; ketiadaan dokter spesialis, radiologi, ICU, dan ruang operasi menyebabkan tingginya angka rujukan ke RSUD Ruteng. Kedua, kehadiran RSU Pratama Reo belum mampu memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat, yang masih menanggung beban ganda berupa biaya kesehatan tinggi dan risiko perjalanan jauh saat kondisi kritis. Ketiga, peran pemerintah dalam mendukung pelayanan RSU Pratama Reo belum optimal, dengan kesenjangan besar antara kebijakan yang diterbitkan dan implementasi nyata di lapangan. Berdasarkan kesimpulan tersebut, penelitian ini merekomendasikan: (1) Pemerintah Daerah Kabupaten Manggarai segera mengupayakan penempatan dokter spesialis dasar secara permanen, meningkatkan alokasi APBD untuk fasilitas radiologi dan ICU, serta melakukan evaluasi berkala kinerja rumah sakit; (2) Kementerian Kesehatan RI mempercepat distribusi tenaga spesialis melalui program Nusantara Sehat dan meningkatkan pengawasan standar RS Pratama; (3) Manajemen RSU Pratama Reo menyusun rencana pengembangan SDM dan fasilitas secara sistematis; dan (4) Penelitian lanjutan menggunakan metode campuran dengan survei kepuasan masyarakat yang terstandar.

Daftar Pustaka

- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1359–1370.
- Atinga, R. A., Abekah-Nkrumah, G., & Domfeh, K. A. (2015). Healthcare quality and patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(3), 253–27
- Alrasheedy, A. A., et al. (2014). Public satisfaction with healthcare services. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(7), 365–374.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar administrasi kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Azwar, A. (2010). *Pengantar administrasi kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality. *Journal of Service Research*, 10(2), 123–142.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Dunn, W. N. (2018). *Public policy analysis: An integrated approach*. New York: Routledge.
- Dye, T. R. (2013). *Understanding public policy* (14th ed.). New Jersey: Pearson.
- Easton, D. (1965). *A systems analysis of political life*. New York: Wiley.
- Elianita & Khajar, I. (2025). Healthcare service innovation. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*.
- Fatima, T., Malik, S. A., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(6), 1195–1214.
- Ferreira, D. C., et al. (2023). Patient satisfaction in healthcare. *PubMed Central (PMC)*.
- Hapsari, et al. (2023). Systematic review: Kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Profil kesehatan Indonesia 2019*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Marmot, M. (2008). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- Miarsih. (2024). Healthcare service quality and patient satisfaction. *Jurnal Nasional Bidang Kesehatan*.
- Moleong, L. J. (2017). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Otani, K., et al. (2010). Patient satisfaction and service quality. *Journal of Healthcare Management*, 55(4), 245–258.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Ratminto & Winarsih, A. S. (2009). *Manajemen pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sachs, J. D. (2015). *The age of sustainable development*. New York: Columbia University Press.
- Shi, L., & Singh, D. A. (2019). *Delivering health care in America: A systems approach*. Burlington: Jones & Bartlett.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513–559.
- Sugiyono. (2019). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Tjiptono, F. (1997). *Manajemen jasa*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- World Health Organization. (2023). *Health equity*. Geneva: WHO